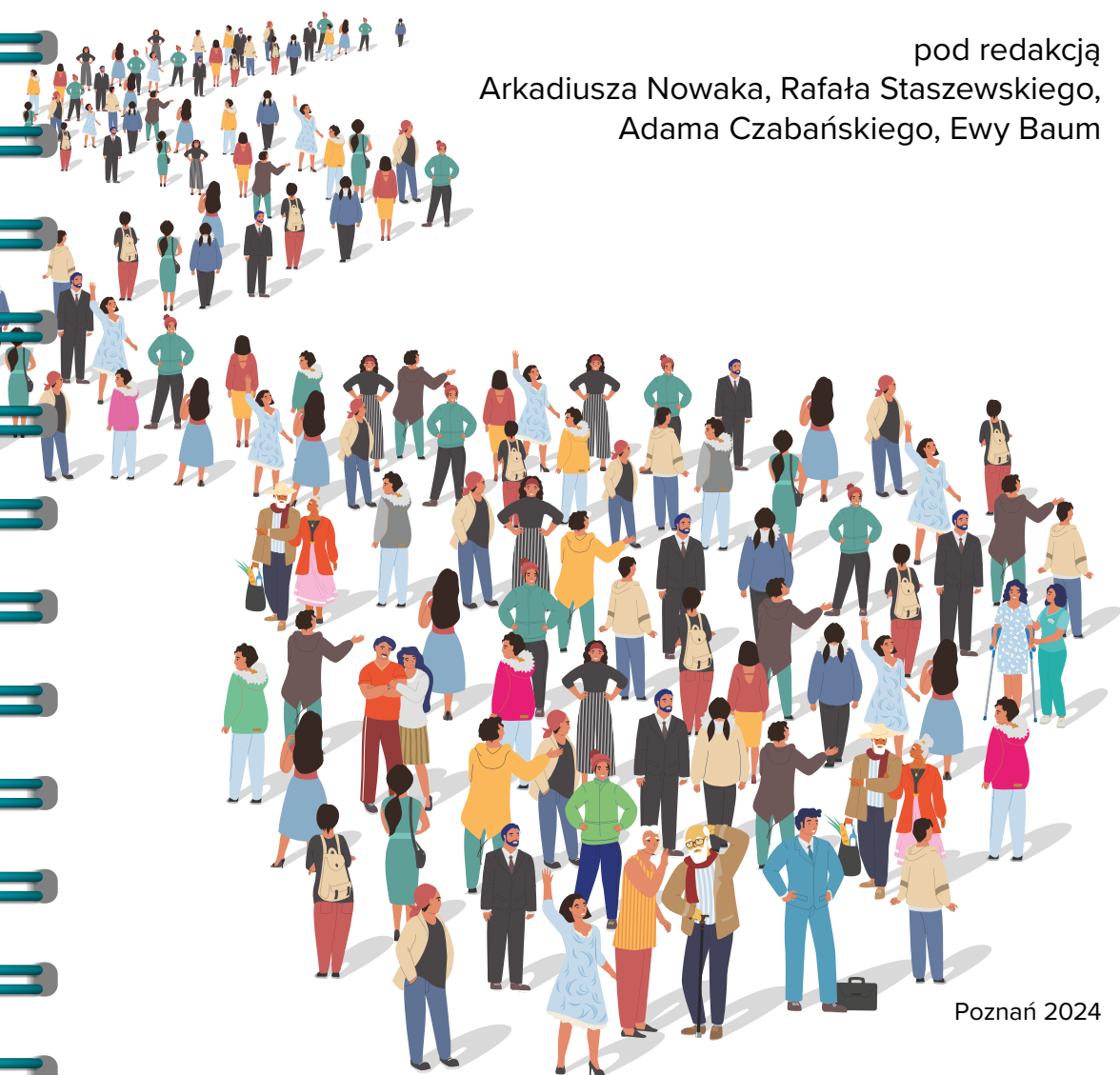


PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM

pod redakcją
Arkadiusza Nowaka, Rafała Staszewskiego,
Adama Czabańskiego, Ewy Baum



Poznań 2024

**PSYCHOSPOŁECZNE
UWARUNKOWANIA
OPIEKI
NAD PACJENTEM**

Wykaz autorów

Dr Stanisław Antczak

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Prof. dr hab. Ewa Baum

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Mgr Maciej Białorudzki

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii,
Uniwersytet Zielonogórski

Dr hab. Ewelina Chawłowska

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej,
Pracownia Zdrowia Międzynarodowego, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr hab. Adam Czabański, prof. AJP

Wydział Administracji i Bezpieczeństwa
Narodowego, Akademia im. Jakuba z Paradyża
w Gorzowie Wielkopolskim

Dr Mikołaj Gębka

Wydział Teologiczny, Uniwersytet im. Adama
Mickiewicza w Poznaniu

Mgr Igor Grzesiak

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Prof. dr hab. Zbigniew Izdebski

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii,
Uniwersytet Zielonogórski

Dr Izabela Jaworska

Katedra i Klinika Kardiologii, Transplantologii,
Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Dr hab. Grzegorz Juszczak

Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki
o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dr Monika Karasiewicz

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Nadia Kruszyńska

Centrum Wsparcia Psychologicznego
i Psychotraumatologii, Uniwersytet Medyczny im.
Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Agnieszka Lewicka-Rabska

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prof. dr hab. Izabella Main

Zakład Antropologii Społecznej,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dr Monika Matecka

Zakład Terapii Zajęciowej, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Prof. dr hab. Ewa Mojs

Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet
Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jan Mojs, student

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Ks. dr Arkadiusz Nowak

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii,
Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski,
Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Dr Maria Nowosadko

Studium Języków Obcych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Mgr Patrycja Rzucidło-Zajac

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Ks. mgr Ireneusz Sajewicz

Zakon Posługujących Chorym – Ojcowie Kamilianie

Dr Rafał Staszewski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu, Agencja Badań Medycznych

Dr Magdalena Tuczyńska

Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

Dr Damian Warzecha

I Klinika Położnictwa i Ginekologii,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM

pod redakcją
Arkadiusza Nowaka, Rafała Staszewskiego,
Adama Czabańskiego, Ewy Baum

Poznań 2024

Psychospołeczne uwarunkowania opieki nad pacjentem

pod redakcją Arkadiusza Nowaka, Rafała Staszewskiego, Adama Czabańskiego, Ewy Baum

Recenzje:

prof. dr hab. Andrzej Radziewicz-Winnicki

dr hab. Sławomir Banaszak, prof. UAM

© Copyright by Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Poznań 2024

© Copyright of the graphic design by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2024

Żaden z fragmentów książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz nagrywania, a także rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Monografia powstała pod patronatem:

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Collegium Medicum Uniwersytetu Zielonogórskiego

Poznań 2024

Wydanie I

Skład i łamanie: Termedia Wydawnictwa Medyczne

TERMEDIA

Termedia Wydawnictwa Medyczne

ul. Kleberga 2

61-615 Poznań

tel./faks +48 61 822 77 81

e-mail: termedia@termedia.pl

<http://www.termedia.pl>

Monografia została wydana dzięki grantowi edukacyjnemu

firmy Gilead Sciences Poland  **GILEAD**
Creating Possible

Działania Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w latach 2022–2024 są dofinansowane z Funduszy Norweskich w ramach programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

Szczegółowe informacje znajdują się na stronie operatora
aktywniobywatele.org.pl

Iceland 
Liechtenstein 
Norway  **Active
citizens fund**

ISBN: 978-83-7988-417-9

Spis treści

Słowo od redaktorów	9
Słowo o redaktorach	11

CZĘŚĆ I. WPROWADZENIE

<i>Adam Czabański, Mikołaj Gębka</i> Opinie Polaków na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia	17
---	----

<i>Monika Matecka</i> Zdrowie psychiczne Polaków w świetle badań	37
---	----

CZĘŚĆ II. ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

<i>Nadia Kruszyńska</i> Wpływ osobowości na sprawowanie opieki nad pacjentem. Analiza czynników osobowościowych u pacjenta i personelu leczącego w perspektywie analizy transakcyjnej	53
--	----

<i>Ewa Mojs, Jan Mojs</i> Człowiek w sytuacji choroby przewlekłej	75
--	----

<i>Maria Nowosadko</i> Zdrowie psychiczne i poziom stresu pacjenta a skuteczność procesu leczenia	91
---	----

<i>Izabela Jaworska, Ireneusz Sajewicz</i> Radzenie sobie z chorobą somatyczną i proces adaptacji do deficytów zdrowia	101
--	-----

<i>Zbigniew Izdebski, Maciej Białorudzki, Damian Warzecha</i> Psychoseksualne funkcjonowanie pacjentów	119
---	-----

CZĘŚĆ III. ASPEKTY SPOŁECZNE

<i>Stanisław Antczak, Ewa Baum</i> Wybrane demograficzno-społeczne aspekty opieki zdrowotnej	137
---	-----

<i>Magdalena Tuczyńska, Ewa Baum</i> Twarzą w twarz z zarazą – postrzeganie przez pacjentów dostępu do opieki zdrowotnej w czasach COVID-19 i w okresie postpandemicznym	157
<i>Nadia Kruszyńska, Agnieszka Lewicka-Rabska</i> Sieci wsparcia społecznego dla pacjentów i ich znaczenie dla przebiegu leczenia. Rola wsparcia dla wspierających	169
<i>Grzegorz Juszczak</i> Możliwości pracodawców w kreowaniu polityki zatrudnienia dla osób ze zdiagnozowanymi chorobami	179
<i>Monika Karasiewicz, Ewelina Chawłowska</i> Styl życia pacjenta i jego uwarunkowania w świetle wyzwań zdrowia publicznego	187
<i>Izabella Main</i> Zaangażowanie organizacji społecznych we wspieranie zdrowia i leczenia osób	199
<i>Arkadiusz Nowak, Igor Grzesiak</i> Wybrane aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – perspektywa pacjentów	215

CZĘŚĆ IV. WYZWANIA ZDROWOTNE XXI WIEKU I ZNACZENIE DOBRYCH PRAKTYK W PROCESIE PRZECIWDZIAŁANIA ZABURZENIOM W OBSZARZE ZDROWIA – ROZMOWY

Styl życia to jedna z najważniejszych determinant wpływających na ryzyko rozwoju chorób układu krążenia. <i>Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Maciejem Lesiakiem, kierownikiem Katedry i I Kliniki Kardiologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu</i>	231
---	-----

Choroby zakaźne – potrzebna jest edukacja społeczeństwa.
*Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Alicją Wiercińską-Drapało,
kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii,
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynatorem
oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie* 237

Zagrożenie zachowaniami samobójczymi – diagnozowanie i zapobieganie.
*Rozmowa z dr. hab. Adamem Czabańskim, prof. Akademii
im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim,
wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego* 241

Potrzebna jest świadomość, że otyłość to choroba.
*Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Leszkiem Czupryniakiem,
kierownikiem Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego* 247

Psychiatria dziecięco-młodzieżowa znacząco się zmienia.
Bardzo potrzebujemy współpracy międzyresortowej.
*Rozmowa z dr. n. med. Aleksandrą Lewandowską,
konsultant krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży* 251

CZĘŚĆ V. WSPARCIE W SYTUACJACH ZAGROŻENIA

Gdzie po pomoc? 257

Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych 265

Aneks 267

Słowo od Redaktorów

Współczesne uwarunkowania opieki nad pacjentem umieszczone są w konkretnym miejscu i czasie. Kontekst społeczny jest tu wyraźny i przeplata się z kontekstem psychologicznym. Oto poszczególne jednostki ludzkie z całym swoim kolorytem psychicznym wchodzą w skomplikowane relacje społeczne, rozgrywające się w konkretnym społeczeństwie wyrastającym z uświęconych tradycją źródeł. Ta specyficzna siatka ludzkich powiązań nabiera dynamiki w ustalonych i uzgodnionych ramach instytucjonalnych nakierowanych na ratowanie życia i zdrowia ludzkiego.

Ostatnie lata przyniosły nam wiele trosk, lęków i poczucia niepewności. Cała światowa populacja doświadczyła pandemii COVID-19. W lutym 2022 roku rozpętała się pełnoskalowa wojna w Ukrainie. Te wydarzenia szczególnie silnie uderzyły w polskie społeczeństwo egzystujące w bezpośrednim sąsiedztwie teatru wojny. Zaangażowanie w niesienie pomocy uchodźcom wojennym wyostrzyło zalety charakteru wielu ludzi w naszym kraju. Zaangażowanie wzmocnione empatią ogarnęło także szerokie społeczności lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych. Doświadczenie pandemii i wojny przeobraziły funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia nie tylko w bezpośredniej strefie wojny, lecz także na obszarach sąsiadujących i praktycznie w całym świecie. Wyraźnie zauważyć tu można, jak we współczesnym świecie poszczególne elementy są ze sobą powiązane, tworząc systemy o zasięgu globalnym. Źródła drgań i społecznych zaburzeń rozchodzą się wzdłuż linii łączących poszczególne elementy i wpływają na ludzką psychikę. Na zagrożenia kolejnymi wojnami i pandemiemi nakładają się niepokojące przemiany demograficzne (zjawisko starzenia się społeczeństw). Wszystko to wywołuje pytania o kondycję systemów ochrony zdrowia i ich ocenę zarówno przez samych pacjentów, jak i przez ekspertów, zwłaszcza w kontekście wspomnianych zjawisk zaburzających ład i poczucie bezpieczeństwa.

Punktem wyjścia dla prezentowanej monografii jest idea skonstruowania i wywołania odpowiednich warunków sprzyjających poprawie jakości opieki medycznej nad pacjentem. W optyce autorów zamieszczonych tu rozdziałów

najważniejsze jest zapewnienie pacjentom dobrostanu psychicznego poprzez poszanowanie ich godności oraz koncentrację na niwelowaniu ich cierpień, ograniczaniu wszelkich szkód i maksymalizacji korzyści.

Niniejsza publikacja składa się z pięciu części. Zarówno w sposobie ujęcia treści, jak i w formie graficznej monografia ta nawiązuje do wydanych uprzednio pozycji: *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (2019), *Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (2022) oraz *Etyczno-prawne uwarunkowania opieki nad pacjentem* (2023).

Wśród zamieszczonych tu rozważań są takie o charakterze teoretycznym, jak i dotyczące praktycznych zagadnień uwzględniających uwarunkowania psychospołeczne opieki nad pacjentem. Swoistym uzupełnieniem są wskazówki praktyczne oraz analizowane konkretne przypadki wypełniające część III. Część IV składa się z rozmów przeprowadzonych z prof. dr. hab. n. med. Maciejem Lesiakim – kierownikiem Katedry i I Kliniki Kardiologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, z prof. dr. hab. n. med. Alicją Wiercińską-Drapała – kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, ordynatorem oddziału w Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Warszawie, z dr. hab. Adamem Czabańskim, prof. AJP – wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, ekspertem w Biurze ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, z prof. dr. hab. n. med. Leszkiem Czupryniakiem – kierownikiem Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz z dr. n. med. Aleksandrą Lewandowską – konsultant krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. W części V zamieszczono przydatne informacje o miejscach, w których pacjenci mogą uzyskać pomoc (Sekcja ds. Skarg i Wniosków w NFZ, Rzecznik Praw Pacjenta, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym), tzw. ramkę pomocową z bezpłatnymi numerami telefonów pomocowych dla osób w kryzysie samobójczym oraz opracowane przez ekspertów suicydologów *Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych*. Ponadto umieszczono przydatne informacje o miejscach, w których można otrzymać merytoryczne informacje i pomoc w sytuacji zakażenia lub podejrzenia zakażenia HIV.

Psychospołeczne uwarunkowania opieki nad pacjentem obejmują rozległe obszary wiedzy i wpływają na mechanizmy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia na całym świecie. Pragniemy, aby ta książka przybliżyła Państwu bogactwo psychologicznych i społecznych aspektów wpływających na poszanowanie potrzeb pacjentów, ich autonomię, godność oraz uwolnienie od bólu i cierpienia.

Arkadiusz Nowak, Adam Czabański, Rafał Staszewski, Ewa Baum

Słowo o Redaktorach



ks. Arkadiusz Nowak

Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Adiunkt w Katedrze Humanizacji Medycyny i Seksuologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Zielonogórskiego. Od 2022 r. Przewodniczący Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia. Ponadto jest członkiem Rady Agencji Badań Medycznych, Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Jest prekursorem walki o prawa osób zakażonych HIV i chorych na AIDS. Przez wiele lat pełnił funkcję Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. AIDS i narkomanii. Jest współautorem dokumentów strategicznych dotyczących polityki państwa w zakresie HIV/AIDS i innych chorób cywilizacyjnych. W latach 2007–2017 był w Polsce prowincjałem Zakonu Posługujących Chorym – Ojcowie Kamilianie.

Studia filozoficzno-teologiczne ukończył na Papieskim Wydziale Teologicznym w Warszawie a następnie socjologię na Uniwersytecie Szczecińskim. Tytuł doktora nauk społecznych w dziedzinie pedagogiki uzyskał w 2012 roku, broniąc pracę doktorską na Wydziale Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zielonogórskiego.

W pracy naukowej zaangażowany w rozwój edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i humanizacji medycyny. Uhonorowany wieloma nagrodami i odznaczeniami m.in. Nagrodą Sekretarza Generalnego ONZ „Race Against Poverty Award” za walkę z nietolerancją, ksenofobią i rasizmem. Ponadto Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem „Zasłużony dla Polskiej Polityki Społecznej” oraz odznaką honorową Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”.



Rafał Staszewski

Zastępca prezesa Agencji Badań Medycznych ds. finansowania badań. Członek Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Przez wiele lat związany z Uniwersytetem Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Adiunkt w Katedrze i Klinice Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych oraz Pracowni Farmakoekonomiki Nadciśnienia Tętniczego. Pełnił funkcję dyrektora generalnego i członka Zarządu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Był zastępcą dyrektora w Szpitalu Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, gdzie odpowiadał m.in. za obszar badań klinicznych oraz projekty rozwojowe.

Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Ukończył także studia podyplomowe: Public Relations w Praktyce (Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie), Zarządzanie Finansami (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu) oraz Executive Master of Business Administration na Uniwersytecie im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Pełnił funkcję członka Rady Naukowej Agencji Badań Medycznych.

Trener w licznych szkoleniach dotyczących zarządzania w ochronie zdrowia, komunikacji z pacjentami oraz badań klinicznych. Jego zainteresowania naukowe skupiają się wokół zdrowia publicznego, promocji zdrowia oraz komunikacji i PR w ochronie zdrowia. Współpracował m.in. z Urzędem Marszałkowskim, z Wielkopolskim Centrum Zdrowia Publicznego, z DGA SA oraz wydawnictwem Termedia. Współautor i kierownik projektu Wielkopolska Onkologia, programu profilaktyki zdrowotnej i programu inwestycyjnego realizowanego ze środków norweskich (projekt wyróżniony na European Public Health Conference). Redaktor trzech książek poświęconych problematyce organizacji ochrony zdrowia oraz autor prac w czasopiśmie i podręcznikach akademickich. Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.



Adam Czabański

Doktor habilitowany, socjolog i suicydolog. Profesor w Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. Współorganizator i wykładowca pierwszych w Polsce Podyplomowych Studiów z Suicydologii w Menedżerskiej Akademii Nauk Stosowanych w Warszawie. Członek zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Zdrowia. Członek grupy ekspertów opracowujących Program Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Ekspert w Biurze ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Współtwórca serwisu internetowego „Życie warte jest rozmowy”. Autor 260 publikacji naukowych, w tym 19 monografii. Członek Komisji Ewaluacji Nauki przy Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego na lata 2023–2027.



Ewa Baum

Profesor nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki o zdrowiu, kierownik Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe dotyczą kwestii związanych z ekspansywnym rozwojem biomedycyny i kontekstami etycznymi oraz prawnymi, które są implikowane przez te wydarzenia, zwłaszcza zaś konsekwencji rozwoju współczesnej transplantologii, medycyny regeneracyjnej oraz dializoterapii, a także jakości życia pacjentów chorych przewlekle oraz ich subiektywnych oczekiwań w zakresie pomocy medycznej, psychologicznej i społecznej, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu duchowego. Autorka książek, m.in. *Komórki macierzyste jako bioetyczny problem współczesnej medycyny* (2010), *Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej* (2017), oraz ponad stu artykułów opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych, redaktorka wielu publikacji. Laureatka nagród naukowych, np. nagrody za najlepszy abstrakt dotyczący hemodializy przyznawanej przez International Society for Hemodialysis (USA, 2015) oraz nagród dydaktycznych, w tym dla Wykładowcy Roku 2018 na UMP w Poznaniu. Nauczycielka akademicka prowadząca zajęcia polskojęzyczne oraz anglojęzyczne z przedmiotów etycznych, bioetycznych, a także związanych z wielokulturowością i nowoczesną dydaktyką medyczną. Absolwentka programu Master of Didactics in Excellent Teaching w Aarhus University w Danii (2020). Członkini międzynarodowych zespołów badawczych oraz towarzystw, m.in. The European Society for Philosophy of Medicine and Health Care, Naczelnej Komisji Bioetycznej ds. Badań Klinicznych, Rady Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Pacjenta, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Zespołu ds. Polityki na rzecz Integracji Imigrantów i Imigrantek w Poznaniu. Jedna z pomysłodawczyń podpisania listu intencyjnego w zakresie pracy z pacjentem wywodzącym się z odmiennego kręgu kulturowego oraz realizatorka cyklu szkoleń przeciwdziałających wykluczeniu społecznemu.

CZĘŚĆ I
WPROWADZENIE

Opinie Polaków na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia

Wprowadzenie

Na wstępie warto przypomnieć, że system ochrony zdrowia wraz z jego otoczeniem składa się z różnych elementów, takich jak struktury rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci itd. Celem działalności systemu ochrony zdrowia jest ochrona zdrowia obywateli. System ochrony zdrowia zgodnie z koncepcją tzw. trójkąta, składa się z pacjentów, świadczeniodawców i płatnika. Tak więc, jak zauważa Małgorzata Paszkowska (2017), podstawowymi funkcjami systemu ochrony zdrowia są: zabezpieczenie świadczeń (usług) zdrowotnych, finansowanie oraz zarządzanie. Na temat funkcjonujących w Europie modeli systemów ochrony zdrowia (modele: Bismarcka, Beveridge'a i Siemaszki) pisano obszernie w polskiej literaturze naukowej (Kautsch i in., 2001).

(...) system ochrony zdrowia wraz z jego otoczeniem składa się z różnych elementów, takich jak struktury rządowe, samorządowe, zasoby medyczne, pacjenci itd. Celem działalności systemu ochrony zdrowia jest ochrona zdrowia obywateli.

Interesujący nas odcinek czasu obejmuje zatem upadek modelu systemu zdrowotnego Siemaszki (obowiązywał do 1 stycznia 1999 roku) i okres wpro-

wadzenia modelu ubezpieczeniowego opartego z pewnymi modyfikacjami na koncepcji Bismarcka (Paszowska, 2017).

Postrzeżenie systemów ochrony zdrowia w Polsce wymaga przyjęcia socjologicznej perspektywy. Obserwacja zjawisk i procesów dokonujących się w przestrzeni społecznej wymaga szczególnej uwagi. Wszak rzeczywistość ta modelowana jest przez wielość czynników ulegających przemianom w poszczególnych odcinkach czasowych. Ta niezwykła dynamika zdarzeń i duża liczba czynników wpływających na interesujące nas obiekty badawcze i będące efektem ich aktywności instytucje społeczne utrudniają przeprowadzenie obiektywnych i przede wszystkim aktualnych analiz.

W przyjętej perspektywie analizie poddaje się opinie Polaków kształtujące się w ostatnich ponad trzydziestu latach. W tym czasie upadały, przechodziły reorganizację lub powstawały od podstaw kolejne systemy ochrony zdrowia.

Obiektem zainteresowań badawczych w niniejszym rozdziale jest zbadanie opinii Polaków na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, a szczególnie ich oceny, co wymusza przyjęcie szerszej perspektywy temporalnej. Dociekania naukowe obejmują zatem opinie Polaków na ten temat, począwszy od

okresu intensywnej transformacji

społeczno-ustrojowej aż po czasy trwania pandemii COVID-19 i okres współczesny. W przyjętej perspektywie analizie poddaje się opinie Polaków kształtujące się w ostatnich ponad trzydziestu latach. W tym czasie upadały, przechodziły reorganizację lub powstawały od podstaw kolejne systemy ochrony zdrowia. Mówimy więc o systemach ochrony zdrowia w Polsce ostatnich kilkunastu lat.

W tym czasie powstawało wiele prac naukowych drążących tę tematykę, począwszy od tych z okresu intensywnych przemian związanych z transformacją społeczno-ustrojową (Latoszek, 2000; Włodarczyk i Poździej, 2001; Prętki, 2012; Maksymiuk i Bartkowiak, 2002), oraz z czasów bezpośrednio poprzedzających pandemię COVID-19 (Marcinów i Olejniczak, 2011; Łyp, 2016; Rabiej, 2017; Dobrzański, 2017; Zienkiewicz i in., 2018; Lenio, 2018; Płonka, 2017; Libura i in., 2018), aż po współczesne analizy skoncentrowane na konsekwencjach oddziaływania na polskie społeczeństwo skutków pandemii COVID-19 (Tuczyńska, Matthews-Kozanecka, Nowak, Baum, 2021; Tuczyńska, Staszewski, Matthews-Kozanecka, Baum, 2022; Tuczyńska, Matthews-Kozanecka, Baum, 2022).

Wszelkie wydarzenia zarówno z poziomu bieżącej polityki państwa, jak i zjawiska o skali wykraczającej poza ramy państwa polskiego, a obejmujące nasz region i całą Europę, a nawet świat (pandemia COVID-19, wojna w Ukrainie) wpływają na postrzeżenie przez obywateli funkcjonowania systemu ochrony

zdrowia w Polsce. Potrzebne są zatem pogłębione studia na ten temat. Niniejszy rozdział bazuje na komunikatach z badań przeprowadzonych w minionych dekadach głównie przez CBOS, ale również OBOP/TNS OBOP/TNS Polska, które dostępne są w zasobach wspomnianych ośrodków badawczych.

Uwagi metodologiczne

Z szeregu licznych kwestii dotyczących zdrowia, pojawiających się na przestrzeni lat w badaniach opinii publicznej, wybrano trzy wątki: oceny państwowej/publicznej służby zdrowia (w nawiązaniu do obowiązującego do pewnego momentu modelu Siemaszki), oceny systemu ochrony zdrowia oraz zadowolenie z systemu ochrony zdrowia.

Przed prezentacją wyników koniecznych jest jednak kilka uwag o charakterze metodologicznym (por. także: Gębka, 2021). Jakkolwiek pojedyncze badanie przedstawia jakiś obraz rzeczywistości, to jednak – tak jak pojedyncza fotografia – może pokazywać obraz zniekształcony, dlatego lepszym rozwiązaniem jest spojrzenie na określoną kwestię z szerszej perspektywy, uwzględniającej kilka podobnych badań (...).

Jakkolwiek pojedyncze badanie przedstawia jakiś obraz rzeczywistości, to jednak – tak jak pojedyncza fotografia – może pokazywać obraz zniekształcony, dlatego lepszym rozwiązaniem jest spojrzenie na określoną kwestię z szerszej perspektywy, uwzględniającej kilka podobnych badań (...).

określoną kwestię z szerszej perspektywy, uwzględniającej kilka podobnych badań (serię). Trzeba jednak pamiętać, że badania, w których poruszane jest konkretne zagadnienie, nie muszą być realizowane regularnie, w zbliżonych odstępach czasu. W przypadku kwestii prezentowanych dalej odstęp między badaniami branymi pod uwagę w porównaniach wahały się od kilku miesięcy (zwłaszcza w okresie zachodzących istotnych zmian, jak np. reformy systemu ochrony zdrowia – było to 1–2 miesiące) do kilku lat (a w zasadzie nawet prawie 11 lat – tyle bowiem upłynęło między badaniami CBOS, w których pytano o ocenę systemu ochrony zdrowia w sierpniu 1996 roku i marcu 2007 roku; można jednak uznać, że przerwa była krótsza, bowiem w grudniu 1998 roku oraz lutym 2002 roku podobne badania przeprowadził TNS OBOP, z nieco inaczej sformułowanym zestawem możliwych odpowiedzi, ale odpowiadających tym z badań CBOS).

Kiedy mowa o zestawach proponowanych odpowiedzi, trzeba zauważyć również pewne utrudnienie w przypadku pytania o zadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej w badaniach CBOS, we wszystkich 21 badaniach dotyczących tej kwestii respondenci mieli bowiem do wyboru odpowiedzi „zdecydowanie

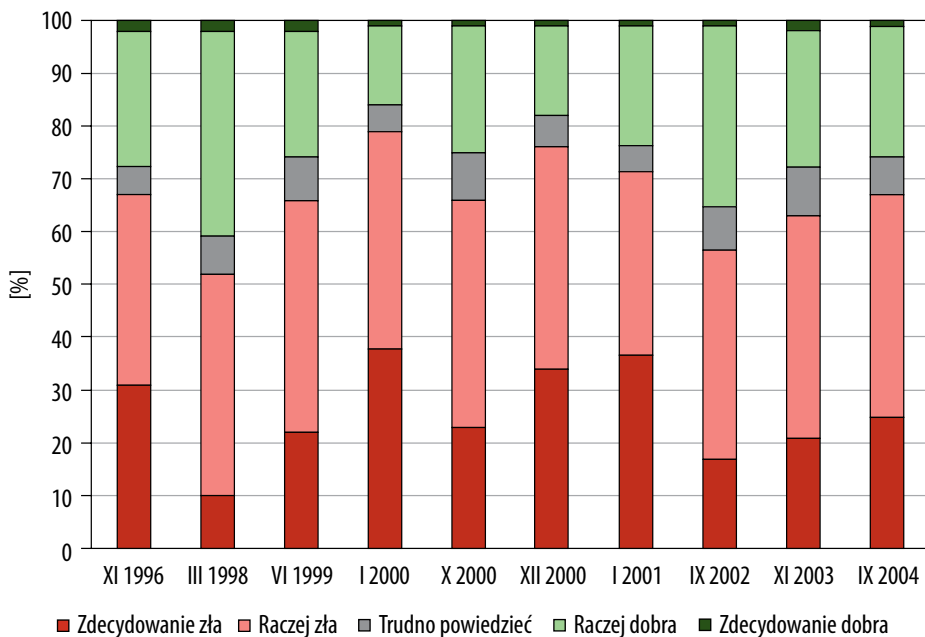
zadowolony”, „raczej zadowolony”, „raczej niezadowolony”, „zdecydowanie niezadowolony”, oraz „trudno powiedzieć”, ale w 8 badaniach z lat 2002–2006 mieli jeszcze możliwość wskazania odpowiedzi ambiwalentnej „ani zadowolony, ani niezadowolony”, co do pewnego stopnia zmniejszało odsetek wskazań słabszych ocen pozytywnych i negatywnych („raczej”). W tym przypadku można jednak zwrócić uwagę na oceny zdecydowanie pozytywne i zdecydowanie negatywne.

Osobną kwestią jest sposób prezentacji w komunikatach szczegółowych wyników badań – o ile w przypadku pytania o zadowolenie z systemu ochrony zdrowia można przedstawić wyniki z 21 badań dla ogółu respondentów, o tyle w przypadku próby spojrzenia na określone kategorie respondentów (np. ze względu na płeć, miejsce zamieszkania, wiek, poziom wykształcenia, przynależność do wybranych kategorii społecznych, deklaracje odnośnie do praktyk religijnych czy poglądów politycznych) – możliwe jest to już tylko na podstawie 18 badań, ponieważ 3 pozostałe komunikaty nie zawierają takich danych. W przypadku pytania o ocenę systemu ochrony zdrowia – odpowiedziom ogółu respondentów można przyrzec się na podstawie 11 badań, ale w podziale na kategorie respondentów – najwyżej 4, a w zasadzie 3, ponieważ 3 badania zostały przeprowadzone przez CBOS, natomiast czwarte – przez TNS OBOP i w jego przypadku nieco inaczej zostały wydzielone kategorie respondentów, co uniemożliwia porównania; z kolei porównanie 3 pozostałych badań jest tu bezcelowe ze względu na krótki okres, którego dotyczą (zostały zrealizowane w czerwcu 1994 oraz marcu i sierpniu 1996 roku). Jedynie w przypadku oceny państwowej/publicznej służby zdrowia dostępne są we wszystkich komunikatach dane w podziale na kategorie respondentów.

Na wykresach zaznaczono datę miesięczną badania (w przypadku badań realizowanych na przełomie miesiąca – przyjęto miesiąc, w którym badania się zakończyły), która w większości przypadków różni się od daty publikacji komunikatu o 1–2 miesiące (a w roku 2023 – nawet o 4 miesiące). W przypadku badań realizowanych w listopadzie lub grudniu oznacza to na ogół publikację w kolejnym roku kalendarzowym.

Ocena państwowej/publicznej służby zdrowia

Kwestia oceny państwowej/publicznej służby zdrowia pojawiła się w 10 badaniach z okresu listopad 1996 – wrzesień 2004 (ryc. 1). Obejmują one zatem okres schyłkowy obowiązywania modelu Siemaszki oraz okres reform – najpierw wprowadzenie kas chorych, a potem NFZ. Można przyjąć, że był to okres, kiedy państwowa/publiczna służba zdrowia była utożsamiana w opinii społecznej po prostu ze służbą zdrowia.



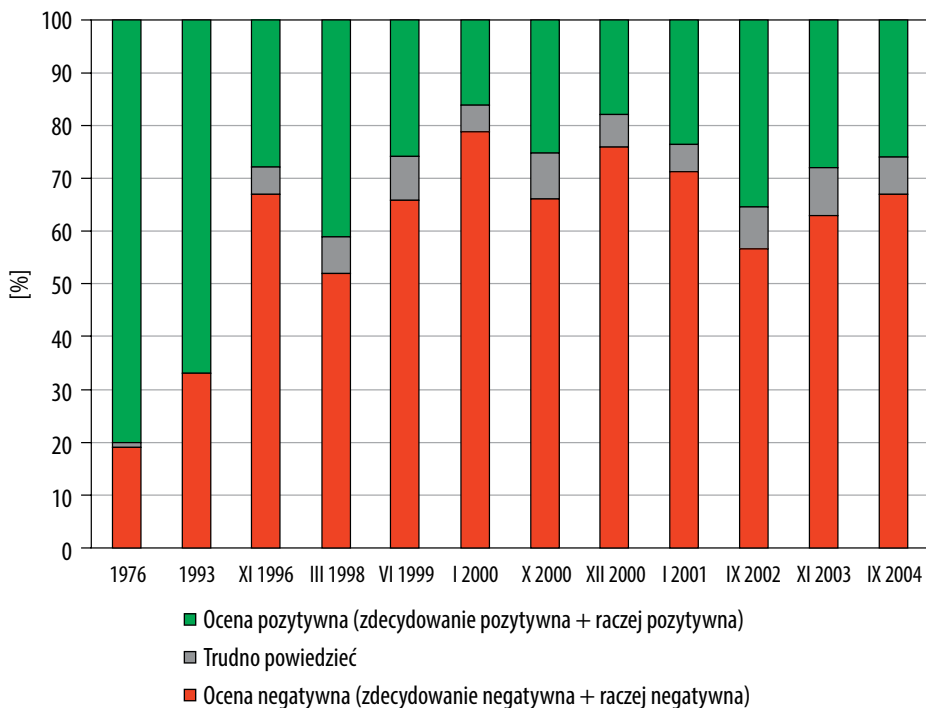
Wykres stanowi opracowanie własne na podstawie komunikatów z badań. Zestawienie wykorzystanych komunikatów z badań znajduje się w aneksie.

Rycina 1. Ocena państwowej/publicznej służby zdrowia w latach 1996–2004

W analizowanym okresie dominowały oceny negatywne, które ujęte łącznie (oceny „zdecydowanie zła” oraz „raczej zła”) nie spadały poniżej 50% (mieściły się w zależności od badania w przedziale 52–79%). Biorąc z kolei pod uwagę wyłącznie oceny zdecydowanie negatywne, mieściły się one w zależności od badania w przedziale 10–38%. Dla porównania – o ile oceny pozytywne (ujęte łącznie) mieściły się w przedziale 16–41%, o tyle oceny „zdecydowanie dobra” to maksymalnie 2% (w 4 badaniach).

Jak widać, najwięcej ocen pozytywnych (łącznie) i zarazem najmniej ocen zdecydowanie negatywnych odnotowano w badaniach poprzedzających wprowadzenie kas chorych (zaczęły działać od 1999 roku) oraz wprowadzenie NFZ – w przypadku tych drugich (zdecydowanie negatywnych) było to odpowiednio 10 i 17%. Można zatem przyjąć, że wprowadzenie zmiany (reformacja) budziło niepokój i uderzało w dotychczasowe przyzwyczajenia.

Warto w tym miejscu wprowadzić pewną dygresję, ponieważ w zasobach ośrodków badawczych dostępne są wyniki badań z roku 1976 oraz 1983, w których pytano o ocenę uspołecznionej służby zdrowia, która praktycznie dominowała w okresie PRL. Na rycinie 2 zestawiono wyniki z lat 70. i 80. z wcześniej



Wykres stanowi opracowanie własne na podstawie komunikatów z badań. Zestawienie wykorzystanych komunikatów z badań znajduje się w aneksie.

Rycina 2. Ocena uspołecznionej/państwowej/publicznej służby zdrowia w latach 1976, 1983 oraz 1996–2004

prezentowanymi ocenami państwowej/publicznej służby zdrowia. Ze względu na to, że wspomniane starsze badania zawierają wyłącznie oceny pozytywne bądź negatywne (bez rozróżnienia ich siły), dla pozostałych badań zaprezentowano odpowiednio pozytywne i negatywne oceny silniejsze i słabsze łącznie.

Przed zmianą ustrojową oceny uspołecznionej służby zdrowia były zdecydowanie pozytywne (...).

Przed zmianą ustrojową oceny uspołecznionej służby zdrowia były zdecydowanie pozytywne – nawet jeśli w roku 1983 było to „tylko” 67%, to jest to i tak o 26 punktów procentowych (da-

lej: p.p.) więcej niż w roku 1998, kiedy oceny pozytywne państwowej/publicznej służbie zdrowia wystawiło 41% respondentów. Można postawić w tym miejscu pytanie o przyczynę tak dobrych ocen w latach 70. i 80., nawet jeśli na przestrzeni 7 lat dzielących tamte badania nastąpił wyraźny spadek ocen pozytywnych. Odpowiadając na to pytanie, można postawić

hipotezę (choć będzie ona trudna do weryfikacji), że dla ocen istotny mógł być punkt odniesienia – jeżeli przyjąć, że takim punktem odniesienia był stan służby zdrowia np. w latach 50. i 60. – to niewątpliwie służba zdrowia z czasem rozwijała się, stawała się bardziej nowoczesna. Później natomiast – jak można przypuszczać – jeśli chodzi o punkt odniesienia, to punkt ciężkości mógł przesunąć się z perspektywy „czasowej” na „przestrzenną” – wraz z postępującym otwarciem na inne państwa, wraz ze wzrostem wiedzy o sposobie życia innych społeczeństw i jego standardzie (w tym w zakresie usług medycznych) – kwestie te mogły stać się punktem odniesienia dla ocen dostępnej bezpośrednio dla respondentów służby zdrowia w Polsce. Można również postawić pytanie, czy tak wysokich ocen pozytywnych w latach 70. nie można łączyć z okresem Gierkowskiego dobrobytu „na kredyt”, który w roku 1983 był już tylko wspomnieniem...

Dostępne w komunikatach z badań tabele aneksowe pozwalają na uchwycenie oceny państwowej/publicznej służby zdrowia z perspektywy pewnych kategorii respondentów, wydzielonych według różnych kryteriów. Zostaną tu przywołane te wyniki (łączne ujęcie odpowiedzi „zdecydowanie zła” i „raczej zła”), które w zauważalny sposób odbiegają od odpowiedzi ogółu respondentów. Ze względu na fakt, że oceny ogółu respondentów były bardziej negatywne niż pozytywne, szczególna uwaga zostanie zwrócona również na oceny negatywne i ich relację do ocen ogółu respondentów. W tej sytuacji można zauważyć, że ze względu na kryterium:

- płci – oceny mężczyzn i kobiet były dość zbliżone i nie odbiegały znacząco od ocen ogółu respondentów;
- wieku – respondenci w wieku 65 i więcej lat we wszystkich badaniach byli wyraźnie mniej niezadowoleni niż ogół respondentów (w 6 badaniach różnica wynosiła 11 lub więcej p.p., w roku 1996 – nawet 18 p.p.); nieco mniej niezadowoleni od ogółu respondentów byli również respondenci w wieku 55–64 lat (w 8 na 10 badań) oraz w wieku 18–24 lat (w 7 na 10 badań); pozostali (trzy przedziały: 25–34, 35–44, 45–54 lat) byli nieco bardziej niezadowoleni od ogółu respondentów (najbardziej – respondenci z przedziału wiekowego 25–34 lat); można zatem uznać, że 2 najstarsze kategorie wiekowe oraz kategoria najmłodsza oceniali państwową/publiczną służbę zdrowie stosunkowo łagodniej niż przedstawiciele pozostałych;
- wybranych grup społeczno-zawodowych – tu wzięto pod uwagę dwie z kilku proponowanych przez CBOS kategorii respondentów, które ze względu na wiek i stan zdrowia są dość wyraźnie łączone ze służbą zdrowia i jej usługami – a mianowicie emerytów i rencistów; w przypadku tych pierwszych odsetek ocen negatywnych był niższy od odsetka ocen negatywnych wśród ogółu respondentów we wszystkich badaniach (w tym w 3 badaniach 11

p.p. lub więcej, najwięcej – w roku 1996 – 16 p.p.), w przypadku drugich – w 9 z 10 badań (w 6 badaniach było to 10 p.p. lub więcej, najwięcej – w roku 2004 – 17 p.p.);

- miejsca zamieszkania – wyraźnie mniej ocen negatywnych niż ogół respondentów wyrazili mieszkańcy wsi (we wszystkich badaniach, w tym w 4 badaniach o co najmniej 10 p.p.), natomiast mieszkańcy miast powyżej 500 tys. byli wyraźnie bardziej niezadowoleni od ogółu (we wszystkich badaniach, w tym w 8 badaniach o 10 p.p. lub więcej); w przypadku mieszkańców miast do 20 tys., 20–100 tys. oraz 100–500 tys. odsetek ocen negatywnych był w większości badań nieco wyższy niż wśród ogółu respondentów; można zatem przyjąć, że łagodniej oceniali państwową/publiczną służbę zdrowia mieszkańcy wsi, natomiast mieszkańcy największych miast – zdecydowanie surowiej;
- wykształcenia – respondenci legitymujący się wykształceniem podstawowym bądź gimnazjalnym byli mniej surowi w ocenach – we wszystkich badaniach wystawiali oceny negatywne na niższym poziomie niż ogół respondentów (w 7 badaniach przynajmniej o 11 p.p., w roku 1998 – nawet o 16 p.p.); respondenci z wykształceniem zasadniczym zawodowym w większości badań nie odbiegali specjalnie od ogółu respondentów; bardziej surowi od ogółu byli respondenci z wykształceniem średnim (we wszystkich badaniach, w dwóch badaniach było to 10 p.p. lub więcej); najbardziej negatywne oceny pochodziły od respondentów z wykształceniem wyższym (we wszystkich badaniach, w 7 na 10 było to 10 p.p. lub więcej, a w roku 2002 – nawet 21 p.p.);
- praktyk religijnych – respondenci deklarujący praktyki religijne częściej niż raz w tygodniu wystawiali oceny negatywne rzadziej niż ogół badanych w 9 z 10 badań (w 3 badaniach mniej o 15 p.p. lub więcej, w roku 2001 – nawet 21 p.p.); oceny osób praktykujących raz w tygodniu lub 1–2 razy w miesiącu nie różniły się znacząco od odpowiedzi ogółu; osoby praktykujące kilka razy w roku we wszystkich badaniach wystawiły oceny bardziej negatywne niż ogół (w 2 badaniach różnica wynosiła 10 p.p.) natomiast osoby, które w ogóle nie praktykowały, wystawiły oceny bardziej negatywne niż ogół respondentów w 8 z 10 badań (w 3 badaniach było to 10 p.p. lub więcej, w październiku 2000 roku – nawet 14 p.p.);
- poglądów politycznych – więcej ocen negatywnych od ogółu wystawiali respondenci deklarujący poglądy lewicowe (w styczniu 2000 roku było to nawet 11 p.p.); w przypadku osób deklarujących poglądy centrowe i prawicowe odpowiedzi był zbliżone do odpowiedzi ogółu respondentów, natomiast wśród respondentów, którzy nie potrafili bądź nie chcieli zadeklarować poglądów politycznych, odsetek oceniających bardziej negatywnie niż ogół był niższy we wszystkich badaniach (w 6 badaniach było to 9 p.p. lub więcej).

Podsumowując powyższe zestawienie, warto zauważyć, że oceny państwowej/publicznej służby zdrowia – patrząc przez pryzmat wystawianych przez respondentów ocen negatywnych – były mniej surowe w przypadku najstarszych i najmłodszych respondentów (choć w przypadku tych ostatnich już w mniejszym stopniu), emerytów i rencistów, mieszkańców wsi, osób z najniższym wykształceniem, osób praktykujących częściej niż raz w tygodniu oraz o nieokreślonych poglądach politycznych.

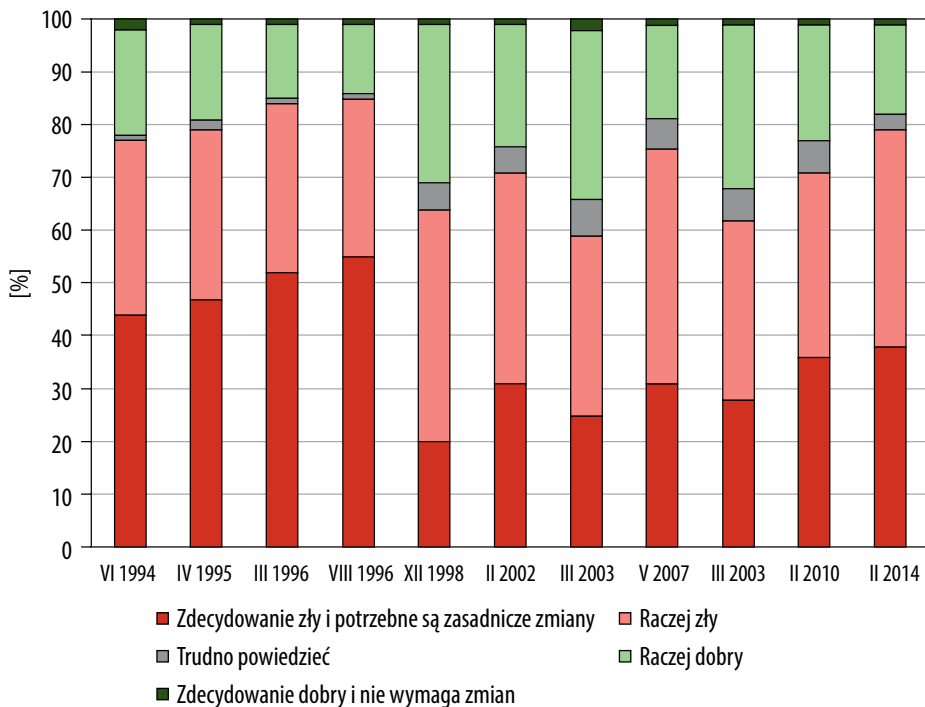
(...) oceny państwowej/publicznej służby zdrowia były mniej surowe w przypadku najstarszych i najmłodszych respondentów, emerytów i rencistów, mieszkańców wsi, osób z najniższym wykształceniem, osób praktykujących częściej niż raz w tygodniu oraz o nieokreślonych poglądach politycznych.

Ocena systemu ochrony zdrowia

Drugą kwestią, której warto się tu przyjrzeć, jest ocena systemu ochrony zdrowia. Pojawiła się ona w 11 badaniach z okresu czerwiec 1994 – luty 2014 (7 badaniach CBOS i 4 badaniach TNS OBOP/TNS Polska; ryc. 3). Obejmują one zatem znowu okres schyłkowy obowiązywania modelu Siemaszki oraz okres reform, jak również czas po zakończeniu najważniejszych zmian. Dostępne dane w tym przypadku pozwalają na analizę opinii tylko ogółu respondentów, bez podziału na różne ich kategorie.

System ochrony zdrowia w analizowanym okresie był przez większość respondentów oceniany negatywnie – łączne oceny negatywne („zdecydowane” + „raczej”) mieściły się w zależności od badania w przedziale 59–85%, przy czym w zasadzie gorsze oceny były u schyłku funkcjonowania modelu Siemaszki (z wyjątkiem grudnia 1998 roku, tuż przed wprowadzeniem modelu ubezpieczeniowego z kasami chorych) i dopiero w maju 2007 roku oraz w roku 2014 ponownie oceny negatywne osiągnęły poziom z lat 1994–1996.

Warto jednak zwrócić uwagę na odpowiedzi szczegółowe – o ile do sierpnia 1996 roku łączna ocena negatywna zawierała więcej odpowiedzi zdecydowanie negatywnych – ponad 40%, a w roku 1996 dwukrotnie ponad 50% wszystkich odpowiedzi, o tyle w późniejszych badaniach odsetek odpowiedzi zdecydowanie negatywnych nie przekraczał 40%, w tym w 2 przypadkach nie przekraczał 30%, a w jednym (rok 1998, tuż przed wprowadzeniem kas chorych) – osiągnął poziom 20%.



Wykres stanowi opracowanie własne na podstawie komunikatów z badań. Zestawienie wykorzystanych komunikatów z badań znajduje się w aneksie.

Rycina 3. Ocena systemu ochrony zdrowia w latach 1994–2014

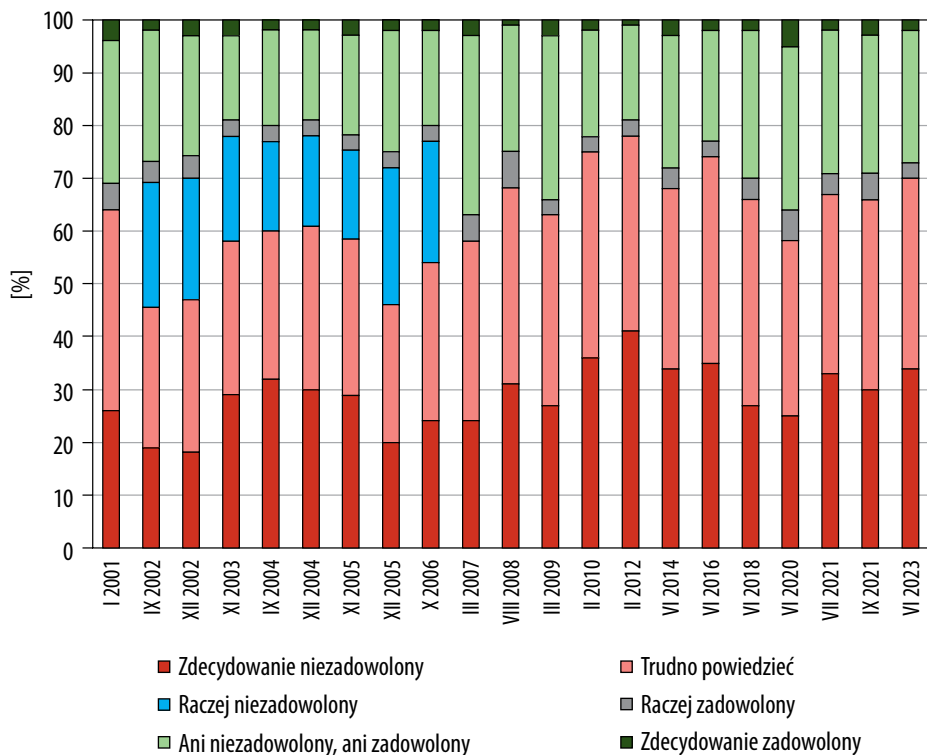
Zadowolenie z systemu ochrony zdrowia

Trzecią kwestią, zblizoną do poprzedniej, jest ocena zadowolenia z systemu ochrony zdrowia. Pojawiła się ona w 21 badaniach z okresu styczeń 2001 – czerwiec 2023 (ryc. 4). Obejmują one zatem okres po wprowadzeniu modelu ubezpieczeniowego aż do chwili obecnej.

W przypadku oceny zadowolenia z systemu ochrony zdrowia na przestrzeni ponad dwóch dekad XXI wieku przeważały łączne oceny negatywne, mieszczące

W przypadku oceny zadowolenia z systemu ochrony zdrowia na przestrzeni ponad dwóch dekad XXI wieku przeważały łączne oceny negatywne (...).

się w zależności od badania w przedziale 46–78%, jednakże należy zwrócić uwagę na inny sposób formułowania kafeerii w latach 2002–2006 – oprócz ocen negatywnych i pozytywnych była w tym okresie również dostępna odpowiedź ambi-



Wykres stanowi opracowanie własne na podstawie komunikatów z badań. Zestawienie wykorzystanych komunikatów z badań znajduje się w aneksie.

Rycina 4. Ocena zadowolenia z systemu ochrony zdrowia

walenta (w której „znika” część ocen umiarkowanie pozytywnych i umiarkowanie negatywnych). W tym okresie odsetek ocen negatywnych mieścił się w przedziale 46–61%. Podobnie niski poziom ocen negatywnych (poniżej 60%) w badaniach bez odpowiedzi ambiwalentnej pojawił się tylko dwukrotnie – w roku 2007, oraz 2020 (na początku pandemii koronawirusa).

W tej sytuacji za bardziej miarodajne należy uznać oceny zdecydowane („zdecydowanie niezadowolony” oraz „zdecydowanie zadowolony”). Tych pierwszych było zdecydowanie więcej, bowiem mieściły się w przedziale 18–41% (najniższy poziom niezadowolenia odnotowano tuż przed wprowadzeniem NFZ), natomiast oceny zdecydowanie pozytywne mieściły się w przedziale 1–5% (w tym najlepsza na samym początku pandemii koronawirusa).

Tak jak w przypadku ocen państwowej/publicznej służby zdrowia – można na kwestię zadowolenia z systemu ochrony zdrowia spojrzeć z perspekty-

wy różnych kategorii respondentów Zostaną tu przywołane oceny negatywne („zdecydowanie” i „raczej” łącznie), które szczególnie odbiegają od odpowiedzi ogółu respondentów; trzeba jednak pamiętać, że ze względu na kafeterię z lat 2002–2006 w tym okresie wyniki mogą być trochę zniekształcone. Można zatem stwierdzić, że ze względu na kryterium:

- płci – oceny mężczyzn i kobiet były dość zbliżone i nie odbiegały znacząco od ocen ogółu respondentów;
- wieku – respondenci w wieku 65 i więcej lat byli wyraźnie mniej niezadowoleni od ogółu respondentów (a patrząc przez pryzmat odpowiedzi „zadowolony” – w niektórych badaniach w okresie pandemii odsetek zadowolonych oscylował w tym przedziale wiekowym ok. 50%); części badań w latach 2001–2002 i od roku 2020 nieco mniej niezadowolonych od ogółu respondentów było również wśród osób w wieku 55–64 lat oraz w wieku 18–24 lat; respondenci w wieku 25–54 lat w wszystkich badaniach byli bardziej niezadowoleni niż ogół;
- wybranych kategorii społeczno-zawodowych – emeryci i renciści we wszystkich badaniach byli wyraźnie mniej niezadowoleni od ogółu respondentów (w przypadku rencistów w 10 z 18 badań różnica w stosunku do ogółu wynosiła 10 p.p. lub więcej, a w roku 2023 było to aż 40 p.p., w tym konkretnym badaniu swoje zadowolenie z systemu zadeklarowało 66% rencistów wobec 27% wśród ogółu respondentów);
- miejsca zamieszkania – mieszkańcy wsi byli we wszystkich badaniach nieco mniej niezadowoleni od ogółu respondentów, natomiast mieszkańcy największych miast byli wyraźnie bardziej niezadowoleni od ogółu respondentów (w 17 z 18 badań, w tym w 9 badaniach różnica była 10 p.p. lub więcej w stosunku do ogółu, w roku 2006 było to nawet 22 p.p.);
- wykształcenia – respondenci z najniższym wykształceniem (podstawowy/gimnazjalnym) byli mniej niezadowoleni niż ogół respondentów (we wszystkich badaniach, w 10 z 18 badań różnica wynosiła 10 p.p. lub więcej, w tym w roku 2020 – 19 p.p.), z kolei osoby z wykształceniem średnim (nieznacznie) oraz wyższym (bardzo wyraźnie) były bardziej niezadowolone od ogółu respondentów (ci drudzy we wszystkich badaniach, w 8 z 18 badań różnica wynosiła 10 p.p. lub więcej, w tym w roku 2007 – 17 p.p.);
- praktyk religijnych – osoby praktykujące kilka razy w tygodniu były w 14 z 18 badań w mniejszym stopniu niezadowolone niż ogół respondentów, przy czym w 10 badaniach różnica była o 10 p.p. lub więcej (w tym w 2 badaniach było to 20 p.p. lub więcej); z kolei osoby praktykujące kilka razy w roku lub w ogóle niepraktykujące były nieco bardziej niezadowolone od ogółu respondentów;
- poglądów politycznych – osoby deklarujące poglądy lewicowe były nieco bardziej niezadowolone od ogółu respondentów w 15 z 18 badań, przy czym

największe różnice był widoczne w badaniach przeprowadzanych na ogół w okresach sprawowania władzy przez PiS (2006–2007, 2016–2023) bądź AWS (2001), wyjątkiem był tu rok 2009 (rząd PO–PSL); nieco bardziej od ogółu, ale w mniejszym stopniu niż osoby deklarujące poglądy lewicowe, swoje niezadowolenie wyrażały osoby o poglądach centrowych (w 15 z 18 badań); z kolei deklarujący poglądy prawicowe byli raczej nieco mniej niezadowoleni niż ogół (w połowie badań, niezadowolenie mniejsze niż ogółu respondentów widoczne był szczególnie w latach 2018–2023 (a więc za rządów PiS).

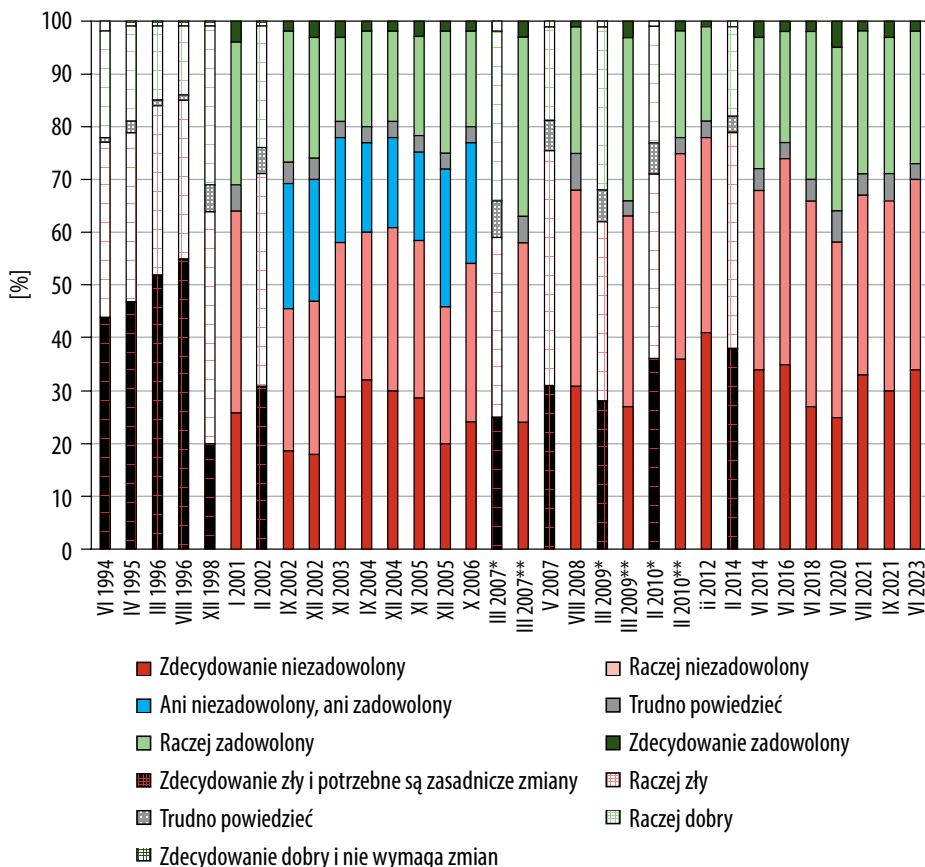
Można zatem zauważyć, że mniej niezadowoleni z systemu ochrony zdrowia byli (choć znaczne różnice były tylko w części badań) respondenci starsi (powyżej 55. roku życia) i najmłodsi (18–24 lat), emeryci i renciści, mieszkańcy wsi, respondenci z najniższym wykształceniem, praktykujący (religijnie) częściej niż raz w tygodniu oraz deklarujący poglądy prawicowe.

(...) mniej niezadowoleni z systemu ochrony zdrowia byli respondenci starsi (powyżej 55. roku życia) i najmłodsi (18–24 lat), emeryci i renciści, mieszkańcy wsi, respondenci z najniższym wykształceniem, praktykujący (religijnie) częściej niż raz w tygodniu oraz deklarujący poglądy prawicowe.

Ocena systemu zdrowia a zadowolenie z niego

Jakkolwiek pytania o ocenę systemu zdrowia i zadowolenie z niego są dwoma odrębnymi pytaniami, na potrzeby niniejszych analiz można je potraktować jako dotyczące jeśli nie tej samej, to bardzo zbliżonej kwestii i w celu poszerzenia perspektywy czasowej analizy ująć je łącznie na rycinie 5. Zabieg ten wydaje się uzasadniony, ponieważ w przypadku 3 badań (2007, 2009, 2010) respondentom postawiono oba pytania, a uzyskane odpowiedzi w każdym z tych badań dla obu pytań były albo takie same albo bardzo zbliżone (uwzględniając podział na odpowiedzi słabsze („raczej”) i silniejsze („zdecydowanie”).

Biorąc pod uwagę łączne ujęcie tych dwóch pytań, widać, że najgorsze oceny łączne („zdecydowanie” + „raczej”) – były zgłaszane przez respondentów w pierwszej połowie lat 90. (do roku 1996 włącznie), i tylko w latach 2002 (luty), 2007 oraz 2010–2014 zanotowano zbliżony poziom ocen negatywnych (powyżej 70%, z zastrzeżeniem lat 2002–2006 – kiedy w kafeterii była odpowiedź ambiwalentna). Nawet w okresie pandemii ocen negatywnych było nieco mniej.



Wykres stanowi opracowanie własne na podstawie komunikatów z badań. Zestawienie wykorzystanych komunikatów z badań znajduje się w aneksie.

Jedną gwiazdką zaznaczono te odpowiedzi, które dotyczyły w tym samym badaniu oceny systemu, a dwoma gwiazdkami – zadowolenia z systemu. Badania, w których pytano o zadowolenie z systemu ochrony zdrowia – słupki z pełnym wypełnieniem, badania, w których pytano o ocenę systemu – słupki wypełnione deseniem.

Rycina 5. Oceny systemu ochrony zdrowia oraz zadowolenie z systemu ochrony zdrowia w latach 1994–2023

Najwięcej ocen zdecydowanie negatywnych odnotowano w latach 1994–1996, przed reformami wprowadzającymi najpierw kasy chorych, a potem NFZ – a więc u schyłku funkcjonowania modelu Siemaszki (44–55%), natomiast od roku 1998 tylko w jednych badaniach (2012) odsetek ocen zdecydowanie negatywnych przekroczył 40%.

Warto zwrócić uwagę na badania z roku 2007, kiedy w krótkim okresie między marcem a majem wystąpiło wyraźne pogorszenie ocen. Wydaje się, że różnica ta pokazuje zmianę nastrojów panujących wokół służby zdrowia w tym czasie, bowiem majowe badanie poprzedzało bezpośrednio wydarzenia

z czerwca i lipca 2007 (strajki pielęgniarek i położnych, tzw. białe miasteczko pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów w Warszawie), które mogły mieć pewne przełożenie na wyniki przyspieszonych wyborów parlamentarnych z tego samego roku.

Patrząc z kolei na wykres pod kątem politycznym, można zauważyć, że pierwszy okres rządów SLD (wraz z koalicjantami; 1993–1997) to okres wzrostu niezadowolenia, okres rządów AWS i reforma kas chorych – to niższy poziom niezadowolenia. Z kolei drugi okres rządów SLD wraz z koalicjantami oraz pierwsze rządy PiS z koalicjantami są trudne do oceny (ze względu na odpowiedzi

ambiwalentne). Okres rządów PO wraz z PSL (2007–2015) to powolny wzrost niezadowolenia, natomiast drugi okres rządów PiS – to spadek niezadowolenia w latach 2016–2020, zahamowany – jak się wydaje – przez pandemię.

Warto zwrócić uwagę na badania z roku 2007, kiedy w krótkim okresie między marcem a majem wystąpiło wyraźne pogorszenie ocen. Wydaje się, że różnica ta pokazuje zmianę nastrojów panujących wokół służby zdrowia w tym czasie, bowiem majowe badanie poprzedzało bezpośrednio wydarzenia z czerwca i lipca 2007 (strajki pielęgniarek i położnych, tzw. białe miasteczko pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów w Warszawie), które mogły mieć pewne przełożenie na wyniki przyspieszonych wyborów parlamentarnych z tego samego roku.

Wnioski z badań

Przeprowadzone badania opinii Polaków na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w Polsce obejmują ostatnie kilkadziesiąt lat. Od powolnego upadku systemu obowiązującego w całym okresie PRL (systemu Siemaszki) poprzez liczne reformy skutkujące zbudowaniem w Polsce systemu Bismarcka (oczywiście ze stosownymi modyfikacjami). W tym czasie społeczeństwo polskie przechodziło dynamiczne zmiany, podlegało różnym oddziaływaniom sił wewnętrznych i zewnętrznych. W ostatnich latach doświadczało skutków pandemii COVID-19 i trwającej w Ukrainie wojny. Na podstawie kilkudziesięciu badań CBOS (i OBOP/TNS OBOP/TNS Polska) można zauważyć następujące prawidłowości, niezależnie, czy patrzy się na nie przez pryzmat ocen państwowej służby zdrowia, która do pewnego momentu dominowała i można uznać ją za swego rodzaju synonim systemu ochrony zdrowia, czy systemu ochrony zdrowia w ogóle:

1. W latach 1996–2004 (ocena państwowej/publicznej służby zdrowia) było mniej ocen negatywnych systemu ochrony zdrowia w Polsce ze strony osób

w wieku przedemerytalnym (55+) a zwłaszcza emerytalnym (65+), a od roku 1999 także wśród najmłodszych respondentów (18–24 lat). Ten trend utrzymał się także w latach 2001–2023 (badania zadowolenia z systemu ochrony zdrowia), jeśli chodzi o respondentów najstarszych (65+) i najmłodszych (18–24 lat). Niższy poziom ocen negatywnych wśród najstarszych respondentów zasadniczo potwierdzają również w obu zestawach badań odpowiedzi respondentów będących emerytami (zwłaszcza w roku 1996 i 2022). Jeszcze częściej niż wśród emerytów niższy poziom niezadowolenia w obu zestawach badań zarejestrowano wśród rencistów (szczególnie w roku 2007 i 2023). Starsi „młodzi dorośli” (wiek 25–34 lat) oraz osoby w wieku średnim (35–54 lat) byli bardziej niezadowoleni od ogół respondentów w obu zestawach badań.

2. W omawianym okresie (1996–2023, oba zestawy badań) niższy poziom niezadowolenia deklarowali mieszkańcy wsi, a wyraźnie wyższy – mieszkańcy największych polskich miast.
3. Osoby z najniższym statusem wykształceniowym oceniały systemy ochrony zdrowia w latach 1996–2023 (oba zestawy badań) łagodniej od ogół respondentów. Wzrost poziomu wykształcenia przekładał się na bardziej negatywne oceny systemu (przy czym w przypadku osób z wykształceniem średnim w większym stopniu w pierwszym zestawie badań, dotyczącym publicznej/ państwowej służby zdrowia) Osoby z wykształceniem wyższym wyrażały największe niezadowolenie w całym analizowanym okresie.
4. Znaczenie miała też częstotliwość praktyk religijnych. Z badań wynika, że w latach 1996–2023 (oba zestawy badań) mniej ocen negatywnych systemu opieki zdrowotnej w Polsce od ogółu respondentów wystawili respondenci praktykujący raz w tygodniu lub częściej (zwłaszcza ci drudzy), najgorzej oceniali go osoby praktykujące kilka razy w roku oraz niepraktykujące.
5. W omawianym okresie respondenci deklarujący prawicowe poglądy wystawili mniej ocen negatywnych od ogół badanych szczególnie jeśli chodzi o publiczną/państwową służbę zdrowia (w latach 1998–2001, rządy AWS) W przypadku pytań o zadowolenie z systemu niższy odsetek ocen negatywnych wśród respondentów deklarujących poglądy prawicowe był w okresie drugich rządów PIS. Gorzej od ogółu w obu zestawach badań oceniali opiekę zdrowotną respondenci o lewicowych poglądach (zwłaszcza w okresie drugich rządów PIS).
6. Biorąc po uwagę z kolei wyniki ogólne, widać, że w zasadzie prawie we wszystkich badaniach (niezależnie od tego, czy pytano o ocenę państwowej/ publicznej służby zdrowia, czy o ocenę systemu zdrowia, czy o zadowolenie z tegoż systemu) przeważały oceny negatywne (ocen negatywnych słabszych i silniejszych było łącznie więcej niż 50%). Wyjątkiem są te badania z roku 2002 (2 razy) oraz 2005, w których respondenci mogli udzielać odpowiedzi ambiwalentnej – ale również w tych badaniach, pomimo że ocen nega-

tywnych było nieco poniżej 50%, to i tak było ich więcej niż ocen pozytywnych czy ambiwalentnych. Natomiast najwięcej opinii zdecydowanie negatywnych wyrażano w latach 1994–1996, czyli przed reformami (kasy chorych i NFZ), w okresie, kiedy państwowa służbę zdrowia można było utożsamiać z systemem ochrony zdrowia. W okresie od 1998–2023 w jednym tylko badaniu poziom opinii zdecydowanie negatywnych przekroczył 40% – w roku 2012 było to 41%.

(...) w zasadzie prawie we wszystkich badaniach (niezależnie od tego, czy pytano o ocenę państwowej/ publicznej służby zdrowia, czy o ocenę systemu zdrowia, czy o zadowolenie z tegoż systemu) przeważały oceny negatywne (...).

Dokonany tu przegląd opinii Polaków na temat funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w Polsce w latach 1994–2023 ma charakter wstępny i zdecydowanie wymaga pogłębionych analiz, na co nie pozwalał charakter niniejszej publikacji. Wyraźnie jednak widać, jak w społeczeństwie ludzkie opinie w tym zakresie są powiązane z wiekiem, miejscem zamieszkania, poziomem wykształcenia, aktywnością religijną i preferencjami politycznymi. Nieustanna zmienność i wzrastająca dynamika zdarzeń sprawiają, że w ramach socjologicznych obserwacji można uzyskać co najwyżej perspektywę *post factum*. Bardzo trudno jest przewidzieć, jak oceniany będzie aktualny system opieki zdrowotnej w Polsce w przyszłości, ponieważ nie jesteśmy w stanie przewidzieć wydarzeń i nowych czynników wpływających na ludzkie opinie w tej kwestii, a także wzajemnych interakcji takich czynników. W tej ostatniej kwestii można spytać o to, na ile poziom ocen negatywnych w ostatnich latach (od roku 2020) był związany np. z pandemią koronawirusa, a na ile wynikał chociażby z lęków społecznych płynących z zamieszkania dotyczącego legalności przesłanek przerywania ciąży i głośnych medialnie przypadków śmierci kobiet będących w ciąży. Osmoza zachodząca pomiędzy poszczególnymi pokoleniami Polaków nie gwarantuje w żaden sposób przewidywalności ich preferencji w ocenie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

(...) można spytać o to, na ile poziom ocen negatywnych w ostatnich latach (od roku 2020) związany był np. z pandemią koronawirusa, a na ile wynikał chociażby z lęków społecznych płynących z zamieszkania dotyczącego legalności przesłanek przerywania ciąży i głośnych medialnie przypadków śmierci kobiet będących w ciąży.

Bibliografia

1. CBOS. (1994). *Czy potrzebne są zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia?* Warszawa: CBOS. BS/141/126/94.
2. CBOS. (1995). *Ubezpieczenia zdrowotne w opinii Polaków.* Warszawa: CBOS. BS/116/97/95.
3. CBOS. (1996a). *Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w opinii społeczeństwa.* Warszawa: CBOS. BS/69/69/96.
4. CBOS. (1996b). *Służba zdrowia w ocenach społeczeństwa.* Warszawa: CBOS. BS/142/140/96.
5. CBOS. (1996c). *Stosunek społeczeństwa do protestów w służbie zdrowia.* Warszawa: CBOS. BS/184/182/96.
6. CBOS. (1998). *Ocena funkcjonowania państwowej i prywatnej służby zdrowia.* Warszawa: CBOS. BS/56/56/98.
7. CBOS. (1999). *Opinie o opiece zdrowotnej po wprowadzeniu reformy.* Warszawa: CBOS. BS/116/99.
8. CBOS. (2000a). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/19/2000.
9. CBOS. (2000b). *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/162/2000.
10. CBOS. (2001a). *Opinie o opiece zdrowotnej pod koniec drugiego roku reformy.* Warszawa: CBOS. BS/2/2001.
11. CBOS. (2001b). *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy.* Warszawa: CBOS. BS/16/2001.
12. CBOS. (2002). *Zadowolone z opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/173/2002.
13. CBOS. (2003). *Polacy, Czesi, Węgrzy i Rosjanie o opiece zdrowotnej w swoich krajach.* Warszawa: CBOS. BS/19/2003.
14. CBOS. (2004a). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/1/2004.
15. CBOS. (2004b). *Opinie o opiece zdrowotnej po uchwaleniu nowej ustawy.* Warszawa: CBOS. BS/159/2004.
16. CBOS. (2005a). *Opinie o opiece zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech.* Warszawa: CBOS. BS/5/2005.
17. CBOS. (2005b). *Niezadowolone z opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/188/2005.
18. CBOS. (2006a). *Polacy, Czesi, Słowacy i Węgrzy o opiece zdrowotnej w swoich krajach.* Warszawa: CBOS. BS/5/2006.
19. CBOS. (2006b). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/160/2006.
20. CBOS. (2007b). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/54/2007.
21. CBOS. (2008). *Opinie o komercjalizacji szpitali.* Warszawa: CBOS. BS/138/2008.
22. CBOS. (2009). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/55/2009.
23. CBOS. (2010). *Opinie o opiece zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/24/2010.
24. CBOS. (2012). *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. BS/34/2012.
25. CBOS. (2014). *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej A.D. 2014.* Warszawa: CBOS. 107/2014.
26. CBOS. (2016). *Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. 113/2016.
27. CBOS. (2018). *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. 89/2018.
28. CBOS. (2020). *Opieka medyczna w czasie epidemii.* Warszawa: CBOS. 88/2020.
29. CBOS. (2021a). *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych.* Warszawa: CBOS. 105/2021.
30. CBOS. (2021b). *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. 125/2021.
31. CBOS. (2023). *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.* Warszawa: CBOS. 124/2023
32. Dobrzański, K. (2017). *Zmiany systemowe w sektorze ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo Polskie*, 1 (63), 142–149. DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.19>.
33. Gębka, M. (2021). *Wokół początku i końca ludzkiego życia. Refleksja nad stosunkiem Polaków do wybranych kwestii bioetycznych z zakresu nauczania Kościoła katolickiego w świetle badań opinii społecznej.* *Teologia i Moralność*, 16, 2 (30), 83–114. DOI: <https://doi.org/10.14746/TIM.2021.30.2.4>.

34. Kautsch, M., Klich, J., Whitfield, M. (2001). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
35. Latoszek, M. (2000). *Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia*. Gdańsk: Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej IMS, Akademia Medyczna w Gdańsku.
36. Lenio, P. (2018). *Źródła finansowania ochrony zdrowia w Polsce i w Niemczech*. Prawo Budżetowe Państwa i Samorządu, 1 (6), 53–73. DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/PBPS.2018.004>.
37. Libura, M., Greser, J., Borek, E., Perendyk, T., Sitek, A., Wojtaszczyk, K. (2018). *Finansowanie i organizacja systemu ochrony zdrowia w oczach pacjentów*. Pobrane 5 stycznia 2024 z: <https://mypacjenci.org/wp-content/uploads/2018/08/Finansowanie-i-organizacja-systemu-ochrony-zdrowia-w-oczach-pacjentw.pdf>.
38. Łyp, K. (2016). *System ochrony zdrowia w Polsce – mechanizm funkcjonowania*. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska, 89, 277–290.
39. Maksymiuk, T., Bartkowiak, L. (red.). (2002). *Badania stanu zdrowia populacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej – zagadnienia wybrane*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
40. Marcinów, K., Olejniczak, D. (2011). *Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej*. Medycyna Rodzinną, 4, 99–104.
41. OBOPSP. (1983). *Komunikat z badań. Problemy służby zdrowia w opinii publicznej*. Warszawa: Komitet do Spraw Radia i Telewizji „Polskie Radio i Telewizja” Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych. 33/293.
42. Paszkowska, M. (2017). *System ochrony zdrowia w Polsce – zmiana modelu*. Problemy Zarządzania, 15 (3), 25–41. DOI: [10.7172/1644-9584.69.2](https://doi.org/10.7172/1644-9584.69.2).
43. Płonka, M. (2017). *Prywatne ubezpieczenia społeczne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio H – Oeconomia, LI, 6, 321–329. DOI: [10.17951/h.2017.51.6.321](https://doi.org/10.17951/h.2017.51.6.321).
44. Prętki, K. (2012). *Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce w świetle badań CBOS w latach 1999-2001*. Poznańskie Zeszyty Humanistyczne, 18, 45–53.
45. Rabej, E. (2017). *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce – w drodze do zrównoważonego rozwoju*. Studia BAS, 4 (52), 121–142.
46. TNS OBOP. (2002). *Polacy o zapowiedzi zmian w służbie zdrowia*. Warszawa: TNS OBOP. 019-02.
47. TNS. (2014). *Służba zdrowia wczoraj i dziś*. Warszawa: TNS. K.018/14.
48. Tuczyńska, M., Matthews-Kozanecka, M., Nowak, A., Baum, E. (2021). *How the COVID-19 Pandemic Affected the Accessibility and Quality of Health Services in Poland*. Studies in Logic, Grammar and Rhetoric, 66 (79), 561–572. DOI: [10.2478/slgr-2021-0032](https://doi.org/10.2478/slgr-2021-0032).
49. Tuczyńska, M., Staszewski, R., Matthews-Kozanecka, M., Baum, E. (2022). *Impact of Socioeconomic Status on the Perception of Accessibility to and Quality of Healthcare Services during the COVID-19 Pandemic among Poles – Pilot Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19 (9), 5734. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095734>.
50. Tuczyńska, M., Matthews-Kozanecka, M., Baum, E. (2022). *Correlation between religion, spirituality and perception of healthcare services utilisation in Poland during COVID-19 pandemic*. PeerJ, e14376. DOI: [10.7717/peerj.14376](https://doi.org/10.7717/peerj.14376).
51. Włodarczyk, C., Poździech, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
52. Zienkiewicz, E., Zienkiewicz, T., Dziaduch, S. (2018). *Regional differences in access to health care in Poland from the perspective of health care resources*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 25 (1), 77–81. DOI: [10.5604/12321966.1235169](https://doi.org/10.5604/12321966.1235169).

Zdrowie psychiczne Polaków w świetle badań

Wprowadzenie

Jak stwierdził Zygmunt Bauman: „Funkcjonujemy w świecie, który pęka od nadmiaru informacji i jednocześnie jesteśmy skazani na poczucie ciągłego niedoinformowania” (Haffner, 2019, s. 94). Zgadając się w pełni z takim rozpoznaniem, należy zauważyć, że dokładne i wyczerpujące omówienie problemów w obszarze zdrowia psychicznego polskiego społeczeństwa przekracza ramy niniejszego rozdziału. Skupiono się zatem na wybranych zagadnieniach, które uznano za najbardziej istotne w kontekście dobrostanu emocjonalnego i społecznego dzieci, młodzieży i osób dorosłych. W tym celu odwołano się do aktualnych badań i raportów (w przypadku dzieci i młodzieży – publikowanych w latach 2020–2023, w przypadku osób dorosłych – w latach 2018–2023). Na podstawie analizy dostępnego materiału dokonano wyboru omawianych w artykule treści, sygnalizując tylko pewne zjawiska bądź przyglądając się uważniej znaczącym i wyrazistym tendencjom i problemom związanym z samopoczuciem psychicznym i funkcjonowaniem w rzeczywistości społecznej osób w różnych grupach wiekowych.

Dobrostan psychospołeczny dzieci i młodzieży

W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby dzieci wymagających specjalistycznej pomocy ze względu na zaburzenia psychiczne oraz zaburzenia zachowania.

wania. W 2020 roku profesjonalnego wsparcia udzielono 170 tys. osób do 18. roku życia, wśród których ponad połowę (57%) stanowili chłopcy (Szredzińska, 2022). Z powodu zaburzeń nastroju, m.in. depresji, 333 dzieci (w tym 88 do 15. roku życia) objęto leczeniem szpitalnym. Liczba hospitalizacji z powodu zaburzeń nastroju zwiększa się od kilku lat i to nie tylko wśród nastolatków (15–19 lat), ale także w grupie dzieci (5–14 lat) (Szredzińska, 2022).

Oceniono funkcjonowanie dzieci w następujących siedmiu sferach: samoregulacja; przestrzeganie zasad/reguł; zachowania adaptacyjne; autonomia; afekt; komunikacja społeczna; interakcje z innymi ludźmi.

W realizowanym przed pandemią, kompleksowym badaniu stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II) przeprowadzono badania przesiewowe rozwoju społeczno-emocjonalnego dzieci w wieku 0–6 lat (Biechowska i in., 2021). Oceniono funkcjonowanie dzieci w następujących siedmiu sferach: samoregu-

lacja; przestrzeganie zasad/reguł; zachowania adaptacyjne; autonomia; afekt; komunikacja społeczna; interakcje z innymi ludźmi. Wyniki badania wskazują, że najczęstszym problemem w okresie dzieciństwa są zaburzenia emocjonalne (afektywne), które dotyczą 6,4% dzieci do 6. roku życia. Około 4% dzieci do 6. roku życia ujawnia natomiast zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia komunikacji społecznej oraz zaburzenia interakcji z innymi ludźmi. Rozpowszechnienie zaburzeń rozwojowych wśród dzieci mieszkających na wsi jest niemal dwukrotnie wyższe niż wśród dzieci w miastach (Biechowska i in., 2001).

W badaniu EZOP II dokonano także oceny rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży w wieku 7–17 lat (Ostaszewski i in., 2021). W grupie dzieci zaobserwowano częstsze występowanie zaburzeń internalizacyjnych (w tym przede wszystkim fobii). W grupie nastolatków natomiast przeważały zaburzenia eksternalizacyjne (w tym zaburzenia związane z używaniem substancji) (Ostaszewski i in., 2021).

Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest częstsze wśród osób w okresie dorastania (szczególnie w wieku 16–17 lat) niż u dzieci w wieku 7–11 lat (Ostaszewski i in., 2021). Dorastanie to czas intensywnych zmian we wszystkich sferach funkcjonowania (biologicznej, emocjonalnej, społecznej i poznawczej), czas gromadzenia nowych doświadczeń, eksperymentowania, popełniania błędów i formowania własnej tożsamości. To nowy etap życia, w którym młody człowiek konfrontuje się ze specyficznymi zadaniami rozwojowymi. Wielość i różnorodność wyzwań wiąże się z doświadczaniem konfliktów intrapsychicznych i interpersonalnych, odczuwaniem napięcia i dyskomfortu, a w konsekwencji – z koniecznością wypracowania nowych skutecznych strategii radzenia

sobie. Przemiany specyficzne dla okresu adolescencji mogą zwiększać wrażliwość młodych ludzi na działanie czynników ryzyka (Ziółkowska, 2005), które z kolei potęgują zagrożenie związane z wystąpieniem nieprawidłowości, zaburzeń, chorób, a nawet przedwczesnej śmierci.

Wyniki badań mokotowskich, którymi objęto młodzież szkolną w wieku 15 lat, wskazują, że w okresie pandemii COVID-19 nasiliły się wszystkie cztery objawy obniżonego nastroju (smutek, poczucie osamotnienia, poczucie przygnębienia, płacz) (Ostaszewski, 2022). Zdecydowanie większe występowanie objawów zaobserwowano w grupie dziewcząt.

Wyniki badań mokotowskich, którymi objęto młodzież szkolną w wieku 15 lat, wskazują, że w okresie pandemii COVID-19 nasiliły się wszystkie cztery objawy obniżonego nastroju (smutek, poczucie osamotnienia, poczucie przygnębienia, płacz) (...).

W porównaniu z badaniem z roku 2016 najwyższy wzrost (z 19,6% do 33,4%) odnotowano w obszarze poczucia osamotnienia w całej badanej grupie (Ostaszewski, 2022). Jak zauważa McGrow (2000), samotność w najgłębszej warstwie wiąże się z doświadczaniem braku intymności. Tymczasem, jako istoty relacyjne, potrzebujemy obecności innych (rodziny, przyjaciół, znajomych), potrzebujemy poczucia zakorzenienia w sieciach społecznych i związanej z tym faktem możliwości uzyskania wielowymiarowego wsparcia, zwłaszcza w sytuacjach kryzysu psychologicznego. Pozostawanie poza siecią wzajemnych powiązań i zależności oddziałuje negatywnie na dobrostan psychiczny i społeczny człowieka.

W literaturze przedmiotu dostrzega się związek między doświadczaniem chronicznej samotności a zachowaniami autodestruktywnymi (Wasilewska-Ostrowska, 2018). Za autodestruktywne uznaje się każde dobrowolne, intencjonalne i podejmowane mniej lub bardziej świadomie zachowanie, które stwarza zagrożenie dla zdrowia lub życia osoby podejmującej takie zachowanie (Suchańska, 2001). Wyróżnia się przy tym autodestruktywność pośrednią i bezpośrednią. W pierwszej kategorii mieszczą się zachowania, których szkodliwe skutki są odroczone w czasie i nieoczywiste dla osoby, które takie zachowania podejmuje. Autodestruktywność bezpośrednia odnosi się z kolei do takich aktów czy działań, których skutki są oczywiste i nieodległe w czasie (np. samobójstwa, próby samobójcze, samookaleczenia) (Wycisk, 2004).

W 2019 roku 15,1% polskich nastolatków w wieku 15–16 lat oraz 18,3% nastolatków w wieku 17–18 lat przynajmniej raz w życiu przyjmowało leki uspokajające i nasenne bez wskazania lekarskiego (Sierosławski, 2020). W raporcie NFZ, aktualizowanym w 2023 roku, również zwrócono uwagę na wzrost liczby

osób poniżej 18. roku życia, które zrealizowały receptę na refundowane leki przeciwdepresyjne (NFZ o zdrowiu. Depresja, 2023).

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę przeprowadziła badanie, którym objęto 500 osób w wieku 13–17 lat (Makaruk i in., 2020). W badaniu poruszono zagadnienia związane z doświadczaniem przemocy i krzywdzenia w okresie wprowadzenia nauki zdalnej, jak również wątki dotyczące dobrostanu, samopoczucia, zadowolenia z życia, wsparcia społecznego oraz podejmowania zachowań autodestruktywnych. Raport z badań wskazuje, że samookaleczanie było aspektem doświadczenia 9,2% osób. Niemal połowa (47,8%) tych osób w pierwszym okresie pandemii okaleczała się rzadziej niż wcześniej, 4,4% osób dokonywało samookaleczeń częściej niż przed pandemią, a 6,5% zaczęło w tym czasie okaleczać swoje ciało. 28,3% okaleczających się osób odmówiło odpowiedzi na pytanie o okaleczanie się w badanym czasie (Makaruk i in., 2020). Sporadyczne akty samookaleczania mogą pojawiać się w odpowiedzi na okresowo przeżywane trudności. Okaleczanie ciała może również rozwinąć się w nawyk, stając się utrwalonym sposobem radzenia sobie z przeżywanymi napięciami (Wycisk, 2004).

Raport z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wskazuje, że w 2020 roku, w pierwszym okresie pandemii, 2,9% osób w wieku 15-17 lat podjęło próbę samobójczą (Makaruk i in., 2020). W 2021 roku zarejestrowano 1496 prób samobójczych dzieci i nastolatków poniżej 18. roku życia; 127 prób zakończyło się śmiercią (Kicińska i Palma, 2022). Poza tym, że wzrosła ogólna liczba zachowań samobójczych oraz śmierci samobójczych, odnotowano także wzrost podejmowanych zachowań samobójczych w grupie dziewczynek – w 2021 roku zaobserwowano wzrost o 101% (Kicińska i Palma, 2022). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2021 roku samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną śmierci osób w grupie wiekowej 15–19 lat. Niemal trzykrotnie częściej próby samobójcze zakończone śmiercią podejmowali chłopcy (Szredzińska, 2022).

W badaniach Makaruk i Malinowskiej-Cieślik (2019) udokumentowano związek zachowań autodestruktywnych, takich jak samookaleczanie i próby samobójcze z multiwiktyimizacją, czyli doświadczaniem różnych form przemocy. Raport z badań Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wskazuje, że spośród 500 osób w wieku 13–17 lat, w okresie od marca do końca czerwca 2020 roku, 27,2% osób doświadczyło co najmniej jednej formy krzywdzenia (w tym: 15,8% – jednej, 6,2% – dwóch, a 5,2% co najmniej trzech form) (Makaruk i in., 2020). W raporcie Fundacji z roku 2023 przedstawiono aktualne dane dotyczące skali i form przemocy wobec dzieci i młodzieży (Makaruk i in., 2023). Okazuje się, że liczba dzieci i nastolatków doświadczających przemocy wzrosła w porównaniu z rokiem ubiegłym. W ciągu życia przemocy doświadczyło 79% osób. Wśród najczęstszych form przemocy wskazano: przemoc ze strony rówieśników (66%

wskazań), przemoc ze strony bliskiego dorosłego (32% wskazań), wykorzystanie seksualnie bez kontaktu fizycznego (26% wskazań). Ponadto 23% dzieci i nastolatków doświadczyło zaniedbania emocjonalnego, 20% – parentyfikacji, a 14% – było świadkami przemocy w rodzinie. Wykorzystanie seksualne z kontaktem fizycznym odnotowano w przypadku 8% osób; tyle samo osób (8%) doznało zaniedbania fizycznego (Makaruk i in., 2023). Należy dodać, że – zgodnie z ustaleniami w obu raportach – doświadczanie przemocy w istotnie większym stopniu dotyczyło dziewcząt niż chłopców (Makaruk i in., 2020; Makaruk i in., 2023). Konsekwencje doświadczania przemocy w okresie dzieciństwa rozpatruje się w szerokim kontekście zdrowia – psychicznego, społecznego, seksualnego, reprodukcyjnego oraz fizycznego (Wagner i in., 2020). Parentyfikacja, określana również jako odwrócenie ról w rodzinie, polega na tym, że dziecko pełni funkcję opiekuna bądź partnera swojego rodzica (i/lub rodzeństwa), a obciążenie, które jest z tym związane, przekracza jego możliwości radzenia sobie (Schier, 2018). Dziecko zaspokaja zatem potrzeby dorosłych, samo natomiast doświadcza deprywacji w obszarze własnych potrzeb rozwojowych (m.in. opieki, uwagi, ukojenia, bezpieczeństwa). Doświadczenie parentyfikacji w dzieciństwie wiąże się z poważnymi konsekwencjami w obszarze funkcjonowania psychicznego w okresie dorosłości, m.in. takimi jak: depresja, niskie poczucie własnej wartości, przeżywanie poczucia winy i wstydu, problemy w relacjach z interpersonalnych (Schier, 2018). W procesie destrukcyjnego odwrócenia ról w rodzinie istotną rolę odgrywa zaniedbanie emocjonalne, czyli brak emocjonalnej odpowiedzi rodzica/opiekuna na potrzeby dziecka, brak jego dostępności dla dziecka (szczególnie w sytuacjach trudnych czy związanych z zagrożeniem) oraz brak stymulujących rozwój dziecka interakcji między rodzicem a dzieckiem (Schier, 2018). W literaturze przedmiotu dostrzega się związek między nasileniem tendencji pośrednio autodestruktywnych a zdarzeniami traumatycznymi w okresie dzieciństwa (Suchańska, 2006). W badaniu holenderskim obejmującym 500 osób w wieku od 60. do 93. roku życia (z depresją i bez depresji) ustalono, że ponad połowa osób z depresją o późnym początku doświadczyła w dzieciństwie różnych form przemocy (fizycznej, psychologicznej, seksualnej lub zaniedbania emocjonalnego) (Comijs i in., 2013).

Wśród najczęstszych form przemocy wskazano: przemoc ze strony rówieśników (66% wskazań), przemoc ze strony bliskiego dorosłego (32% wskazań), wykorzystanie seksualnie bez kontaktu fizycznego (26% wskazań).

Zdrowie psychiczne w okresie dorosłości

Z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia z 2020 roku wynika, że w Polsce około 1,2 mln osób choruje na depresję (...).

tys. pacjentom, w większości w wieku 55–64 lata. Wyższe odsetki chorych na depresję odnotowuje się w przypadku kobiet (NFZ o zdrowiu. Depresja. 2023).

W kompleksowym badaniu stanu zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań (EZOP II) ustalono, że w okresie całego życia około 3,85% dorosłych Polaków (tj. około 1213,0 tys. osób) choruje na depresję, 3,8% (około 1191,7 tys. osób) ujawnia zaburzenia zachowania, około 7,0% (około 2215 tys. osób) doświadcza napadów lęku o nasileniu panicznym, a około 1,2% populacji – zaburzeń lękowych z napadami paniki (Wciórka i in., 2021). W badaniu poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem (PolSenior2), stwierdzono natomiast, że częstość występowania depresji w populacji osób starszych mierzona za pomocą 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji (Geriatric Depression Scale, GDS), z punktem odciążenia powyżej 5 punktów, wynosi 23% (Zagożdżon i in., 2021). Objawy depresyjne w populacji osób w starszym wieku w Polsce występują zatem u prawie co czwartej osoby (czyli u ponad 2 mln Polaków), a częstość występowania

Z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia z 2020 roku wynika, że w Polsce około 1,2 mln osób choruje na depresję (NFZ o zdrowiu. Depresja. 2023). W 2021 roku świadczeń z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji udzielono 682

objawów wzrasta z wiekiem (Zagożdżon i in., 2021).

W etiologii zaburzeń lękowych u osób w starszym wieku wskazuje się zarówno czynniki biologiczne (zwiększona aktywność ciał migdałowych oraz osłabienie aktywności kory przedczołowej), jak i psychologiczne, związane m.in. ze zmniejszeniem się zdolności adaptacyjnych, doświadczaniem poczucia osamotnienia i braku wsparcia czy utratą poczucia kontroli w związku z wiekiem, chorobą, niepełnosprawnością (...).

Zaburzenia zachowania istotnie częściej odnotowuje się wśród mężczyzn, rozpowszechnienie zaburzeń zmniejsza się jednak w populacji mężczyzn w wieku 65 lat i powyżej. Napady lęku występują z kolei około dwa razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, a ryzyko wystąpienia napadów paniki lękowej zwiększa się z wiekiem (Wciórka i in., 2021). Zaburzenia lękowe w późnej dorosłości mogą wystąpić po raz pierwszy w tym okresie życia bądź nasilać się w związku z po-

jawieniem się poważnych chorób (np. chorób serca) (Szulc i Mosiołek, 2017). Często przyjmują maskę dolegliwości lub zaburzeń somatycznych. W etiologii zaburzeń lękowych u osób w starszym wieku wskazuje się zarówno czynniki biologiczne (zwiększona aktywność ciał migdałowatych oraz osłabienie aktywności kory przedczołowej), jak i psychologiczne, związane m.in. ze zmniejszeniem się zdolności adaptacyjnych, doświadczeniem poczucia osamotnienia i braku wsparcia czy utratą poczucia kontroli w związku z wiekiem, chorobą, niepełnosprawnością (Szulc i Mosiołek, 2017).

Depresja w cyklu życia występuje częściej w populacji kobiet oraz osób w starszym wieku (Wciórka i in., 2021). W okresie późnej dorosłości depresja jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych i pozostaje w związku z istotnie wyższą śmiertelnością zarówno z przyczyn samobójczych, jak i przyczyn innego rodzaju (np. współchorobowości, nieprzestrzegania zaleceń lekarskich) (Kiejna i Misiak, 2016). Występowanie depresji obserwuje się częściej u pacjentów z przewlekłymi chorobami somatycznymi, szczególnie związanymi z doświadczeniem bólu lub ograniczeń funkcjonalnych (Zagożdżon i in., 2021). W badaniu PolSenior2 zaobserwowano, że depresja występuje trzy razy częściej wśród osób z niskimi wynikami w zakresie wykonywania złożonych czynności dnia codziennego (Instrumental Activities of Daily Living; IADL) (Zagożdżon i in., 2021). U osób z depresją, w porównaniu z osobami bez zaburzeń nastroju, częściej rozwija się otępienie (Zagożdżon i in., 2021).

Decydującą rolę w etiopatogenezie depresji w starszym wieku odgrywiają prawdopodobnie zmiany anatomiczne i funkcjonalne w mózgu, związane z procesem starzenia się (Broczek, 2016). Wśród wieloczynnikowych uwarunkowań depresji wskazuje się również m.in. czynniki pozamózgowe (czynniki genetyczne, zaburzenia osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, niedobory witamin) oraz czynniki psychospołeczne (Broczek, 2016). Doświadczenie przewlekłego stresu psychologicznego w cyklu życia może wiązać się z długotrwałym wzrostem stężenia kortyzolu, co w konsekwencji prowadzi do spadku objętości hipokampa oraz zmniejszenia plastyczności neuronów, sprzyjając rozwojowi symptomów depresyjnych i zaburzeń poznawczych (Broczek, 2016). W okresie późnej dorosłości dochodzi do kumulowania się niekorzystnych zjawisk w różnych sferach funkcjonowania – emocjonalnej, poznawczej, społecznej, fizycznej. Istotą tych zmian jest doświadczenie utraty – bliskich osób, zdrowia, sprawności i atrakcyjności fizycznej, ról i aktywności, statusu społecznego i ekonomicznego, jak również utraty realnych możliwości zmiany pewnych aspektów własnej sytuacji życiowej. Częstym zjawiskiem w tym okresie życia jest ponadto kumulowanie się różnych zdarzeń o charakterze strat. Adaptacja do strat doświadczanych w każdej właściwie sferze to jedno z głównych zadań rozwojowych ludzi w późnej dorosłości.

W badaniu PolSenior2 zaobserwowano silny związek między depresją a poczuciem osamotnienia (Zagożdżon i in., 2021). Osoby, które prawie zawsze czuły się samotne, uzyskiwały ponad dwa razy większą liczbę punktów w 15-punktowej Geriatrycznej Skali Oceny Depresji niż osoby, które nie odczuwały osamotnienia. Depresję rozpoznano u co ósmej osoby, która nie czuła się samotna, i u 3/4 osób odczuwających samotność prawie zawsze (Zagożdżon i in., 2021).

Wyniki badania prezentowane w raporcie GUS wskazują, że w 2018 roku około 10% osób w wieku 65 lat i powyżej doświadczało izolacji społecznej (Bieńkuńska i in., 2020). Za wyizolowaną społecznie uznano osobę, którą cechowała niewielka intensywność kontaktów społecznych (trzy lub mniej) lub brak kontaktów z osobami spoza gospodarstwa domowego (m.in. przyjaciółmi, znajomymi i sąsiadami). Wartość wskaźnika izolacji społecznej wśród mężczyzn była nieznacznie (o około 1%) wyższa niż wśród kobiet. Brak lub istotne zawężenie kontaktów wiązało się także z wiekiem – doświadczenie izolacji społecznej zaobserwowano u około 14% osób w wieku co najmniej 75 lat i niecałych 8% osób w wieku 65–74 lat. Opiswane zjawisko najczęściej dotyczyło mieszkańców w największych miastach. Izolacja społeczna była w większym stopniu wpisana w doświadczenie osób mieszkających samotnie (niecałe 14%) niż osób mieszkających wspólnie z innymi (ponad 8%) (Bieńkuńska i in., 2020). Warto podkreślić, że chroniczne osamotnienie w okresie późnej dorosłości (60 lat i powyżej) pozostaje w istotnym związku z problemami w obszarze zdrowia somatycznego i częstością wizyt lekarskich (Gerst-Emerson i Jayawardhana, 2015).

Wysoki poziom dobrostanu psychicznego oraz społecznego można postrzegać jako znaczące czynniki opóźniające wystąpienie chorób i śmierci (Ryff i Singer, 2004). Samoakceptacja (*self-acceptance*), czyli pozytywny stosunek do własnego „ja”, oraz pozytywne relacje z innymi (*positive relations with other*) to dwa spośród sześciu wymiarów uwzględnianych w Modelu Dobrostanu Psychicznego zaproponowanym przez Carol Ryff (Ryff i Singer, 2004). Zarówno samoakceptacja, jak i bliskie, oparte na zaufaniu relacje z innymi, to istotne komponenty zdrowia psychicznego (Ryff i Singer, 2004).

W badaniu PolSenior2, w części dotyczącej jakości życia osób w starszym wieku, ustalono m.in., że większość osób (78,5%) prezentowała postawę zadowolenia z siebie, tylko 3,8% osób ujawniało poczucie braku zadowolenia w tym obszarze (Tobiasz-Adamczyk, 2021). Ponadto większość (86%) osób odczuwała zadowolenie z relacji osobistych, a 75% osób – zadowolenie z relacji z przyjaciółmi. Tylko 3,1% osób ujawniało – w różnym stopniu – niezadowolenie w obszarze bliskich relacji (Tobiasz-Adamczyk, 2021). Zadowolenie z relacji rodzinnych i pozarodzinnych deklarowało również 79% mężczyzn oraz 74% kobiet uczestniczących w cytowanym wyżej badaniu Bieńkuńskiej i in. (2020). Poczucie zadowolenia z relacji rodzinnych oraz pozarodzinnych czę-

ściej ujawniały osoby młodsze (w wieku 65–74 lat) niż osoby w wieku 75 lat i powyżej. Około 28% osób w wieku co najmniej 65 wskazywało z kolei na brak w swoim środowisku osoby, z którą łączyłyby ją więzy przyjaźni. Brak przyjaciół w nieco większym stopniu dotyczył mężczyzn (niecałe 30%) niż kobiet (około 27%) i częściej mieszkańców wsi niż miast, szczególnie tych największych (19%). Doświadczenie braku przyjaciół było bardziej dotkliwe dla osób w starszej grupie wiekowej (75 lat i powyżej) niż dla osób w grupie młodszej (65–74 lata) i dotyczyło w każdej grupie odpowiednio – 34% i około 25% osób (Bieńkuńska i in., 2020). Istotne pozytywne związki między posiadaniem więzi przyjacielskich a długością życia w okresie późnej dorosłości zostały udokumentowane w badaniach (Giles i in., 2005; Rasulo i in., 2005; Litwin i Shiovitz-Ezra, 2006).

W badaniu Bieńkuńskiej i in. (2020) skupiono się także m.in. na takich aspektach dobrostanu psychicznego, jak poczucie sensu w życiu oraz samopoczucie emocjonalne osób w wieku 65 lat i powyżej. Jak ustalono, około 67% osób doświadczało poczucia sensu życia, nieco wyższe wyniki w tym obszarze odnotowano wśród mężczyzn (około 70%) niż wśród kobiet (około 66%), w grupie osób z gospodarstw wieloosobowych (ponad 69%) w porównaniu z osobami tworzącymi gospodarstwa jednoosobowe (około 62%) oraz mieszkańców miast (70%) na tle mieszkańców wsi (63%). Dobre samopoczucie cechowało z kolei około 38% osób w wieku 65 lat i więcej, w tym około 44% mężczyzn i około 34% kobiet. W grupie osób w wieku co najmniej 75 lat wskaźnik dobrego samopoczucia był niższy. Pozytywne symptomy stanu emocjonalnego obserwowano częściej w grupie osób mieszkających wspólnie z innymi (około 40%) niż u osób mieszkających samotnie (około 33%) oraz mieszkańców miast niż mieszkańców wsi (Bieńkuńska i in., 2020).

Na dobrostan psychiczny Polaków w znaczący sposób wpłynęła pandemia COVID-19. W jednym z badań z 2020 roku, którym objęto 2457 osób ustalono, że 71% osób ujawniało lęk o różnym stopniu nasilenia, a 44% osób uzyskało wynik wskazujący na występowanie cech zespołu lęku uogólnionego (Babicki i Mastalerz-Migas, 2021). Według Raportu z badania *Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19*, przeprowadzonego wśród osób w wieku 60 lat i więcej, u ponad połowy osób uczestniczących w badaniu (59,5%) kondycja psychiczna uległa pogorszeniu w porównaniu z okresem przed pandemią, 36,6% osób nie odczuło żadnych zmian w tym obszarze, a 3,8% osób czuło się lepiej niż przed rozpoczęciem pandemii w Polsce (Wiśniewski i in., 2021). Nie zaobserwowano jednocześnie istotnych związków między subiektywnie odczuwaną kondycją psychiczną a takimi zmiennymi, jak płeć, miejsce zamieszkania i wiek. W trakcie pandemii kontakty społeczne ograniczyło 46% osób, co wiązało się z subiektywnym odczuciem braku interakcji i obniżenia ich jakości.

Zmniejszenie liczby kontaktów z innymi ludźmi deklarowało 52% osób w wieku 60–69 lat, 39,2% osób w wieku 70–79 lat i 34,5% osób w wieku 80 lat i więcej (Wiśniewski i in., 2021). Nasilenie poczucia izolacji mogło być związane także z niskimi kompetencjami cyfrowym osób w starszym wieku, co w konsekwencji utrudniało bądź uniemożliwiało podtrzymywanie interakcji społecznych (Wiśniewski i in., 2021). Wyniki badania PolSenior2 wskazują, że wykluczenie cyfrowe, rozumiane jako nieużywanie Internetu, dotyczy ponad połowy (56,6%) populacji osób w starszym wieku, częściej kobiet niż mężczyzn (odpowiednio 59,4% i 52,7%) i wzrasta istotnie wraz z wiekiem (Kwiatkowska i in., 2021).

Część osób biorących udział w badaniu *Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19* (34,6%) dostrzegła niekorzystne zmiany w nastroju, manifestujące się istotnym nasileniem rozdrażnienia i niepokoju w porównaniu do okresu sprzed pandemii (Wiśniewski i in., 2021). Doświadczenie tych negatywnych stanów pozostawało w związku z płcią i dotyczyło 40,4% kobiet oraz 32,5% mężczyzn. W innym badaniu, którym objęto osoby w wieku 60 lat i powyżej, ustalono, że ponad połowa uczestników (58,83%) doświadczała w okresie pandemii poczucia osamotnienia o różnym stopniu nasilenia (Dziedzic i in., 2021). Zaobserwowano ponadto, że silne poczucie osamotnienia pozostawało w istotnym związku z wyższym poziomem lęku, depresji i drażliwości. Symptomy depresji i lęku występowały u jednej osoby na pięć (odpowiednio 19,15% i 21,27%). Wyższy poziom lęku odnotowano w grupie kobiet (Dziedzic i in., 2021).

Pracownicy opieki zdrowotnej, jako grupa najbardziej narażona na kontakt z osobami zarażonymi, doświadczała znaczącego obciążenia psychicznego (Wańkowicz i in., 2020). Szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii postrzegani byli jako źródło potencjalnego zagrożenia, konfrontując się z negatywnymi reakcjami i zachowaniami otoczenia społecznego, w tym z napiętnowaniem. Fakt narażenia na bezpośredni kontakt z pacjentami chorującymi na COVID-19 znacząco zwiększa ryzyko wystąpienia u personelu medycznego problemów w obszarze zdrowia psychicznego. Stwierdzono m.in., że pracownicy narażeni na bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 na szpitalnych oddziałach ratowniczych, oddziałach zakaźnych i oddziałach intensywnej terapii częściej ujawniali symptomy lęku, depresji i zaburzeń snu (Wańkowicz i in., 2020). W badaniach personelu pielęgniarskiego, narażonego na częsty kontakt z osobami z podejrzeniem infekcji SARS-CoV-2 oraz chorującymi na COVID-19, zaobserwowano wyższy poziom symptomów depresji, lęku i stresu (Dziedzic i in., 2022). Doświadczenie bardzo silnego stresu deklarowało 30,3% uczestników badania (Dziedzic i in., 2022).

Raport z badania *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii COVID-19* wskazuje, że silnego stresu i obciążenia doświadczały

także osoby zapewniające w większości całodobową opiekę bliskim członkom rodziny chorującym przewlekłe (Bakalarczyk i Kocejko, 2021). Wielu opiekunów przeżywało kryzys psychiczny. Istotnie ograniczony dostęp do usług lekarskich, pielęgniarskich, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, jak również do leczenia szpitalnego, dziennych ośrodków wsparcia czy form opieki zastępczej (wytchnieniowej) wiązał się z silnym lękiem oraz poczuciem osamotnienia i izolacji w sytuacji trudnej, często postrzeganej jako graniczna (Bakalarczyk i Kocejko, 2021). Sytuacja pandemii utrudniła opiekunom także możliwości korzystania ze wsparcia nieformalnego (członków rodziny, przyjaciół, znajomych) w związku z koniecznością przestrzegania zasad bezpieczeństwa lub faktem zachorowania osób współdzielących na co dzień obowiązki w opiece z głównym opiekunem. Problemom w obszarze zdrowia psychicznego towarzyszyło pogorszenie stanu zdrowia fizycznego opiekunów (związane z przeciążeniem, przemęczeniem). Pozytywny wpływ na podtrzymanie dobrostanu opiekunów wiązał się natomiast z korzystaniem z forów internetowych postrzeganych jako grupy samopomocy (Bakalarczyk i Kocejko, 2021).

Warto nadmienić również, że w okresie pandemii zwiększyła się liczba recept wystawianych przez psychiatrów oraz sprzedaż leków przeciwdepresyjnych (Rynek.aptek.pl, 2021) Refundowane leki przeciwdepresyjne (stosowane w depresji oraz innych zaburzeniach psychicznych) wykupiło w 2021 roku 1,5 mln osób, czyli o 59% więcej niż w 2013 roku (Zagożdżon i in., 2021).

Podsumowanie

Analiza wyników badań i raportów wskazuje, że depresja stanowi poważny problem zdrowotny i społeczny w polskim społeczeństwie. Zdarza się, że bywa nierozpoznana, postrzegana jako naturalny aspekt okresu dorastania oraz starzenia się lub błędnie diagnozowana. W konsekwencji chorzy nie otrzymują wcale profesjonalnej pomocy lub otrzymują ją zbyt późno, co pogłębia bądź utrwała stan emocjonalnego cierpienia. Niepokojącym i nasilającym się zjawiskiem jest także samotność i izolacja społeczna – poczucie osamotnienia wpisuje się istotnie w doświadczenie osób w różnych okresach życia, zarówno nastolatków, jak i dorosłych. Czy dzieje się tak m.in. dlatego, że – jak zauważa Zygmunt Bauman – „Idea wspólnoty została zastąpiona ideą sieci”? (Haffner 2019, s. 154). Jeszcze inne przyczyny samotności i osamotnienia uwzględniać należy w przypadku osób w starszym wieku, których świat społeczny zawęża się w związku z odchodzeniem, tworzących ten świat, współmałżonków, partnerów, przyjaciół i znajomych. Przegląd treści publikacji wskazuje, że wielu nastolatków nie radzi

sobie z wyzwaniem i kryzysami rozwojowymi, a konfrontując się z trudnymi emocjami, uruchamia strategie zagrażające ciału, zdrowiu oraz życiu. Występowanie lub nasilenie trudnych stanów i emocji zaobserwowano także w związku z koniecznością adaptacji do życia w warunkach pandemii COVID-19, czyli po-
tężnego kryzysu sytuacyjnego, który utrudniał jednostkom skuteczne rozwiązywanie zadań i kryzysów rozwojowych specyficznych dla okresu dzieciństwa, dorastania oraz dorosłości.

Bibliografia

1. Babicki, M., Mastalerz-Migas, A. (2021). *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*. *Psychiatria Polska*, 55 (3), 497–509.
2. Bakalarczyk, R., Kocejko, M. (2021). *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie Pandemii COVID-19. Raport z badania*. Senior.Hub Instytut Polityki Senioralnej. Pobrane 14 stycznia 2024 z: <https://seniorhub.pl/wp-content/uploads/2021/07/Raport-Sytuacja-opiekunow-rodzinnych-osob-starszych-w-czasie-pandemii-COVID-19.-Raport-z-badania-logo-promedica-1.pdf>.
3. Biechowska, D., Orłowska, E., Stokwiszewski, J. (2021). *Wyniki badania dzieci w wieku 0–6 lat. EZOP II: Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. 15–16 listopada. Pobrane 11 stycznia 2024 z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-0-6-lat.pdf.
4. Bienkuńska, A., Ciecieląg, P., Góralczyk, A., Haponiuk, M. (2020). *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Warszawa: Analizy Statystyczne GUS. Pobrane 13 stycznia 2024 z: stat.gov.pl.
5. Broczek, K. (2016). *Starzenie się a depresja*. W: T. Parnowski (red.). *Depresje w wieku podeszłym. Przyczyny, diagnoza, leczenie* (s. 19–43). Warszawa: Medical Education.
6. Comijs, H.C., van Exel, E., van der Mast, R.C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., Stek, M.L. (2013). *Childhood abuse in late-life depression*. *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 241–246. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.010>
7. Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., Wysocki, M. (2021). *Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic*. *BMC Public Health*, 21 (1): 1976. DOI: 10.1186/s12889-021-12029-4.
8. Dziedzic, B., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Idzik, A. (2022). *Mental Health of Nurses during the Fourth Wave of the COVID-19 Pandemic in Poland*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (3), 1785. DOI: 10.3390/ijerph19031785.
9. Gerst-Emerson, K., Jayawardhana, J. (2015). *Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults*. *American Journal of Public Health* 105 (5): 1013–1019. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302427.
10. Giles, L.C., Glonek, G.F., Luszcz, M.A., Andrews, G.R. (2005). *Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: The Australian longitudinal study of aging*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 574–579.
11. Haffner, P. (2019). *Bauman. Czynić swoje obcy. Rozmowy Petera Haffnera z Zygmuntem Baumanem*. Warszawa: Wielka Litera.
12. Kicińska, L., Palma, J. (2022). *Życie jest warte rozmowy. Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012–2021 na podstawie danych Komendy Głównej Policji*. Pobrane 12 stycznia 2024 z: https://backend.zwjr.pl/media/attachments/Raport_za_lata_20122021_zachowania_samobojcze_mlodziwiez_2_JVEHSu1.pdf.
13. Kiejna, A., Misiak, B. (2016). *Epidemiologia depresji w wieku podeszłym*. W: T. Par-

- nowski (red.). *Depresje w wieku podeszłym. Przyczyny, diagnoza, leczenie* (s. 11–18). Warszawa: Medical Education.
14. Kwiatkowska, E.M., Kujawska-Danecka, H., Lange, A., Popowski, P., Wojtyński, B. (2021). *Wykluczenie cyfrowe*. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). *Badanie PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 979–994). Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
 15. Litwin, H., Shiovitz-Ezra, S. (2006). *Network type and mortality risk in later life*. *The Gerontologist*, 46, 6, 735–743.
 16. Makaruk, K., Drabarek, K., Popyk, A., Wójcik, Sz. (2023). *Diagnoza przemocy wobec dzieci w Polsce*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Pobrane 13 stycznia 2024 z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/4/0/d/e/40de383c074981a2c2061800f8a565d2f4d53b55/Raport_Diagnoza_Przemocy_wobec_Dzieci_2023.pdf.
 17. Makaruk, K., Malinowska-Cieślak, M. (2019). *Czynniki rodzinne i zachowania autodestrukcyjne związane z multiwiktylizacją wśród dzieci i młodzieży w Polsce*. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 18 (3), 157–217.
 18. Makaruk, K., Włodarczyk, J., Szredzińska, R. (2020). *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii. Raport z badań ilościowych*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Warszawa. Pobrane 13 stycznia 2024 z: https://fdds.pl/_Resources/Persistent/5/0/0/e/500e0774b0109a6892ce777b0d8595f528adea62/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-ilosciowych-1.pdf.
 19. McGrow, J.G. (2000). *Samotność*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
 20. NFZ o zdrowiu. Depresja. (2023). Pobrane 15 stycznia 2024 z: <https://ezdrowie.gov.pl/portale/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/portaly/nfz-o-zdrowiu-depresja>.
 21. Ostaszewski, K. (2022). *Zachowania ryzykowne polskich nastolatków*. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 180–197). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
 22. Ostaszewski, K., Kucharski, M., Stokwieszewski, J. (2021). *Wyniki badania dzieci i młodzieży (wiek 7–17 lat) EZOP II: Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań*. Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa, 15–16 listopada. Pobrane 11 stycznia 2024 z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wyniki-badania-dzieci-0-6-lat.pdf.
 23. Rasulo, D., Christensen, K., Tomassini, C. (2005). *The influence of social relations on mortality in later life: A study on elderly Danish twins*. *The Gerontologist*, 45, 601–608.
 24. Ryff, C.D., Singer, B. (2004). *Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze do śmierci*. W: J. Czapiński (red.). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 147–162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 25. Rynek aptek pl (2021). *Stosowanie antydepresantów w Polsce rośnie od lat. Pandemia przyspiesza ten trend*. Pobrane 11 stycznia 2024 z: <https://www.rynekaptek.pl/farmakologia/stosowanie-antydepresantow-w-polsce-rosnie-od-lat-pandemia-przyspiesza-ten-trend,42306.html>.
 26. Schier, K. (2018). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
 27. Sierosławski, J. (2019). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2019 r.* Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Instytut Psychiatrii i Neurologii. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD, Warszawa 2020. Pobrane 15 stycznia 2024 z: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/uzywanie-alkoholu-i-narkotykow-przez-mlodziez-szkolna-2020.pdf>.
 28. Suchańska, A. (2001). *W poszukiwaniu wyjaśnień samoznisczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze*. *Forum Oświatowe*, 2, (25), 61–73.

29. Suchańska, A. (2006). *Czynniki ryzyka – specyfika samouszkodzeń czy autodestrukcji?* W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.). *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia* (s. 19–29). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
30. Szredzińska, R. (2022). *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.). *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
31. Szulc, A., Mosiołek, A. (2017). *Zaburzenia lękowe wśród osób starszych*. W: M. Cybulski, N. Iwaszkiewicz, E. Krajewska-Kułak, K. Kędziora-Kornatowska (red.). *Psychogeriatrya* (s. 121–136). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
32. Tobiasz-Adamczyk, B. (2021). *Jakość życia*. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). *Badanie PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 995–1034). Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
33. Wagner, G., Glick, P., Khammash, U., Shaheen, M., Brown, R., Goutam, P., Karam, R., Linnemayr, S., Massad, S. (2020). *Exposure to violence and its relationship to mental health among young people in Palestine*. *Eastern Mediterranean Health Journal* = *La Revue de Sante de La Mediterranee Orientale* = *Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, 26 (2), 189–197. DOI: <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.189>.
34. Wańkowicz, P., Szylińska, A., Rotter, I. (2020). *Assessment of Mental Health Factors among Health Professionals Depending on Their Contact with COVID-19 Patients*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (16), 5849. DOI: 10.3390/ijerph17165849.
35. Wasilewska-Ostrowska, K. (2028). *Chroniczna samotność jako czynnik ryzyka zachowań autodestrukcyjnych wśród młodzieży*. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 17 (3).
36. Wciórka, J., Leciak, J., Rawska-Kabacińska, A., Suchecka, E., Świtaj, P., Stefanowski, B., Stokwiszewski, J. (2021). *EZOP II: Wybrane zaburzenia psychiczne i ich uwarunkowania*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Konferencja podsumowująca projekt EZOP II. Warszawa, 15–16 listopada. Pobrane 8 stycznia 2024 z: https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Wybrane-zaburzenia.pdf.
37. Wiśniewski, P., Bakalarczyk, R., Maryl-Wójcik, M., Foryś, M. (2021). *Jakość życia osób starszych w Polsce w pierwszym roku pandemii COVID-19. Raport z badania*. Pobrane 14 stycznia 2024 z: <https://seniorhub.pl/wp-content/uploads/2021/05/raport-jakosc-zycia-osob-starszych-09.pdf>.
38. Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
39. Zagożdżon, P., Broczek, K., Kujawska-Danecka, H., Czernych, R., Mossakowska, M. (2021). *Występowanie objawów depresyjnych*. W: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.). *Badanie PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (s. 327–348). Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny.
40. Ziółkowska, B. (2005). *Okres dorastania. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?* W: A.I. Brzezińska (red.). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 79–422). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

CZĘŚĆ II
ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE

Wpływ osobowości na sprawowanie opieki nad pacjentem. Analiza czynników osobowościowych u pacjenta i personelu leczącego w perspektywie analizy transakcyjnej

Wprowadzenie

Osobowość to indywidualny wzorzec odczuwania, myślenia i zachowania, który przejawia się w ogólnym nastawieniu do siebie, innych i świata. Jest sumą wpływu genów, temperamentu, inteligencji, pozytywnych oraz traumatyzujących doświadczeń w relacji z bliskimi i ważnymi osobami, zbieranych od najwcześniejszych chwil życia. Kształtuje się od urodzenia, a następnie utrwała i stabilizuje w okresie dojrzewania (Cierpiałkowska i Górska, 2016; Cervone i Pervin, 2011; Millon i Davis, 2005). Przełomowe wydarzenia w dorosłym życiu również mogą w istotny sposób wpłynąć na osobowość, zarówno w korzystny, jak i w negatywny sposób. Doświadczenie masywnej traumy w dorosłości może trwale uszkodzić strukturę osobowości i wpłynąć na całe dalsze życie. Podobnie, silnie pozytywne i długotrwałe doświadczenie w pełnej miłości relacji może wzmocnić jej strukturę. Osobowość determinuje, czy i w jakim celu wchodzimy w relacje oraz które potrzeby możemy w nich realizować. Jej ukształtowanie

i poziom organizacji będą wpływać na to, czy jednostka jest w stanie rozpoznać, wyrazić oraz zaspokajać podstawowe życiowe potrzeby. Również to, w jakim zakresie jest w stanie realizować swój potencjał oraz wypełniać ważne zadania życiowe (edukacja, praca, życie rodzinne, dbanie o zdrowie), będzie uzależnione od stopnia jej uformowania (Kernberg, 2016).

Cechy osobowości ujawniają się wyraźnie podczas wykonywania ważnych zadań, podejmowania wyzwań, a zwłaszcza w sytuacjach stresujących. Do takich z pewnością można zaliczyć proces choroby, leczenia czy hospitalizacji, ale również wykonywanie obowiązków zawodowych w strukturach systemu ochrony zdrowia. Dlatego też omawiając czynniki osobowościowe mające wpływ na proces leczenia, warto zwrócić uwagę na aspekty związane ze stylem charakteru nie tylko u pacjentów, lecz także w kontekście każdej osoby biorącej udział w procesie leczenia (Kernberg, 2016).

Wybór i sposób realizacji celów zawodowych i osobistych, zaspokojenie istotnych potrzeb życiowych poprzez pracę w ochronie zdrowia wynika z indywidualnych cech charakteru.

Wybór i sposób realizacji celów zawodowych i osobistych, zaspokojenie istotnych potrzeb życiowych poprzez pracę w ochronie zdrowia wynika z indywidualnych cech charakteru.

Prócz wiedzy i kompetencji profesjonalnych to właśnie cechy osobowości personelu medycznego mają znaczący wpływ na przebieg diagno-

styki i procesu leczenia. Określone cechy charakteru wpływają również na ryzyko wypalenia zawodowego lub wypalenia opiekuna (West i in., 2018). Inaczej będzie realizował obowiązki lekarz, którego motywuje potrzeba bycia uznanym i docenionym w środowisku, niż lekarz, który musi czuć się potrzebny i poświęcać się na rzecz innych, by utrzymać poczucie własnej wartości. Pielęgniarka, która stara się ponad siły, ponieważ towarzyszy jej poczucie bycia niewystarczająco dobrą, będzie realizować zadania w większym napięciu i lęku przed krytyką niż jej koleżanka, którą motywuje do pracy satysfakcja z poczucia sprawczości, którego do-

Cechy charakteru pacjenta i personelu leczącego będą w znacznej mierze determinować udział każdej ze stron w procesie leczenia.

świadczą, niosąc pomoc pacjentom. Cechy charakteru pacjenta i personelu leczącego będą w znacznej mierze determinować udział każdej ze stron w procesie leczenia.

Wraz ze wzrostem natężenia stresu i cierpienia, w zależności od organizacji osobowości, uruchamiane są różne

mechanizmy obronne. Im silniejszy lęk lub cierpienie, tym większe prawdopodobieństwo sięgnięcia po najbardziej pierwotne mechanizmy obronne (Di Giuseppe

i Perry, 2021). Ich zadaniem jest ochrona jednostki przed przedostaniem się do świadomości zagrażających myśli, uczuć lub pragnień. Od struktury i poziomu organizacji osobowości będzie zależeć, jakie mechanizmy radzenia sobie w silnym lęku będą dostępne (adaptacyjne lub destrukcyjne) (Kernberg, 2016, s. 148–150). Na przykład jednostka o wysokim poziomie organizacji osobowości będzie w stanie tolerować wyższy poziom lęku, sięgać po informacje i pomoc, ponieważ będzie miała dostęp zarówno do myślenia, jak i do efektywniej działających sposobów samokojenia i regulacji emocji. Będzie w stanie rozpoznać i wyrazić swoje obawy, zachowa umiejętność odróżniania rzeczywistości zewnętrznej od intrapsychicznej, a następnie będzie w stanie aktywnie szukać sposobu poprawy stanu psychicznego i fizycznego (Mc Williams, 2008).

To, czy i w jaki sposób pacjent realizuje potrzeby zdrowotne, oraz jakie znaczenie nadaje chorobie i procesowi leczenia, będzie zależne od jego struktury psychicznej i poziomu organizacji osobowości.

To, czy i w jaki sposób pacjent realizuje potrzeby zdrowotne, oraz jakie znaczenie nadaje chorobie i procesowi leczenia, będzie zależne od jego struktury psychicznej i poziomu organizacji osobowości.

Przykład

Pacjent z silnym bólem brzucha oraz historią chorób onkologicznych w wywiadzie rodzinnym zgłosił się na ostry dyżur. Będzie w silnym lęku, jednak nie zrezygnuje z kontaktu lekarzem. Widząc twarz przyjmującego lekarza, niewyrażającą widocznych emocji, może poczuć się niepewnie, jednak istnieje prawdopodobieństwo, że pacjent zda sobie sprawę, że w poczekalni jest długa kolejka, przed chwilą karetka przywiozła ofiary wypadku i być może lekarz nie ma złych intencji, a jedynie jest zmęczony i skupia całą uwagę na pilnym problemie medycznym (ból brzucha), a nie na ciepłym kontakcie z pacjentem. Z kolei osoba o niskim poziomie organizacji osobowości w konfrontacji z chorobą i koniecznością leczenia może uruchomić dezadaptacyjne sposoby radzenia sobie, poprzez zaprzeczanie problemowi, dysocjację (przerwanie ciągłości między myśleniem, czuciem i zachowaniem) czy tzw. *acting out*. Mechanizm ten polega na przechodzeniu od impulsu do czynu, z pominięciem etapu rozpoznania emocji (Di Giuseppe i Perry, 2021). Chory może też zareagować psychotycznie, tracąc kontakt z rzeczywistością. Wówczas granica między światem zewnętrznym a doświadczeniem wewnętrznym zacieiera się lub znika, a pacjent słysząc własne przerażające myśli, interpretuje je jako demoniczne głosy (Hugdahl, 2017).

W podobnym przypadku (pacjent z takim samym bólem brzucha i obciążonym wywiadem) nie będzie w stanie wytrzymać własnego lęku i zamiast pojechać do szpitala, upije się, bo to jedyny znany mu i dostępny w jego percepcji sposób na ukojenie trudnych do zniesienia emocji. Inny pacjent z podobnymi dolegliwościami może mieć tak ograniczony dostęp do odczuć z własnego ciała, że będzie dalej aktywny, mimo gorączki i narastających objawów stanu zapalnego w jamie brzusznej, a na ostry dyżur szpitala dotrze dopiero z objawami zapalenia otrzewnej. W odniesieniu do pacjenta najslabiej funkcjonującego (o najniższym poziomie organizacji osobowości) lęk będzie zalewający i obezwładniający, możliwość ukojenia go w kontakcie z drugim człowiekiem będzie całkowicie niedostępna (osoba doznała traumy na najwcześniejszym etapie życia i nie miała możliwości rozwinięcia zaufania w bliskości z drugim człowiekiem lub jej bazalne zaufanie zostało okrutnie zniszczone) (Świrydowicz, 2004). W związku z tym przeżywa bliskość fizyczną i emocjonalną jako wręcz zagrażającą życiu lub integralności psychicznej. Obserwując taką sytuację, można przyjąć, że poczucie przerażenia jest tak silne, że powoduje wycofanie lub dezintegrację myśli, uczuć, zachowania. Przykładowo pacjent usłyszy od lekarza „to jest stan zagrożenia życia, musi pan pozostać w szpitalu”, ale zinterpretuje te słowa jako: „ktoś zagraża mojemu życiu, chcą mnie tu zabić”. Może wówczas próbować uciec, reagować katatonicznie lub agresywnie w samoobronie.

Zaburzenia w obszarze osobowości rozumiemy jako utrwalony, nieadaptacyjny i sztywny wzorzec percepcji rzeczywistości, organizowania doświadczenia i zachowań człowieka (DSM-5, 2013). W większości przypadków objawy zaburzenia nie są spostrzegane przez samą jednostkę, która będzie raczej lokowała źródło cierpień w czynnikach zewnętrznych („ludziom nie można ufać, świat jest zły”) lub będzie przekonana, że symptomy są częścią jej Ja („jestem nic nie wart, mnie się po prostu nie da kochać”).

Sytuację choroby lub proces leczenia można również obejrzeć w kontekście możliwości realizacji lub frustracji najważniejszych potrzeb. Z reguły proces choroby i leczenia jest kojarzony z ograniczeniem możliwości spełnienia ważnych życiowo potrzeb. Warto jednak zauważyć, że w wielu przypadkach to właśnie choroba lub

kontakt z systemem opieki zdrowotnej staje się dla człowieka potencjalnym źródłem realizacji życiowych potrzeb.

Choroba i leczenie mogą zarówno stanowić dla pacjenta barierę w realizacji ważnych życiowo potrzeb, jak i być jedynym sposobem na ich zaspokojenie.

Choroba i leczenie mogą zarówno stanowić dla pacjenta barierę w realizacji ważnych życiowo potrzeb, jak i być jedynym sposobem na ich zaspokojenie.

Tabela 1. Potencjalne możliwości oraz ograniczenia w realizacji potrzeb, w kontekście choroby i leczenia, na podstawie hierarchii potrzeb Maslowa (1943)

Podstawowe potrzeby wg Maslowa	Znaczenie potrzeby	Możliwości i ograniczenia w realizacji potrzeb w kontekście choroby i leczenia
Samorealizacja	Rozwijanie zdolności, talentów, pasji	Przejściowa lub stała utrata możliwości samorealizacji w określonym zakresie. Potencjał do weryfikacji lub dostosowania pasji do ograniczonych możliwości. Przykład: kobieta, która z powodu zwyrodnienia stawów nie może już robić na drutach, zaczyna uczyć chętne dziewczyny oraz projektuje swetry. Odkrywa, że nauczanie przynosi jej znaczną satysfakcję
Uznanie	Sukces, szacunek, prestiż, osiągnięcia, poczucie kompetencji	Peer mentoring w roli pacjenta o większym doświadczeniu choroby, aktywność w grupach samopomocowych
Przynależność	Kontakt, więź, bliskość, miłość, bycie dostrzeżonym, zaakceptowanym	Z jednej strony pacjent może doświadczać lęku lub samotności w wyniku rozdzielenia z bliskimi podczas hospitalizacji. Z drugiej, dla wielu starszych samotnych pacjentów czekanie w poradni lub hospitalizacja są jedynymi z niewielu okazji, by nawiązać kontakt z innym człowiekiem. Podanie ręki czy dotyk podczas badania fizykalnego mogą być jedyną formą kontaktu fizycznego. Wywiad lekarski może być dla takiego pacjenta jedyną okazją do dłuższej rozmowy, jedynym źródłem nasylenia w upragnionym kontakcie z drugim człowiekiem
Bezpieczeństwo	Bycie zaopiekowanym, poczucie struktury, stabilność, przewidywalność, troska	Teoria więzi ujmuje potrzebę relacji i bezpieczeństwa jako biologiczny imperatyw. Możliwość stworzenia i utrzymania więzi jest dla dziecka niezbędna do przeżycia, a dla osoby dorosłej do utrzymania zdrowia na poziomie zarówno fizycznym, jak i psychicznym. Dla niektórych osób proces choroby i podjęcie leczenia będzie równoznaczny z zaburzeniem bezpiecznej, przewidywalnej struktury w życiu. Będą potrzebowali wielu zapewnień i potwierdzeń, by przywrócić zachwiane poczucie bezpieczeństwa. Dla innych chorych, wejście w rolę pacjenta, pobyt w szpitalu, z jego sztywną ale i przewidywalną rutyną, bycie zaopiekowanym przez personel będzie odbierane jako odbudowujące poczucie bezpieczeństwa. Niekiedy pacjenci w sytuacji zbliżającego się wypisu ze szpitala zaczynają odczuwać nasilenie objawów chorobowych. Obawiają się utraty poczucia bezpieczeństwa, ponieważ w szpitalu są stale pod profesjonalną opieką, otoczeni sprzętem medycznym, a w domu mogą być zdani na siebie lub rodzinę. Opisywana potrzeba jest tak silna, że często sam kontakt z troskliwym personelem sprawia, że pacjent szybciej wraca do zdrowia
Potrzeby fizjologiczne	Oddychanie, jedzenie, sen, komfort cieplny, brak bólu	Frustracja w zakresie potrzeb powoduje zagrożenie dla życia Zalewające, obezwładniające przerażenie (atak astmy, głód w wyniku skrajnego ubóstwa, kacheksja spowodowana procesem chorobowym), deprywacja snu w epizodzie manii w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej

Zgodnie z założeniem koncepcji Abrahama Masłowa można wyodrębnić tzw. potrzeby podstawowe, których realizacja decyduje o przetrwaniu jednostki, oraz potrzeby wyższego rzędu (Maslow, 1943; Taormina i Gao, 2013). Spełnienie potrzeb niższych poziomów jest niezbędne, by jednostka mogła aktywować pozostałe potrzeby. W tabeli 1 przedstawiono interpretację koncepcji potrzeb zawartych w piramidzie Masłowa w odniesieniu do procesu choroby i leczenia.

Interesujące i przydatne w praktyce medycznej (Seow i in., 2022; Whitley, 2014) ujęcie osobowości przedstawia analiza transakcyjna (AT). Jest to modalność w psychologii, której twórcą był Erik Berne (1958; 1961). Do kluczowych koncepcji AT należą m.in.: model stanów Ja oraz model skryptu życiowego (Berne 1958; 1961). Berne wyodrębnił trzy stany Ja: Dziecko, Dorosły i Rodzic, jako odrębne kategorie pozostające w stałym dialogu, opisujące myśli, uczucia i korespondujące z nimi zachowania (Berne, 1972). Nazwy stanów Ja pisane są wielką literą lub przy użyciu skrótu (R, D, Dz), by ułatwić odróżnienie ich od rzeczywistych postaci, np. rodziców. Model ten jest zrozumiałą bazą, wyjaśniającą, w jaki sposób przejawia się indywidualny charakter człowieka, dlaczego zachowujemy się, czujemy i myślimy w określony sposób w różnych sytuacjach (Lapworth i Sills, 2011). Pomaga zrozumieć wewnętrzny dialog i procesy wewnątrzpsychiczne, jak również w przystępny sposób wyjaśnia funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych. Z kolei skrypt można rozumieć jako plan na życie, program kierujący naszym zachowaniem w ważnych aspektach życia (Lapworth i Sills, 2011).

Model stanów Ja w ujęciu analizy transakcyjnej

Stan Ja Rodzic (R)

Rozwija się w oparciu o treści przekazane przez rodziców, bliskich, nauczycieli, autorytety itp. Kształtuje się poprzez subiektywną interpretację tych przekazów i doświadczenia w kontakcie z ważnymi osobami. Obraz, jaki powstanie, może różnić się od rzeczywistych przekazów. Stan Ja Rodzic zawiera również przekazy kulturowe, społeczne, historyczne, szeroko pojęty kontekst, w którym żyjemy (Steward i Joines, 2016b; Lapworth i Sills, 2011; Tudor, 2010).

Treści zawarte w Ja R dotyczą przede wszystkim zasad, powinności, reguł, procedur, nakazów, zakazów, ocen. Charakterystyczne dla tego stanu uczucia to: duma, rozczarowanie, gniew, oburzenie, pogarda, miłość rodzicielska, troska.

Rozpoznanie stanu Ja R:

Postawa kojarząca się z troskliwym opiekunem – gesty wyrażające troskę, zachęę, uśmiech, albo wyprostowana, usztywniona postawa ciała, surowy wyraz twarzy, zmarszczone brwi, zdecydowany, kategoriyczny ton głosu:

Wybrane pozytywne i negatywne przejawy stanu Ja R:

- Pielęgniarka mówiąca łagodnie do pacjentki: „Pani Krystyno, jest pani bardzo dzielna, jeszcze chwila i będzie po wszystkim”.
- Lekarz, który po bolesnym zabiegu przykładą rękę do czoła pacjentki i bez słów daje znać, że już jest OK.
- Lekarz strofujący pacjenta, który mimo zaleceń nie wykonał pomiarów ciśnienia w domu.
- Pacjent tłumaczący kategoriycznie, że szczepionki są toksyczne i służą tylko do zarobku firmom farmaceutycznym.

Kiedy odwołujesz się do zasad, stosujesz procedury albo troszczysz się o innych, chwalisz czyjeś zachowanie lub przeciwnie – słyszysz w głowie bardzo krytyczny (własny) głos, wówczas aktywny jest Twój stan Ja Rodzic.

Kiedy odwołujesz się do zasad, stosujesz procedury albo troszczysz się o innych, chwalisz czyjeś zachowanie lub przeciwnie – słyszysz w głowie bardzo krytyczny (własny) głos, wówczas aktywny jest Twój stan Ja R.

Stan Ja Dziecko (Dz)

Opiera się na naszym wewnętrznym doświadczeniu (Lapworth i Sills, 2011). Zawiera potrzeby, pragnienia, obawy, pamięć przeżyć na poziomie emocjonalnym, sensorycznym. Tu ulokowana jest ciekawość, kreatywność, żywotność, intuicja, potrzeby związane z relacją, bliskością.

Treści zawarte w stanie Ja Dz będą dotyczyły uczuć, odczuć płynących z ciała, poczucia siebie, będą odnosić się do potrzeb na każdym poziomie (od fizjologicznych, przez potrzebę bezpieczeństwa, uwagi, bycia zaopiekowanym i zaakceptowanym, po głód wiedzy, chęć zdobywania czyjegoś uznania).

Rozpoznanie stanu Ja Dz:

Żywa ekspresja emocji lub zamrożenie, nieobecny wzrok (jako przejaw przeżycia), swobodna lub skulona postawa ciała, drżenie, wykręcanie palców, gesty samokojenia, np. kiwanie się w przód i w tył, pocieranie twarzy, szyi, obejmowanie się.

Wybrane pozytywne i negatywne przejawy stanu Ja Dz:

- Pielęgniarka robiąca zabawne miny podczas zmiany opatrunku u dziecka.
- Młody lekarz obawiający się, jak poradzi sobie na nowym oddziale podczas stażu.
- Przemęczona rezydentka, która płacze po dyżurze pod prysznicem.

- Student medycyny niemalże unoszący się nad ziemią z dumy, ponieważ profesor pochwalił jego wiedzę.
- Pacjent, który odpycha rękę lekarki podczas badania, krzyczy, reaguje panicznie na widok strzykawki, płacze lub przeciwnie – rzuca się lekarzowi na szyję z radości, że udało się pokonać jego chorobę.
- Kobieta, która dzwoni na 112 i myli się przy podawaniu nazwiska i adresu, bo jej matka nagle straciła przytomność i jest przerażona, nie wiedząc, czy mama żyje.
- Lekarz przytłoczony poczuciem winy, że nie był w stanie uratować pacjenta. Kiedy nie masz rano ochoty wstać z łóżka, boisz się krytyki lub odrzucenia, cieszysz się z nowego stetoskopu, wymyślasz sprytny sposób na ominięcie ograniczeń systemowych, czujesz się wyczerpany lub pobudzony, Twój stan Ja Dz jest zdecydowanie aktywny.

Kiedy nie masz rano ochoty wstać z łóżka, boisz się krytyki lub odrzucenia, cieszysz się z nowego stetoskopu, wymyślasz sprytny sposób na ominięcie ograniczeń systemowych, czujesz się wyczerpany lub pobudzony, Twój stan Ja Dz jest zdecydowanie aktywny.

Stan Ja Dorosły (D)

Zadaniem stanu Ja D jest testowanie rzeczywistości i wspieranie psychologicznej homeostazy. Stan ten

zbiera, organizuje i analizuje informacje płynące z pozostałych stanów Ja i z zewnątrz (Joines, 2016b; Lapworth i Sills, 2011). Integruje je i umożliwia zachowanie adekwatnie odpowiadające na to, co dzieje się Tu i Teraz. Jego celem jest adaptacja do środowiska, podejmowanie decyzji, racjonalne myślenie, regulacja emocji oraz zachowania. Używając tego stanu Ja, mamy możliwość logicznego myślenia, obiektywnego oglądu sytuacji, wyboru optymalnej ścieżki postępowania. Jesteśmy w stanie odróżnić fakty od opinii, jak również potrafimy rozpoznać, czy przeżywane w danej chwili uczucie odnosi się do obecnej sytuacji, czy jest aktywowane pod wpływem wcześniejszych doświadczeń. Na przykład dorosła pacjentka czeka na zabieg leczenia kanałowego. Odczuwa silne obawy, pamiętając pierwszy taki zabieg w swoim życiu, który wiązał się z bólem i niecierpliwą, krytykującą postawą lekarza dentysty. Podczas tego zabiegu była przerażona i czuła się upokorzona. Równocześnie wie, że obecna dentystka jest wobec niej życzliwa, respektuje jej obawy i troszczy się o jej komfort podczas leczenia. Dzięki aktywnemu stanowi Ja D, pacjentka pozostaje przy obecnej sytuacji, nie reaguje zalewającym lękiem, jaki odczuwała w przeszłości, głaszcze się po dłoni w geście samokojenia i rozważa, jaką nagrodę sobie sprawi po wyjściu z gabinetu.

Kiedy stan Ja D jest aktywny i integrujący się, wówczas myślenie nie jest zniekształcone (skontaminowane) fałszywymi przekonaniem, stereotypami czy uprzedzeniami. Doświadczane emocje są przeżywane adekwatnie do bieżącej sytuacji. Stan Ja D wiąże się ze świadomie doświadczanymi emocjami, takimi jak np. zaciekawienie, satysfakcja, zaniepokojenie (Lapworth i Sills, 2011).

Przejawy aktywności stanu Ja D są zawsze pozytywne.

Przykład

Lekarz zalecił pacjentce stosowanie leku na osteoporozę. Podczas wizyty kontrolnej pacjentka zgłasza liczne działania niepożądane i zawstydzona przyznaje, że w związku z nimi nie stosuje leku regularnie. Lekarz uważnie jej słucha, a następnie uśmiecha się, mówiąc, że wymienione objawy faktycznie mogą być źródłem dyskomfortu i że dziękuje jej za szczerą odpowiedź. Potwierdza, że wielu pacjentów ma niską motywację do regularnego stosowania leków na osteoporozę. W ten sposób otwiera możliwość dostosowania leczenia do potrzeb pacjentki oraz buduje zaufanie, zachęcając pacjentkę do wyrażania opinii. Z kolei pacjentka czuje się ważna, uznana, co zwiększa jej motywację do szukania rozwiązań, by wytrwać w leczeniu.

Twój stan Ja D jest aktywny i dostępny, kiedy dbasz o swoją kondycję psychiczną i fizyczną (zaspokojenie potrzeby snu, pożywienia, profilaktyka zdrowotna).

Twój stan Ja D jest aktywny i dostępny, kiedy dbasz o swoją kondycję psychiczną i fizyczną (zaspokojenie potrzeby snu, pożywienia, profilaktyka zdrowotna).

Znaczenie skryptu życiowego w procesie choroby i leczenia

Skrypt życiowy można rozumieć jako scenariusz czy przepis na życie, który układamy na podstawie pewnych decyzji o sobie, świecie i innych ludziach, podjętych we wczesnym dzieciństwie i potwierdzanych doświadczeniem, a następnie utwierdzonych w okresie dorastania (Berne, 1961; Lapworth i Sills, 2011).

Skrypt można określić jako przegrywający, wygrywający lub niewygrywający (określany czasem banalnym). Ma określony początek, przebieg i zakończenie. Będzie kształtował ważne punkty naszego życia, możliwość rozwijania swojego potencjału, sposób wchodzenia w relacje i możliwość przeży-

Skrypt życiowy można rozumieć jako scenariusz czy przepis na życie, który układamy na podstawie pewnych decyzji o sobie, świecie i innych ludziach, podjętych we wczesnym dzieciństwie i potwierdzanych doświadczeniem, a następnie utwierdzonych w okresie dorostania (...).

wania satysfakcji w relacjach, osiągnięcia sukcesów, interpretacji porażek, realizacji potrzeb i pragnień. Według teorii AT decyzje skryptowe nie muszą jednoznacznie negatywnie determinować naszego życia, można podjąć re-decyzje skryptowe na plus (np. w trakcie terapii) lub na minus (na skutek traumatycznych wydarzeń) na każdym etapie życia. Możemy „pisać” nowe rozdziały skryptu i uwolnić

się od niszczących czy bolesnych przekazów (Erskine, 2010).

W skład skryptu wchodzi przekaz od rodziców i świata, ale co ważniejsze, o ukształtowaniu skryptu będzie decydować nie tyle obiektywna treść przekazu czy same wydarzenia, co ich doświadczenie w przeżyciu dziecka i subiektywna interpretacja. Inaczej mówiąc, dziecko podejmuje podstawowe decyzje skryptowe, opierając się na dostępnych doświadczeniach w relacji z najbliższymi opiekunami, jak również na podstawie określonych w danym etapie rozwoju możliwości poznawczych i emocjonalnych (Kahler, 1975; Erskine, 2010; Mc Neel, 2010). Na przykład podobną decyzję skryptową może podjąć dziecko intencjonalnie odrzucone i zaniedbane przez rodziców, jak niemowlę, które w wyniku ciężkiego przebiegu atopowego zapalenia skóry doświadcza silnego bólu w kontakcie fizycznym i podczas zabiegów pielęgnacyjnych, a rodzice, chcąc ograniczyć mu cierpienie, czyli z intencją troski, ograniczają kontakt fizyczny i nie przytulają dziecka. Wówczas dziecko w stresie i cierpieniu nie ma żadnej możliwości regulacji pobudzenia układu nerwowego, ukojenia przerażenia i przytłaczającego bólu. Istnieje ryzyko, że w obliczu tak przekraczającego jego możliwości lęku i cierpienia zostanie z poczuciem, że życie i cielesność jest nie do wytrzymania.

Wyobraźmy sobie inną sytuację, w której półtoraroczne dziecko jest badane przez chirurga z powodu podejrzenia przepukliny. Jest w obcym otoczeniu, z obcym człowiekiem, rozbierane, być może odczuwa ból brzucha, który jest uciskany przez nieznaną osobę. Nie rozumie sytuacji, boi się, nie ma kontroli nad sytuacją, ma prawo czuć się przestraszone i wyrażać opór w dostępnej dla siebie formie. Jednak lekarz instruuje mamę, by nie kładła dziecka na kozetce, ale postawiła na ziemi i przykucnęła za nim. Lekarz również klęka, uśmiecha się i podaje dziecku dłoń. Nawiązuje relację, np. mówi, „Jestem Piotr, a ty?”. Maluch dotyka ciepłej ręki, bada ją, odpowiada, podając swoje imię. Lekarz uprzedza wykonywane czynności, opisując swoje gesty, np. informuje, że dotknie teraz

brzuska, w trakcie samego badania recytuje krótką rymowaną, a kiedy dziecko reaguje bólem i strachem, podpowiada dziecku, żeby oparło się o mamę. Po zakończonym badaniu daje czas na wyregulowanie emocji, czekając, aż mama ubierze malucha i posadzi sobie na kolanach, a następnie mówi do niego: „Trochę się przestraszyłeś, jak cię badałem, ale to OK! Mama była z tobą, byłeś bardzo dzielny, a ja już wiem, jak się ma twój brzuszek”. Z takiej wizyty dziecko może wyjść z przekonaniem, że to w porządku przeżywać trudne emocje, że może równocześnie je wyrazić i odzyskać poczucie komfortu i bezpieczeństwa w kontakcie z drugim człowiekiem, może też sięgać po ukojenie w bliskości fizycznej. Tego typu doświadczenia składają się na decyzje skryptowe, które dadzą fundament do rozwoju zdrowia psychicznego. W analogicznej sytuacji lekarz może poprosić mamę, żeby rozebrała dziecko i położyła je na kozetce. Kontynuując zbieranie wywiadu od matki i nie nawiązując kontaktu z dzieckiem, może zacząć je badać. W sytuacji gdy przestraszony maluch zacznie wierzgać i płakać, lekarz poprosi mamę i/lub pielęgniarkę o przytrzymanie dziecka. Na koniec powie: „No i dlaczego tyle płaczu? Przecież nic Ci się nie stało! Chłopak musi być dzielny, a nie tak się mazgać”. Jeśli wizyta przebiegnie w opisany wyżej sposób, mały pacjent może stwierdzić, że ani on, ani jego granice oraz uczucia nie są ważne. Inne osoby mogą swobodnie przekraczać siłą jego granice, również cielesne, a on jako chłopak nie ma prawa do przeżywania i/lub okazywania lęku czy bezsilności.

Kształt i przebieg skryptu stanowi wypadkową zinternalizowanych zakazów i nakazów (tzw. driverów) (Budisa i in., 2012) oraz przyzwoleń (Lapworth i Sills, 2011).

Nakazy kształtują się w pewnej kolejności, odzierciedlając przebieg doświadczeń w kluczowych momentach rozwojowych. W tabeli 2 przedstawiono ich krótki opis i wybrane przykłady.

Jak wynika z tabeli 2, jakość życia, a czasem nawet zdrowie psychiczne i fizyczne są w znacznym stopniu zależne od posiadanych zakazów. Decyzje skryptowe, a więc plan na życie, powstaje m.in. w oparciu o te zakazy. Dlatego ludzie wypracowują szereg rozwiązań, żeby móc realizować swoje potrzeby rozwojowe, społeczne, relacyjne pomimo głęboko zakorzenionych, nieświadomych zakazów. Jednym ze sposobów jest obserwacja warunków i okoliczności, w których dziecko może realizować najważniejsze potrzeby. W ten sposób odkrywa przyzwolenia (Stewart i Joines, 2016b).

Skrypt może zawierać jeden lub kilka zakazów. By przetrwać lub móc realizować określone potrzeby rozwojowe, ludzie otrzymują bądź odkrywają przyzwolenia, czyli określone warunki, które łagodzą przekaz skryptowy.

Na przykład dziewczynka z zakazem bycia blisko odczuwa silną obawę, aby przyznać się mamie, że cierpi, bo koleżanki zachowały się wobec niej podle i że

Tabela 2. Zakazy skryptowe i ich przejawy w kontekście środowiska medycznego. Opracowanie własne na podstawie: (Holtby, 1976; McNeel, 2010)

Typ zakazu	Ogólna charakterystyka	Przykłady
Nie istnieją	<p>Powstaje w wyniku najwcześniejszych i głęboko traumatycznych doświadczeń dziecka, najczęściej w wyniku odrzucenia przez matkę, braku dostępności emocjonalnej głównego opiekuna, deprywacji podstawowych potrzeb fizjologicznych, długotrwałego oddzielenia od matki, np. w wyniku długiej hospitalizacji, osierocenia, pobytu w instytucjach opiekuńczych.</p> <p>Zakaz na istnienie może pojawić się również w wyniku traumatycznych doświadczeń w życiu dorosłym, np. trauma wojenna, syndrom ocalającego.</p> <p>W konsekwencji zakazu na istnienie mogą występować zachowania autodestrukcyjne, poważne problemy psychiczne/psychiatryczne, uzależnienia, próby samobójcze, brak rozpoznania swoich potrzeb oraz emocji, brak kontaktu z własnym ciałem, wszelkie przejawy cielesności wywołują lęk, wycofanie z kontaktów interpersonalnych, znaczne zaburzenia więzi, dyskomfort w kontakcie fizycznym, brak dostępu do emocji</p>	<p>Możliwe stosowanie silnych leków psychiatrycznych.</p> <p>Niska motywacja do leczenia, zgłoszenie w zaawansowanym stanie choroby, niska wrażliwość na ból, pozorna obojętność w kontakcie, brak ekspresji emocjonalnej, lub nastawienie defensywne, nieufność, reagowanie złością lub lękiem, nadwrażliwość na niektóre bodźce (np. światło, dźwięk, klaustrofobia).</p> <p>Uboogość kontaktów społecznych, mała świadomość higieny osobistej, Unikanie skupienia na ciele, fizjologii. Podejmowanie leczenia w zaawansowanym stanie choroby lub w wyniku nalegania bliskich. Niski próg dla doświadczania przeboźdźcowania w otoczeniu medycznym, przy ciągłej bliskości innych ludzi</p>
Nie bądź blisko	<p>Emocjonalnie/fizycznie</p> <p>Powstaje w wyniku relacji ze zdystansowanymi emocjonalnie rodzicami. W rodzinie pochodzenia nie było przyzwolenia na wyrażanie miłości, potrzeby bliskości, przytulanie, sięganie po ukojenie w trudnych chwilach (np. lęku, smutku, bezradności). Okazywanie lęku, bezradności mogło być traktowane jako oznaka słabości</p>	<p>Znaczący dyskomfort w bliskim kontakcie, zdystansowanie, unikanie kontaktu wzrokowego, powściągliwość emocjonalna, przekonywanie, że z trudnościami trzeba sobie radzić samemu.</p> <p>Na przykład lekarz pomijający pytanie pacjentki o samopoczucie, zakładając, że zamiast opisać objawy, będzie ona wyrzucać z siebie żal i bezsilność wobec ograniczeń życiowych spowodowanych chorobą</p>
Nie bądź sobą	<p>Odrzucenie przejawów indywidualności dziecka albo jakichś jego cech (np. płęć temperament, wygląd). Na przykład: „jesteś nadwrażliwa”, „jesteś taki sam jak wujek Zdzichu i skończysz jak on!”, „jesteś za bardzo: absorbujący, za głośny”, „jesteś okropnie roztrzępana”. W efekcie człowiek ma znacznie utrudniony proces kształtowania własnej tożsamości, w dorosłości może realizować się poprzez zadania i osiągnięcia, ale będzie miał trudność z określeniem, kim jest</p>	<p>Osoba reaguje niepewnością i zmieszaniem na pytania o własne preferencje, decyzje, upodobania. Oczekuje, że inni za nią zdecydują. Odczuwa lęk na myśl, że ma wyrazić swoje zdanie, współuczestniczyć w decyzjach dotyczących wyboru ścieżki leczenia</p>

Tabela 2. Cd.

Typ zakazu	Ogólna charakterystyka	Przykłady
Nie czuj	<p>Konsekwencje tego zakazu można oglądać na pewnym spektrum – od braku aprobaty dla wyrażania emocji, przez zakaz przeżywania określonych emocji („w naszym domu nikt się nie smuci”) aż do zakazu odczuwania reakcji własnego ciała.</p> <p>Najczęściej powstaje w rodzinach, w których nie ma zgody na wyrażanie uczuć. Rodzice mogą sami mieć ograniczony dostęp do własnych emocji, nie potrafią ich nazwać, ani nadać im znaczenia. Może wystąpić w sytuacji, gdy nie ma zgody na określone uczucia, np. nie wolno okazywać strachu, dziewczynce nie wypada się złościć, a chłopcu płakać. W skrajnych sytuacjach dorosły człowiek może sięgać po ekstremalne doznania, często ryzykowne lub autoagresywne, by odczuć jakikolwiek doznania płynące z ciała</p>	<p>Pacjentka, która przechodząc w drodze do pracy, często wsuwała dłoń w krzak berberysu rosnący przy płocie. Czula ból, ale jak powiedziała „przynajmniej czułam cokolwiek”.</p> <p>Pacjent, który stracił przytomność w pracy w wyniku hipoglikemii, ponieważ rano nie zjadł śniadania, a później nie zauważył, że minęła pora jego posiłku. Źmęczony, że je o określonych godzinach, bo zwykle nie odczuwa głodu, nie rozumiał też jak można odczuwać przyjemność z jedzenia.</p> <p>Lekarz pytany o źródła satysfakcji w pracy, zdziwiony odpowiada, że praca nie jest po to, by przynosiła jakąś satysfakcję</p>
Nie przynależ	<p>W tle tego zakazu występują rodzicielskie, ale również rówieśnicze przekazy podkreślające dziwność, nietypowość dziecka, liczne przeprawadzki, zmiany szkody, odrzucenie przez rówieśników, izolacja społeczna spowodowana pandemią i nauką w domu, brak bliskich przyjaciół</p>	<p>W dorosłym życiu trudności w nawiązywaniu trwałych relacji, odnalezieniu się w grupie, podejmowaniu długotrwałych zobowiązań</p> <p>Lekarka preferująca pracę w poradni na zasadzie kontraktu, ale nie będąc członkiem zespołu leczącego.</p> <p>Pielęgniarsz unikający spotkań towarzyskich z resztą zespołu, ponieważ nie chce się przywiązać a później żałować, jeśli się przeprowadzi</p>
Niech ci się nie uda	<p>W historii życia obecne przekazy typu: „Ty się do niczego nie nadajesz”, „Jesteś ostatnią ciemnością”, „Bez mojej pomocy z niczym sobie nie poradzisz”. Wiąże się z sabotowaniem własnych osiągnięć</p>	<p>Lekarz, który pragnie zdobyć dofinansowanie na prowadzone przez siebie badania naukowe, zapomina zatankować samochód i nie dojeżdża na umówione spotkanie z potencjalnym sponsorem.</p> <p>Rezydent spóźniający się notorycznie do pracy, który wie, że jest z tego powodu postrzegany jako mało profesjonalny, jednak każdego dnia „coś mu się przytrafia” w drodze do szpitala i z wyjątkiem nie jest w stanie zdążyć</p> <p>Pacjentka, która podejmuje próbę schudnięcia, jednak za każdym razem, kiedy zbliża się do wyznaczonej wagi, zaczyna odpuszczać sobie ograniczenia dietetyczne i szybko nadrabia stracone kilogramy</p>

Tabela 2. Cd.

Typ zakazu	Ogólna charakterystyka	Przykłady
Nie bądź ważny	Odrzucenie potrzeb dziecka, umniejszanie znaczenia, dyskredytowanie jego osiągnięć. „Dzieci i ryby nie mają głosu”, faworyzowanie innego dziecka, porównywanie wyników dziecka z rodzeństwem, dotkliwie krytykowanie	Wspomniany wcześniej chłopiec podczas badania przepukliny, którego potrzeby kontroli, zrozumienia i bezpieczeństwa zostały zignorowane przez dorosłych podczas konsultacji
Nie dorastaj	<p>Pojawia się często u osób z niepełnosprawnością lub osób, które w okresie dzieciństwa przewlekłe chorowały, wymagały częstych zabiegów rehabilitacyjnych, przez co rodzicom trudniej było z czasem wycofać opiekę i silnie zaangażowanie.</p> <p>Może powstać w wyniku przekazu rodziców, którzy z jakiegoś względu nie są w stanie uznać autonomii dziecka. Na przykład ojciec, który nieswiadomie obawia się, że kiedy jego syn dorosnie, może go przerosnąć pod względem kompetencji, prestiżu itp. Dlatego zwraca się do syna, „Ołus” nawet na spotkaniu zarządu firmy, którą wspólnie prowadzą</p>	Osoba z takim zakazem będzie obawiała się podejmowania samodzielnych decyzji, przyjmowania zobowiązań, wyrażania swojego zdania, zwłaszcza wobec osób, które uważa za autorytety
Nie bądź dzieckiem	Dziecko jest tolerowane, zaakceptowane lub gratyfikowane tylko w momencie, gdy zachowuje się jak dorosły. Powstaje w rodzinach, w których musi szybko stać się niezależne, samodzielne, opiekować się rodzeństwem lub być powiernikiem czy np. rozjemcą rodziców	W dorosłym życiu człowiek, który przyswoił ten zakaz, będzie zorientowany zadaniowo, niezawodny, może odnosić sukcesy w pracy, jednak w życiu prywatnym będzie odczuwał niepokój, kiedy odpoczywa (nie jest produktywny), będzie miał trudność z przeżyciem przyjemności, nie będzie umiał się bawić
Nic nie rób	Powstaje z reguły w wyniku nieswiadomych przekazów rodzicielskich wynikających z ich własnego lęku przed zagrożeniami. Dziecko nabiera przekonania, że świat jest niebezpieczny i lepiej trzymać się blisko matynie spódnicy, nie wyskakiwać przed szereg, nie podejmować ryzyka	<p>Ktoś, kto czuje, że musi coś zmienić w życiu, ale drzy na samą myśl o podjęciu inicjatywy i w efekcie ma poczucie, że utyka, grzeźnie w miejscu, czuje się nieproduktywny.</p> <p>Na przykład kobieta z bólem pleców wynikającym z wady postawy otrzymuje od lekarza rodzinne informacje, że może wziąć udział w refundowanych zajęciach rehabilitacyjnych w najbliższym terminie, cieszy się z tej możliwości, ale nie wykonuje telefonu w celu zapisania się na zajęcia</p>

Tabela 2. Cd.

Typ zakazu	Ogólna charakterystyka	Przykłady
Nie myśl	Powstaje w wyniku przekazów krytykujących samodzielne myślenie dziecka. „Nie bądź takim mądrałą, ciekawość to pierwszy stopień do piekła, dziewczyna nie musi być mądra, ma być ładna”. Może zaistnieć również w sytuacji, gdy dziecko i następnie młody człowiek nie ma treningu, ani zachęty do rozwijania ciekawości, krytycznego myślenia, zadawania pytań	Osoba zapytana: „Co Pan/Pani o tym myśli?” odpowiedź sentencjami, zacytuje czyjaś wypowiedź lub odniesie się do ogólnych zasad, miesza fakty z opiniami. W przypadku pacjenta wyrazem tego zakazu może to być zmieszanie i niepewność (nierozkład przystojęta złością), gdy zostanie zapytany o własne preferencje w wyborze metod leczenia. „Ale to przecież Pani doktor powinna wiedzieć lepiej! Jak ja mam sam zdecydować? Może też recepty mam sam sobie wypisać?”
Nie bądź zdrowy (również na umyśle)	Może rozwinąć się wówczas, kiedy dziecko dostrzega, że może uzyskać troskę i zainteresowanie rodziców tylko w sytuacji, gdy choruje. W innym przypadku dziecko może wielokrotnie słyszeć, że jest słabego zdrowia, krucho, nadwrażliwe, ewentualnie w rodzinie często powtarza się dramatyczne przekazy o chorobach, również psychicznych, pojawiających się w wielu pokoleniach. W skrajnych przypadkach choroba dziecka może służyć rodzicom do osiągnięcia pewnych celów. Na przykład matka tłumaczy, że nie może podjąć pracy (czego wewnętrznie się boi), bo ma chorowite dziecko. Z kolei dziecko wyczuwa, że mama jest w lepszym nastroju, kiedy może zostać z nim w domu	Chłopiec, który wychowywał się w bardzo skonfliktowanej rodzinie. Rodzice krzyżeli na siebie godzinami, ignorowali jego prośby i zabiegi, by uspokoić sytuację. Chłopak chorował na cukrzycę typu 1. Odkrył, że kiedy wypije na raz litr coca-coli, jego stan pogorszy się na tyle, że rodzice będą musieli przerwać awanturę i zawieźć go do szpitala. Innym przykładem może być dynamika rodziny, w której dopóki dziecko choruje i wymaga specjalnej troski, dopóty rodzice pozostają w związku. Innymi słowy: choroba dziecka chroni i rodzinę przed rozpadem

Skrypt może zawierać jeden lub kilka zakazów. By przetrwać lub móc realizować określone potrzeby rozwojowe, ludzie otrzymują bądź odkrywają przyzwolenia, czyli określone warunki, które łagodzą przekaz skryptowy.

potrzebuje przytulenia i wsparcia. Wcześniej mama zlekceważyła jej potrzebę lub w jakiś sposób ją zdewalowała (np. zawstydziła ją, mówiąc, że się rozczuła nad sobą i że powinna „wziąć się w garść”). Dziewczynka cierpiała podwójnie, zraniona przez koleżanki i z poczuciem odrzucenia przez mamę, bez możliwości znalezienia ukojenia w jej ramionach. Jednak szybko odkrywa, że jeśli w jakiś spo-

sób zatroszczy się o mamę, np. poda jej herbatę, wyreczy w obowiązkach, wysłucha i pocieszy, wówczas może w zamian otrzymać od mamy akceptację, pochwałę, wdzięczność. W ten sposób stwierdza, że jeśli całkowicie się poświęci dla innych, będzie pomocna i opiekuńcza, może znaleźć pozytywne rozwiązanie dla swojego zakazu. W AT nazwiemy to driverem „Sprawiaj przyjemność”. W dorosłości będzie pewnie świetną lekarką lub pielęgniarką i wielokrotnie usłyszy od pacjentów lub przełożonych, że umie czytać w ich myślach, reagować na ich potrzeby, zanim jeszcze zdadzą sobie z nich sprawę. Jest niezastąpiona, dzięki czemu otrzymuje wiele pozytywnych znaków rozpoznania. Jednak takie rozwiązanie ma swoje ograniczenia. Kobieta, żeby utrzymać pozytywny obraz siebie, poczucie własnej wartości i móc realizować potrzeby psychologiczne (miłości, uznania, bycia zaopiekowaną i zatroszczoną), musi czuć się potrzebna, mieć się kim opiekować, ale też poświęcać się dla innych i unikać konfliktów. Może odczuwać paniczny lęk, kiedy jest na zwolnieniu lekarskim i nie może wykonywać swoich zadań, bo okazuje się, że inni poradzą sobie bez niej. Może się przepracowywać, czuć wykorzystywaną przez innych, a z drugiej strony przeżywać rozczarowanie, gdy inni nie odwzajemniają jej troskliwości i uważności. Może oczekiwać, że inni powinni zaspokajać jej potrzeby w równym stopniu. Istnieje ryzyko, że wybierze partnera, który będzie niezaradny lub chory i zależny od opieki, ewentualnie kogoś, kto prędzej czy później ją rzeczywiście wykorzysta.

Innym przykładem może być młody lekarz, syn imigrantów, który czuł się odtrącony przez rodziców poświęcających całą swoją uwagę młodszej siostrze cierpiącej na dziecięce porażenie mózgowie w wyniku niedotlenienia przy porodzie. Na poziomie poznawczym rozumiał, że siostra wymaga ciągłej opieki. Jednak w swoim przeżyciu czuł, że nie jest dla nich ważny. Z drugiej strony odczuwał jakiś rodzaj niewyrażonego wprost oczekiwania od rodziców, że powinien spełnić w pojedynkę ich niezrealizowane ambicje i pragnienia związane z ambitną karierą zawodową. Po latach widać u niego wyraźnie driver: „Starać się”. Mówi: „Nie wystarczy być jakimś tam zwykłym lekarzem, trzeba być

Tabela 3. Charakterystyka driverów skryptowych, opracowanie własne w oparciu o koncepcję Kahler (Kahler, 1975a, b)

Driver	Charakterystyka	Przejawy negatywne	Przejawy pozytywne
Sprawiaj przyjemność	Osoba, u której dominuje ten driver, jest zyciowa, elastyczna, uległa, bardzo pomocna. Stawia dobro innych ponad własnym i często nie potrafi zadbać o swoje potrzeby. Może nie sygnalizować bólu, lub innych uciążliwych objawów, żeby nie sprawić kłopotu. Pod spodem może oczekiwać równego zaangażowania i poświęcenia ze strony innych. Łatwo nawiązuje relacje, jednak ma trudność z utrzymaniem stałego związku. Żyje w lęku przed odrzuceniem	<p>Pacjent, który boi się sprzeciwić lekarzowi, więc nie przyznaje się, że nie stosował zaleconych leków</p> <p>Kobieta, która decyduje się na powiększenie piersi na prośbę męża, bo boi się odrzucenia</p>	<p>Pielęgniarka, która po zapoznaniu się z kartą choroby z własnej inicjatywy przynosi wentylator z dyżurki do sali pacjentki z silnymi objawami klimakterium</p>
Bądź doskonałą	Osoba z tym driverem kieruje się w życiu najwyższymi standardami, jest bardzo przywiązana do zasad. Jest skrupulatna i pedantyczna. Nie będzie sięgać po pomoc, gdyż nie może mieć pewności, że inna osoba zrealizuje określone zadanie na równie wysokim poziomie. Ma wysokie oczekiwania wobec siebie i innych	<p>Ordynator oddziału, który każdego dnia przychodzi do pracy godzinę przed czasem, żeby przejrzeć karty pacjentów i wymaga od zespołu, by również pojawiał się godzinę wcześniej</p> <p>Pacjent, który przed badaniem na izbie przyjęć najpierw składa w kostkę ubranie i układają równo buty, by chwilę później stracić przytomność z bólu</p>	<p>Rezydentka przed zabiegiem, przy którym ma asystować, szykuje 4 miski galearetki z zatopionym ziarnem groszku i ćwiczy różne metody usuwania ziarenek, żeby nabrać wprawy przed skomplikowanym zabiegiem</p>
Staraj się	Celem stosowania tego drivera jest uniknięcie lęku przed porażką. Osoba ma silną potrzebę osiągnięcia sukcesu. Bierze na siebie zbyt wiele ambitnych zadań, których często nie może w pełni zrealizować. Często porównuje się do innych, co wzmacnia poczucie lęku i frustracji. Deprecjonuje osiągnięcia innych, zwłaszcza jeśli dokonali czegoś bez porównywalnego trudu i poświęcenia. Ma utrwalone przekonanie, że jest niewystarczająco dobra, mądra itp.	<p>Lekarka rodzinna, której ambicją zawodową było spowodowanie, żeby jej populacja pacjentów osiągnęła dłuższą średnią życia niż ogólna populacja w kraju. Przeżywała ogromną frustrację i poczucie porażki, gdy pacjenci nie stosowali się do jej zaleceń</p> <p>Człowiek, który stale się kształci, kończy specjalistyczne kursy, jest znakomitym profesjonalistą, jednak pracuje poniżej swoich kompetencji, nie podejmuje rozmów dotyczących awansu. Liczne przypadki prokrastynacji</p>	<p>Pielęgniarka, która angażuje się w działania na rzecz praw pacjentów, niestrudzenie broni słabszych. Z pasją i odwagą wyraża swoje zdanie</p> <p>Ratownik, który resuscytuje pacjenta przez 50 minut, nie poddając się, mimo uwag reszty personelu i w rezultacie przywraca pacjentowi funkcje życiowe</p>

Tabela 3. Cd.

Driver	Charakterystyka	Przejawy negatywne	Przejawy pozytywne
<p>Bądź silny</p>	<p>Osobę z tym driverem cechuje wytrwałość, samodzielność, niezawodność, niezwykłe opanowanie i skuteczność w krytycznych sytuacjach. Równocześnie jest to człowiek, który ma trudność z przyjęciem pomocy, sam też nie prosi o nią. Uważa, że musi polegać wyłącznie na sobie, a szukanie wsparcia jest wyrazem słabości. Wytrzymuje, zagryza zęby, chętnie udziela pomocy innym, ale jest zdystansowany emocjonalnie i unika bliskich relacji. Ma dużą wytrzymałość na ból i dyskomfort</p>	<p>Lekarka rodzinna, która przeszła zawał podczas przyjmowania pacjentów. Nie przerwała pracy i wezwała karetkę dopiero, gdy skończyła ostatnią konsultację.</p> <p>Silnie zakorzeniony w naszej kulturze obraz Matki-Polki, która poświęca się w całości opiece nad dziećmi, rodzicami, pracuje zawodowo i wypełnia wszystkie obowiązki związane z prowadzeniem domu, nadwyrażając własne zdrowie</p>	<p>Lekarka, która choruje onkologicznie i nie przerywa pracy zawodowej oraz naukowej podczas własnego leczenia, ale dostosowuje rytm pracy do ograniczonych możliwości kondycyjnych</p>
<p>Spiesz się</p>	<p>Niewielka zdolność do kontenerowania stanu niepewności, preferowanie prostych, szybkich, konkretnych rozwiązań, podejmowanie decyzji w oparciu o niepełną ilość danych, preferowania działań nad myślenie czy czucie.</p> <p>Funkcjonowanie w stałym niedoczasie</p>	<p>Pacjent niecierpliwy, który chce bardzo szybko podjąć decyzje dotyczące leczenia, bez rozważenia za i przeciw</p> <p>Lekarz przerywający pacjentowi, zadający kilka pytań na raz</p> <p>Lekarz piszący tak szybko, że inni mają trudność z odczytaniem jego pisma</p>	<p>Lekarka, która optymalizuje system przyjęć w poradni tak, by zminimalizować ryzyko luk w grafiku spowodowanych spóźnieniami pacjentów</p> <p>Pacjent wykonujący zlecone badania w pierwszym dostępnym terminie, możliwie zaraz po wyjściu od lekarza</p>

co najmniej neurochirurgiem albo kardiochirurgiem”. Czuje, że musi być we wszystkim najlepszy, mieć idealną partnerkę, osiąga wiele sukcesów na polu zawodowym czy sportowym. Równocześnie żyje w stałym lęku, że ktoś zauważy, że jest słaby, popełnia błędy, ma jakieś wady. Chłopak ten w szkole podstawowej zaczął tracić wzrok. Bał się przyznać rodzicom, że nie widzi nic na tablicy i prosi w tajemnicy koleżankę z ławki, żeby dyktowała mu wszystko, co pisze nauczyciel. Przyznanie się byłoby równoznaczne z rozczarowaniem i zawodem rodziców. Mówił: „byłbym ich porażką”. Przeraziła go wizja upokorzenia, ponownego odrzucenia, odczucia złości ze strony rodziców, że kolejne dziecko jest „jakoś wybrakowane” (cyt. pac.).

W tabeli 3 przedstawiono krótkie charakterystyki driverów oraz przykłady ich pozytywnego i negatywnego zastosowania.

Drivery są widoczne w zachowaniach, mimice, doborze słów, tempie mowy i ekspresji. Zwykle możemy zidentyfikować u siebie lub innych jeden główny driver oraz jeden lub dwa często występujące.

Podsumowanie

Można założyć, że na każdym etapie, od rozpoznania pierwszych objawów, poprzez decyzję o sięgnięciu po profesjonalną pomoc, diagnozę i leczenie oraz potencjalne wyzdrowienie, czynniki związane z cechami charakteru będą miały zasadnicze znaczenie u wszystkich zaangażowanych w te procesy osób. Zawartość skryptu życiowego pacjenta wpłynie na rozpoznanie i nadanie znaczenia własnym objawom oraz gotowość do sięgnięcia po pomoc i skuteczność w realizowaniu zaleceń. Tak samo jak zawartość skryptu lekarza wpłynie na jego motywację, decyzje i styl oraz skuteczność działania. Czynniki osobowościowe personelu będą miały znaczący udział w nadaniu znaczenia objawom i zachowaniom pacjenta, jak również w podjęciu decyzji o przebiegu leczenia. Możliwość zaspokojenia określonych potrzeb życiowych bądź ich zablokowanie będzie wpływało na określanie celów i sposób ich realizacji w wymiarze osobistym i zawodowym u wszystkich zaangażowanych osób. Większość z wymienionych procesów będzie się odbywać niejako automatycznie, do pewnego stopnia poza świadomością. Jednak objęcie ich świadomą refleksją jest możliwe i może ułatwić życie.

Bibliografia

1. APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-5™*. Washington, London: American Psychiatric Publishing.
2. Berne, E. (1958). *Transactional analysis: a new and effective method of group therapy*. American Journal of Psychotherapy, 12 (4), 735–743. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1958.12.4.735>.
3. Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry* (s. 29–52, 116–128). New York: Grove Press.
4. Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press.
5. Budisa, D., Gavrilov-Jerkovic, V., Dickov, A., Vuckovic, N., Martinovic Mitrovic, S. (2012). *The presence of injunctions in clinical and non-clinical populations*. International Journal of Transactional Analysis Research & Practice, 3 (2), 28–36. DOI: <https://doi.org/10.29044/v3i2p28>.
6. Cervone, D., Pervin, L.A. (2011). *Osobowość. Teoria i badania* (s. 9–28). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
7. Di Giuseppe, M., Perry, J.C. (2021). *The Hierarchy of Defense Mechanisms: Assessing Defensive Functioning With the Defense Mechanisms Rating Scales Q-Sort*. Frontiers in Psychology, 12, 718440. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.718440>.
8. Holtby, M. (1976). *The Origin and Insertion of Script Injunctions*. Transactional Analysis Bulletin, 6 (4), 371–376. DOI: <https://doi.org/10.1177/036215377600600403>.
9. Hugdahl, K. (2017). *Auditory Hallucinations as Translational Psychiatry: Evidence from Magnetic Resonance Imaging*. Balkan Medical Journal, 34 (6), 504–513. DOI: <https://doi.org/10.4274/balkanmedj.2017.1226>.
10. Erskine, R.G. (2010). *Life Scripts: Unconscious Relational Patterns and Psychotherapeutic Involvement*. W: R.G. Erskine (red.). *Life Scripts: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns* (s. 1–28). London: Karnac Books.
11. Joines, V.S. (2016). *Understanding Second-Order Structure and Functioning: Ego State Structures, Relational Units, and the Divided Psyche*. Transactional Analysis Journal, 46 (1), 39–49. DOI: <https://doi.org/10.1177/0362153715616651>.
12. Kahler, T. (1975a). *Scripts: Process and Content*. Transactional Analysis Bulletin, 5 (3), 277–279. DOI: <https://doi.org/10.1177/036215377500500317>.
13. Kahler, T. (1975b). *Drivers: The Key to the Process of Scripts*. Transactional Analysis Bulletin, 5 (3), 280–284. DOI: <https://doi.org/10.1177/036215377500500318>.
14. Kernberg, O.F. (2016). *What Is Personality?* Journal of Personality Disorders 30, 2, 145–156. DOI: <https://doi.org/10.1521/pedi.2106.30.2.145>.
15. Lapworth, P., Sills, C. (2011). *An Introduction to Transactional analysis*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd
16. Maslow, A.H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review, 50 (4), 370–396. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0054346>.
17. Mc Neel, J.R. (2010) *Understanding the Power of Injunctive Messages and How They are Resolved in Redecision Therapy*, Transactional Analysis Journal, 40 (2), 159–169. DOI: [10.1177/036215371004000211](https://doi.org/10.1177/036215371004000211).
18. Mc Williams, N. (2008). *Diagnoza psychoanalityczna* (s. 161–164). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
19. Seow, H.Y., Wu, M. H.L., Mohan, M., Mamat, N.H.B., Kutzsche, H.E., Pau, A. (2022). *The effect of transactional analysis training on emotional intelligence in health professions students*. BMC Medical Education 22 (1), 383. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03455-y>.
20. Soroko, E., Cierpiąłkowska, L. (2016). *Psychologia zaburzeń osobowości* (s.289-303). W: L. Cierpiąłkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
21. Steward, I., Joines V. (2016). *Analiza Transakcyjna dzisiaj* (s. 13–70, 162–220). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis
22. Świrydowicz, T. (2004). *Schizoidalne zaburzenia osobowości*. L. Cierpiąłkowska (red.).

- W: *Psychologia zaburzeń osobowości* (s. 49–70). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
23. Taormina, R.J., Gao, J.H. (2013). *Maslow and the Motivation Hierarchy: Measuring Satisfaction of the Needs*. *The American Journal of Psychology*, 126 (2), 155–177. DOI: <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.126.2.0155>.
 24. Tudor, K. (2010). *The State of the Ego: Then and Now*. *Transactional Analysis Journal*, 40 (3-4), 261–277. DOI: <https://doi.org/10.1177/036215371004000311>.
 25. West, C.P., Dyrbye, L.N., Shanafelt, T.D. (2018). *Physician burnout: contributors, consequences and solutions*. *Journal of Internal Medicine*, 283 (6), 516–529. DOI: <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
 26. Whitley-Hunter, B.L. (2014) *Validity of transactional analysis and emotional intelligence in training nursing students*. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism* 2 (4), 138–145.
 27. Vos, J., van Rijn, B. (2022). *The Effectiveness of Transactional Analysis Treatments and Their Predictors: A Systematic Literature Review and Explorative Meta-Analysis*. *Journal of Humanistic Psychology*, 0 (0). DOI: <https://doi.org/10.1177/00221678221117111>.

Człowiek w sytuacji choroby przewlekłej

Wprowadzenie

Przewlekła choroba jest doświadczeniem niesłychanie trudnym, które przewartościowuje całe życie człowieka, wymaga wielu zmian praktycznie w każdym obszarze funkcjonowania. Można też tę chorobę określać mianem „choroby wszechobecnej”. Na pewnym etapie leczenia ranek zaczyna się od podawania tabletek, wieczór kończy się tym samym. Leki to jedyny stały punkt w obliczu nieustannych zmian. Po drodze zabiegi, dieta, konsultacje, kolejne badania, wizyty u specjalistów. Czas wypełnia się chorobą. W doświadczeniu praktycznym w pracy z pacjentami obserwujemy bardzo różnorodne reakcje na chorobę, które oczywiście zmieniają się w czasie, widzimy „kurczenie się”, zawężanie aktywności do leczenia tylko, niekiedy zupełne poddanie się, czasami, rzadziej, widzimy pozytywne przewartościowanie. Wiele czynników zarówno osobowych, jak i pozaosobowych decyduje o tym, jak człowiek będzie sobie radził z chorobą, która niekiedy może trwać wiele lat, ewoluować w czasie, przyczyniać się do powstawania niepełnosprawności. Z pewno-

W doświadczeniu praktycznym w pracy z pacjentami obserwujemy bardzo różnorodne reakcje na chorobę, które oczywiście zmieniają się w czasie, widzimy „kurczenie się”, zawężanie aktywności do leczenia tylko, niekiedy zupełne poddanie się, czasami, rzadziej, widzimy pozytywne przewartościowanie.

Borykanie się z przewlekłą chorobą to przechodzenie od zagadnień życia lub niepełnosprawności (...) do codziennej rutyny, od współpracy w leczeniu z systemem do walki z nim, od poszukiwania nowych metod terapeutycznych i nadziei do poddania się.

ścią procesy znoszenia lub radzenia sobie mają charakter dynamiczny i procesualny.

Borykanie się z przewlekłą chorobą to przechodzenie od zagadnień życia lub niepełnosprawności bądź śmierci do codziennej rutyny, od współpracy w leczeniu z systemem do walki z nim, od poszukiwania nowych metod terapeutycznych i nadziei do poddania się.

Choroba przewlekła

Wśród definicji choroby przewlekłej opartych na kryteriach czasowych znajduje się koncepcja Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization WHO).

(...) choroba przewlekła jest chorobą o długim czasie trwania i powolnym postępie (WHO, 2009).

Zakłada ona, że choroba przewlekła jest chorobą o długim czasie trwania i powolnym postępie (WHO, 2009).

Podobnie jak WHO, choroba przewlekła jest określana w internetowym słowniku pojęć medycznych.

Tu definiuje się ją jako „postępującą chorobę, trwającą przez długi okres” (MedicineNet, 2009a). Z kolei U.S. National Center for Health Statistics wyznacza warunek brzegowy dla uznania danej choroby za przewlekłą – czas utrzymywania się objawów. Choroba przewlekła jest tu rozumiana jako każde schorzenie, które trwa dłużej niż 3 miesiące (U.S. National Center for Health Statistics; za: MedicineNet, 2009b).

Oprócz czasu występowania objawów WHO, jak również badacze wskazują na inne cechy charakterystyczne dla choroby przewlekłej w odróżnieniu od choroby o ostrym przebiegu. Howard Leventhal i in. (2005) podają, że chorobą przewlekłą można nazwać zaburzenie funkcjonowania organizmu, które ma następujące właściwości:

- ma charakter ogólnoustrojowy oddziałujący na funkcjonowanie wielu układów, przez co zakłóca przebieg procesów fizycznych, psychicznych i społecznych,
- zakłóca normalny bieg życia; jego rozwój trwa przez wiele lat, z których większość przebiega bez widocznych objawów, a pełnoobjawowa choroba ujawnia się około 60. roku życia, może także skracać czas życia chorego,

- przebieg choroby, postęp i nasilenie objawów mogą być kontrolowane ale nie jest możliwe pełne wyleczenie, objawy mogą się okresowo nasilać bez jednoznacznej przyczyny,
- może się nasilać, stopniowo ograniczając bądź uniemożliwiając wykonywanie codziennych zadań życiowych czy zawodowych, postęp choroby może być tak powolny, że niewidoczny przez dłuższy czas dla bliskich chorego,
- większość z chorób charakteryzuje się relatywnie spokojnym przebiegiem, zakłócanym przez zaostrzenia a nawet nawroty lub dramatyczne komplikacje zagrażające życiu.

Przeglądu koncepcji w zakresie cech choroby przewlekłej dokonał Ziarko (2014) uwzględniając takie cechy, jak: czas, przyczyny, przebieg, istotę i konsekwencje (tab. 1).

Donna R. Falvo (2005) wymienia około 150 chorób zaburzających funkcjonowanie wszystkich układów ludzkiego organizmu, które można potraktować jako choroby przewlekłe. Choroby przewlekłe stanowią główną przyczynę zgonu w Polsce. Wśród nich przodują choroby układu krążenia, nowotwory, schorzenia układu oddechowego oraz cukrzyca.

W literaturze dotyczącej chorób przewlekłych niewiele uwagi poświęca się tworzeniu ich typologii bądź klasyfikacji. W medycynie zagadnienie to wydaje się pobocznym problemem, jest o tyle ważne, o ile istnieje potrzeba klasyfika-

Tabela 1. Zestawienie rozumienia chorób przewlekłych ujęte w różnych definicjach

Element definicji	WHO	Amerykańska Komisja ds. Chorób Przewlekłych	The Chronic Illness Alliance	Burish i Bradley
Czas	Długi czas trwania		Trwała lub długo utrzymująca się choroba	
Przyczyny		Nieodwracalne zmiany patologiczne		Antyzdrowotny styl życia
Przebieg	Powolny postęp	Jest trwała	Może postępować powoli i prowadzić do śmierci lub zakończyć się pełnym wyzdrowieniem	Powolny rozwój
Istota				Trudno rozpoznawalna przez osobę chorą
Konsekwencje		Pozostawia po sobie inwalidztwo	Może przyczyniać się do nieodwracalnych zmian w narządach	Niemożliwość pełnego wyleczenia, oddziałuje na wiele aspektów życia

Źródło: Ziarko, 2014

cji nozologicznej i jej modyfikacji pod wpływem uzyskiwanej wiedzy klinicznej na temat odmienności objawów o tej samej etiopatogenezie bądź podobieństwa objawów a zróżnicowanej etiopatogenezie. Klasyfikacja co do zasady nie odzwierciedla zróżnicowania obrazu tej samej choroby i jej przebiegu, również ze względu na oddziaływania psychologiczne wpływające na nasilenie się objawów, zaostrzenie choroby i skuteczność leczenia (Topór-Mądry, 2011). Z perspektywy psychologicznej kluczowe jednak wydaje się rozpoznanie jakości czynników psychologicznych wpływających na znoszenie choroby. Mamy jednak przekonanie, że ta wiedza jest również bazalna dla lekarzy zajmujących się chorobami przewlekłymi. Samo opisanie etiologii i przebiegu pojedynczej choroby, jej obrazu w postaci konstelacji objawów jest redukcjonistycznym podejściem i w znaczny sposób ogranicza znalezienie skutecznych sposobów leczenia. Wiedza dotycząca czynników psychologicznych uwzględnionych w modelach choroby i dochodzenia do zdrowienia przyczyniła się także do tworzenia konceptu skoordynowanej opieki zdrowotnej nad osobami z chorobami przewlekłymi, a część z nich w ostatnim czasie w postaci pilotażu bądź modyfikacji systemu została wdrożona do polskiego systemu ochrony zdrowia (<https://koordynowana.nfz.gov.pl>).

Reakcje emocjonalne na chorobę przewlekłą

Wraz z wystąpieniem choroby osoba tworzy także jej mentalną koncepcję – skąd się wzięła, czy jest pod kontrolą, czy stanowi przeszkodę, zagrożenie, stratę itp. Obraz choroby pozostaje pod wpływem szeregu czynników, do których należą cechy emocjonalności podmiotu. Są wśród nich, ukształtowane na podłożu dziedzicznym i środowiskowym, predyspozycje do powtarzającego się przeżywania pozytywnych i negatywnych emocji o określonym natężeniu

Choroba nowotworowa przewlekła czy śmiertelna? Choroby nowotworowe obecnie uznaje się za choroby przewlekłe. Reakcja na chorobę przewlekłą ma charakter indywidualny, ale często wywołuje silne emocje, które ewoluują w czasie, modyfikowane są one także przez czynniki zależne od choroby i leczenia – narastania lub łagodzenia objawów, wprowadzania nowych metod leczenia itp. Przeważnie są to emocje negatywne, takie jak: smutek, niepokój, lęk, złość, poczucie bezradności i bezsilności, wstyd, poczucie winy (Falvo, 2005). Wraz z wystąpieniem choroby osoba tworzy także jej mentalną koncepcję – skąd się wzięła, czy jest pod kon-

trolą, czy stanowi przeszkodę, zagrożenie, stratę itp. Obraz choroby pozostaje pod wpływem szeregu czynników, do których należą cechy emocjonalności podmiotu. Są wśród nich, ukształtowane na podłożu dziedzicznym i środowiskowym, predyspozycje do powtarzającego się przeżywania pozytywnych i negatywnych emocji o określonym natężeniu (Falvo, 2005). Emocje silnie oddziałują na procesy poznawcze i co za tym idzie – kierunek i jakość działań podejmowanych przez osobę chorą, np. realizację bądź nie zaleceń lekarskich. Wyniki badań ukazują powiązania pomiędzy negatywną afektywnością a większym uwrażliwieniem pacjenta na obecność objawów somatycznych oraz tendencją do spostrzegania objawów jako poważnie zagrażających zdrowiu (Mojs, 2021).

Akceptacja choroby, budowanie postawy kooperacyjnej z lekarzem, nadziei na poprawę stanu zdrowia – zgodną z aktualnymi możliwościami i dostępnymi metodami leczenia to jeden z ważniejszych celów adaptacyjnych. Akceptacja choroby nie jest jednak wyrazem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły chorego, który przyjmuje i godzi się z tym, że choroba jest, oraz uczy się żyć mimo choroby, na którą nie ma wpływu. Taka postawa akceptacji pomaga osobie funkcjonować w chorobie (Fredrickson, 2001).

Akceptacja choroby, budowanie postawy kooperacyjnej z lekarzem, nadziei na poprawę stanu zdrowia – zgodną z aktualnymi możliwościami i dostępnymi metodami leczenia to jeden z ważniejszych celów adaptacyjnych.

Badania dotyczące uwarunkowań, jak również następstw akceptacji choroby wskazują na dwa ważne źródła, którymi są osobowość i właściwości choroby. W osobowości pozytywną rolę odgrywa m.in. dyspozycyjny optymizm oraz małe nasilenie lęku jako cechy i pozytywny nastrój. Badania były realizowane w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa, a także w grupie pacjentów chorych na miastenię (Bilińska i Sitek, 2007; Basińska, 2011). W innych badaniach Wrześniewski (1989) zwraca uwagę na związek wzoru zachowania z akceptacją choroby. W badaniach wykazał negatywną rolę i znaczący wpływ wzoru zachowania A (WZA) w trudnościach z akceptacją choroby. Akceptacji choroby według Wrześniewskiego szczególnie nie sprzyja rywalizacyjne podejście do życia cechujące osoby z WZA. Z kolei zarówno w grupie chorych na cukrzycę typu 1 (Głowacki, 2007), jak i w grupie osób z hemofilią i łuszczycą wyznaczono predyktory akceptacji choroby (Miniszewska i Wałęcka-Matyja, 2005). Są nimi: obraz siebie, optymizm, przekonania, że inni w niewielkim stopniu wpływają na zdrowie oraz rzadkie stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach (Zalewska i in., 2007). Badanie

było realizowane w grupie chorych na łuszczycę. Z kolei Basińska (2012) wykazała, że akceptacja choroby wzrasta wraz z wiekiem pacjenta. Być może jest to związane z faktem, że choroba w świadomości społeczeństwa powiązana jest z wiekiem i różnorodne dysfunkcje fizjologiczne są bardziej akceptowane społecznie u osób starszych. Pacjenta w średnim wieku i starszych spotyka zatem mniej aktów nietolerancji, wyrażanych negatywnych emocji ze strony innych ludzi niż nastolatka (Zalewska i in., 2007).

Akceptacja choroby traktowana jako cel pozwala na prawidłowe funkcjonowanie mimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, jakie ze sobą niesie utrata zdrowia.

Akceptacja choroby traktowana jako cel pozwala na prawidłowe funkcjonowanie mimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, jakie ze sobą niesie utrata zdrowia. Świadomość przyczyn i skutków choroby, a także znajomość możliwych powikłań pozwala chorym na skuteczną samokontrolę oraz stosowanie zachowań prozdrowotnych

w celu podniesienia poziomu zdrowia i wykorzystania dostępnych możliwości do realizacji celów życiowych.

Choroba jako źródło stresu

Choroba, która pojawia się zawsze za wcześnie, nie w czas, zakłócając dotychczasowe życie człowieka, stanowi ważne źródło stresu źródeł stresu dla każdego (Gałaszka, 2013). Stresorami działającymi w sytuacji choroby są:

- niepewność co do przyszłości, niewystarczająca ilość danych: jakie są przyczyny choroby, jak długo będzie ona trwała, jakie są perspektywy, czy możliwe będzie pełne wyleczenie czy raczej doprowadzi do inwalidztwa, czy wiązać się będzie z innymi startami – związanymi z kosztami leczenia, potencjalna utrata pracy i ograniczeniami w realizowaniu ról życiowych,
- obawy o straty niematerialne: choroba wraz ze swoimi objawami może prowadzić do różnych kosztów w życiu. Osoby chore mogą martwić się o to, że choroba wiele im zabierze – sprawność, niezależność, atrakcyjność interpersonalną, ograniczy w codziennych aktywnościach i ograniczy możliwości realizacji swoich pasji,
- fizyczne i emocjonalne obciążenie: w chorobie jednym z częstszych objawów jest ból, występują ograniczenia ruchomości, zmęczenie czy wyczerpywanie

i utrata energii życiowej. W następstwie emocji pojawiają się silne emocje lęku, gniewu, złości,

- straty finansowe: choroba może wymagać kosztownego leczenia, rehabilitacji, specjalistycznej opieki medycznej i zakupu leków na własny koszt,
- spadek jakości życia: jest to najczęściej podnoszony uniwersalny koszt i źródło stresu większości chorób przewlekłych. Choroba ogranicza zdolność do realizacji codziennych aktywności i utrzymywania relacji społecznych (Wrześniewski, 1989; Harrison i in., 2004; Miniszewska i Wałęcka-Matyja, 2005; Zalewska i in., 2007).

Warto jednak podkreślić, że osoby chore, pomimo stresu związanego z chorobą, są także zdolne do przeżywania pozytywnych stanów emocjonalnych, takich jak np. nadzieja. Ułatwiają one ułatwiają przystosowanie się, pełnią funkcję motywującą i energetyzującą w zmaganiu się z codziennością choroby – leczeniem, rehabilitacją, badaniami kontrolnymi itp. (Heszen, 2013; Fredrickson, 2001). Pozytywne emocje pojawiają się jako następstwo poznawczego opracowania choroby i zbudowania adaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Kiedy osoba radzi sobie z tym trudnym zadaniem, może poczuć satysfakcję z pokonania własnych ograniczeń i zdobywania nowych umiejętności. W efekcie poznawczego opracowania choroby również chory uczy się doceniać małe rzeczy, codzienne chwile, które być może wcześniej wydawały się oczywiste, zwyczajne, niewarte uwagi. Jednym z następstw pozytywnego przewartościowania może być także rozwijanie empatii i wzmacnianie więzi społecznych. Choroba przewlekła często prowadzi do spotkań z innymi osobami, które również zmagają się z podobnymi problemami. To niekiedy może prowadzić do powstania nowych więzi społecznych, zrozumienia i wsparcia.

Doświadczenie ze spotkań z osobami chorymi pokazuje także inny aspekt przewartościowania życia – choroba przewlekła z jednej strony może ograniczać pracę, czas, ale z drugiej strony może dawać przestrzeń do samorozwoju. Ludzie z chorobą przewlekłą niekiedy decydują się na zmiany w swoim stylu życia, takie jak dieta, aktywność fizyczna czy rozwój technik radzenia sobie ze stresem. Jednym z celów, ale i efektów tej zmiany jest odbudowanie i wzmacnianie poczucia kontroli nad własnym zdrowiem. Osiągnięcie takiego pozytywnego przewartościowania wymaga czasu, jednakże zmaganie się z chorobą ma charakter procesualny, gdzie zmiany następują zgodnie z indywidualną ścieżką rozwoju.

Janice M. Morse i Joy L. Johnson (1991) w modelu powrotu do zdrowia wyróżniają cztery fazy przystosowywania się do choroby przewlekłej:

- niepewność, podczas której do pacjenta zaczynają docierać informacje, że osoba może być chora; pacjent próbuje wtedy zrozumieć swoją sytuację i jej

powagę, zdobyć informacje na temat swojego stanu zdrowia, potwierdzić bądź zaprzeczyć istnienie realnego zagrożenia dla zdrowia,

- wstrząs – to czas nieuchronny konfrontacji z objawami i wiedzą co do choroby, gdy pacjent zdaje sobie sprawę, że cierpi na poważną chorobę, która spowoduje wiele zmian w jego życiu, co będzie się wiązało z wyższym poziomem stresu,
- dążenie do wyzdrowienia, podczas którego chory stara się uzyskać kontrolę nad chorobą oraz nad własnym życiem przy pomocy wyspecjalizowanego personelu i z wykorzystaniem zasobów środowiskowych bądź wykorzystaniem własnej wiedzy pozyskanej z wielu różnych źródeł,
- przywrócenie dobrostanu, tj. odzyskanie równowagi w wyniku akceptacji choroby i jej konsekwencji dla życia.

Etapy te niekoniecznie pokrywają się z nasilaniem się, wygaszaniem objawów, podjęciem zmiany leczenia itp. Psychologiczne reakcje na chorobę uwarunkowane są wieloczynnikowe i wykazują wysokie zróżnicowanie indywidualne.

Z perspektywy medycznej choroba przewlekła może przechodzić przez różne stadia, w zależności od jej charakteru i postaci, np.

- stadium początkowe – w tym stadium objawy choroby mogą być łagodne lub niepozorne. Wówczas pacjent może nie zdawać sobie sprawy z obecności choroby, a badania diagnostyczne mogą wykazywać nieznaczne odchylenia od normy bądź nie wykazać żadnych odchyżeń. Z perspektywy czasu niekiedy mówi się o subklinicznej lub początkowej fazie choroby,
- stadium stabilizacji – na tym etapie pojawia się już diagnoza o charakterze rozstrzygającym, a objawy stają się bardziej widoczne, dokuczliwe, jednym z częstszych objawów jest ból i przewlekłe zmęczenie. Leczenie może pomóc w łagodzeniu objawów i opóźnić postęp choroby czy też kształtowanie się niepełnosprawności,
- stadium postępu w rozwoju choroby – objawy się nasilają. Pacjent może doświadczać pogorszenia zdrowia i ogólnego funkcjonowania, a leczenie może być bardziej intensywne, niekiedy rezygnuje z aktywności w życiu osobistym czy zawodowym,
- stadium przewlekłe – choroba może być trudna do kontrolowania i objawy mogą być bardzo nasilone, leczenie jest nie w pełni skuteczne. Pacjent może potrzebować zaawansowanej terapii lub opieki paliatywnej w celu złagodzenia objawów i poprawy jakości życia (Holland i Gooen-Piels, 2000). Choroba nowotworowa według WHO jest także traktowana jako choroba przewlekła. Nowotwory przewlekłe to jedna z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Według danych WHO w 2016 roku choroby przewlekłe przyczyniły się do 71% wszystkich zgonów, czyli aż do 41 milionów.

Wśród zmarłych 15 milionów stanowiły osoby zmarłe przedwcześnie, czyli w wieku 30–70 lat (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>). W chorobie nowotworowej pacjent również przechodzi proces, w którym uczy się radzić sobie z chorobą i jej następstwami.

Jimmie C. Holland i Jane Goosen-Piels (2000) wyznaczają trzy fazy przystosowania się do choroby nowotworowej:

- początkowa reakcja na postawioną diagnozę, najczęściej mająca postać niedowierzania, zaprzeczania lub szoku – chory podważa wówczas uzyskane wyniki bądź kompetencje lekarza, a także zniekształca dopływające do niego informacje, próbując ochronić się przed konsekwencjami wynikającymi z postawionej diagnozy,
- dysforia – chory zaczyna zdawać sobie sprawę z realności postawionej diagnozy; może wtedy odczuwać silne napięcie i związane z nim symptomy, takie jak: bezsenność, utrata apetytu, trudności w koncentracji, obniżenie nastroju i wzrost lęku; w reakcji na informacje dotyczące możliwości leczenia może jednak odczuć nadzieję i optymizm, które zastępują początkowe negatywne stany afektywne,
- adaptacja – chory rozwija strategię radzenia sobie z chorobą przewlekłą pozwalającą mu odbudować i utrzymać równowagę zaburzoną przez chorobę.

Według Soleckiej (2007) etapy zmagania się z chorobą nowotworową mają odrębne cechy jakościowe:

- szok: pacjent odczuwa szok po otrzymaniu diagnozy,
- negacja: pacjent nie chce wierzyć w diagnozę i szuka innych źródeł informacji,
- bunt: pacjent może czuć gniew, złość i frustrację z powodu choroby,
- depresja: pacjent może czuć smutek, beznadzieję i poczucie osamotnienia,
- akceptacja: pacjent akceptuje chorobę i uczy się radzić sobie z nią,
- nowe życie: pacjent uczy się żyć z chorobą i cieszyć się życiem.

Jednym z najczęściej cytowanych w literaturze modeli jest model Kübler-Ross.

Model ten składa się z pięciu etapów:

- zaprzeczanie: pacjent nie chce wierzyć w diagnozę i szuka innych źródeł informacji,
- gniew: pacjent może czuć gniew, złość i frustrację z powodu choroby,
- targowanie się: pacjent może próbować negocjować z Bogiem lub innymi siłami wyższymi, aby uniknąć choroby,
- depresja: pacjent może czuć smutek, beznadzieję i poczucie osamotnienia,
- akceptacja: pacjent akceptuje chorobę i uczy się radzić sobie z nią (Smoleń i in., 2018; Kubler Ross, 2019).

Koszty choroby nowotworowej

Chorobę przewlekłą, w tym nowotworową, można ujmować także w kategoriach kosztów/strat dla jednostki i jej życia. Koszty psychologiczne choroby nowotworowej mogą być bardzo wysokie i wpływać na różne aspekty życia pacjenta i jego rodziny:

Chorobę przewlekłą, w tym nowotworową, można ujmować także w kategoriach kosztów/strat dla jednostki i jej życia. Koszty psychologiczne choroby nowotworowej mogą być bardzo wysokie i wpływać na różne aspekty życia pacjenta i jego rodziny:

Depresja i lęk. Osoby chorujące na nowotwory często doświadczają uczuć smutku, beznadziei i lęku związanych z diagnozą, leczeniem

i niepewnością co do przyszłości. Pojawiają się objawy zmniejszonej energii i aktywności, zaburzeń apetytu i snu, myśli samobójczych. Depresja i lęk mogą utrudniać codzienne funkcjonowanie i prowadzić do obniżenia jakości życia. Zaburzenie depresyjne może wystąpić u 15–25% pacjentów onkologicznych i wpływać negatywnie na przebieg choroby i rokowanie (Singer i in., 2009, Miovic i Block, 2007).

Stres. Choroba nowotworowa i jej leczenie mogą być bardzo stresujące zarówno dla pacjenta, jak i dla ich bliskich. Stres może prowadzić do zmęczenia, bezsenności, problemów z koncentracją i podtrzymywać stan lęku (Miovic i Block, 2007).

Problemy adaptacyjne. Trudność w dostosowaniu się do nowej sytuacji, związanej z diagnozą, leczeniem i zmianami w życiu. Objawy mogą obejmować: lęk, depresję, drażliwość, wycofanie społeczne, zaburzenia snu i koncentracji. Problemy adaptacyjne są najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi u pacjentów onkologicznych (Härter i in., 2001).

Zaburzenia lękowe. Nadmierne i nieadekwatne obawy, niepokój, nerwość, napięcie, trudność w opanowaniu lęku, objawy somatyczne, takie jak kołatanie serca, duszność, pocenie się, drżenie, zawroty głowy. Zaburzenia lękowe mogą dotyczyć różnych aspektów choroby, takich jak strach przed śmiercią, bólem, nawrotem, przerzutami, utratą kontroli, izolacją, zmianą wyglądu. Zaburzenia lękowe mogą wystąpić u 10–20% pacjentów onkologicznych i utrudniać im podjęcie decyzji o leczeniu i przestrzeganie zaleceń (Sesiuk i Rzepiela, 2016).

Pomaganie osobom w sytuacji choroby przewlekłej

Celem działań terapeutycznych na każdym etapie choroby powinna być poprawa jakości życia chorego i jego bliskich, poprawa stanu emocjonalnego i zbudowanie motywacji do zmagania się z chorobą. Oczywiście cele terapii będą wysoce zindywidualizowane. Każdy człowiek ma swoje potrzeby, ale również swoje obciążenia, nawyki, traumy, które nie znikają z chwilą choroby. Wiemy, że każdy musi znaleźć swój własny sposób na chorobę.

Zasadniczym elementem leczenia wbudowanym w algorytm jest edukacja chorego i jeśli zachodzi taka potrzeba – rodziny.

Z kolei wsparcie psychologiczne powinno być uzupełnieniem edukacji, jaką każdy pacjent powinien otrzymać na temat swojej choroby (Vögele i von Leupoldt, 2008). Gdy jednak koszty są wysokie i pojawia się duża trudność w radzeniu sobie z chorobą, konieczne jest wprowadzenie wysokospecjalistycznej psychoterapii. Wśród oddziaływań psychoterapeutycznych uwzględnia się te nakierowane na zmianę procesów poznawczych (reprezentacja choroby) i zachowań. Badania wykazały wysoką skuteczność psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Skuteczność tej formy terapii została już wielokrotnie potwierdzona empirycznie, szczególnie w odniesieniu do zaburzeń lękowych (Kühl i in., 2008). Wykazano, że dwie godziny grupowej terapii poznawczo-behawioralnej mogą prowadzić do istotnej redukcji objawów depresji i lęku, w porównaniu z grupą kontrolną, której zapewniono tylko edukację (Vögele i von Leupoldt, 2008). Praca w tym paradygmacie polega m.in. na pracy z przekonaniami, z schematami w myśleniu, rozumieniu własnego położenia a także konfrontowaniu z sytuacjami, które wzbudzają lęk i uczeniu nowych zachowań w tych sytuacjach. W prowadzonej pracy terapeutycznej ważnym elementem jest wzmocnienie kompetencji psychologicznych w radzeniu sobie z chorobą, ze stresem z nią związanym, wzmocnianiu motywacji do działań na rzecz zdrowia.

Celem działań terapeutycznych na każdym etapie choroby powinna być poprawa jakości życia chorego i jego bliskich, poprawa stanu emocjonalnego i zbudowanie motywacji do zmagania się z chorobą. Oczywiście cele terapii będą wysoce zindywidualizowane. Każdy człowiek ma swoje potrzeby, ale również swoje obciążenia, nawyki, traumy, które nie znikają z chwilą choroby. Wiemy, że każdy musi znaleźć swój własny sposób na chorobę.

Uczestnictwo w psychoterapii daje ponadto możliwość identyfikowania i pułapek w myśleniu o swojej sytuacji i zmiany schematów myślowych, które są nieadaptacyjne. W pracy psychoterapeuta przepracowuje z chorym poczucie winy związane z chorobą. Niestety, często poczucie winy jest powiązane z myśleniem, że podmiot staje się zależny od innych, jest ciężarem dla swojej rodziny. O potrzebie psychoterapii opisywanych kosztów w chorobie – rozbudowywania kompetencji powinien współdecydować lekarz i pacjent (Mojs, 2019).

Z kolei na oddziałach specjalistycznym w ramach koordynowanej opieki bądź w ambulatoriach pacjenci powinni także korzystać ze wsparcia psychologicznego, które stricte nie jest psychoterapią, ale doskonali kompetencje psychologiczne, wzmacnia otwartość w relacjach z lekarzem, buduje świadomość własnych potrzeb. W ramach wsparcia psychologicznego chory uczy się akceptacji sytuacji, w której się znalazł, a która to akceptacja nie jest poddaniem się. Chory uczy się przyjmować fakt, że choroba jest częścią jego życia i że będzie musiał rozwinąć kompetencje w zakresie samoopieki (Mojs, 2019).

W ramach pomocy oferowanej choremu ważnym elementem jest edukacja. Lekarze, psychologowie i pielęgniarki wzmacniają postawy otwartości na wiedzę i poszukiwanie informacji o chorobie z wiarygodnych źródeł. Dzięki temu może chory zrozumieć swoje objawy, leczenie i jakie są możliwości radzenia sobie z chorobą. Dzięki temu chory będzie w większym stopniu kontrolować jej wpływ na swoje życie, a jednocześnie staje się partnerem w relacji z lekarzem, który w sposób świadomy może współuczestniczyć w procesie leczenia, współpracować i budować przestrzeganie zasad terapii, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz akceptację uzgodnionych terapii (Mojs, 2021).

Wsparcie emocjonalne chory w procesie leczenia uzyskuje zarówno od profesjonalistów, jak i uczestnicząc w grupach wsparcia – samopomocowych stowarzyszeniach pacjenckich oraz od najbliższych. W grupach wsparcia można dzielić się swoimi doświadczeniami i otrzymać wsparcie emocjonalne, informacyjne czy inne od innych, którzy znajdują się w podobnym położeniu.

Jak już wspomniano, choroba może przewartościować życie człowieka, co inicjuje szereg zmian, np. zmiany w stylu życia, aby pomóc w zarządzaniu chorobą. To może obejmować zmianę diety, zwiększenie aktywności fizycznej, unikanie czynników, które mogą pogorszyć objawy, oraz, oczywiście, regularne przyjmowanie leków (Mojs, 2021).

Dzięki otrzymanej w różnych formach pomocy psychologicznej chory lepiej radzi sobie ze stresem, uczy się technik relaksacyjnych, takich jak medytacja, joga czy głębokie oddychanie, które mogą pomóc zredukować stres i poprawić samopoczucie. Chory także przekonuje się, że każda choroba przewlekła jest inna, i to, co działa dla jednej osoby, niekoniecznie zadziała dla innej. Jednakże ważne jest, aby pomimo choroby i ograniczeń z nią związanych, utrzymywać

możliwie najlepszą jakość życia – kontynuować działania w zakresie realizacji codziennych aktywności i utrzymywania relacji społecznych, utrzymywać kontrole nad własnym życiem.

Pacjent buduje świadomość, że nie ma innego życia poza tym, które teraz przeżywa, nie ma alternatywnej historii dla tego życia, co jest, ani też nie można nic zrobić, aby zmienić przeszłość, aby życie teraz było inne. Pacjent uczy się stopniowo koncentrować na teraźniejszości, unikać rozpamiętywania przeszłości, rozmyślenia, jak mogło być, ani przyszłości, zastanawiania się, czy kolejne badania laboratoryjne wypadną lepiej niż ostatnie. Ważny staje się dzień dzisiejszy, psychologiczne „tu i teraz” i to, na co można mieć wpływ „tu i teraz” (Mojs, 2019).

Pacjent buduje świadomość, że nie ma innego życia poza tym, które teraz przeżywa, nie ma alternatywnej historii dla tego życia, co jest, ani też nie można nic zrobić, aby zmienić przeszłość, aby życie teraz było inne.

Oprócz pomocy psychologicznej, pacjenci z chorobami przewlekłymi mogą skorzystać z innych sposobów radzenia sobie z chorobą, takich jak:

- wsparcie – rodziny chorych również mogą być objęte różnymi formami wsparcia i edukacją, co praktyczne także może pomóc pacjentowi w radzeniu sobie z chorobą,
- aktywność fizyczna – regularna aktywność fizyczna może pomóc pacjentom w zmniejszeniu poziomu stresu oraz poprawieniu samopoczucia,
- terapia zajęciowa – może pomóc pacjentom w utrzymaniu aktywności oraz poprawieniu samopoczucia,
- konsultacje dietetyczne.

Podsumowanie

Choroba przewlekła stanowi dla człowieka wielkie wyzwanie zarówno od strony poznawczej, aby zbudować swój osobisty koncept choroby, jak i emocjonalnej, aby mieć siłę i motywację do leczenia, ale i utrzymywania wartościowych elementów życia. Dzieje się to dzięki aktywności własnej chorego, ale i dzięki otoczeniu go wielospecjalistyczną opieką, a jeśli potrzeba dla minimalizowania kosztów choroby – również psychoterapią. Rozwijana w ostatnich czasach koordynowana opieka zdrowotna dla osób z chorobami przewlekłymi uwzględnia wiele kontekstów choroby i zmierza do zachowania dobrostanu człowieka pomimo choroby, z którą się mierzy każdego dnia.

Bibliografia

1. Basińska, M., Zalewska-Rydzkowska, D., Wolańska, P., Junik R. (2011). *Acceptance of illness and quality of life in patients with Graves-Basedow disease*. Endokrynologia Polska, 62 (3): 249–254.
2. Basińska, M.A., Woźniewicz, A. (2012). *Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby*. Przegląd Dermatologiczny, 99: 202–209.
3. Basińska, M.A. (2011). *Wzór zachowania A osób z chorobą Gravesa-Basedowa jako predyktor akceptacji choroby*. Polskie Forum Psychologiczne, 16, 29–43.
4. Bilińska, M.M., Sitek, E.J. *Jakość życia i akceptacja choroby w miastennii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2007, 16, 139–143.
5. Falvo, D.R. (2005). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Sudbury, Mass. – Boston – Toronto – Londyn – Singapore: Jones & Bartlett Publ.
6. Fredrickson B.L. (2001). *The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions*. The American Psychologist, 56 (3), 218–226. DOI: <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>.
7. Gałuszka, A. (2013). *Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie*. Chowanna, 40 (1): 159–177.
8. Głowacki, S.M. (2007). *Wzór zachowania A osób chorych na cukrzycę typu I, a ich funkcjonowanie w chorobie*. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
9. Harrison, T., Stuijbergen, A., Adachi, E., Becker, H. (2004). *Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis*. Western Journal of Nursing Research, 26(3), 266–292. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945903260188>.
10. Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A., Weis, J. (2001). *Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment*. European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990), 37 (11), 1385–1393. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(01\)00136-8](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(01)00136-8).
11. Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
12. Holland, J.C. i Gooen-Piels, J. (2000). *Psycho-Oncology*. Oxford: Oxford University Press.
13. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/> (21.12.2023).
14. Junik, R. (2008). *Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa*. Endokrynologia Polska, 59, 23–29.
15. Kübler-Ross, E. (2019). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
16. Kühl, K., Schürmann, W., Rief, W. *Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses*. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 3 (4), 727–736. DOI: 10.2147/copd.s3375.
17. Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E., Ozakinci, G. (2005). *Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach*. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.). *The Sage handbook of health psychology* (s. 197–240). Londyn – Thousand Oaks – New Delhi: Sage.
18. MedicineNet (2009a). *Definition of illness, chronic*. Pobrano 1 grudnia 2023 z: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3903>.
19. Miniszewska, J., Wałęcka-Matyja, K. (2005). *Wyznaczniki akceptacji choroby w hemofilii i łuszczycy – doniesienia wstępne*. XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 22–25 września, Kraków 2005.
20. Miovic, M., Block, S. (2007). *Psychiatric disorders in advanced cancer*. Cancer, 110 (8), 1665–1676.
21. Mojs, E. (2019). *Psychoterapia w chorobach o podłożu autoimmunologicznym — czy istnieje potrzeba wspomagania psychologicznego chorych z ZZSK i ŁZS?* Rheumatology Forum, 5 (3), 129–136. DOI: 10.5603/FR.2019.0014.
22. Mojs, E. (2021). *Compliance, adherence and concordance in the practice of a rheumatologist. Effectiveness of the therapeutic*

- plan: determinants and possibilities for improvement. *Rheumatology Forum*, 7 (4), 183–190. doi: 10.5603/FR.2021.0024
23. Morse, J. M., Johnson, J. L. (1991). *The illness experience: Dimensions of suffering*. Sage Publications, Inc.
 24. Sesiuk, A., Rzepiela, L. (2016). *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych*. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16 (1), 21–26.
 25. Singer, S., Das-Munshi, J., Brähler, E. (2009). *Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care – a meta-analysis*. *Annals of Oncology*, 21 (5), 925–930.
 26. Smoleń, E., Jarema, M., Hombek, K. i in. (2018). *Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 26 (1), 37–43.
 27. Solecka, D. (2007). *Dziecko chore somatycznie*. W: B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.). *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
 28. Topór-Mądry, R. (2011). *Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9 (1), 25–49.
 29. U.S. National Center for Health Statistics; za: MedicineNet (2009b) *Definition of chronic illness*. Pobrane 1 grudnia 2023 z: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2731>.
 30. Vögele, C., von Leupoldt, A. (2008). *Mental disorders in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. *Respiratory Medicine*, 102 (5), 764–773. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2007.12.006>.
 31. WHO to: (MedicineNet, 2009a). *MedicineNet (2009a). Definition of illness, chronic*. Pobrane z: <http://www.medterms.com/>.
 32. Wrześniewski, K. (1989). *Udział zmiennych psychologicznych w powstawaniu chorób somatycznych – propozycja modelu integracyjnego*. *PTL*, 44, 443–445.
 33. Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J., Narbutt, J. (2007). *Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients*. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 21 (2), 235–242. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01912>.
 34. Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem przewlekłej choroby*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Zdrowie psychiczne i poziom stresu pacjenta a skuteczność procesu leczenia

Wprowadzenie

Zdrowie psychiczne i poziom stresu pacjenta odgrywają istotną rolę w procesie leczenia. Badania naukowe coraz częściej podkreślają złożone powiązania między stanem psychicznym pacjenta a efektywnością terapii. Wraz z postępem medycyny coraz więcej uwagi poświęca się nie tylko aspektom fizycznym chorób, lecz także ich wpływowi na zdrowie psychiczne pacjenta. Badania wykazują, że istnieje silna korelacja między stanem psychicznym a fizycznym, co sprawia, że leczenie powinno być holistyczne i uwzględniać zarówno aspekty somatyczne, jak i psychiczne (Szygit-Kowalkowska, 2014).

Zgodnie z modelem biopsychospołecznym, zaproponowanym przez Engela (1977) zdrowie jednostki wynika z interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Zatem stan zdrowia pacjenta nie ogranicza się jedynie do aspektów fizycznych, ale obejmuje także jego stan psychiczny (Cohen, 2010).

Zdrowie psychiczne pacjenta a skuteczność leczenia

Zdrowie psychiczne jest definiowane jako stan dobrostanu psychicznego, w którym jednostka radzi sobie z codziennymi wyzwaniami, ma zdolność do pracy

produkcyjnej oraz podejmowania decyzji, a także do budowania relacji z innymi ludźmi. Warto zauważyć, że zdrowie psychiczne nie jest jedynie brakiem chorób psychicznych, ale stanem integralnej równowagi psychicznej i emocjonalnej (McEwen, 2007).

Pacjenci mający stabilne zdrowie psychiczne częściej przestrzegają zaleceń lekarskich, są bardziej zaangażowani w proces leczenia oraz lepiej radzą sobie ze stresem związanym z chorobą.

Stan psychiczny pacjenta ma istotny wpływ na skuteczność leczenia różnorodnych schorzeń. Pacjenci mający stabilne zdrowie psychiczne częściej przestrzegają zaleceń lekarskich, są bardziej zaangażowani w proces leczenia oraz lepiej radzą sobie ze stresem związanym z chorobą. Ponadto zdrowie psychiczne ma

istotny wpływ na jakość życia pacjentów, co może wpływać na ogólną skuteczność terapii. Pacjenci z problemami psychicznymi mogą mieć trudności z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, co może negatywnie wpływać na efektywność leczenia. Badania wykazują, że u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi skuteczność terapii jest niższa i częściej rezygnują oni z leczenia (DiMatteo, 2000).

Poziom stresu pacjenta a proces leczenia

Stres jest powszechnym zjawiskiem w życiu codziennym, a jego wpływ na zdrowie, w tym na proces leczenia, jest przedmiotem intensywnych badań naukowych.

Długotrwały lub przewlekły stres może negatywnie wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne, prowadząc do różnych schorzeń, takich jak choroby serca, zaburzenia snu czy depresja (...).

Można go zdefiniować jako reakcję organizmu na różnorodne bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, które wywołują uczucie napięcia, niepokoju lub niepewności (McEwen, 2007). Długotrwały lub przewlekły stres może negatywnie wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne, prowadząc do różnych schorzeń, takich

jak choroby serca, zaburzenia snu czy depresja (Sygit-Kowalkowska, 2014).

Wysoki poziom stresu może także negatywnie wpływać na skuteczność procesu leczenia. Stres może powodować zwiększone napięcie mięśniowe, zaburzenia snu, a także wpływać na funkcjonowanie układu immunologicznego, co może prowadzić do opóźnienia procesu gojenia się oraz zwiększonej podatności na infekcje (Cohen, 1991). Ponadto stres może utrudniać pacjentowi skupie-

nie się na leczeniu oraz przestrzeganie zaleceń medycznych, co może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia lub przedłużenia czasu rekonwalescencji. Stres może również osłabiać układ odpornościowy, utrudniając reakcję organizmu na terapię farmakologiczną lub procedury medyczne (Folkman i in., 1987).

John Mason zauważył, że fizjologiczna reakcja stresowa jest często wynikiem pobudzenia emocjonalnego, zależnego od oceny sytuacji przez jednostkę. Jego prace stanowią próbę integracji biologicznego i psychospołecznego podejścia do badań nad stresem, podkreślając, że indywidualne doświadczenie stresu zależy od osobistych procesów interpretacji (za: Vossel, 1987). Współcześnie uznaje się, że człowiek ma znaczący wpływ na swoje doświadczenia stresowe zarówno przez nadawanie znaczenia bodźcom, jak i przez wybieranie sposobów radzenia sobie z nimi. Różnice indywidualne w reaktywności na stres wynikają z temperamentu, ale także z możliwości adaptacyjnych jednostki, które są w dużej mierze kształtowane przez doświadczenie i uczenie się (za: Fleming, Baum, Singer, 1984).

Zagadnienie stresu i metod radzenia sobie z nim jest kluczowe w dziedzinie psychologii zdrowia. Stres ma znaczący wpływ na pojawienie się różnego rodzaju problemów, w tym dyskomfortu psychicznego, zaburzeń zachowań oraz trudności w adaptacji społecznej. Szczególnie niebezpieczny jest stres chroniczny i intensywny, który może prowadzić do rozwoju nerwic i innych zaburzeń psychicznych. Ponadto stres jest łączony z wieloma chorobami psychosomatycznymi, takimi jak wrzody żołądka, problemy z układem krążenia, alergie, astma czy migreny (Makowska i Poprawa, 2001).

Sytuacja osoby chorej sama w sobie jest źródłem stresu, co może wpływać nie tylko na rozwój choroby, lecz także na zachowanie chorego i proces jego leczenia. Stres może również osłabiać zdrowe nawyki życiowe, prowadząc do wzrostu niezdrowych zachowań, takich jak palenie, nadmierne spożywanie alkoholu, niezdrowe odżywianie się czy problemy ze snem, które mogą przyjąć formę nałogową i autodestrukcyjną (Moryś i Jeżewska, 2006).

Z drugiej strony stres jest uważany za nieodłączny element życia i może służyć jako bodziec do rozwoju i przystosowania się do wymagań rzeczywistości. Psychologia zdrowia koncentruje się na procesach radzenia sobie ze stresem, widząc w nich zarówno źródło problemów, jak i możliwość ochrony przed destrukcyjnym wpływem stresu oraz szansę na zwiększenie odporności i rozwój osobisty. Kluczową rolę w radzeniu sobie ze stresem odgrywają osobiste zasoby, które mogą oferować ochronę i wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych (Huber, 2010).

Jedną z najbardziej znanych teorii dotyczących stresu i radzenia sobie z nim jest poznawczo-fenomenologiczna, transakcyjna teoria stresu i radzenia sobie opracowana przez Richarda S. Lazarusa i jego współpracowników. Ta teoria podkreśla znaczenie indywidualnego postrzegania sytuacji stresowej i pro-

cesów oceny, które determinują reakcje na stres oraz strategie radzenia sobie z nim (Lazarus, 1981).

Mechanizmy stresu

Zrozumienie wpływu zdrowia psychicznego i poziomu stresu na skuteczność leczenia wymaga analizy zarówno neurobiologicznych, jak i psychologicznych mechanizmów, które leżą u podstaw tego zjawiska. Badania neurobiologiczne wykazują, że zdrowie psychiczne i poziom stresu mogą wpływać na skuteczność leczenia poprzez różnorodne mechanizmy neurochemiczne i neurofizjologiczne (Ader, 1996). Na przykład

(...) wysoki poziom stresu może wpływać na funkcjonowanie układu limbicznego i korowego, co może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i kognitywnych, utrudniających skuteczne przystosowanie się pacjenta do procesu leczenia (...).

stres może prowadzić do nadmiernego wydzielania kortyzolu, hormonu stresu, który może hamować odpowiedź immunologiczną organizmu i zmniejszać skuteczność leczenia przeciwnowotworowego (Miller i in., 2009). Ponadto wysoki poziom stresu może wpływać na funkcjonowanie układu limbicznego i korowego, co może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych i kognitywnych, utrudniających skuteczne przystosowanie się pacjenta do procesu leczenia (McEwen, 2007).

niających skuteczne przystosowanie się pacjenta do procesu leczenia (McEwen, 2007).

Zdrowie psychiczne również może mieć istotny wpływ na neurobiologiczne mechanizmy skuteczności leczenia. Na przykład osoby z zaburzeniami depresyjnymi mogą mieć zmniejszoną aktywność układu dopaminergicznego, co może wpływać na ich zdolność do czerpania przyjemności z aktywności życiowych, w tym z terapii (Nestler i Carlezon, 2006).

Psychologiczne mechanizmy wpływające na skuteczność leczenia poprzez zdrowie psychiczne i poziom stresu obejmują różnorodne czynniki, takie jak motywacja, zaufanie do terapeuty czy strategie radzenia sobie. Pacjenci z wysokim poziomem stresu mogą mieć trudności z zaufaniem do terapeuty i przestrzeganiem zaleceń lekarskich, co może negatywnie wpływać na efektywność leczenia (Epstein i Street, 2007). Ponadto stres może prowadzić do wykształcenia negatywnych mechanizmów radzenia sobie, takich jak unikanie problemów lub nadmierne używanie substancji psychoaktywnych, co również może utrudniać skuteczne leczenie (Compas, 2001).

Z kolei zdrowie psychiczne może wpływać na skuteczność leczenia poprzez zwiększoną motywację do zmiany zachowań zdrowotnych, lepsze relacje interpersonalne czy większą gotowość do otwarcia się na pomoc medyczną i psychologiczną (DiMatteo, 2004).

Neurobiologiczne i psychologiczne mechanizmy wpływające na skuteczność leczenia poprzez zdrowie psychiczne i poziom stresu są złożone i obejmują różnorodne procesy neurochemiczne, neurofizjologiczne oraz psychologiczne. Zrozumienie tych mechanizmów może prowadzić do lepszej personalizacji i skuteczności terapii, uwzględniającej potrzeby pacjenta związane ze zdrowiem psychicznym i poziomem stresu (McEwen, 2007).

Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie prozdrowotne

Stan zdrowia jednostki oraz jej kondycja psychiczna są ściśle związane z charakterem zdarzeń stresowych oraz podejmowanymi wysiłkami w celu ich korzystnego przekształcenia. Panowanie nad sobą stanowi fundament zdrowia psychicznego, a radzenie sobie ze stresem jest kluczowym elementem wpływającym na dobrostan człowieka. Według Folkmana i in. (1986) proces radzenia sobie ze stresem może mieć trzy główne drogi wpływu na zdrowie jednostki: neurochemiczne reakcje, ryzyko antyzdrowotnych zachowań oraz wpływ na adaptacyjne zachowania lecznicze.

Proces radzenia sobie ze stresem ma swoje odzwierciedlenie w reakcjach fizjologicznych organizmu. Interpretacje rzeczywistości dokonywane w ośrodkowym układzie nerwowym są przekazywane do układu limbicznego, co prowadzi do aktywacji wzorców zachowań i odpowiedzi emocjonalnych (Bargiel, 2004). Hormony wydzielane pod wpływem stresu mają silny wpływ na komórki odpornościowe, zmniejszając ich opór i obniżając sprawność układu immunologicznego, co może prowadzić do długotrwałych konsekwencji zdrowotnych (Makowska i Poprawa, 2001).

Stres psychologiczny może modulować funkcjonowanie układu odpornościowego, a przewlekłe doświadczanie stresu może hamować jego efektywność. Doświadczanie stresów życiowych odgrywa istotną rolę w rozwoju zaburzeń depresyjnych, które są powiązane ze zmianami na poziomie komórkowym odporności organizmu oraz wzrostem ilości białych krwinek. Dlatego umiejętność jednostki w radzeniu sobie ze stresem może mieć istotny wpływ na długoterminowe skutki stresu na zdrowie psychiczne i fizyczne (Chmiel-Baranowska, 2008).

(...) aktywne rozwiązywanie problemów jest postrzegane jako działanie prozdrowotne, które umożliwia doświadczanie pozytywnych emocji przy jednoczesnej skupieniu się na rozwiązaniu stresującej sytuacji.

Twórcy koncepcji Folkman i Lazarus (1986) wskazują, że aktywne rozwiązywanie problemów jest postrzegane jako działanie prozdrowotne, które umożliwia doświadczanie pozytywnych emocji przy jednoczesnej skupieniu się na rozwiązaniu stresującej sytuacji. Natomiast zaprzeczanie jest opisane jako sposób ucieczki od

stresora, prowadzący do unikania nieprzyjemnych myśli i doznań.

Należy pamiętać, że zachowanie zdrowotne poprzez radzenie sobie ze stresem może być powiązane z innymi czynnikami behawioralnymi, co ma istotny wpływ na stan zdrowia jednostki (Heszen-Niejodek, 1997).

Interakcje między różnymi zachowaniami mogą warunkować ryzyko wystąpienia schorzeń, a suma szkodliwych zachowań może zwiększać prawdopodobieństwo chorób. Ponadto stosowanie niekorzystnych strategii radzenia sobie ze stresem może dodatkowo nasilać inne zachowania antyzdrowotne (Chojnacka-Szawłowska, 2009).

Przykładowo u pacjentów chorych na astmę skoncentrowane na emocjach strategie radzenia sobie mogą prowadzić do niewłaściwego przestrzegania zaleceń lekarskich. Zmiany w sposobach radzenia sobie w tej grupie chorych, jak sugerują Barton i in. (2003), mogą istotnie poprawić funkcjonowanie w przebiegu choroby.

Czynniki wpływające na zdrowie psychiczne i poziom stresu w kontekście leczenia

Czynniki środowiskowe

(...) wsparcie społeczne ze strony rodziny, przyjaciół czy społeczności może działać jako czynnik chroniący przed stresem i poprawiać zdrowie psychiczne pacjenta (...).

Środowisko, w którym żyje pacjent, może mieć istotny wpływ na jego zdrowie psychiczne i poziom stresu. Warunki socjoekonomiczne, takie jak bieda czy bezrobocie, mogą prowadzić do chronicznego stresu i depresji (Lorant i in., 2003). Z kolei wsparcie społeczne ze strony rodziny, przyjaciół czy

społeczności może działać jako czynnik chroniący przed stresem i poprawiać zdrowie psychiczne pacjenta (Thoits, 2011).

Również dostępność usług medycznych, jakość opieki zdrowotnej oraz dostępność terapii psychologicznej mogą również mieć wpływ na zdrowie psychiczne pacjenta i jego poziom stresu (Heszen-Niejodek, 1997).

Czynniki osobiste

Indywidualne cechy pacjenta, takie jak osobowość, historia życiowa czy obecne doświadczenia życiowe, również mogą wpływać na jego zdrowie psychiczne i poziom stresu w kontekście leczenia. Na przykład osoby o skłonnościach do perfekcjonizmu mogą doświadczać większego poziomu stresu w związku z wymaganiami terapeutycznymi (Hewitt i Flett, 1991). Ponadto historia traumatycznych doświadczeń życiowych, takich jak przemoc czy utrata bliskiej osoby, może prowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych i wzrostu poziomu stresu (Dolińska-Zygmunt, 2001).

Czynniki związane z samym procesem leczenia

Sam proces leczenia może również wpływać na zdrowie psychiczne i poziom stresu pacjenta. Na przykład efekty uboczne leków, procedury medyczne czy konieczność hospitalizacji mogą prowadzić do wzrostu poziomu stresu i obniżenia zdrowia psychicznego (Faulkner i Biddle, 2001). Ponadto brak wsparcia ze strony personelu medycznego, złe komunikowanie się z lekarzami czy brak zrozumienia ze strony personelu medycznego również mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne pacjenta (Arora, 2017).

(...) brak wsparcia ze strony personelu medycznego, złe komunikowanie się z lekarzami czy brak zrozumienia ze strony personelu medycznego również mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne pacjenta (...).

Zdrowie psychiczne pacjenta oraz poziom stresu mają istotny wpływ na proces leczenia różnych schorzeń. Wartościowa opieka zdrowotna powinna uwzględniać te czynniki, zarówno poprzez monitorowanie ich stanu, jak i odpowiednie zarządzanie nimi (Ledwoń i Wróbel, 2006).

Wskazówki dla pracowników ochrony zdrowia

Zdrowie psychiczne pacjenta oraz poziom stresu mają istotny wpływ na proces leczenia różnych schorzeń. Wartościowa opieka zdrowotna powinna uwzględ-

niać te czynniki zarówno poprzez monitorowanie ich stanu, jak i odpowiednie zarządzanie nimi.

Sugestie dotyczące integracji opieki psychologicznej z procesem leczenia:

- współpraca interdyscyplinarna: wsparcie psychologiczne powinno być integralną częścią procesu leczenia, dlatego ważna jest współpraca między różnymi specjalistami, w tym lekarzami, psychologami, pielęgniarkami i terapeutami;
- integracja opieki w przebiegu leczenia: opieka psychologiczna powinna być dostępna na każdym etapie leczenia, począwszy od diagnozy, przez leczenie, aż do okresu rekonwalescencji i rehabilitacji;
- edukacja pacjentów: pacjenci powinni być edukowani na temat znaczenia zdrowia psychicznego w procesie leczenia oraz dostępnych im form wsparcia psychologicznego;
- ułatwienie dostępu do usług psychologicznych: system opieki zdrowotnej powinien zapewnić łatwy dostęp do usług psychologicznych, w tym poprzez teleporady, grupy wsparcia online oraz konsultacje z terapeutami.

Monitorowanie zdrowia psychicznego i poziomu stresu u pacjentów oraz integracja opieki psychologicznej z procesem leczenia są kluczowymi aspektami zapewnienia kompleksowej i skutecznej opieki zdrowotnej. Wdrażając opisane wskazówki i sugestie, personel medyczny może znacząco poprawić wyniki terapeutyczne oraz jakość życia swoich pacjentów.

(...) współpraca interdyscyplinarna: wsparcie psychologiczne powinno być integralną częścią procesu leczenia, dlatego ważna jest współpraca między różnymi specjalistami, w tym lekarzami, psychologami, pielęgniarkami i terapeutami (...).

Podsumowanie

Zdrowie psychiczne odgrywa istotną rolę w procesie leczenia pacjentów. Wiele badań potwierdza związek między stanem psychicznym a fizycznym zdrowiem jednostki. Jednym z kluczowych czynników wpływających na zdrowie psychiczne jest poziom stresu. Stres może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie organizmu oraz na proces leczenia.

Stan psychiczny pacjenta może wpływać zarówno na jego gotowość do podjęcia leczenia, jak i na skuteczność terapii. Pacjenci z problemami psychicznymi mogą mieć trudności z przestrzeganiem zaleceń lekarskich, co może negatyw-

nie wpływać na efektywność leczenia, a także na jego zaprzestanie (DiMatteo i in., 2000). Dlatego też w procesie leczenia ważne jest uwzględnienie stanu psychicznego pacjenta oraz działań mających na celu redukcję stresu. Integracja opieki psychiatrycznej z leczeniem somatycznym może przyczynić się do poprawy efektywności terapii oraz do lepszych wyników zdrowotnych pacjentów.

Bibliografia

1. Ader, R. (1990). *Psychoneuroimmunologia*. Nowiny Psychologiczne, 1–2, 141–150.
2. Arora, V., Johnson, J., Lovinger, D., Humphrey, H.J., Meltzer, D.O. (2005). *Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis*. *Quality & Safety in Health Care*, 14 (6), 401–407. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.015107>.
3. Bargiel-Matusiewicz, K., Podbielski, Z., Kłasiak, A. (2004). *Współczesne rozumienie stresu*. *Wiadomości Lekarskie*, 3–4, 188–192.
4. Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., Abramson, M. (2003). *Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma*. *Respiratory Medicine*, 97 (7), 747–761. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0954-6111\(03\)00029-5](https://doi.org/10.1016/s0954-6111(03)00029-5).
5. Chmiel-Baranowska, A. (2008). *Stres i radzenie sobie z nim*. W: *Opieka paliatywna nad dziećmi*. Dągl T. (red). Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 16, 211–213.
6. Chojnacka-Szawłowska, G. (2009). *Zmęczenie a zdrowie i choroba. Perspektywa psychologiczna*. Kraków: Impuls.
7. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Miller, G. E. (2007). *Psychological stress and disease*. *JAMA*, 298 (14), 1685–1687. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>.
8. Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R.B., Doyle, W.J. (2015). *Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness*. *Psychological Science*, 26 (2), 135–147. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797614559284>.
9. Compas, B.E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., Wadsworth, M.E. (2001). *Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research*. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87–127.
10. DiMatteo, M.R. (2004). *Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis*. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23 (2), 207–218. DOI: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>.
11. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., Croghan, T.W. (2000). *Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence*. *Archives of Internal Medicine*, 160 (14), 2101–2107. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>.
12. Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Behawioralne wyznaczniki zdrowia*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. G. Dolińska-Zygmunt (red.). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, 33–67.
13. Engel, G.L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science (New York, N.Y.)*, 196 (4286), 129–136. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
14. Epstein, R.M., Street Jr, R.L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. *National Cancer Institute*, 13 (7), 691–699.
15. Faulkner, G., Biddle, S. (1999). *Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of the literature*. *Journal of Mental Health*, 8 (5), 441–457.
16. Fleming, R., Baum, A., Singer, J. E. (1984). *Toward an integrative approach to the study of stress*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 939–949. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.4.939>.
17. Folkman, S., Bernstein, L., Lazarus, R. S. (1987). *Stress processes and the misuse*

- of drugs in older adults. *Psychology and Aging*, 2(4), 366–374. DOI: <https://doi.org/10.1037//0882-7974.2.4.366>.
18. Heszen-Niejodek, I. *Radzenie sobie z konfrontacją stresową*. Nowiny Psychologiczne, 1991, 1–2, 13–26.
 19. Heszen-Niejodek, I. (1997). *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*. W: *Psychologia zdrowia*. Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 23.
 20. Hewitt, P.L., Flett, G.L. (1991). *Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (3), 456–470. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.3.456>
 21. Huber, L. (2010). *Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku*. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91 (2), 268–275.
 22. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Coping and adaptation*. W: W.D. Gentry (red.). *The handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford, 1984.
 23. Lazarus, R.S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
 24. Lazarus, R.S. (1981). *The stress and coping paradigm*. C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman, P. Maxim (red.). *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum.
 25. Ledwoń, M., Wróbel, M. (2006). *Regulacja nastroju oraz radzenie sobie ze stresem wśród metek dzieci chorych na chorobę nowotworową*. *Psychoonkologia* 2006, 10 (2), 41–50.
 26. Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., Ansseau, M. (2003). *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 98–112. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>.
 27. Makowska, H., Poprawa, R. (2001). *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, 71–102.
 28. McEwen, B.S. (2007). *Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain*. *Physiological Reviews*, 87 (3), 873–904. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>.
 29. Miller, S.M. (1987). *Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 345–353. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.2.345>.
 30. Moryś, J., Jeżewska, M. (2006). *Problematyka stresu. Historyczne, społeczne i medyczne aspekty problematyki stresu*. W: *Psychologia w medycynie*. Borys B., Majkowicz M. (red). Gdańsk: Akademia Medyczna, 67–79.
 31. Nestler, E.J., Carlezon, W.A., Jr (2006). *The mesolimbic dopamine reward circuit in depression*. *Biological Psychiatry*, 59 (12), 1151–1159. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.09.018>.
 32. Sygit-Kowalkowska, E. (2014). *Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna*. *Hygeia Public Health*, 49 (2): 202–208.
 33. Thoits, P.A. (2011). *Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health*. *Journal of Health and Social Behavior*, 52 (2), 145–161. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
 34. Vossel, G. (1987). *Stress conceptions in life event research: Towards a person – centred perspective*. *European Journal of Personality*, 1, 123–140.

Radzenie sobie z chorobą somatyczną i proces adaptacji do deficytów zdrowia

Wprowadzenie

Współczesne rozumienie zdrowia i choroby zakłada jedność ciała i psychiki. Podejście holistyczne przyjmuje, że pojawienie się i rozwój choroby, a także tempo i stopień powrotu do zdrowia, stanowi swego rodzaju konstelację uwarunkowań biologicznych, emocjonalnych i społecznych. Choroba jest nieodłącznym elementem życia człowieka, jest złożonym zespołem stresorów i zawsze stanowi szczególne wydarzenie w jego życiu. Zwykle jest ono trudne, ma charakter kryzysu, który negatywnie wpływa na możliwość podejmowania codziennych zadań i obowiązków oraz utrudnia realizację szeroko rozumianych potrzeb, w tym potrzeb fizjologicznych, potrzeby bezpieczeństwa, osiągnięć i znaczenia, autonomii, uznania, samorealizacji czy potrzeb społecznych. Już samo rozpoznanie choroby somatycznej stanowi najczęściej wydarzenie stresowe, a reakcje na wiadomość o zachorowaniu są indywidualnie zmienne (Leksowska i in., 2011; Jaworska i in., 2012). Każdy człowiek doświadcza w swoim życiu choroby własnej lub choroby bliskiej mu osoby. Schorzenia i towarzyszące im okoliczności wywołują przeżycia emocjonalne o zróżnicowanej treści i nasileniu. W obliczu zmian spowodowanych chorobą i towarzy-

Choroba jest nieodłącznym elementem życia człowieka, jest złożonym zespołem stresorów i zawsze stanowi szczególne wydarzenie w jego życiu.

Już samo rozpoznanie choroby somatycznej stanowi najczęściej wydarzenie stresowe, a reakcje na wiadomość o zachorowaniu są indywidualnie zmienne (...).

egzystencji, ból czy złe samopoczucie, a także następującymi w jej konsekwencji zmianami w jakości życia, w ujęciu **jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia** (*health-related quality of life* – HRQOL), która jest definiowana jako subiektywna ocena własnego położenia życiowego dokonywana w czasie choroby i jej

Aktywne zaangażowanie w zmaganie się z chorobą przekłada się na lepszą jakość życia i odwrotnie – mało aktywne radzenie skutkuje gorszą jakością życia (...).

szących im przeżyć pacjent zwykle podejmuje działania mające na celu poprawę zarówno jego sytuacji zdrowotnej, jak i stanu emocjonalnego.

Przystosowanie się do choroby to umiejętność radzenia sobie z nią i jej następstwami, takimi jak cierpienie, przypominające o kruchości własnej przystosowanie się do choroby to umiejętność radzenia sobie z nią i jej następstwami, takimi jak cierpienie, przypominające o kruchości własnej przystosowanie się do choroby to umiejętność radzenia sobie z nią i jej następstwami, takimi jak cierpienie, przypominające o kruchości własnej

czytelnikowi, w jaki sposób pacjent reaguje na swoją chorobę, jakie postawy wobec niej przybiera oraz jakie style i strategie uruchamia, aby przystosować się do niej i poradzić sobie z nią.

Poznawcze i emocjonalne reakcje na chorobę

Emocje towarzyszą choremu przez cały czas trwania choroby i zmieniają się w zależności od etapu leczenia, a u niektórych pacjentów ze względu na swoją intensywność i długość trwania, mogą spełniać kryteria zaburzeń emocjonalnych i stanowić podstawę do zasięgnięcia konsultacji psychologicznej i psychiatrycznej. Wśród negatywnych emocji pojawiających się na wiadomość o chorobie najczęściej wymienia się lęk

Emocje towarzyszą choremu przez cały czas trwania choroby i zmieniają się w zależności od etapu leczenia, a u niektórych pacjentów ze względu na swoją intensywność i długość trwania, mogą spełniać kryteria zaburzeń emocjonalnych (...).

(np. przed bólem czy śmiercią), ale również: niepokój, złość, gniew, agresję czy poczucie zagrożenia lub utratę poczucia bezpieczeństwa. Silne reakcje emocjonalne mogą pojawiać się w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia czy konieczności zastosowania obciążających lub okaleczających metod leczenia, jak np. chemioterapia, mastektomia, amputacja kończyn, lub innych wysokospecjalistycznych procedur medycznych, w tym transplantacji narządu. Innym źródłem silnych emocji mogą być utraty związane z chorobą, jak konieczność zaprzestania aktywności zawodowej czy negatywny obraz własnej choroby, skutkujące odczuwaniem przygnębienia, rezygnacji i poczucia beznadziejności. Poza wymienionymi emocjami negatywnymi pacjent może doświadczać również stanów emocjonalnych o pozytywnym zabarwieniu, takich jak np. nadzieja. Jest ona swego rodzaju mechanizmem zachowawczym, którego nie da się całkowicie zniszczyć nawet w sytuacji zaawansowanej choroby i który pozwala mobilizować siły do przezwyciężania trudności wynikających z tejże choroby (Heszen, 2016; Gałuszka, 2000).

To, czy pacjent uzna chorobę za czynnik stresogenny, a w konsekwencji tego, jakich emocji towarzyszących chorobie będzie doświadczał, zależy od poznawczej oceny aktualnej sytuacji zdrowotnej i znaczenia, jakie zostanie jej nadane. Ocena ta składa się z: **oceny pierwotnej**, **oceny wtórnej** oraz **oceny powtórnej**. Pierwsza z nich jest subiektywna, dlatego bywa nieadekwatna do sytuacji,

a jej zadaniem jest określenie w oparciu o pytanie „**Czym jest dla mnie choroba?**”, czy jest ona sytuacją bez znaczenia, sytuacją sprzyjająco-pozytywną, czy też jest źródłem stresu psychologicznego. Jeśli sytuacja choroby zostanie uznana za stresową, wówczas zostaje zakwalifikowana do jednej z trzech kategorii: **zagrożenia**, **straty/krzywdy lub wyzwania**. Pierwszej z tych kategorii często towarzyszą **lęk**, **strach** oraz **niepokój**, a poczucie zagrożenia płynące z choroby dotyczy nie tylko zdrowia czy życia, lecz także potencjalnych przeszkód w realizacji ważnych dla pacjenta aktywności. Zaklasyfikowanie choroby jako straty/krzywdy zachodzi np. w sytuacji wystąpienia trwałych ubytków fizycznych lub społecznych, prowadzących do niepełnosprawności lub utraty czy ograniczeń w pełnieniu dotychczasowych ról społecznych i zawodowych, czemu towarzyszą **złość**, **żal** i **smutek**. Wyzwanie pojawia się natomiast, kiedy chory ma poczucie wpływu na swoją chorobę, a oprócz poniesionych szkód dostrzega też możliwość pojawienia się wtórnych zysków, takich jak np. wsparcie

To, czy pacjent uzna chorobę za czynnik stresogenny, a w konsekwencji tego, jakich emocji towarzyszących chorobie będzie doświadczał, zależy od poznawczej oceny aktualnej sytuacji zdrowotnej i znaczenia, jakie zostanie jej nadane.

najbliższych, większa niż dotychczas swoboda gospodarowania swoim czasem czy uzyskanie renty. Wyzwaniu towarzyszą generalnie pozytywne emocje, takie jak **entuzjazm, nadzieja i radość**. Wśród pozostałych emocji występujących w chorobie znajdują się **przygnębienie i apatia**, jeśli chory jest przekonany o swojej bezradności lub **poczucie winy** czy **wstydu**, jeśli pacjent jest przekonany o swojej odpowiedzialności lub współodpowiedzialności za wystąpienie i rozwój choroby. Ocena wtórna służy do oceny własnych zdolności do przezwyciężenia trudnej sytuacji i jest związana z uzyskaniem odpowiedzi na pytanie, „**Co mogę zrobić w obecnej sytuacji zdrowotnej?**”. W jej trakcie pacjent analizuje dostępne zasoby, strategie zaradcze oraz ich skuteczność. Ocena powtórna oznacza zmianę dotychczasowej oceny zarówno na podstawie nabywania nowych informacji pochodzących ze środowiska zewnętrznego, w tym innych osób (np. personelu medycznego, innych chorych), jak i na podstawie informacji pochodzących z własnych reakcji i doświadczeń chorego (Lazarus i Folkman, 1984). Część autorów wykracza poza wspomniane powyżej trzy kategorie, uznając je za nieoddające w pełni wieloaspektowości choroby i złożoności ludzkiej motywacji. Dlatego w piśmiennictwie można spotkać dodatkowe kategorie, jak np. traktowanie choroby jako kary, wroga, przeszkody, ulgi czy wartości twórczo rozwijającej pacjenta (Janowski, 2006).

Postawy wobec choroby

Wystąpienie choroby może być przeżywane przez pacjenta w kategorii życiowej porażki lub szansy rozwojowej. Choroba, będąc sytuacją trudną, jednocześnie kształtuje pacjenta, wymaga od niego dużego i wszechstronnego wysiłku i nie jest obojętna zarówno dla niego samego, jak i jego najbliższego otoczenia. W trakcie zmagania się z chorobą pacjent może przyjmować różne postawy, a umiejętność

W trakcie zmagania się z chorobą pacjent może przyjmować różne postawy, a umiejętność ich rozpoznawania przez personel medyczny może być pomocna w zrozumieniu i uchwyceniu bardziej lub mniej udanych sposobów przystosowania się do choroby (...).

ich rozpoznawania przez personel medyczny może być pomocna w zrozumieniu i uchwyceniu bardziej lub mniej udanych sposobów przystosowania się do choroby lub etapów tego przystosowywania się (Suchocka, 2007). O przechodzeniu przez pewne etapy możemy mówić np. w odniesieniu do teorii stworzonej przez Kübler-Ross (1998), która zauważyła, że w ramach reagowania emocjonal-

nego w obliczu choroby terminalnej, dość powszechne jest występowanie pięciu faz, do których należą: **szok i zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresja oraz akceptacja**. Każdy chory przechodzi przez nie na swój własny sposób, mogą następować pomiędzy nimi nagle przesunięcia i przemieszczenia, mogą też następować powroty do którejś z faz. Wiedza na temat tego, na którym etapie aktualnie znajduje się pacjent, pozwala personelowi medycznemu lepiej dostosowywać przekazywane mu komunikaty i bardziej kompleksowo odpowiadać na jego potrzeby.

Wiedza na temat tego, na którym etapie aktualnie znajduje się pacjent, pozwala personelowi medycznemu lepiej dostosowywać przekazywane mu komunikaty i bardziej kompleksowo odpowiadać na jego potrzeby.

Postawa wobec choroby, leczenia i rehabilitacji to stosunek pacjenta do faktu zachorowania i wynikających z tego konsekwencji, który składa się z trzech, ściśle ze sobą powiązanych elementów: poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego. Postawa wobec choroby nie jest na trwałe ukształtowana, zależy od etapu choroby i leczenia, a poprzez oddziaływanie na jeden lub więcej z jej składników można modyfikować pozostałe elementy tak, aby postawa chorego sprzyjała leczeniu (Guzowska, 2004), dlatego nie do przecenienia jest tu rola szeroko pojętej edukacji pacjenta, która może odbywać się z zastosowaniem dialogu motywacyjnego. Pacjenci, którzy otrzymują adekwatną ilość informacji na temat rozpoznania i prognoz dotyczących przebiegu leczenia, doświadczają mniejszego lęku i lepiej współpracują. Dostarczenie informacji o prawdopodobnym przebiegu choroby i procesie leczenia pozwala choremu zaplanować najbliższą przyszłość i przygotowuje go do nadchodzących wydarzeń, a tym samym pozwala mu odzyskać poczucie kontroli nad obecną sytuacją zdrowotną i niweluje element nieprzewidywalności, który zwykle sam w sobie jest stresogenny. Dostarczenie informacji dotyczących działania leków z uwzględnieniem ewentualnych skutków ubocznych, zwiększa szansę ich prawidłowego zażywania i zapobiega niepotrzebnym obawom oraz niekontrolowanemu zaprzestaniu ich przyjmowania w sytuacji wystąpienia działań ubocznych (Bargiel-Matusiewicz i Hofman, 2005).

Wśród postaw wobec choroby wyróżnia się **postawę rezygnacyjno-pasywną**, związaną z całkowitą zależnością od personelu medycznego, **postawę projekcyjno-agresywną**, która przejawia się podejrzliwością, niechęcią oraz agresją wyrażaną wobec siebie, bliskich i personelu medycznego, **postawę racjonalizacji choroby**, której cechą charakterystyczną jest obrona przed dopuszczeniem choroby do świadomości, **postawę częściowej lub całkowitej negacji choroby**

oraz **postawę reaktywno-walczącą**, która łączy się z nadzieją, że podjęcie walki z chorobą może skutkować jej zminimalizowaniem lub przewyciężeniem (Szentmártoni, 1995). Inna klasyfikacja wymienia takie postawy jak: **bagatelizująca** – gdy chory lekceważy swój stan zdrowia, **odrzucająca** – gdy pacjent nie przyjmuje faktu choroby i nie chce się z nią pogodzić, **lękowa** – gdy chory obwinia się za skutki choroby, **hipochondryczna** – gdy pacjent wyolbrzymia dolegliwości chorobowe, **patologiczna chęć chorowania** – gdy pacjent pragnie być chorym, **roszczeniowa** – gdy poprzez chorobę pacjent chce osiągnąć jakąś korzyść, np. w postaci współczucia ze strony innych osób, oraz postawę **realistyczno-adaptacyjną**, która jako optymalna i właściwa postawa ma miejsce wówczas, gdy pacjent godzi się z chorobą, nie wyolbrzymia ani nie lekceważy jej i próbuje przystosować się do zmian, jakie choroba ta niesie ze sobą (Kondaś, 1984).

Adaptacja do choroby i radzenie sobie z chorobą

Adaptacja zachodzi wtedy, gdy jakieś zdarzenie przekracza próg tolerancji człowieka na zmianę. W porównaniu z procesem asymilacji polegającej na włączeniu nowości do już istniejących heurystyk, zmiany adaptacyjne są zawsze

Początek choroby z jej objawami i ograniczeniami wymusza adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej, wejście w rolę pacjenta i podporządkowanie się standardom leczenia, co wiąże się ze stresem psychicznym.

głębokie i sięgają podłoża systemów wiedzy, systemów przekonań osobistych, modeli i wizji otoczenia oraz własnej osoby (Zawadzka, 2007). Początek choroby z jej objawami i ograniczeniami wymusza adaptację do nowej sytuacji zdrowotnej, wejście w rolę pacjenta i podporządkowanie się standardom leczenia, co wiąże się ze stresem psychicznym. W przewlekłym stresie lub przy nadmiernej

liczbie stresorów osłabienie mechanizmów adaptacyjnych sprzyja rozwojowi zaburzeń psychicznych mogących niekorzystnie wpłynąć na proces leczenia lub rekonwalescencji, a także na jakość współpracy z zespołem leczącym. Pojęcie współpracy obejmuje stopień wypełniania zaleceń terapeutycznych dotyczących przyjmowania leków, przestrzegania diety, poziom samoopieki oraz systematyczność zgłaszania się na kontrolne wizyty ambulatoryjne czy planowe hospitalizacje, a także szczerłość w udzielaniu informacji (Jaworska

i Pudło, 2022). Adaptacja do choroby jest procesem zmierzającym do usunięcia dyskomfortu emocjonalnego i przywrócenia stanu równowagi psychicznej w obliczu nowej, trudnej sytuacji, jaką jest choroba (Smoleń i in., 2018). Zależy ona nie tylko od specyfiki danego schorzenia, rokowań medycznych czy perspektywy wyzdrowienia, lecz także od indywidualnych cech danej osoby, do których należą m.in.: zdolność do kontroli emocji, zdolność do poszukiwania informacji związanych z chorobą, zasoby odporności lub moderatory stresu, które to, poprzez związek z zachowaniami nastawionymi na redukcję stresu oraz z działaniami prozdrowotnymi, warunkują przebieg danego schorzenia, oraz wpływają na stan psychiczny i funkcjonowanie zdrowotne chorego (Starowicz, 2009). Niewątpliwie wewnętrzne zasoby każdego człowieka (m.in. motywacja, zdolność odczuwania pozytywnych i regulacja negatywnych emocji, samoakceptacja, duchowość itd.) pełnią ważną funkcję, wspierając chorego w trudnym czasie adaptacji do realiów choroby (Marciniak-Stępak, 2022). Nawet w przypadku schorzeń ze złym rokowaniem, zagrażających życiu, postępujących i powodujących cierpienie pacjent jest w stanie kontrolować własne emocje i wzmacniać więzi z bliskimi mu osobami. Znane są też przypadki pojawienia się nowych możliwości twórczych w obliczu zbliżającej się śmierci (Heszen-Niejodek, 2000). W modelu salutogenetycznym mówi się o **uogólnionych zasobach odpornościowych**, umożliwiających skuteczne unikanie lub przewycięzanie stresu związanego z chorobą, a tym samym ułatwiających optymalną adaptację do niej. Należą do nich różnego rodzaju czynniki fizyczne, biochemiczne, materialne, poznawcze i emocjonalne oraz te związane z wartościami, postawami i relacjami interpersonalnymi oraz makrosocjokulturowe właściwości człowieka (Antonovsky, 1995; Rumińska-Busz, 2014). Część z nich może mieć charakter wrodzony, jak typ ośrodkowego układu nerwowego, sprawność zmysłowa i ruchowa, zdolności i inteligencja, natomiast inne mogą mieć charakter nabyty w toku socjalizacji i rozwoju (Cierpiałkowska i Sęk, 2016). Uwzględnienie tych indywidualnych czynników pozwala tłumaczyć różnice w poziomie przystosowania się do choroby pomiędzy osobami z tym samym rozpoznaniem chorobowym i o podobnym nasileniu choroby (Starowicz, 2009). Sam poziom akceptacji choroby można mierzyć za pomocą **skali AIS** (*Acceptance of Illness Scale*), której twierdzenia odnoszą się do konsekwencji złego stanu zdrowia i wyrażają trudności oraz ograniczenia spowodowane chorobą, jak np. poczucie zależności od innych osób czy obniżone poczucie własnej wartości. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie do niej i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego (Juczyński, 2001).

Proces adaptacji jest też uzależniony od obrazu choroby, który inaczej jest nazywany poznawczą reprezentacją choroby. Obraz ten jest złożonym, dynamicznym schematem poznawczym, skupiającym w sobie przekonania, wiedzę,

Proces adaptacji uzależniony jest też od obrazu choroby, który inaczej nazywany jest poznawczą reprezentacją choroby.

osobiste sądy i opinie na temat choroby, będące efektem kodowania różnych informacji, które się z nią wiążą. W skład obrazu własnej choroby wchodzi wyobrażenia na jej temat oraz elementy o charakterze pojęciowym, m.in.: sądy, opinie, poglądy i przypuszczenia (Heszen-Klemens, 1979). Treściowa strona obrazu własnej choroby może zawierać takie komponenty, jak przyczyny choroby i jej konsekwencje, identyfikacja choroby, jej przebieg oraz możliwość wyleczenia/kontroli, a także przekonania na temat korzyści płynących z podjęcia konkretnej formy leczenia (Starowicz, 2009). Każdy z tych elementów może odpowiadać za powstanie negatywnego obrazu choroby i prowadzić do wystąpienia nadmiernej liczby stresorów, sprzyjających dekompensacji stanu psychicznego. Informacje, na podstawie których pacjent buduje obraz własnej choroby, pochodzą z różnych źródeł, w tym pozamedycznych, dlatego nie wszystkie informacje, na podstawie których ten obraz powstaje, są rzetelne i merytorycznie zasadne. Jeśli indywidualna koncepcja choroby jest realistycznym odzwierciedleniem wiedzy obiektywnej, wówczas pacjent łatwo podejmuje współpracę z zespołem leczącym. Jednak jeśli ten subiektywny obraz jest zniekształcony i znacznie różni się od rzeczywistej sytuacji chorego, wówczas mogą pojawić się postawy niesprzyjające leczeniu, np. postawa zaprzeczania, inwalidyzacji czy opozycyjna (Leksowska i in., 2011).

Istnieje wiele teorii i klasyfikacji radzenia sobie, a podziały te niejednokrotnie nakładają się na siebie. Ogólnie, można powiedzieć, że wyróżnia się szereg sposobów czy strategii składających się na proces radzenia sobie. Lazarus i Folkman definiują **radzenie sobie** jako „stałe, zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające zasoby i zagrażające jej dobrostanowi” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141). Radzenie sobie polega na wyborze przez człowieka zachowania mającego na celu przywrócenie stanu bezpieczeństwa lub niedopuszczenie do jego utraty i często niesłusznie, w potocznym rozumieniu, sprowadza się je jedynie do obniżania poziomu negatywnych emocji. Efektywne radzenie sobie wymaga opanowania

Efektywne radzenie sobie wymaga opanowania emocji oraz podjęcia wysiłków poznawczych.

emocji oraz podjęcia wysiłków poznawczych. Jego głównym celem nie jest usunięcie działającego stresora, lecz minimalizowanie jego oddziaływania na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Może to nastąpić poprzez

nabywanie nowych umiejętności sprzyjających radzeniu sobie, reinterpretację sytuacji, niedostrzeżenie stresora lub redukcję napięcia emocjonalnego (Ziarko, 2014). Nieefektywne radzenie sobie z chorobą i leczeniem, prowadzi zwykle do utrwalonych zaburzeń emocjonalnych będących następstwem stresu (Kozak, 2010). W procesie radzenia sobie z chorobą pacjent stosuje style i strategie radzenia sobie. Style radzenia można ocenić za pomocą polskiej adaptacji kwestionariusza **CISS** (*Coping Inventory for Stressful Situations*) przygotowanej przez Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego (Strelau i Jaworowska, 2020). W grupie pacjentów onkologicznych możliwa jest ocena poziomu przystosowania do choroby nowotworowej dzięki zastosowaniu skali **Mini-MAC** (*Mini-Mental Adjustment to Cancer*). Mierzy ona cztery strategie radzenia sobie, takie jak: **zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność–beznadziejność oraz pozytywne przewartościowanie**. Pierwsza dotyczy niepokoju wywołanego chorobą, postrzeganą głównie jako zagrożenie powodujące lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda zmiana interpretowana jest jako przejaw pogorszenia stanu zdrowia. Druga nawiązuje do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę. Trzecia odnosi się do występowania poczucia bezsilności, zagubienia i biernego poddawania się chorobie, a ostatnia wyraża taką umiejętność przeorganizowania, aby przy zachowanej świadomości powagi swojej choroby umieć odnaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat. Pierwsze z dwóch powyższych strategii składają się na destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą, pozostałe dwie tworzą zaś styl konstruktywny (Juczyński, 2001).

Pojęcie **stylu radzenia sobie** odnosi się do względnie stałych, charakterystycznych dla danej osoby preferencji do zachowywania się w określony sposób w sytuacji stresowej. Heszen-Niejodek (1997) zaleca, aby styl radzenia sobie rozumieć jako „będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii, czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową” (s. 10). **Strategie radzenia sobie** podejmowane są świadomie, charakteryzuje je celowość, elastyczność, przyczynowo-skutkowość oraz kontrolowana i proporcjonalna ekspresja emocjonalna (Zawadzka, 2007). Zdaniem niektórych autorów, najbardziej efektywna adaptacja ma miejsce w sytuacji stosowania **strategii radzenia sobie opartych na zbliżeniu**, takich jak posługiwanie się logiczną analizą, stosowanie pozytywnych przewartościowań, poszukiwanie rady i wsparcia, a także podejmowanie działań skierowanych przede wszystkim na rozwiązanie problemu, a nie na wyładowanie emocji (Zawadzka, 2007). Skuteczność radzenia sobie można opisać w trzech wymiarach: bogactwo–ubóstwo strategii, adekwatność–nieadekwatność, elastyczność–sztywność (zmienność, odwracalność, selektywność) (Kubacka-Jasiecka, 1995).

Jedną z najbardziej znanych klasyfikacji strategii radzenia sobie jest ta opracowana przez Folkman, Lazarusa, Dunkel-Schetter, DeLongis i Gruen (1986). Obejmuje ona osiem rodzajów strategii, takich jak: **konfrontacja, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka–unikanie, planowe rozwiązywanie problemów oraz pozytywne przewartościowanie**. Dwie z nich – konfrontację i planowe rozwiązywanie problemów – autorzy zaliczyli do **strategii zorientowanych na problem**, pozostałe – jako **strategie zorientowane na emocje**. Zdaniem niektórych ogólnie można powiedzieć, że radzenie sobie ukierunkowane na rozwiązywanie problemu uznawane jest za bardziej adaptacyjne niż koncentrowanie się na emocjach (Wysocka-Pleczyk i Słowik, 2012). W późniejszym okresie Endler i Parker wprowadzili kolejny typ radzenia sobie – **radzenie skoncentrowane na unikaniu** – służy ono zredukowaniu efektów działania stresora i składa się z dwóch podkategorii – angażowania się w czynności zastępcze oraz poszukiwania kontaktów towarzyskich (Endler i Parker, 1990). Funkcja ta, zdaniem niektórych, jest bardziej adaptacyjna w przypadku rozwiązywania problemów krótkotrwałych niż w sytuacji mierzenia się ze stresem choroby przewlekłej (Suls i Fletcher, 1985). Kolejną kategorią radzenia sobie, jest **radzenie skoncentrowane na znaczeniu** oraz **religijne** lub **duchowe radzenie sobie**. W Polsce również prowadzono badania nad strategiami radzenia sobie i tak np. **Łosiak** (1995), w oparciu o własne badania prowadzone na grupie pacjentów chirurgicznych, stworzył klasyfikację, w której skład weszły: **przemiana, obwinianie siebie, koncentracja na problemie, ucieczka-fantazjowanie, wzorowanie się na innych, rezygnacja, odreagowywanie** oraz **kontrolowanie emocji**.

Celem zadaniowego radzenia sobie z chorobą jest osiągnięcie optymalnego stanu zdrowia, co czasem oznacza jedynie zatrzymanie lub spowolnienie przebiegu choroby, a nie jej przezwycięzenie. Aby osiągnąć ten cel, pacjent musi uruchomić zarówno poznawcze, jak i behawioralne strategie, a o zakwalifikowaniu jego zachowań do grupy instrumentalnych decydują intencje, z jakimi podejmuje on swoje działania, a nie skuteczność tych zachowań z medycznego

Warunkiem podjęcia działań zmiernych do uwolnienia się od choroby jest posiadanie w miarę adekwatnego obrazu własnej choroby i przekształcenie go na zadanie do wykonania.

punktu widzenia. Warunkiem podjęcia działań zmiernych do uwolnienia się od choroby jest posiadanie w miarę adekwatnego obrazu własnej choroby i przekształcenie go na zadanie do wykonania. Przykładem instrumentalnego radzenia sobie jest zdobywanie informacji z różnych źródeł, świadome i celowe podejmowanie zadań zmiernych do

poprawy stanu zdrowia, w tym przestrzeganie zaleceń wydanych przez zespół leczący, a także powstrzymanie się od zachowań antyzdrowotnych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Innymi słowy możemy wyróżnić dwie kategorie czynności ukierunkowanych na cele zdrowotne – wykonywanie zaleceń lekarskich i aktywności podejmowane z własnej inicjatywy. Pomyślność podjętych działań jest uzależniona od wielu czynników, wśród których wymienia się m.in. łatwy dostęp do opieki lekarskiej, posiadanie właściwych lub obciążających nawyków zdrowotnych czy złą tolerancję wdrożonej farmakoterapii (Heszen, 2000).

Celem radzenia sobie ukierunkowanego na emocje jest zapobieganie występowaniu emocji negatywnych, a jeśli już wystąpią – to zmniejszenie ich natężenia i długości trwania. Innym celem jest podtrzymywanie i rozwijanie emocji pozytywnych. Należy przy tym zaznaczyć, że emocje nie zawsze są reakcją utrudniającą opanowanie sytuacji stresowej. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może prowadzić do zwiększenia pobudzenia i w ten sposób mobilizować do działania (Lazarus i Folkman, 1984). Jedną z najbardziej powszechnych reakcji emocjonalnych na sytuację choroby jest lęk, a najbardziej powszechną formą samoregulacji emocji wyzwalanych przez nią jest uruchamianie mechanizmów obronnych. Są to odruchowo

Jedną z najbardziej powszechnych reakcji emocjonalnych na sytuację choroby jest lęk, a najbardziej powszechną formą samoregulacji emocji wyzwalanych przez nią jest uruchamianie mechanizmów obronnych.

stosowane sposoby zmniejszenia trudnego do zniesienia obciążenia emocjonalnego, zachodzące poprzez zniekształcenia poznawczego obrazu sytuacji bez jej rzeczywistej zmiany. **Zaprzeczanie chorobie** jest od dawna znane i omawiane w piśmiennictwie (Leksowska i in., 2011). Pacjent wypiera fakt zachorowania, ponieważ jest to dla niego lękotwórcze doświadczenie, czyniące z niego – w jego ocenie – inwalidę. Przykładowe określenie „człowiek po zawale serca” jest dla chorego swego rodzaju etykietą, która skojarzona z jego osobą raz na zawsze zmieni jego życie w sposób, którego on nie akceptuje. Mechanizmy obronne działają nieświadomie, sprawiając, że określone wydarzenia albo w ogóle nie dociera do świadomości (np. w sytuacji, kiedy zawał serca był bezbolesny i chory od początku nie przyjmuje do wiadomości faktu jego przebycia), albo zostaje włączone w doświadczenia, po czym wyparte do nieświadomości. W tym drugim przypadku chory retrospektywnie twierdzi, że „czuł się gorzej, ale to nie był zawał”. W przypadku choroby somatycznej istotą zaprzeczania jest eliminowanie ze świadomości objawów świadczących o dysfunkcji organizmu. Innymi słowy, gdy pacjent odczuwa ból lub inne objawy chorobowe, ma złe wyniki badań lub doświadcza utraty funkcji somatycznych, to albo kojarzy je z mało zagrażającym

schorzeniem, albo dopuszcza do świadomości tylko niegroźne następstwa swojego schorzenia. Mówimy wówczas o częściowym zaprzeczeniu, tłumieniu lub supresji. W sytuacji całkowitego odrzucenia (zaprzeczenie radykalne) informacji płynącej z własnego ciała, otoczenia, swoich najbliższych czy pracowników ochrony zdrowia mówimy o wyparciu lub represji. Zaprzeczanie chorobie pozwala na stopniowe osvajanie się z trudną sytuacją, ale jest też mechanizmem mało przystosowawczym, a czasami wręcz szkodliwym dla zdrowia, co wynika z tego, że jest odporne na racjonalne argumenty i oczywiste fakty. Chory nie przyjmuje do wiadomości zachorowania i konsekwencji choroby, pomimo dostępności do tych informacji i intelektualnych możliwości ich zrozumienia, co skutkuje osłabieniem komunikacji z lekarzem, brakiem współpracy w procesie leczenia, w tym niepodejmowaniem działań mogących prowadzić do wyleczenia lub poprawy jakości życia (Ostrowski, 1999; Leksowska, 2011). Negatywny wpływ tego mechanizmu jest też zauważalny w okresie, kiedy konieczna jest prewencja w postaci rehabilitacji czy zmiany stylu życia – wówczas eliminowanie ze świadomości doświadczenia choroby osłabia motywację do aktywnego angażowania się w powrót do zdrowia. Innymi formami radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach jest poszukiwanie pocieszenia i zrozumienia u innych osób, czyli **poszukiwanie wsparcia społecznego**, a także otwarta **ekspresja emocji**, **odwracanie uwagi** czy poprawianie sobie samopoczucia poprzez relaksację, ale w niektórych przypadkach, także stosowanie używek.

Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń (*meaning-making focused coping* – MFC) ma na celu wzbudzenie pozytywnych emocji oraz redukcję dysonansu powodującego stres (Załoski, 2014). Nie jest ono rozłączne od pozostałych i umożliwia połączenie w jedną kategorię strategii opierających się na przetwarzaniu znaczenia (Heszen, 2016). Pozytywne emocje stanowią swego rodzaju „wzmacniacz” motywujący w przebiegu procesu radzenia sobie, „oddech” dostarczający wytchnienia i „odbudowawczy” uzupełniający zasoby radzenia sobie. Zniwelowanie dysonansu sprzyja natomiast pojawieniu się nowych, bardziej adekwatnych przekonań, zmianom hierarchii wartości, pozytywnym zmianom w obrazie własnej osoby czy poprawie relacji interpersonalnych (Folkman, 2008; Załoski, 2014). Z systemem wartości, poza sferą uczuć, ściśle związana jest sfera woli, nazywana w psychologii sprawnością motywacyjno-decyzyjną, która wyraża się „chcieniem” jakiejś wartości oraz umotywowanym postanowieniem dążenia do jej zdobycia (de Walden-Gałuszko, 2006). To dzięki niej pacjent podejmuje decyzje, o dostosowaniu się do zaleceń terapeutycznych i podjęciu wysiłków zmierzających do odzyskania zdrowia. Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczeń przebiega w postaci pozytywnego przeformułowania, rewizji celów życiowych i planowania nowych. Jego inną formą jest uaktywnienie przekonań religijnych oraz praktyk, dzięki którym człowiek odnajduje zrozumienie w obszarze

duchowym (Folkman, 2007). Strategia tworzenia znaczeń polega na powtórnej, wielokrotnej ocenie sytuacji. W odróżnieniu od oceny pierwotnej, która jest ukryta i trwa ułamki sekund, powtórna ocena jest procesem podatnym na refleksje i rozłożonym w czasie (Załuski, 2014). Przykładem radzenia sobie ukierunkowanego na znaczenie jest **teoria adaptacji poznawczej** opracowana przez **Shelley Taylor**. Zgodnie z nią adaptacja do zagrażających wydarzeń, w tym przypadku choroby, jest efektem przewartościowania dokonującego się w trzech fazach. Pierwsza dotyczy sytuacji i polega na **poszukiwaniu znaczenia, sensu** choroby poprzez atrybucję jej przyczyn oraz przewartościowanie dotychczasowego życia. Druga faza odnosi się do własnych możliwości i ma na celu **odzyskanie** poczucia **kontroli** nad sytuacją choroby, np. poprzez sprawowanie kontroli nad domniemanymi czynnikami będącymi jej źródłem. W ostatniej fazie, dotyczącej własnej osoby, dochodzi do **odzyskania poczucia własnej wartości**, głównie poprzez zastosowanie strategii „porównania w dół” z osobą będącą w gorszej sytuacji lub radzącą sobie gorzej (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Uruchomienie tych strategii poznawczych ma na celu przywrócenie pacjentowi satysfakcji oraz jakości życia lub poczucia szczęścia na możliwie jak najwyższym poziomie.

Przekonania duchowe, z zawartą w nich religijnością, mogą w istotny sposób wpływać na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem i opieką zdrowotną, a poprzez wysiłek duchowy człowiek zarówno zdrowy jak i obciążony różnego rodzaju schorzeniami, potwierdza swoją unikalność, godność i sens własnego istnienia. Potrzeby duchowe i religijne, ujawniają się w sposób szczególnie silny w sytuacji długotrwałej choroby, znacznego pogorszenia stanu zdrowia oraz uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci (Kujaczyński, 2019). Religijność i duchowość, choć w potocznym rozumieniu traktowane są jako synonimy, są od siebie odrębne. Duchowość jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, daleko wykraczającym poza wierzenia pacjenta, choć zawarta w nim religijność, a bardziej precyzyjnie – religijne radzenie sobie z chorobą w formie modlitwy o zdrowie, jest jedną z najczęściej stosowanych strategii (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Ta forma radzenia sobie jest przydatna zwłaszcza wobec źródła stresu niedającego się kontrolować i pokrewna z radzeniem sobie skoncentrowanym na znaczeniu, ponieważ ułatwia znajdowanie sensu w niepomysłnych zdarzeniach i cierpieniu (Heszen-Celińska i Sęk, 2020).

Potrzeby duchowe i religijne, ujawniają się w sposób szczególnie silny w sytuacji długotrwałej choroby, znacznego pogorszenia stanu zdrowia oraz uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci (...).

Religijność związana jest z przyjętym przez jednostkę określonym systemem wierzeń i wynikających z niego praktyk religijnych, a duchowość, w myśl defini-

cji Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie, obejmuje „wymiar ludzkiego życia stanowiący odniesienie do transcendencji i innych wartości egzystencjalnie ważnych” (<https://ptodm.org.pl>). Duchowość przejawia się w poszukiwaniu sensu życia, miłości i prawdy, w czasie, w którym człowiek zadaje sobie pytanie, skąd pochodzi, po co żyje, dokąd zmierza, jaki sens ma jego ciało, myśli czy działania. Umożliwia ona nawiązanie głębokiego porozumienia pomiędzy osobami, które chcą podzielić się swoimi przeżyciami i obawami dotyczącymi takich wartości, jak sens życia, jego kruchość czy koniec lub wiara (Kujaczyński, 2019). Każdy pacjent, niezależnie od tego, czy jest osobą wierzącą i praktykującą, czy też deklaruje brak przynależności do określonej grupy wyznaniowej, może doświadczać dystresu duchowego. Oznaką kryzysu czy cierpienia duchowego przeżywanego przez pacjenta są stawiane przez niego pytania, takie jak: Dlaczego mnie to spotkało?, Dlaczego Bóg skazuje mnie na takie cierpienie?, Co jest po śmierci? i wiele innych. Osoba wierząca realizuje swoją duchowość poprzez relację z Bogiem, osoba niewierząca odnajduje ją w naturze, muzyce, sztuce, wartościach czy w poszukiwaniu prawdy (Anandrajah i Hight, 2001). Personel medyczny również może być źródłem duchowego wsparcia dla chorego poprzez towarzyszenie w cierpieniu i kompetentną obecność przy

Personel medyczny również może być źródłem duchowego wsparcia dla chorego poprzez towarzyszenie w cierpieniu i kompetentną obecność przy pacjencie (...).

pacjencie (Peszowska, 2006). Cicely Saunders, pracując z osobami nieuleczalnie chorymi, zauważyła, że zgłaszają oni trzy główne prośby: pomóż mi, wysłuchaj mnie, nie opuszczaj mnie, i wskazała na potrzebę podążania przez personel za tymi prośbami.

Religijne radzenie sobie może przybierać również postać wykorzystywania otrzymanych od Boga zasobów, delegowania na Boga odpowiedzialności za rozwiązanie napotkanych trudności lub współpracy z Bogiem (Heszen-Celińska i Sęk, 2020). Oznacza to, że poprzez powierzenie Bogu problemu zdrowotnego do rozwiązania, pełni ono funkcję instrumentalną, a poprzez poprawę samopoczucia psychicznego w związku z bliskością Boga – pełni również funkcję regulacji emocji (Heszen, 2016). Wśród przykładów dystresu duchowego można wymienić nieumiejętność odnalezienia w życiu sensu, nadziei, miłości czy sił, a także poczucie dysonansu pomiędzy dotychczasowymi przekonaniem a obecnymi doświadczeniami, czy poddawanie dotychczasowych przekonań w wątpliwość (Fopka-Kowalczyk, 2023). Cierpienie tego rodzaju wywołują przełomowe doświadczenia w życiu, w tym wystąpienie choroby przewlekłej, a wśród jego wymiarów wymienić można: sens życia/znaczenia vs brak sensu życia/utrata znaczenia; przebaczenie samemu sobie oraz innym (czasami też Bogu); związki/relacje oraz nadzieję vs

brak nadziei (Groves, 2022). Nadzieja podtrzymuje wolę życia i dążenia oraz nadaje sens ludzkiemu działaniu, co sprawia, że pacjent jest w stanie kontynuować swoje zmagania nawet w sytuacji mierzenia się z chorobą nieuleczalną (Gałuszka, 2000), dlatego jest ona tak ważna dla osoby niedomagającej somatycznie.

Bibliografia

1. Anandarajah, G., Hihgt, E. (2001). *Spirituality and medical practice: using the hope questions as a practical tool for spiritual assessment*. *American Family Physician*, 63 (1), 81–89.
2. Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
3. Bargiel-Matusiewicz, K., Hofman, G. (2005). *Psychologiczne aspekty kontaktu z pacjentem chorym somatycznie*. W: E. Krajewska-Kułak, M. Sierakowska, J. Lewko, C. Łukaszuk (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego* (s. 48–52). Tom I. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku.
4. Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2016). *Teoretyczne i metodologiczne podstawy psychologii klinicznej*. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna* (s. 35–48). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
5. Edler, S.E., Parker, J.D.A. (1990). *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844–854.
6. De Walden-Gałuszko, K. (2006). *Problem wolności i cierpienia w aspekcie psychologicznym*. W: A. Bartoszek (red.). *W poszukiwaniu sensu cierpienia. Dialog interdyscyplinarny* (s. 33–38). Tarnów: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Wydawnictwo BIBLOS.
7. Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLogis, A., Gruen, R.J. (1986) *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992–1003.
8. Fopka-Kowalczyk, M. (2023). *Ocena potrzeb duchowych chorego i diagnozowanie kryzysu duchowego przez personel medyczny*. *Medycyna Praktyczna*, 3, 130–137.
9. Folkman, S. (2007). *Positive psychological states and coping with severe stress*. *Social Science & Medicine*, 45 (8), 1207–1221.
10. Folkman, S. (2008). *The case for positive emotions in the stress process*. *Anxiety Stress Coping*, 21 (1), 3–14.
11. Froch, B. (2007). *Zagadnienia psychologicznego funkcjonowania pacjentów z chorobą zakaźną*. W: B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.). *Psychologia Lekarska w leczeniu chorych somatycznie* (s. 173–190). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
12. Gałuszka, A. (2000). *Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle*. W: I. Heszen-Niejodek (red.). *Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać* (s. 34–54). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
13. Groves, R. (2022). *Ocena zdrowia duchowego – jak zrozumieć ból duchowy u osób u kresy życia*. Wykład na Międzynarodowej Konferencji „Duchowość w Medycynie. Opieka duchowa jako niezbędna składowa całościowej opieki nad chorym”. www.mp.pl/konferencja-opiekuduchowa/2022/sesja/sesja-v-specyfika-potrzeb-duchowych-pacjentow-roznych-wyznan-i-osob-niereligijnych/wyklad/8058/.
14. Guzowska, M. (2004). *Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca*. W: K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.). *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania* (s. 129–148). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
15. Heszen, I. (2016). *Kliniczna psychologia zdrowia*. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk

- (red.). *Psychologia kliniczna* (s. 517–540). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
16. Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 17. Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 18. Heszen-Niejodek, I. (1997). *Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje*. *Czasopismo Psychologiczne*, 3 (1), 7–22.
 19. Heszen-Niejodek, I. (2000). *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*. W: I. Heszen-Niejodek (red.). *Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać* (s. 14–33). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
 20. <https://ptodm.org.pl>.
 21. Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Lublin: Polihymnia.
 22. Jaworska, I., Leksowska, A., Pacholewicz, J., Zembala, M. (2012). *Choroba serca i jej leczenie jako wyzwanie dla pacjenta i personelu szpitalnego*. *Folia Cardiologica Excerpta*, 7 (1), 46–50.
 23. Jaworska, I., Pudło, R. (2022). *Konieczność poddania się operacji a rozwój zaburzeń psychicznych pacjenta*. W: A. Piwoda, D. Batycka-Stachnik (red.). *Kompleksowa rehabilitacja w kardiologii*. *Wczesna fizjoterapia, pielęgnacja i opieka psychologiczna* (s. 223–224). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
 24. Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
 25. Kondaś, O. (1984). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 26. Kozak, J. (2010). *Radzenie sobie ze stresem – współczesne koncepcje teoretyczne*. *Psychoonkologia*, 2, 60–69.
 27. Kubacka-Jasiecka, D. (1995). *Z psychopatologii zmagania się ze stresem*. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace Psychologiczne*, 12, 25–46.
 28. Kujaczyński M. (2019). *Opieka duchowa w holistycznym procesie leczenia. Miejsce i rola kapelana szpitalnego w opiece duchowej*. *Warszawskie Studia Pastoralne UKSW – Rok XIV*, 3 (45), 83–108.
 29. Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
 30. Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
 31. Leksowska, A., Jaworska, I., Gorczyca, P. (2011). *Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka*. *Folia Cardiologica Excerpta*, 6 (4), 244–248.
 32. Łosiak, W. (1995). *Wzory radzenia sobie u pacjentów chirurgicznych*. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego, Prace Psychologiczne*, 12, 139–145.
 33. Marciniak-Stepak, P. (2022). *Wpływ duchowości i zasobów wewnętrznych u dzieci i nastolatków na akceptację choroby przewlekłej*. W: E. Baum, A. Nowak, M. Nowosadko, K.B. Głodowska (red.). *Duchowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 173–182). Poznań: Termedia.
 34. Ostrowski, T.M. (1999). *Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania chorobie po zawale serca*. *Przegląd Psychologiczny*, 42 (4), 115–141.
 35. Pearman, T. (2003). *Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors*. *Health Qual Life Outcomes*, 20, 1–33.
 36. Peszkowska, J. (2006). *Medycyna i psychologia na drodze odkrywania pogłębionego wymiaru cierpienia*. W: A. Bartoszek (red.). *W poszukiwaniu sensu cierpienia. Dialog interdyscyplinarny* (s. 27–32). Tarnów: Wydawnictwo BIBLOS, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.
 37. Rumińska-Busz, R. (2014). *Wpływ stresu na powstanie i przebieg chorób nowotworowych*. W: J. Joško-Ochojska (red.). *W przestrzeni Łęku i stresu. Stres nasz codzienny*. (s. 93–105). Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny.
 38. Schipper, H., Clinch, J., Powell, V. (1990). *Definitions and conceptual issues*. W: B. Spilker (red.). *Quality of life assessments in clinical trials* (s. 11–24). New York: Raven Press.
 39. Smoleń, E., Jarema, M., Hombek, K., Słysz, M., Kalita, K. (2018). *Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 26 (1), 37–43.

40. Starowicz, A. (2009). *Rola poznawczego obrazu własnej choroby w adaptacji do cukrzycy – charakterystyka zagadnienia i przegląd badań*. *Diabetologia Praktyczna*, 10 (3), 97–105.
41. Strelau, J., Jaworowska, A. (2020). *CISS. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych*. Wydanie IV. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
42. Suchocka, L. (2007). *Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Medycznego Jana Pawła II.
43. Suls, J., Fletcher, B. (1985). *The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A metaanalysis*. *Health Psychology*, 4 (3), 249–288.
44. Szentmártoni, M. (1995). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
45. Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
46. Wysocka-Pleczyk, M. (2012). *Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca*. *Problemy Higieny Epidemiologii*, 93 (4), 771–778.
47. Zawadzka, B. (2007). *Psychologiczne problemy chorych nefrologicznie*. W: B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.). *Psychologia Lekarska w leczeniu chorych somatycznie* (s. 101–117). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
48. Załuski, M. (2014). *Radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na tworzeniu znaczeń. Część I – strategie ponownej oceny choroby*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22 (4), 528–532.
49. Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.

Psychoseksualne funkcjonowanie pacjentów

Wprowadzenie

Seksualność stanowi determinanty ludzkiej tożsamości, jest ściśle związana z egzystencją człowieka, jest jej istotną i nierozłączną częścią. Przejawia się jako motywacja jednostki do prokreacji i rozwoju osobistego oraz angażowania się w relacje międzyludzkie. Przy dokładniejszym opisie seksualności, poddając pod refleksję jej złożoność, możemy dojść do wniosku, że w seksualności przenika się wiele płaszczyzn, interakcji pomiędzy psychosomatycznymi mechanizmami przynależnymi osobie oraz aspektami społeczno-kulturowymi, w której dana jednostka funkcjonuje (Izdebski, 2012).

(...) w seksualności przenika się wiele płaszczyzn, interakcji pomiędzy psychosomatycznymi mechanizmami przynależnymi osobie oraz aspektami społeczno-kulturowymi, w której dana jednostka funkcjonuje (...).

Według J. Bancrofta seksualność to „aspekt kondycji człowieka przejawiający się w postaci pożądania lub pragnienia, towarzyszących im fizjologicznie zdeterminowanych odpowiedzi seksualnych i zachowania prowadzących do orgazmu lub przynajmniej sprawiającego przyjemność podniecenia, występujących często między dwojgiem ludzi, lecz nierzadko także praktykowanych w pojedynkę” (Bancroft, 2011, s. 31).

Pomimo niezaprzeczalnych korzyści z rozwoju i wielu lat badań nasza wiedza o seksualności nie jest pełna. Mimo że w niektórych środowiskach budzi to pewnie wątpliwości, obecnie wyróżniamy nowe działy seksuologii, takie jak: onkoseksuologia, kardioseksuologia, endoseksuologia, psychoseksuologia, co przyczynia się do integracji seksuologii jako nauki interdyscyplinarnej skoncentrowanej na osobie.

Zdrowie seksualne i reprodukcyjne

Zdrowie seksualne możemy przedstawić jako silny predyktor ogólnego zdrowia i subiektywnego samopoczucia człowieka, obejmujące aspekt: fizyczny, psychiczny, emocjonalny, społeczny i duchowy (...).

Zdrowie seksualne możemy przedstawić jako silny predyktor ogólnego zdrowia i subiektywnego samopoczucia człowieka, obejmujące aspekt: fizyczny, psychiczny, emocjonalny, społeczny i duchowy (Stephenson i Meston, 2015; Galati, 2015; Davinsson i in., 2009). Jest także jednym z kluczowych aspektów funkcjonowania psychospołecznego i ma istotny wpływ na ogólną jakość życia (Knowles i in., 2013). Z kolei deficyty w jego zakresie mogą przyczyniać się do zaburzeń zdrowia psychicznego, schorzeń o podłożu psychosomatycznym, obniżonej samooceny, konfliktów oraz napięć w relacjach i drażliwości w kontaktach międzyludzkich (Izdebski i Wąż, 2014).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2006) zdrowie seksualne charakteryzuje się złożonym i wielowymiarowym procesem koordynowanym przez układ neurologiczny, hormonalny i naczyniowy. Postrzeganie seksualności w kontekście zdrowia seksualnego jest wielowymiarowe. Wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Promocja zdrowia seksualnego powinna umożliwić podejmowanie świadomych decyzji dotyczących dobrostanu seksualnego jednostkom i grupom społecznym (WHO, 2017). Strategie związane z promocją zdrowia seksualnego powinny uwzględniać programy edukacyjne przystosowane do wieku odbiorców i danej sytuacji społeczno-kulturowej, uwzględniając prawa seksualne.

Z seksualnością jest związane także zdrowie reprodukcyjne, które WHO definiuje jako fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostanem we wszystkich

obszarach związanych z funkcjami rozrodczymi, co oznacza, że poszczególne jednostki są w stanie prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz w sposób swobodny i świadomy planować posiadanie dzieci (WHO, 2001).

Funkcjonowanie seksualne

Wydłużenie życia ludzkiego niewątpliwie jest wielkim osiągnięciem medycyny XX wieku, obecnie stoimy przed wyzwaniem poprawy jego jakości. Jednym z istotnych elementów jakości i zadowolenia z życia jest satysfakcjonujące życie seksualne, które w przeszłości było pomijane (Marshall i in., 2022; Paszyńska i in., 2023; Hooghe, 2012). Zatem można wskazać, że obniżona satysfakcja z życia seksualnego przyczynia się do gorszej jakości życia ogółem (Flynn i in., 2016; Oettingen, 2013). W badaniach przeprowadzonych w Polsce seks odgrywa istotną rolę dla 55% Polek i Polaków. Natomiast zadowolenie z życia seksualnego deklaruje 63% respondentów, co ukazuje ważność aktywności seksualnej w życiu człowieka (Izdebski, 2020).

Wydłużenie długości życia i lepsza opieka zdrowotna zmieniły postrzeganie zachowań seksualnych wśród starszych osób (Hinchliff, 2009; Beckman i in., 2008). Choć aktywność seksualna zmniejsza się wraz z wiekiem, to osoby w późniejszej fazie życia (50 lat i starsi) pozostają nadal aktywne seksualnie (Izdebski, 2021; Mercer i in., 2013). W Polsce regularnie są prowadzone badania nad seksualnością i zdrowiem seksualnym osób po 50. roku życia. Rola seksu w życiu dla tej grupy wiekowej jest istotna dla 21%, co może wskazywać na większe występowanie trudności seksualnych. Natomiast zadowolenie z życia seksualnego deklaruje 36% osób w tej grupie wiekowej. Wyniki te wskazują, że seksualność jest nadal istotna w tej fazie życia (Izdebski, 2021). Istnieje zatem pilna potrzeba lepszego zidentyfikowania potrzeb osób po 50. roku życia w zakresie zdrowia seksualnego uwzględniających aspekty związane z wiekiem. Charakterystyka problemów pozwoli na ustalenie programów związanych z poprawieniem funkcjonowania seksualnego wśród osób w tej grupie społeczeństwa funkcjonujących w związkach i z różnych powodów żyjących w pojedynkę.

Rozmowy z pacjentem o seksualności

W związku z większym zainteresowaniem aspektami seksualności wśród pacjentów rośnie zapotrzebowanie kontaktu ze specjalistami w zakresie zdrowia

seksualnego i reprodukcyjnego (Lehmann i in., 2022; Lopez i in., 2019; Colson, 2016; Zebracka i in., 2006). Natomiast wielu pracowników ochrony zdrowia nie inicjuje tego tematu (Gould i in., 2006). Większość działań personelu medycznego koncentruje się na aspekcie choroby, a mało czasu poświęca się na elementy psychospołecznego funkcjonowania, w tym seksualności i zdrowia seksualnego (García-Rodríguez i in., 2021). Pracownicy ochrony zdrowia na ogół czują się niepewnie i są zawstydzeni, gdy rozmawiają z pacjentami o kwestiach związanych z seksualnością. Ponadto brakuje im edukacji w tym zakresie, co wpływa na ich zdolność do omawiania tego tematu (Ezhova i in., 2020; Corcoran i Ahmad, 2016). Natomiast pacjenci oczekują, aby specjaliści inicjowali temat seksualności i zdrowia seksualnego, przełamywali tabu, zapewniali prywatność, poświęcali na ten temat wystarczającą ilość czasu, okazywali otwartość, empatię i wrażliwość. Oczekują również, żeby byli odpowiednio przygotowani do rozmowy (Albers i in., 2020; Tsangaris i in., 2014; Lewis i in., 2012). Rozmowa może przynieść odwrotny skutek od zamierzonego, jeśli specjaliści czuli się nieswojo przy omawianiu tematyki seksualności i kiedy wsparcie nie było dostosowane do preferencji i przypadku pacjenta, nie uwzględniając go jako całości również w kwestii seksualności, a nie jako choroby i dysfunkcji (Gorman i in., 2020; Mattsson i in., 2018). W związku z tym uzasadnione wydaje się zwrócenie uwagi na podejmowanie rozmów w zakresie seksualności pacjentów.

W seksualności powinno się koncentrować na osobie, czyli uwzględniać preferencje, potrzeby, wartości pacjenta i odpowiadać na nie, a także umożliwić mu przejęcie odpowiedzialności za własne zdrowie seksualne i reprodukcyjne również w zakresie leczenia innych chorób, które na nie wpływają (...).

W seksualności powinno się koncentrować na osobie, czyli uwzględniać preferencje, potrzeby, wartości pacjenta i odpowiadać na nie, a także umożliwić mu przejęcie odpowiedzialności za własne zdrowie seksualne i reprodukcyjne również w zakresie leczenia innych chorób, które na nie wpływają (Afulani i in., 2023). Taka opieka opiera się na definicji opieki skoncentrowanej na pacjencie przyjętej przez Ame-

rykański Instytut Medyczny (od 2015 roku *National Academy of Medicine*), który podkreśla opiekę skoncentrowaną na osobie jako kluczową dziedzinę jakości opieki (IOM 2001), co jest również jednym z głównych postulatów humanizacji procesu leczenia (Izdebski i in., 2023). Domenami opieki skoncentrowanej na pacjencie są jego godność oraz szacunek niezależnie od pochodzenia, tożsamości, wieku, stanu zdrowia, płci i statusu ekonomicznego, a także prawidłowe komunikowanie się, poszanowanie autonomii pacjenta,

zapewnienie prywatności, poufności i specjalistycznej opieki, zapewnienie wsparcia emocjonalnego i społecznego oraz zaufania i środowiska placówki ochrony zdrowia sprzyjające zdrowieniu (Sudhinaraset i in., 2017; Tunçalp i in., 2015; IOM 2001; Donabedian 1988). Opieka skoncentrowana na osobie ma wpływ na wyniki zdrowotne poprzez oddziaływanie na zachowania prozdrowotne, poczucie własnej skuteczności, zaangażowanie pacjenta, terminową i odpowiednią opiekę, bezpieczeństwo i poprawę zdrowia psychospołecznego (Miller in., 2016; Doyle i in., 2013).

Opieka skoncentrowana na osobie jest zgodna z realizacją praw seksualnych, które są związane z prawami człowieka. Deklaracja Praw Seksualnych, opracowanych w 1997 roku przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne, została przyjęta w skróconej formie przez WHO w 2002 roku. W 2014 roku pojawiła się druga wersja Powszechnej Deklaracji Praw Seksualnych, zaproponowana przez Światowe Towarzystwo Seksuologiczne¹.

Z Deklaracji Praw Seksualnych wynika, że pacjent potrzebuje opieki specjalistycznej gdy:

- cierpi, odczuwa niepokój lub dyskomfort związany z własną seksualnością, zdrowiem seksualnym i/lub reprodukcyjnym,
- naruszane są jego prawa, wolność oraz gdy jest ofiarą przemocy lub nadużyć na tle seksualnym,
- realizacja jego seksualności związana jest z przekraczaniem norm prawnych, medycznych i/lub partnerskich, obyczajowych i społecznych.

Pytania dotyczące seksualności powinny być włączane do wywiadu z pacjentem (Dyer i Nair 2012). Należy podejmować z pacjentem tematy związane z seksualnością, takie jak (Lehmann i in., 2022):

- samopoczucie seksualne, sprawność seksualna,
- trudności i utrudnienia związane z życiem seksualnym, w tym ze zdrowiem reprodukcyjnym,
- obraz ciała,
- fizyczne skutki uboczne choroby oraz jej wpływ na życie seksualne (samo doświadczenie choroby może mieć wpływ na odbiór własnego „ja”, w tym na seksualność. Ważne jest, aby podczas rozmowy omawiać jednostkę chorobową oraz jej wpływ na seksualność pacjenta. Podawanie takich informacji

¹ Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego została zaproponowana na XIII Światowym Kongresie Seksuologicznym w Walencji w Hiszpanii w roku 1997. W roku 1999 na posiedzeniu w Hong Kongu Walne Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego przyjęło zmiany do dokumentu, zaś w 2008 roku zatwierdziło Milenijną Deklarację Zdrowia Seksualnego Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego. Niniejszy tekst jest tekstem deklaracji z kolejnymi zmianami, który przyjęty został w marcu 2014 roku przez Radę Doradczą Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego.

może pomóc pacjentowi w przewidywaniu i dostosowaniu się do potencjalnych zmian w życiu seksualnym dodatkowo mogą w mniejszym stopniu obwiniać się za powstałe dysfunkcje seksualne),

- wpływ leczenia na zdrowie seksualne (wyrażenie zgody na leczenie powinno być dobrowolne, czyli niezależne od wszelkiego przymusu czy presji, oraz świadome, co jest związane z informowaniem o planowanych działaniach, związanych z nimi korzyściami i zagrożeniami oraz o metodach alternatywnych),
- rola seksualna może być bardzo istotna dla tożsamości seksualnej danej osoby. Ważne jest, aby rozważając leczenie i związane z nim skutki uboczne, zapytać nie tylko o zdrowie i praktyki seksualne, lecz także o rolę seksualną (zwłaszcza u mężczyzn homoseksualnych). Znajomość roli seksualnej pacjenta może wpłynąć na zalecenia dotyczące leczenia i mieć wpływ na podejmowanie decyzji przez pacjenta (Dickstein i Marshall 2022; Ussher i in., 2017),
- komunikacja seksualna z partnerami,
- wsparcie w radzeniu sobie,
- skonsultowanie ze specjalistą, jeśli pacjent wymaga specjalistycznej opieki seksuologicznej.

Pracownicy ochrony zdrowia chcący przeprowadzić z pacjentem rozmowę na temat jego zdrowia seksualnego, kiedy jest to akceptowalne, powinni uwzględnić kilka istotnych elementów (Lehmann i in., 2022):

- rozpocznij dyskusję (tematyka seksualności i zdrowia seksualnego nadal dla wielu osób może okazać się tematem tabu, jednakże to nie upoważnia do zaniechania tej tematyki),
- zapewnij prywatność (rozmowy o seksualności powinny być prowadzone tylko z pacjentem na osobności, chyba że wymaga tego proces terapii – wtedy w rozmowie mogą uczestniczyć inne osoby za zgodą pacjenta),
- zweryfikuj obawy (zapytaj pacjenta o zdrowie seksualne, wykorzystaj wywiad oraz kwestionariusze do oceny zdrowia seksualnego przystosowane do danego pacjenta z uwzględnieniem chorób i/lub schorzeń, dysfunkcji),
- okaż empatię, bądź otwarty i wrażliwy na tematykę,
- przystosuj język i terminologię do pacjenta (używaj również zaimków zgodnych z identyfikacją płciową danej osoby),
- dostosuj informacje przekazywane pacjentom również w zależności od wieku,
- uwzględniaj aspekty kulturowo-społeczne,
- posiadaj zasób wiedzy związany z seksualnością.

Dysfunkcje seksualne

Dysfunkcje seksualne są zjawiskiem powszechnym, choć często pomijanym przez pracowników ochrony zdrowia, pomimo ich związku z niską jakością życia, niepokojem emocjonalnym oraz ich znaczenia dla ogólnego stanu zdrowia i dobrostanu (Ford i in., 2017; Satcher i Hook 2015; Laumann 1999). Dysfunkcje seksualne mogą wywierać destruktywny wpływ na relację w związku i mogą prowadzić do utraty kontaktów społecznych, izolacji i samotności, co może być skorelowane z większym ryzykiem chorób (Nascimento i in., 2013).

Dysfunkcje seksualne to rodzaj zaburzeń na tle seksualnym polegającym na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych. Cechą charakterystyczną dysfunkcji seksualnych jest zakłócenie w uczestniczeniu w życiu seksualnym odpowiednio do pragnień (Jakima, 2019).

Dysfunkcje seksualne to rodzaj zaburzeń na tle seksualnym polegającym na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych. Cechą charakterystyczną dysfunkcji seksualnych jest zakłócenie w uczestniczeniu w życiu seksualnym odpowiednio do pragnień (...).

Klasyfikacje zaburzeń seksualnych

Klasyfikowanie zaburzeń seksualnych ma na celu opracowanie ram diagnostycznych i terminologii, ułatwiających rozeznanie w różnorodności zgłaszanych problemów seksualnych, komunikowania się i zbierania informacji. Przygotowanie powszechnie akceptowalnej klasyfikacji zaburzeń seksualnych nie jest prostym zadaniem, biorąc pod uwagę często kontrowersyjne granice między normą a patologią w obszarze seksualności, różne sposoby definiowania normy oraz znaczne rozbieżności kulturowe w zakresie akceptowalnych bądź potępianych form ekspresji seksualności.

Do zaburzeń cyklu reakcji seksualnych stosujemy nadal dziesiątą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów zdrowotnych (ICD-10), chociaż obecnie trwają prace nad implementacją jedenastej edycji (ICD-11) w Polsce. Nowa edycja wprowadziła zmiany dotyczące funkcjonowania seksualnego.

Najważniejsza zmiana to wydzielenie osobnej grupy stanów związanych ze zdrowiem seksualnym. W tej grupie znajdują się zaburzenia funkcji seksualnych podzielone na:

- dysfunkcje pożądania seksualnego i podniecenia,
- dysfunkcje orgazmu,
- zaburzenia wytrysku,
- inne określone dysfunkcje seksualne
- zaburzenia seksualne związane z odczuwaniem bólu.

Zaburzenia tożsamości płciowej zostały natomiast zastąpione niezgodnością/niedopasowaniem płci i usunięte z grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Równocześnie zostały opracowane zaburzenia kontroli impulsów, do których włączono kompulsywne zaburzenia zachowań seksualnych.

Dysfunkcje seksualne można podzielić na dysfunkcje pierwotne (występujące od początku podejmowania aktywności seksualnej) i nabyte (wtórne) oraz dysfunkcje sytuacyjne (np. ograniczone do kontaktów seksualnych z określoną osobą a nieujawniające się podczas masturbacji lub współżycia z innym partnerem) i uogólnione. Kolejnym elementem jest podział dysfunkcji zgodnie z etiologią występowania: psychogenny, organiczny. Chociaż w ICD-11 w przeciwieństwie do wcześniej obowiązującej wersji organiczne i nieorganiczne dysfunkcje seksualne zostały umieszczone w jednym rozdziale, co jest zgodne z obecnym stanem wiedzy i koniecznością stosowania integracyjnych metod klinicznych (Reed i in., 2016). U podłoża takiego podejścia leży fakt, że w praktyce klinicznej rozróżnienie zaburzeń o etiologii somatycznej i psychogennej napotyka istotne trudności, gdyż często mają one charakter mieszany.

Ocena i występowanie dysfunkcji seksualnych

Ocena dysfunkcji seksualnych u pacjenta jest wieloczynnikowa, ponieważ problemy związane z dysfunkcjami seksualnymi są złożone i wynikają z wielu czynników biopsychospołecznych.

Ocena dysfunkcji seksualnych u pacjenta jest wieloczynnikowa, ponieważ problemy związane z dysfunkcjami seksualnymi są złożone i wynikają z wielu czynników biopsychospołecznych. Niezbędne jest zrozumienie tożsamości płciowej pacjenta, płci zarejestrowanej w momencie urodzenia, wieku, orientacji

seksualnej; zachowania, roli seksualnej, chorób współistniejących i wybór leczenia, które mogą mieć wpływ na funkcje seksualne, przyjmowane leki i substancje, które mogą upośledzać funkcje seksualne, status związku pacjenta i aspekty kulturowo-społeczne.

Przydatnym schematem jest rozważenie potencjalnych elementów wpływających na rozwój i/lub pogłębienie dysfunkcji seksualnych (z zaznaczeniem, że etiologia zaburzeń często jest mieszana), takich jak:

- hormonalny,
- anatomiczny,
- psychologiczny,
- obraz ciała i samoświadomość seksualna,
- relacje partnerskie,
- społeczno-kulturowy.

Do oceny zdrowia seksualnego wykorzystuje się: szczegółowy wywiad lekarski. Dokładny wywiad seksuologiczny pomaga specjalistom zindywidualizować zalecenia dotyczące badań przesiewowych. Interwencje profilaktyczne związane ze zdrowiem seksualnym obejmują badania biochemiczne, obrazowe, fizykalne, przesiewowe w kierunku chorób przenoszonych drogą płciową, poradnictwo psychospołeczne oraz poradnictwo w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, w tym skutecznych metod antykoncepcji. Przy wywiadzie warto wykorzystywać standaryzowane kwestionariusze i skale pozwalające na stwierdzenie, czy występuje zaburzenie do monitorowania zmian nasilenia i oceny postęp w leczeniu. Rozróżniamy skale przeznaczone do oceny funkcji seksualnych, np. ze względu na płeć i w poszczególnych grupach pacjentów, np. dla osób leczonych z powodu choroby nowotworowej u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego lub u pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi itd. (Starowicz i in., 2017).

Dysfunkcje seksualne charakteryzują duże różnice epidemiologiczne uwarunkowane płcią, wiekiem, miejscem przeprowadzenia badań oraz przyjętymi kryteriami diagnostycznymi. Rozpiętość w wynikach badań można wyjaśnić zmieniającą się metodologią, czas, w jakim zostały wykonane badania, gdyż miało to wpływ na dostępność leków oraz wzrost świadomości społeczeństwa na temat dysfunkcji seksualnych. Nie można również pominąć statusu społeczno-kulturowego oraz ekonomicznego w badanej populacji.

Najczęstszą trudnością w odbyciu stosunku seksualnego w badaniu przeprowadzonym w Polsce są zmęczenie i stres – tak deklarowało 32% Polek i 21% Polaków w 2017 roku oraz 52% Polek i 43% Polaków w 2021 roku, co ukazuje wyraźny wzrost występowania tych trudności. Inne trudności związane z dysfunkcjami to m.in. choroba; obawa, że nie sprawdzę się w seksie; depresja. Z kolei najczęstszymi odpowiedziami na pytanie „Co miało wpływ na długotrwały spadek zainteresowania seksem?” są: mój wiek; zły stan mojego zdrowia/choroba; przemęczenie i trudności w związku, co wskazuje na silną korelację z elementami związanymi z dysfunkcjami seksualnymi (Izdebski, 2021; Izdebski, 2020).

Występowanie dysfunkcji w różnych jednostkach chorobowych

Dysfunkcje seksualne stanowią istotny aspekt życia pacjentów dotkniętych różnymi jednostkami chorobowymi. Wpływ chorób na funkcjonowanie seksualne oraz możliwe strategie zarządzania tymi wyzwaniami są zależne od danej jednostki chorobowej oraz indywidualnych cech pacjenta.

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby układu sercowo-naczyniowego, takie jak nadciśnienie tętnicze czy choroba niedokrwienna serca, jedne z częstszych przypadłości w starzejących się społeczeństwach, mogą znacząco wpływać na zdolność pacjentów do prowadzenia aktywnego i satysfakcjonującego życia seksualnego. Mechanizmy patofizjologiczne oraz interwencje farmakologiczne stosowane w leczeniu tych chorób mogą przyczyniać się do wystąpienia zaburzeń erekcji i zmniejszenia libido. W skrajnych przypadkach może dochodzić do braku możliwości odbycia stosunku z uwagi na niewydolność serca uniemożliwiająca jakąkolwiek zwiększoną aktywność fizyczną. Ustalając indywidualną strategię leczenia, należy więc uwzględnić zarówno aspekty kardiologiczne, jak i seksuologiczne (Palm, 2018).

Cukrzyca

Cukrzyca jest jedną z najczęściej występujących chorób metabolicznych, której często towarzyszą zaburzenia seksualne. Zmiany naczyniowe w połączeniu z neuropatią cukrzycową mogą prowadzić do zaburzeń erekcji oraz zmniejszenia libido. W zapobieganiu i leczeniu dysfunkcji seksualnych u pacjentów z cukrzycą istotną rolę odgrywa odpowiednia kontrola metaboliczna oraz terapia farmakologiczna, a w skrajnych przypadkach nawet leczenie operacyjne zaburzeń wzrodu (Di Stasi, 2022).

Choroby neurologiczne

Choroby neurologiczne, takie jak stwardnienie rozsiane czy udar mózgu, mogą prowadzić do różnorodnych zaburzeń funkcji seksualnych poprzez uszkodzenie struktur mózgu, rdzenia kręgowego lub nerwów obwodowych. Różnorod-

ność prezentujących się objawów i zaburzeń seksualnych wymagać więc będzie indywidualizacji strategii leczenia z uwzględnieniem rehabilitacji seksualnej i farmakoterapii (Calabrò, 2018).

Choroby psychiatryczne

Choroby psychiatryczne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe, mogą wpływać na sferę seksualną poprzez zaburzenia nastroju, obniżenie libido oraz wpływ stosowanych leków psychotropowych na funkcje seksualne (Basson, 2018). Przy podejmowaniu się diagnozy i leczenia dysfunkcji seksualnych u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zalecane jest podejście interdyscyplinarne. W leczeniu tego typu zaburzeń zastosowanie znajduje zarówno farmakoterapia, terapia poznawczo-behawioralna, jak i celowane interwencje seksuologiczne.

Dysfunkcje seksualne są częstym problemem związanym z występowaniem innych chorób przewlekłych. Charakteryzują się nieprawidłową reakcją w jednym z następujących obszarów: pragnienie, podniecenie, orgazm lub ból. Wymagają więc kompleksowego podejścia zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego (Jakima, 2019). To podejście powinno uwzględniać wszystkie czynniki, które przyczyniły się do rozwoju i/lub pogłębienia problemów seksualnych. Wymaga to kompleksowej oceny somatycznej i psychospołecznej w celu zidentyfikowania czynników predysponujących, przyspieszających i utrwalających leżących u podstaw dysfunkcji. Obecne metody leczenia problemów seksualnych są często krótkoterminowe. Wynika to z niedoboru specjalistów lub z niewystarczającej ich wiedzy o wieloaspektowości seksualności człowieka. Istnieje zatem potrzeba interdyscyplinarnego podejścia do oceny i leczenia dysfunkcji seksualnych, a także do interwencji edukacyjnych. Często też konieczna staje się potrzeba konsultacji u innych specjalistów z różnych dziedzin medycyny, nauk o zdrowiu i nauk społecznych. Zrozumienie mechanizmów patofizjologicznych oraz zastosowanie odpowiednich strategii leczenia może istotnie poprawić jakość życia pacjentów, u których występują dysfunkcje seksualne. W przyszłości należy kontynuować

Zrozumienie mechanizmów patofizjologicznych oraz zastosowanie odpowiednich strategii leczenia może istotnie poprawić jakość życia pacjentów, u których występują dysfunkcje seksualne. W przyszłości należy kontynuować poszukiwanie nowych form terapii oraz lepiej poznać związki patofizjologiczne pomiędzy poszczególnymi chorobami a funkcjami seksualnymi.

poszukiwanie nowych form terapii oraz lepiej poznać związki patofizjologiczne pomiędzy poszczególnymi chorobami a funkcjami seksualnymi.

Bibliografia

1. Afulani, P.A., Nakphong, M.K., Sudhin-raset, M. (2023). *Person-centred sexual and reproductive health: A call for standardized measurement*. Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 26 (4), 1384–1390. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13781>.
2. Albers, L.F., Haj Mohammad, S.F., Husson, O., Putter, H., Pelger, R.C.M., Elzevier, H.W., Manten-Horst, E. (2020). *Exploring Communication About Intimacy and Sexuality: What Are the Preferences of Adolescents and Young Adults with Cancer and Their Health Care Professionals?* Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 9 (2), 222–238. DOI: <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0065>.
3. Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
4. Basson, R., Gilks, T. (2018). *Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment*. Women's Health (London, England), 14: 1745506518762664. DOI: [10.1177/1745506518762664](https://doi.org/10.1177/1745506518762664).
5. Beckman, N., Waern, M., Gustafson, D., Skoog, I. (2008). *Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: cross sectional survey of four populations, 1971-2001*. BMJ (Clinical Research ed.), 337 (7662), a279. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.a279>.
6. Calabrò, R.S. (2018). *Sexual dysfunction in Neurological disorders: do we see just the tip of the iceberg?* Atenei Parmensis 89 (2): 274–275. DOI: [10.23750/abm.v89i2.5714](https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.5714).
7. Colson, M.H. (2016). *Sexual dysfunction and chronic illness. Part 1. Epidemiology, impact and significance*. Sexologies. 25:e5–e11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.01.007>.
8. Corcoran, N., Ahmad, F. (2016). *The readability and suitability of sexual health promotion leaflets*. Patient Education and Counseling, 99 (2), 284–286. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.09.003>.
9. Davison, S.L., Bell, R.J., LaChina, M., Holden, S.L., Davis, S.R. (2009). *The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women*. The Journal of Sexual Medicine, 6 (10), 2690–2697. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x>.
10. Dickstein, D.R., Marshall, D.C. (2022). *Top, bottom or vers? Creating a more equitable health system for sexual and gender minority patients with prostate cancer*. Nature Reviews. Urology, 19 (6), 321–322. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41585-022-00600-6>.
11. Di Stasi, V., Maseroli, E., Vignozzi, L. (2022). *Female Sexual Dysfunction in Diabetes: Mechanisms, Diagnosis and Treatment*. Current Diabetes Reviews, 18 (1), e171121198002. DOI: [10.2174/1573399818666211117123802](https://doi.org/10.2174/1573399818666211117123802).
12. Donabedian A. (1988). *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA, 260 (12), 1743–1748. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
13. Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013). *A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*. BMJ Open, 3 (1), e001570. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>.
14. Dyer, K., das Nair, R. (2013). *Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom*. The Journal of Sexual Medicine, 10 (11), 2658–2670. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x>.
15. Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., Dickinson, T. (2020). *Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review*. International Journal of Nursing Studies, 107, 103566. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566>.

16. Flynn, K.E., Lin, L., Bruner, D.W., Cyranowski, J.M., Hahn, E.A., Jeffery, D.D., Reese, J.B., Reeve, B.B., Shelby, R.A., Weinfurt, K.P. (2016). *Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults*. The Journal of Sexual Medicine, 13 (11), 1642–1650. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011>.
17. Ford, J.V., Ivankovich, M.B., Douglas, J.M., Jr, Hook, E.W., 3rd, Barclay, L., Elders, J., Satcher, D., Coleman, E. (2017). *The Need to Promote Sexual Health in America: A New Vision for Public Health Action*. Sexually Transmitted Diseases, 44 (10), 579–585. DOI: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000660>.
18. Galati, J.A. (2015). *Onward to 2030: sexual and reproductive health and rights in the context of the sustainable development goals*. In: Guttmacher Policy Review. 18. Washington, DC: Guttmacher Institute.
19. García-Rodríguez, M.T., Barreiro-Trillo, A., Seijo-Bestilleiro, R., González-Martin, C. (2021). *Sexual Dysfunction in Ostomized Patients: A Systematized Review*. Healthcare (Basel, Switzerland), 9 (5), 520. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9050520>.
20. Gorman, J.R., Smith, E., Drizin, J.H., Lyons, K.S., Harvey, S.M. (2020). *Navigating sexual health in cancer survivorship: a dyadic perspective*. Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 28 (11), 5429–5439. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05396-y>.
21. Gould, J., Grassau, P., Manthorne, J., Gray, R.E., Fitch, M.I. (2006). *'Nothing fit me': nationwide consultations with young women with breast cancer*. Health Expectations: An International Journal Of Public Participation In Health Care And Health Policy, 9 (2), 158–173. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00383.x>.
22. Hinchliff, S. (2009). *Ageing and sexual health in the UK: how should health psychology respond to the challenges?* Journal of Health Psychology, 14 (3), 355–360. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105308101673>.
23. Hooghe, M. (2012). *Is sexual well-being part of subjective well-being? An empirical analysis of Belgian (Flemish) survey data using an extended well-being scale*. Journal of Sex Research, 49 (2-3), 264–273. DOI: <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.551791>.
24. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press (US).
25. Izdebski, Z., Mazur, J., Furman, K., Koza-kiewicz, A., Białorudzki, M. (2023). *Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym w czasie pandemii COVID-19*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
26. Izdebski, Z. (2020). *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 18-49 lat w 2017 roku. Studium badawcze na tle przemian od 1997 roku*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
27. Izdebski, Z. (2021). *Zdrowie i życie seksualne Polek i Polaków w wieku 50-74 lat w 2017 roku. Perspektywa starzejącego się społeczeństwa*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
28. Izdebski, Z. (2021) *Badanie zdrowie, relacje w związkach i życie seksualne Polek i Polaków w czasie pandemii COVID-19*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
29. Izdebski, Z. (2012). *Sexualność Polaków na początku XXI wieku*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
30. Izdebski, Z., Wąż, K. (2014). *Zdrowie seksualne i reprodukcyjne młodzieży*. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 1 (12), 45–55. DOI: <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.14.005.2897>.
31. Jakima, S. (2019). *Dysfunkcje seksualne. Poradnik dla lekarzy*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
32. Knowles, S.R., Gass, C., Macrae, F. (2013). *Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling*. Journal of Crohn's & Colitis, 7 (9), e344–e350. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2013.01.018>.
33. Laumann, E.O., Paik, A., Rosen, R.C. (1999). *Sexual dysfunction in the United*

- States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281 (6), 537–544. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>.
34. Lehmann, V., Laan, E.T.M., den Oudsten, B.L. (2022). *Sexual health-related care needs among young adult cancer patients and survivors: a systematic literature review*. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 16 (4), 913–924. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01084-w>.
 35. Lewis, P.E., Sheng, M., Rhodes, M.M., Jackson, K.E., Schover, L.R. (2012). *Psychosocial concerns of young African American breast cancer survivors*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30 (2), 168–184. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.651259>.
 36. Lopez, A.J., Butow, P.N., Philp, S., Hobbs, K., Phillips, E., Robertson, R., Juraskova, I. (2019). *Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration*. *European Journal of Cancer Care*, 28 (4), e13070. DOI: <https://doi.org/10.1111/ecc.13070>.
 37. Marshall, D.C., Tarras, E.S., Ali, A., Bloom, J., Torres, M.A., Kahn, J.M. (2022). *Female erectile tissues and sexual dysfunction after pelvic radiotherapy: A scoping review*. *CA: a Cancer Journal For Clinicians*, 72 (4), 353–359. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21726>.
 38. Mattsson, E., Einhorn, K., Ljungman, L., Sundström-Poromaa, I., Ståhlberg, K., Wikman, A. (2018). *Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment*. *Gynecologic Oncology*, 149(3), 464–469. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.055>.
 39. Mercer, C.H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Lewis, R., Field, N., Datta, J., Copas, A.J., Phelps, A., Wellings, K., Johnson, A.M. (2013). *Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal)*. *Lancet (London, England)*, 382 (9907), 1781–1794. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62035-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62035-8).
 40. Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C.P., Pileggi, V.N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J.P., Vogel, J.P., Althabe, F. (2016). *Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide*. *Lancet (London, England)*, 388 (10056), 2176–2192. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).
 41. Nascimento, E.R., Maia, A.C., Pereira, V., Soares-Filho, G., Nardi, A.E., Silva, A.C. (2013). *Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence*. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 68 (11), 1462–1468. DOI: [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(11\)13](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(11)13).
 42. Oettingen, J. (2013). *Sexual dysfunction – Approach based on cognitive theory*. *Seksuologia Polska* 11 (2), 68–75.
 43. Palm, P., Zwisler, A.O., Svendsen, J.H., Thygesen, L.C., Giraldi, A., Jensen, K.G., Lindschou, J., Winkel, P., Gluud, C., Steinke, E., Berg, S.K. (2019). *Sexual rehabilitation for cardiac patients with erectile dysfunction: a randomised clinical trial*. *Heart (British Cardiac Society)*, 105 (10), 775–782. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2018-313778>.
 44. Paszyńska, W., Zborowska, K., Czajkowska, M., Skrzypulec-Plinta, V. (2023). *Quality of Sex Life in Intestinal Stoma Patients-A Literature Review*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20 (3), 2660. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032660>.
 45. Reed, G.M., Drescher, J., Krueger, R.B., Atalla, E., Cochran, S.D., First, M.B., Cohen-Kettenis, P.T., Arango-de Montis, I., Parish, S.J., Cottler, S., Briken, P., Saxena, S. (2016). *Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations*. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15 (3), 205–221. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20354>.

46. Satcher, D., Hook, E. W., 3rd, Coleman, E. (2015). *Sexual Health in America: Improving Patient Care and Public Health*. JAMA, 314 (8), 765–766. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.6831>.
47. Starowicz, M., Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (2017). *Seksuologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
48. Stephenson, K.R., Meston, C.M. (2015). *The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction*. Journal of Sex & Marital Therapy, 41 (1), 25–38. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811450>.
49. Sudhinaraset, M., Afulani, P., Diamond-Smith, N., Bhattacharyya, S., Donnay, F., Montagu, D. (2017). *Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity*. Gates Open Research, 1, 1. DOI: <https://doi.org/10.12688/gatesopenres.12756.1>.
50. Tsangaris, E., Johnson, J., Taylor, R., Fern, L., Bryant-Lukosius, D., Barr, R., Fraser, G., Klassen, A. (2014). *Identifying the supportive care needs of adolescent and young adult survivors of cancer: a qualitative analysis and systematic literature review*. Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 22 (4), 947–959. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2053-7>.
51. Tunçalp, Ö., Were, W.M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A.M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., Bustreo, F. (2015). *Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 122 (8), 1045–1049. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>.
52. Ussher, J.M., Perz, J., Rose, D., Dowsett, G.W., Chambers, S., Williams, S., Davis, I., Latini, D. (2017). *Threat of Sexual Disqualification: The Consequences of Erectile Dysfunction and Other Sexual Changes for Gay and Bisexual Men With Prostate Cancer*. Archives of Sexual Behavior, 46 (7), 2043–2057. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0728-0>.
53. World Health Organization. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*.
54. World Health Organization. (2006). *Defining Sexual Health*. Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28–31 January 2002, Geneva.
55. World Health Organization Regional Office for Europe. (2001). *WHO regional strategy on sexual and reproductive health: reproductive health/pregnancy programme: Copenhagen, Denmark, November 2001*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Pobrane z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349887>.
56. Zebrack, B., Bleyer, A., Albritton, K., Medearis, S., Tang, J. (2006). *Assessing the health care needs of adolescent and young adult cancer patients and survivors*. Cancer, 107 (12), 2915–2923. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.22338>.

CZĘŚĆ III
ASPEKTY SPOŁECZNE

Wybrane demograficzno-społeczne aspekty opieki zdrowotnej

Wprowadzenie

Podstawową przesłanką podejmowania wielu decyzji w życiu publicznym, w różnych sferach, np. w odniesieniu do polityki zdrowotnej, jak również organizacji i finansowania czy wspierania systemu ochrony zdrowia, realizowanych na różnych szczeblach władzy i administracji, zarówno w wymiarze krajowym, jak i międzynarodowym, np. Unii Europejskiej, jest informacja statystyczna o ludności zamieszkującej dany obszar administracyjny. Informacji takiej współcześnie dostarcza demografia, dyscyplina naukowa, której zadaniem jest m.in. przygotowanie opisu statystyczno-analitycznego stanu i struktury ludności oraz badanie i ocena zmian wynikających z dotychczasowego i przewidywanego ruchu naturalnego i wędrownego ludności (Holzer, 2003; Okólski i Fihel, 2012).

(...) demografia, dyscyplina naukowa, której zadaniem jest m.in. przygotowanie opisu statystyczno-analitycznego stanu i struktury ludności oraz badanie i ocena zmian wynikających z dotychczasowego i przewidywanego ruchu naturalnego i wędrownego ludności (...).

O znaczeniu informacji statystycznej o ludności byli przekonani władcy najstarszych imperiów w dziejach, takich jak Egipt faraonów, Babilonia, Assyria, Persja, Chiny czy Imperium Rzymskie. O randze spisów ludności w starożytnym

Rzynie świadczy fakt, że odpowiedzialność za ich organizację powierzono najwyższym rangą urzędnikom republikańskim, mianowicie konsulom. Ponieważ zbieranie i przetwarzanie takich informacji wymagało zorganizowanego i kompetentnego aparatu państwowego, wraz z upadkiem imperiów organizowanie spisów powszechnych w Europie zostało zarzucone. Powrócono do nich w drugiej połowie XVIII wieku, a w pierwszej połowie XIX wieku opracowano podstawowe zasady spisów powszechnych, w tym zasadę momentu krytycznego spisu. Jej zastosowanie sprawia, że dane o ludności są zbierane w odniesieniu do tego samego momentu czasowego, co umożliwia ich analizę porównawczą w skali całego kraju. Innym ważnym źródłem pozyskiwania informacji statystycznej o ludności jest rejestracja bieżąca danych o ruchu naturalnym i wędrownym ludności (Kaczmarek i in., 1998).

Spisy powszechne odgrywają szczególną rolę w życiu poszczególnych społeczności zorganizowanych w ramach suwerennych państw.

Spisy powszechne odgrywają szczególną rolę w życiu poszczególnych społeczności zorganizowanych w ramach suwerennych państw. Państwo raz na 10 lat pyta swoich obywateli, ilu ich jest, kim są i jak żyją. Spisy są bez wątpienia są dużym wyzwaniem, ale także czynnikiem mobilizującym i systematyzującym narody w okresie pokoju. Podstawę prawną dla przeprowadzenia spisów stanowią akty prawne w randze ustawy bądź, jak w przypadku USA, nawet konstytucja. W krajach członkowskich Unii Europejskiej przygotowania do spisu koordynuje Eurostat, a podstawę prawną stanowią Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady oraz krajowe regulacje prawne. „Tematyka spisu, ujednoczenie definicji pojęć i kategorii demograficznych, ekonomicznych i społecznych, pytania zadawane podczas spisu oraz metody realizacji spisów są opracowywane przez międzynarodowe zespoły pracujące dla ONZ, która publikuje zasady i zalecenia dotyczące spisów ludności i mieszkań” (Kotowska, 2021, akapit 6). Głównym źródłem informacji pozyskiwanych w trakcie spisu powszechnego są systemy informacyjne administracji publicznej oraz wywiady przeprowadzane przez ankierów statystycznych, z wykorzystaniem identycznych formularzy elektronicznych.

Teorie ludnościowe

Ponieważ spisy powszechne przeprowadzane są według podobnych zasad periodycznie, co 10 lat, dostarczają materiału porównawczego pozwalającego na

śledzenie zmian zachodzących w poszczególnych populacjach zarówno w czasie, jak i w przestrzeni, oraz wykrywanie prawidłowości, którym podlegają populacje ludzkie. Wyjaśnianiu prawidłowości, które rządzą procesami zachodzącymi w populacjach ludzkich, służą teorie ludnościowe. Na użytek niniejszych rozważań omówione zostaną pokrótce dwie z nich – teoria maltuzjańska i koncepcja przejścia demograficznego.

(...) spisy powszechne przeprowadzane są według podobnych zasad periodycznie, co 10 lat, dostarczają materiału porównawczego pozwalającego na śledzenie zmian zachodzących w poszczególnych populacjach zarówno w czasie, jak i w przestrzeni, oraz wykrywanie prawidłowości, którym podlegają populacje ludzkie.

Pierwsza z nich została sformułowana pod koniec XVIII wieku przez angikańskiego pastora, historyka i ekonomistę Thomasa Malthusa, który w 1798 roku opublikował traktat pt. *Prawo ludności*. Według Malthusa ponieważ liczba ludności rośnie szybciej aniżeli zasoby, które pozwalają ją wyżywić, każdorazowo nadmiar ludności jest skazany nieuchronnie na zagładę, na skutek działania „prawa natury” w postaci nędzy, głodu, zarazy i wojen (Holzer, 2003; Okólski, 2004). Demografia zmiany społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.)

(...) nadmiar ludności jest skazany nieuchronnie na zagładę, na skutek działania „prawa natury”, w postaci nędzy, głodu, zarazy i wojen (...).

Gregory Clark (2014, s. 16) charakteryzuje tzw. pułapkę maltuzjańską następująco: „W gospodarce maltuzjańskiej z czasów przed rokiem 1800 polityka gospodarcza była postawiona na głowie: to, co się obecnie uważa za zło, wtedy było zjawiskiem pozytywnym, i odwrotnie. Plagi nękające niesprawne państwa współczesności, mianowicie wojny, przemoc, chaos, nieurodzaje, infrastruktury publiczne, które przestały funkcjonować, fatalne warunki sanitarne, do 1800 roku były przyjaciółkami ludności. Działo się tak, ponieważ zmniejszały presję populacyjną i powadziły do podniesienia poziomu materialnych warunków życia”.

Teoria Thomasa Malthusa trafnie charakteryzowała stosunki ludnościowe w epoce przedprzemysłowej (Osterhammel, 2013). Ponieważ nie znajduje ona zastosowania dla opisu zmienności historycznej przyrostu naturalnego w epoce przemysłowej, grono demografów amerykańskich zatrudnionych w Instytucie Badań Ludnościowych w Princeton na przełomie lat 30. i 40. opracowało koncepcję przejścia demograficznego. Jego istota polega na zmianie procesu reprodukcji, który na początku cechował się gwałtownym obniżeniem współczynnika zgonów. A ponieważ początkowo również utrzymywał się wysoki poziom

urodzeń, nastąpił systematyczny wzrost współczynnika przyrostu naturalnego. Jego późniejszy spadek był wynikiem obniżenia współczynnika urodzeń do poziomu prostej zastępowalności pokoleń (Holzer, 2003; Okólski, 2004; Clark, 2014). Z czasem współczynnik urodzeń uległ obniżeniu do poziomu, który nie gwarantował nawet prostej zastępowalności pokoleń, co stało się jedną z przyczyn starzenia się społeczeństw, w których odnotowano takie zjawisko.

Starzenie się ludności jako konsekwencja spadku dzietności

Kontynentem, na którym procesy starzenia się ludności wystąpiły najwcześniej, była Europa. Współcześnie we wszystkich populacjach europejskich proces ten jest mocno zaawansowany i stanowi konsekwencję spadku dzietności i wydłużenia się średniej długości życia oraz związanego z nim spadku umieralności, które były następstwem przejścia demograficznego związanego z procesami modernizacji. W niektórych krajach wpływ na proces starzenia miejscowych populacji mają procesy migracyjne. Jeżeli notują one odpływ ludności, to przede wszystkim młodej i mediana wieku społeczeństwie rośnie. Natomiast jeżeli przyjmują migrantów, może to wpływać na obniżenie mediany wieku bądź zahamowanie jej spadku. Początki procesu starzenia się populacji są związane ze spadkiem dzietności. Zjawisko to zostało zapoczątkowane w Europie Północno-Zachod-

Początki procesu starzenia się populacji są związane ze spadkiem dzietności. Zjawisko to zostało zapoczątkowane w Europie Północno-Zachodniej. Pierwszym krajem, który je odnotował, była Francja, a następnie, z pewnym opóźnieniem pojawiło się również w pozostałych krajach europejskich.

niej. Pierwszym krajem, który je odnotował, była Francja, a następnie, z pewnym opóźnieniem pojawiło się również w pozostałych krajach europejskich. Początkowo dzietność spadła do poziomu 2 dzieci, czyli zapewniała prostą zastępowalność pokoleń, następnie wskaźnik dzietności zaczął spadać dalej, poniżej jednego dziecka, do poziomu 1,5, co – jak zauważa Marek Okólski (2012) – prowadzi do zawężonej reprodukcji. Spadek tego

współczynnika poniżej 1,5 oznacza niską dzietność, a jeśli jest on mniejszy niż 1,3, wówczas mamy do czynienia z bardzo niską dzietnością. „Generalnie wartości współczynnika dzietności utrzymujące się w dłuższym okresie poniżej 1,5 prowadzą do nieodwracalnych zmian w strukturze wieku ludności” (Abramowska-Kmon, 2020, akapit 3).

„W najprostszym ujęciu współczynnik dzietności mierzy średnią liczbę dzieci, jakie rodzą kobiety w wieku rozrodczym w danym kraju. Współczynnik dzietności jest ściśle powiązany ze współczynnikiem urodzeń, który mierzy liczbę urodzeń żywych na 1000 mieszkańców danego kraju każdego roku” (Total Fertility Rate, 2024, akapit 2). W 2019 roku, według danych Banku Światowego, osiągnął wartość 2,4 dziecka na kobietę w skali całego świata, co oznaczało spadek jego wartości o blisko połowę w stosunku do roku 1950 (4,7). Do najważniejszych czynników wpływających na zmniejszanie się współczynnika dzietności zalicza się spadek liczby zgonów w dzieciństwie, łatwiejszy dostęp do antykoncepcji oraz wzrost poziomu wykształcenia u kobiet. Ten ostatni czynnik ma wpływ na podniesienie ich stopy życiowej, z czym łączy się również lepsze odżywianie, dbałość o higienę i zdrowie. Ponadto wykształcenie skłania do podejmowania pracy i odkładania bądź rezygnacji z założenia rodziny (Total Fertility Rate 2024; Goldin i Muggah, 2022). We współczesnym świecie do krajów o najwyższym współczynniku dzietności zaliczają się kraje Afryki Subsaharyjskiej, gdzie osiąga on wartość nawet 6,9 dziecka na kobietę (Niger), a w 10 krajach tego regionu wskaźnik ten jest większy lub równy liczbie 5,0 dzieci na kobietę. Wskaźnik dzietności wyższy od wartości, która zapewnia prostą zastępowalność pokoleń, jest charakterystyczny dla krajów rozwijających się (African Countries by population, 2023). Dotyczy to również Indii, kraju z największą populacją na świecie od 2023 roku. „Jak donosi portal *The Economist*, populacja Indii zacznie spadać znacznie wcześniej, niż sądzono. Z Narodowego Badania Zdrowia Rodzin wynika, że w 2020 roku wskaźnik dzietności ogólnej w Indiach spadł poniżej tego zapewniającego zastępowalność pokoleń” (Suraj, 2022, akapit 1). W drugiej co do wielkości populacji na świecie, chińskiej, wskaźnik ten spadł do poziomu 1,2 (w 2014 wynosił 1,55). Wskaźnik dzietności poniżej poziomu zastępowalności pokoleń odnotowano także w USA (1,7), Australii (1,7), Kanadzie (1,4), a także w Irlandii (1,7), Wielkiej Brytanii (1,6) i Francji (1,8). Najniższy, pomijając niektóre miasta-państwa, wskaźnik dzietności wśród krajów zamożnych i wysoko rozwiniętych zanotowano w Korei Południowej – 0,8. (The World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN> (dostęp 28.01.24)).

W Polsce w ciągu około 30 lat liczba urodzeń zmniejszyła się blisko o 1/3, z 547,7 tys. w 1990 do 375 tys. w roku 2019, współczynnik dzietności zmniejszył się z 1,99 do 1,42, a w 2003 roku osiągnął najniższą wartość – 1,22. Następnie wzrósł ponownie, ale nie przekroczył wartości 1,5, co sytuuje Polskę od 1998 roku w gronie krajów o niskiej dzietności (Abramowska-Kmon, 2020). Z najnowszego raportu Eurostatu wynika, że podczas gdy średnia dzietność w Unii Europejskiej wyniosła 1,53, to Polska z 1,33 znalazła się poniżej tego poziomu.

Reasumując, można powiedzieć „Dane Eurostatu wyraźnie pokazują, że kryzys demograficzny w Europie trwa w najlepsze” (Europejska mapa dzietności. Polska z czwartym najlepszym wynikiem, 2023, akapit 4).

Starzenie się ludności jako rezultat wydłużenia średniej długości życia

Jak pisze noblista Angus Deaton (2016) w książce *Wielka ucieczka. Zdrowie, bogactwo i źródła nierówności* „W ciągu sześćdziesięciu lat od zakończenia drugiej wojny światowej nastąpił bezprecedensowy spadek umieralności i bezprecedensowy wzrost oczekiwane długości życia”. Jest to największa w dziejach ludzkości „ucieczka przed ubóstwem i śmiercią” (s. 259), a procesowi temu towarzyszy także szybki wzrost średnich dochodów. Odpowiadając na pytanie, dlaczego żyjemy tak długo, tenże autor wskazuje na radykalną poprawę stanu zdrowia we współczesnych populacjach ludzkich, którą zawdzięczają one postępowi, jaki w ciągu minionego stulecia nastąpił we wszystkich dziedzinach mających wpływ na życie człowieka. Postęp ten odnotowano w medycynie, której osiągnięcia pozwoliły przede wszystkim na skuteczną walkę z zakażeniami bakteryjnymi, dzięki odkryciu antybiotyków, oraz na kontrolę chorób zakaźnych. Dokonało się to w ramach przejścia epidemiologicznego, które było procesem równoległym do przejścia demograficznego i procesów modernizacji społecznej i technologicznej, zachodzących w krajach najbardziej rozwiniętych. W rezultacie choroby zakaźne przestały odgrywać kluczową rolę wśród przyczyn zgonów, a na czoło wysunęły się choroby układu krążenia i nowotwory (Okólski, 2012; Deaton, 2016). Pewną zmianę w tym zakresie przyniosła pandemia COVID-19. W okresie jej trwania

wiele krajów, w tym także i Polska, doświadczyło dużej liczby nadmiarnych zgonów, spowodowanych bezpośrednio przez ten wirus, jaki pośrednio wskutek ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej.

Rozwój wiedzy na temat przyczyn chorób zakaźnych umożliwił podjęcie działań o charakterze profilaktycznym, takich jak szczepienia ochronne, których zadaniem jest wytworzenie w organizmach ludzkich mechanizmów chroniących je przed ciężkim przebiegiem choroby i będących jej następstwem powikłaniami

Rozwój wiedzy na temat przyczyn chorób zakaźnych umożliwił podjęcie działań o charakterze profilaktycznym, takich jak szczepienia ochronne, których zadaniem jest wytworzenie w organizmach ludzkich mechanizmów chroniących je przed ciężkim przebiegiem choroby i będących jej następstwem powikłaniami

przebiegiem choroby i będących jej następstwem powikłaniami. Programy szczepień ochronnych przeciwko chorobom zakaźnym zostały wprowadzone także w krajach rozwijających się. Szczególnie istotnym czynnikiem mającym wpływ na poprawę stanu zdrowia i wydłużenie życia okazały zmiany w stylu życia obejmującym takie elementy, jak m.in. promowanie aktywności fizycznej czy pozytywne zmiany w sposobie odżywiania się, będące konsekwencją zwiększenia dostępu do żywności, jak również poprawy jej jakości (Goldin i Muggah, 2022; Determinanty zdrowia Lalonda) U podstaw tych zmian legło podniesienie poziomu oświaty ogólnej oraz oświaty w dziedzinie higieny osobistej i zorganizowanie zbiorowych wysiłków na rzecz higieny środowiska (Nosko, 1997).

W dziedzinie ochrony zdrowia wielkim osiągnięciem było doprowadzenie do radykalnego zmniejszenia umieralności okołoporodowej i umieralności w okresie pierwszych 5 lat życia dziecka. Jak wynika z badań przeprowadzonych w ramach projektu Euro-Peristat, koordynowanych przez francuski instytut INSERM (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*), z udziałem naukowców ze wszystkich krajów Unii Europejskiej oraz Islandii, Norwegii, Szwajcarii i Wielkiej Brytanii: „Wskaźniki dotyczące zdrowia i szans przeżycia matek i noworodków w latach 2015–2019 w Europie poprawiały się, choć nie we wszystkich krajach” (mediana wskaźnika umieralności noworodków wyniosła 2,2 na 1000 urodzeń, od 0,9 w Estonii przez 2,7 w Polsce do 3,5 na 1000 urodzeń na Cyprze) (Wernicki, 2022, akapit 1). Korzystanie z owoców tego postępu nie jest jednak dane wszystkim mieszkańcom naszej planety. Inaczej bowiem sytuacja wygląda aktualnie w innych, ubogich regionach świata, zwłaszcza w wielu regionach w Azji Południowej i w krajach Afryki Subsaharyjskiej, gdzie trudne warunki społeczno-ekonomiczne mają decydujący wpływ na o wiele niższy niż w krajach rozwiniętych poziom opieki zdrowotnej. „Połowa wszystkich noworodków, które zmarły, przyszła na świat zaledwie w 5 krajach: Indiach (24%), Pakistanie (10%), Nigerii (9%), Demokratycznej Republice Konga (4%) i Etiopii (3%)” (UNICEF: Każdego dnia umiera 7000 noworodków, 2017, akapit 5). W Tanzanii, innym kraju Afryki Subsaharyjskiej śmiertelność wśród noworodków osiąga poziom 160 na 1000 urodzeń, a według raportu UNICEF każdego dnia umiera 7000 noworodków (UNICEF: Każdego dnia umiera 7000 noworodków, 2017; Chsch i ADRA ratują życie noworodków w Tanzanii, 2021).

Na wydłużenie średniej długości życia w krajach rozwiniętych oraz w części krajów rozwijających się wpłynął także spadek umieralności okołoporodowej kobiet, który jest konsekwencją spadku liczby urodzeń, wzrostu dostępności kobiet do opieki położniczej i większego uświadomienia młodych matek i ojców. W rezultacie według ekspertów WHO w 2020 roku w Europie i Ameryce Północnej na 100 tys. urodzeń przypadało 13 zgonów matek (łącznie 1400). W Polsce były to 2 zgony matek na 100 tys. urodzeń (łącznie 7 zgonów). Wskaż-

nik umieralności okołoporodowej matek ma kluczowe znaczenie dla oceny tego jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej (dr Lale Say z WHO; Nowy raport WHO, 2023; Goldin i Muggah, 2022). Także w tym przypadku postęp nie objął przynajmniej w dostatecznym stopniu niektórych regionów świata, ponieważ według raportu ONZ: *Trendy w umieralności okołoporodowej matek*, w 2020 roku na całym świecie doszło szacunkowo do 287 tys. zgonów matek. Najwięcej matek umiera w związku z powikłaniami okołoporodowymi w krajach Afryki Subsaharyjskiej zaliczanych do najbiedniejszych i często pogrążonych w konfliktach wewnętrznych. „W 2020 roku około 70% wszystkich zgonów matek miało miejsce w Afryce Subsaharyjskiej. W dziewięciu krajach stojących w obliczu poważnych kryzysów humanitarnych wskaźniki śmiertelności okołoporodowej były ponad dwukrotnie wyższe niż średnia światowa (551 zgonów okołoporodowych na 100 000 żywych urodzeń, w porównaniu z 223 na świecie)” (Opieka nad kobietą w ciąży. Raport ONZ, 2023, akapit 7). Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy znajduje się brak dostępności kobiet do zalecanych badań przedporodowych oraz możliwości korzystania z opieki poporodowej – wobec globalnego niedoboru 900 tys. położnych. Ponadto w wielu krajach, w których miejscowe społeczności żyją w ramach tradycyjnych, patriarchalnych struktur społecznych, kobiety często nie mają możliwości decydowania o tym, ile i kiedy chciałyby rodzić dzieci. „Nierówności związane z dochodami, edukacją, rasą lub pochodzeniem etnicznym dodatkowo zwiększają ryzyko dla zmarginalizowanych kobiet w ciąży, które mają najmniejszy dostęp do podstawowej opieki położniczej, ale są najbardziej narażone na podstawowe problemy zdrowotne w ciąży” (Opieka nad kobietą w ciąży. Raport ONZ, 2023, akapit 8).

O ile początkowo wydłużenie średniej długości życia było konsekwencją zmniejszenia umieralności niemowląt i dzieci w pierwszych latach życia, to po drugiej wojnie światowej wzrost ten zależał przede wszystkim od zmniejszenia umieralności ludzi w średnim i starszym wieku. Zjawisko znaczącego spadku umieralności w tych grupach wiekowych po raz pierwszy w dziejach nastąpiło po 1950 roku. Odpowiadając na pytanie, jak do tego doszło, Angus Deaton (2016, s. 148–149) pisze, że „Ludzie nie chcą umierać i są gotowi poświęcić wiele środków – tak z własnej kieszeni, jak z kasy państwowej, aby próbować uciec przed śmiercią. Jeśli duża liczba dzieci umiera przed osiągnięciem wieku dorosłego, redukcja umieralności najmłodszych zajmuje priorytetową pozycję w dążeniach nie tylko rodziców, ale całego społeczeństwa. Z czasem jednak, kiedy ludzie zaczynają żyć coraz dłużej, za najważniejszą zostaje uznana kolejna choroba – co zwykle oznacza chorobę, która zabija ludzi w wieku starszym, niż poprzednia, na której się skupiano”. Zatem priorytetem stało się teraz zwalczanie chorób przewlekłych: chorób serca, udarów i nowotworów. Umieralność powodowana chorobami układu sercowo-naczyniowego na początku XXI wieku

w krajach zamożnych spadła o połowę, a w przypadku niektórych krajów nawet o dwie trzecie. Sukcesy te były konsekwencją zmiany stylu życia, np. rezygnacji z palenia tytoniu, oraz postępów w medycynie, czyli nowych terapii i leków, a także ich upowszechnienia w świecie i obniżenia kosztów z nimi związanych (Deaton, 2016). Upowszechnienie nowych zdobyczy w świecie nie oznaczało jednak równego dostępu do nich w obrębie poszczególnych krajów, „toteż postęp w dziedzinie leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego spowodował prawdopodobnie powiększenie się nierówności w dziedzinie zdrowia między grupami ludzi o różnych dochodach i poziomach wykształcenia” (Deaton, 2016, s. 159). Ludzie zamożniejsi i lepiej wykształceni szybciej dostosowali się do nowych możliwości dbania o swoje zdrowie, zwłaszcza w zakresie profilaktyki. Na ten aspekt braku dbałości o zdrowie i konsekwencje życia w środowisku marginesu społecznego, czyli tzw. *underclass*, zdominowanym przez przemoc, zwrócił uwagę Theodore Dalrymple, lekarz pracujący w szpitalu, w brytyjskich slumsach, podkreślając, że los ten dzieli miliony ludzi (Dalrymple, 2016). Spadać zaczęła również umieralność na raka, a do sukcesu w tej dziedzinie także przyczyniły się badania profilaktyczne, umożliwiające wykrycie różnych postaci raka we wczesnym stadium. Znacząco na poprawę stosunków zdrowotnych wpłynęły wspomniane wcześniej zmiany w stylu życia, zwłaszcza w sferze odżywiania, a głód przestał być zjawiskiem powszechnym. W latach 1840–2000 oczekiwana długość życia w ciągu czterech lat rosła o rok, początkowo jako konsekwencja ratowania życia dzieci i niemowląt, później rzeczywistego wydłużania się życia ludzi (Deaton, 2016). W tym kontekście warto przypomnieć, że w Polsce w wyniku transformacji średnia długość życia wzrosła w porównaniu z innymi krajami unijnymi – w latach 1990–2011 – z 70,9 do 76,1 roku, czyli o 5,2 roku (Iwanow, 2012). Jest to w głównej mierze konsekwencja redukcji umieralności wskutek chorób układu krążenia (Health at a Glance: EUROPE 2014, Jak wypada Polska? 2015).

Ludzie zamożniejsi i lepiej wykształceni szybciej dostosowali się do nowych możliwości dbania o swoje zdrowie, zwłaszcza w zakresie profilaktyki.

Cechy społeczno-demograficzne i zdrowie w subpopulacji seniorów

Subpopulacje seniorów, coraz liczniejsze we współczesnych społeczeństwach, nie są homogeniczne, są wewnątrznie mocno zróżnicowane. Postrzeżenie ich

Subpopulacje seniorów, coraz liczniejsze we współczesnych społeczeństwach, nie są homogeniczne, są wewnętrznie mocno zróżnicowane. Postrzeganie ich jako homogenicznych było postulatem tzw. demografii apokaliptycznej.

jako homogenicznych było postulatem tzw. demografii apokaliptycznej. Jak pisze Krystyna Kluzowa (2014, s. 54): „Negowanie twierdzenia o istnieniu pewnych wspólnych dla całej subpopulacji seniorów problemów i potrzeb jest z całą pewnością bezpodstawne, ale za równie nieuzasadnione należy uznać pomijanie oczywistego faktu, że w jej skład wchodzi osoby o różnych cechach demogra-

ficznych i społecznych, niepozostających bez wpływu na sposób ich funkcjonowania w okresie wczesnej i późnej starości”.

Podstawową cechą różnicującą seniorów, uwarunkowaną biologicznie, jest płeć pojmowana jako zbiór cech biologicznych warunkujących zdolność do prokreacji (Okólski, 2014). Wśród seniorów w krajach rozwiniętych przeważają kobiety. Śmierć jest wprawdzie zjawiskiem nieuchronnym i ostatecznie nie omija nikogo, a jej prawdopodobieństwo rośnie wraz z wiekiem osobnika. Jednak to ryzyko jest zdecydowanie większe wśród mężczyzn i prowadzi do spadku ich odsetka w zbiorowości osób starszych. Seniorzy są zatem społecznością sfemini-zowaną, a im wyższe przedziały wiekowe, tym ta przewaga jest większa. Fakt ten ma wpływ na organizację pracy socjalnej na rzecz seniorów, ponieważ strumień klientów organizacji pomocowych jest i będzie zdominowany przez kobiety, które są bardziej skłonne niż mężczyźni do korzystania z ich usług. Wynika to z wzorców kulturowych przyswajanych w procesie socjalizacji. Seniorów różni także stan cywilny. W Polsce wśród kobiet przeważają wdowy, natomiast większość mężczyzn pozostaje nadal w związkach małżeńskich (Kluzowa, 2014).

Populacja seniorów jest również zróżnicowana pod względem wieku, przy czym rośnie systematycznie liczba osób w wieku 80 lat i więcej. Według WHO „możemy wyróżnić w tym niezwykłym okresie życia człowieka, jakim jest starość, trzy etapy. Są to wczesna starość, późna starość, a także wiek sędziwy, którym określamy osoby po 90. roku życia” (Oblicza starości, 2023, akapit 2). Wśród seniorów wraz z wiekiem rośnie odsetek osób niepełnosprawnych, często niezdolnych do samodzielnej egzystencji i wymagających wsparcia i pomocy (Kluzowa, 2014). Seniorzy różnią się między sobą także stopniem wykształcenia i poziomem zamożności, jednak należy zwrócić uwagę, że to kobiety a najczęściej wdowy doświadczają ubóstwa (Pachana, 2021). Podobny los dzielą osoby starsze z grup mniejszościowych lub zamieszkałe na peryferiach. Czynniki strukturalne różnicujące populację ludzi określaną mianem seniorów mają zasadnicze znaczenie przy opracowywaniu programów poli-

tyki społecznej i zdrowotnej, których celem powinno być zmniejszanie, a nie pogłębianie różnic występujących w tej grupie społecznej i prowadzących często do wykluczenia społecznego.

Wzrost liczebny subpopulacji seniorów stwarza przesłanki do reorientacji polityki państw w dziedzinie świadczenia usług w zakresie opieki społecznej i zdrowotnej. Kluczową kwestią pozostaje systematyczne rozwiązywanie problemu zapewnienia opieki nad osobami należącymi do tej kategorii społecznej, z uwzględnieniem czynników kulturowych.

Wzrost liczebny subpopulacji seniorów stwarza przesłanki do reorientacji polityki państw w dziedzinie świadczenia usług w zakresie opieki społecznej i zdrowotnej.

W wielu społeczeństwach o charakterze kolektywistycznym, jak np. chińskim (Attané, 2012), japońskim (Bednarz, 2018) czy w krajach Europy śródziemnomorskiej (Matysiak, 2005) obowiązek ten tradycyjnie spoczywa na rodzinie seniora. W krajach, gdzie dominuje indywidualizm, taka opieka przybiera również formy stacjonarne. Niemniej jej kosztami obciążone są rodziny seniorów, których niekiedy nie stać na ich ponoszenie. W sytuacji, jaka wynika z braku prostej zastępowalności pokoleń, problem organizacji i finansowania tej opieki docelowo będzie zobowiązane rozstrzygnąć i w coraz większym stopniu finansować państwo. Rosnąca liczba seniorów w coraz bardziej podeszłym wieku, który cechuje często wielochorobowość, wymaga rozbudowy oddziałów medycyny geriatrycznej i opieki paliatywnej. W Chinach np. przewiduje się lawinowy wzrost kosztów leczenia chorób związanych z nadmierną otyłością, cukrzycą, jak również chorobami serca. Wyniki badań nad zdrowiem największej wówczas populacji na świecie pokazały, że „Ponad połowa Chińczyków w wieku powyżej 60 lat ma nadciśnienie, 40 procent – depresję, 25 procent – nadwagę i chroniczny ból, ponad 20 procent zaś nie jest w stanie samodzielnie wykonać codziennych czynności” (Bożek, 2013, akapit 14).

Według prognoz demograficznych do 2050 roku trzykrotnie wzrośnie liczba ludzi w wieku 65+ co oznacza że sięgnie około 1,5 mld osób. Ta sytuacja budzi niepokój nawet w krajach stosunkowo zamożnych. W wielu z tych krajów zdecydowano się na zreformowanie systemów emerytalnych poprzez podniesienie i zrównanie wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn. Są to jednak rozwiązania obarczone poważnym ryzykiem politycznym dla rządzących, wobec braku zrozumienia konieczności przeprowadzenia takich reform w społeczeństwach. Wykorzystują to różnej maści populiści, blokując ich wprowadzenie, jak w Polsce w 2015 roku, kiedy to odwrócono wprowadzone wcześniej rozwiązania, nie bacząc na konsekwencje takiego postępowania dla przyszłości systemu emerytalnego w kraju, którego

deficyt systematycznie rośnie przy jednocześnie rosnącej liczbie jego beneficjentów.

Obawy te stały się przesłanką dla przeprowadzenia przez Pew Research Center szeroko zakrojonego badania opinii publicznej w 21 krajach. Wzięło w nim udział aż 22 425 respondentów, którzy odpowiadali na pytania związane ze starzeniem się ludności w świecie i konsekwencjami tego zjawiska dla poziomu życia przyszłych emerytów. Wyniki badania pokazały, że Chińczycy, podobnie jak ich sąsiedzi w regionie – Japończycy i Południowi Koreańczycy – wykazują najwyższy poziom zaniepokojenia tym problemem, według danych zawartych w raporcie z tych badań, starzenie się społeczeństw najbardziej niepokoi mieszkańców Azji Wschodniej, najbardziej optymistycznie zaś do tego problemu podchodzą Amerykanie. „Zgodnie z sondażem 9 na 10 Japończyków, 8 na 10 Południowych Koreańczyków i 7 na 10 Chińczyków uważa, że starzenie się stanowi «poważny problem kraju». Europejczycy również wykazują stosunkowo wysoki poziom niepokoju. Ponad połowa respondentów w Niemczech i Hiszpanii oceniła, że starzenie jest poważnym problemem. Tę opinię podzielało tylko 26 proc. Amerykanów” (Raport: starzenie się społeczeństwa – problem w Azji wschodniej, 2014, akapit 3; Pew Research Center, January, 2014 Attitudes about Aging: A Global Perspective).

Migracje i ich wpływ na problemy demograficzne

Migracje, czyli procesy przemieszczania się ludności, są wpisane w dzieje społeczności ludzkich od zarania ich istnienia. W toku migracji zasiedlone zostały kolejne kontynenty. Procesy te nigdy nie ustały i trwają po dziś dzień.

Migracje, czyli procesy przemieszczania się ludności, są wpisane w dzieje społeczności ludzkich od zarania ich istnienia. W toku migracji zasiedlone zostały kolejne kontynenty. Procesy te nigdy nie ustały i trwają po dziś dzień. W czasach współczesnych można wyróżnić kilka wzorców, według których przebiegają procesy migracyjne. O modelu klasycznym

można mówić w przypadku, takich państw jak USA, Kanada, Australia, które zamieszkuje społeczności składające się z imigrantów lub ich potomków, a ludność rdzenna stanowi znikomy odsetek miejscowego społeczeństwa. W krajach tych postrzegano imigrantów jako przyszłych obywateli. Kolejny model można wyróżnić w przypadku państw, które kiedyś posiadały kolonie zamorskie, jak

Wielka Brytania, Francja czy Holandia i wspólnie faworyzują imigrantów przybywających z terenów ich byłych kolonii. Według innego wzorca przebiegały procesy migracyjne w takich krajach jak np. Niemcy, Szwajcaria i Belgia. W imigrantach widziano tam czasowych pracowników, stąd określenie tego wzorca mianem modelu gasterbeiterów, którzy docelowo powrócą do krajów pochodzenia. Tak się jednak nie stało. Zarówno oni, jak i ich potomkowie w kolejnych pokoleniach pozostali na stałe. Wreszcie należy wspomnieć o migracjach nielegalnych, które odgrywają wspólnie ogromną rolę (Migracje ludności, 2023; Castels i Miller, 2011).

Migranci zasilają potencjał siły roboczej w krajach, do których przybywają, pracują często dłużej i ponieważ nie mają zagwarantowanej drogi do kariery, gotowi są podejmować większe ryzyko jako inwestorzy i przedsiębiorcy. „Przede wszystkim przyczyniają się do obniżenia kosztów opieki nad dziećmi i innych służb opiekuńczych. W Europie np. prawie 23 procent ludności nie może pracować bo opiekuje się innymi osobami Wśród tych 23 procent jest znacznie więcej kobiet, które częściej zajmują się opieką” (Goldin i Muggah, 2022, s. 45). Ponadto pracujący za granicą migranci przekazali w 2014 roku do rodzinnych krajów blisko 400 mld dolarów, czyli trzy razy większą kwotę od tej, która przyznawana jest w ramach Oficjalnej Pomocy Rozwojowej. Pieniądze te pozwalają na podniesienie poziomu życia rodziny pozostawionej w kraju rodzinnym, umożliwiają lepszą edukację dla dzieci, przyczyniają się do wydłużenia życia dzięki podwyższeniu jego standardu i stanowią rodzaj zabezpieczenia społecznego (Withol de Wenden, 2017).

W przypadku Polski „Aby zahamować całkowicie przyrost współczynnika obciążenia demograficznego, liczba cudzoziemców w wieku produkcyjnym do 2032 r. musiałaby corocznie przyrastać o 200–400 tys. (wzrost liczby cudzoziemców w wieku produkcyjnym o 200–250 tys. rocznie jest realny)” (Piekutowski, 2023, s. 14). Tymczasem od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku wyemigrowało z Polski do Europy Zachodniej, według danych GUS, prawie 1,5 mln młodych ludzi. „Ostrożnie licząc, jest to 9% liczby osób aktywnych zawodowo, które pozostały w Polsce” (Strzelecki, 2020, akapit 1). Jednocześnie od 2014 roku rosła w Polsce liczba imigrantów z 0,2 do 1,3–2,0 mln w 2019 roku, równoważąc skutki emigracji na rynku pracy, zwłaszcza że w 2012 roku po raz pierwszy liczba osób, które odeszły na emeryturę, była większa od roczników wchodzących na rynek pracy (Strzelecki, 2020).

O ile migracje realizowane według wzorców wskazanych wcześniej odbywały się na ogół w majestacie prawa obowiązującego w kraju przyjmującym imigrantów, o tyle wielu migrantów z różnym nasileniem w przeszłości i obecnie przekracza granice nielegalnie bądź otrzymuje zgodę na pobyt czasowy i nielegalnie pozostaje po upływie terminu, na jaki to pozwolenie opiewało (Castels

i Miller). Na świecie liczba migrantów wzrosła w latach 1990–2020 z 153 mln do 280,6 mln; w Europie w tym samym okresie z 49,6 mln do 86,7 mln, a do września 2023 roku według szacunków do 97,1 mln (w tym liczba Ukraińców ponad 5,8 mln). Liczba imigrantów „oficjalnych i nieoficjalnych” w Polsce, według stanu z września 2023 roku, oceniana jest na 3,5 do 4,0 mln, w tym 60–75% to Ukraińcy (Karbowicz, 2023; Piekutowski, 2023). Jednak głównym źródłem napływu migrantów, zwłaszcza nielegalnych, będą rejon świata otaczające Europę od Południa i Południowego Wschodu. Jak zauważył przed wielu laty (w 1997 roku) wybitny filozof włoski Umberto Eco (2020, s. 25) „Trzeci świat puka do drzwi Europy i wchodzi w nie także i wtedy, kiedy Europa na to się nie zgadza”.

Europa doświadczyła w bieżącym stuleciu kryzysu migracyjnego wywołanego przede wszystkim wojną w Syrii i kryzysu uchodźczego spowodowanego napaścią Rosji na Ukrainę. W 2015 roku do 28 krajów unijnych. przybyło 1 255 600 osób (562 700 w 2014 roku), co stanowiło 0,25% populacji UE liczącej wówczas 508,2 mln. Natomiast blisko 3 mln przyjęła Turcja, 1,5 mln Liban i około 0,65 mln Jordania (Clochard, 2017). Z powyższych danych wynika, że większość uchodźców pozostaje w krajach sąsiednich. Podobnie było w przypadku Palestyńczyków, Afgańczyków, Ukraińców, jak również uchodźców w Afryce. Wielu z nich mieszka w obozach dla uchodźców, które często, jak np. obóz Dadaab, w Kenii są przeludnione, nękane brudem, chorobami i niedożywieniem i stanowią zagrożenie dla stanu zdrowia publicznego (Rawlence, 2016).

Wśród przyczyn migracji należy wymienić czynniki wypychające, czyli powody, dla których ludzie opuszczają dany kraj i czynniki przyciągające, tj. przyczyny, które skłaniają do przeniesienia się do danego kraju. Z kolei do czynników społeczno-ekonomicznych zalicza się zmiany demograficzne i politykę migracyjną w krajach docelowych oraz chęć poprawy warunków bytowych własnych i rodziny, a zwłaszcza zapewnienie edukacji dzieciom. „Według Międzynarodowej Organizacji Pracy ONZ, liczba pracowników migrujących, zdefiniowanych jako osoby migrujące w celu zatrudnienia, w 2019 r. wynosiła ok. 169 milionów na całym świecie i stanowiła ponad dwie trzecie migrantów międzynarodowych. Ponad dwie trzecie wszystkich migrujących pracowników przebywało w krajach o wysokich dochodach” (Przyczyny migracji: dlaczego ludzie migrują? 2023, akapit 8). Kolejnymi czynnikami skłaniającymi do migracji są czynniki środowiskowe i zmiany klimatyczne. Natomiast z badań przeprowadzanych przez agendy unijne wynika, że potrzeba leczenia rzadko wymieniana jest jako motyw wyjazdu. Ponadto badania epidemiologiczne dowodzą, że w pierwszym okresie po przyjeździe imigranci wykazują się lepszym zdrowiem niż miejscowa ludność, gdyż w przypadku osób mających problemy ze zdrowiem emigracja w ogóle nie jest możliwa (Izambert, 2017). Do najważniejszych należą czynniki społeczno-polityczne; do tej kategorii zalicza się „prześladowa-

nia na tle etnicznym, religijnym, rasowym, politycznym i kulturowym zmuszają ludzi do opuszczenia ich kraju. Istotnym czynnikiem jest wojna lub konflikt, zagrożenie konfliktem i prześladowania ze strony rządu. Osoby uciekające przed konfliktami zbrojnymi, łamaniem praw człowieka lub prześladowaniami, częściej są uchodźcami humanitarnymi, co ma wpływ na to, gdzie się osiedlają, ponieważ niektóre kraje mają bardziej liberalne podejście do migrantów humanitarnych niż inne. Takie osoby prawdopodobnie przeprowadzą się do najbliższego bezpiecznego kraju przyjmującego osoby ubiegające się o azyl” (Przyczyny migracji: dlaczego ludzie migrują? 2023, akapit 4). Jak wynika z komunikatu Urzędu Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych ds. Uchodźców (UNHCR), liczba uchodźców we wrześniu 2023 roku osiągnęła rekordowy wymiar 114 mln osób. Głównymi przyczynami były konflikty zbrojne w Ukrainie, Sudanie, Kongu (DRK) i Birmie oraz kryzys humanitarny w Afganistanie. Według Filippo Grandiego Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw uchodźców (UNHCR) społeczność międzynarodowa nie ma zdolności do zapobiegania i rozwiązywania konfliktów, a ich eskalacja prowadzi do niszczenia życia niewinnych ludzi, ich wykorzenienia i niemożności powrotu do domów. Liczba uchodźców na świecie wyniosła rekordowe 114 mln w 2023 roku. Obszarem docelowym dla wielu uchodźców i nielegalnych imigrantów są kraje Unii Europejskiej. Dlaczego Europa, a właściwie wybrane kraje Unii Europejskiej, podobnie jak Stany Zjednoczone, Kanada i Australia stanowią najczęściej wymarzony punkt docelowy dla imigrantów? Otóż obszar Unii Europejskiej to strefa, w której panuje bezpieczeństwo i dobrobyt. Według raportu GfK (Growth from Knowledge) średni dochód, którym dysponował Europejczyk wynosił 17 688 euro, w tym Szwajcar 49,6 tys. euro Niemiec 26 271, mieszkańców Wielkiej Brytanii 26 081 euro, Polak 10 903 euro, a Ukraińiec niecałe 2,5 tys. euro. Zróżnicowanie w dochodach występuje nie tylko między poszczególnymi państwami, lecz także w obrębie tych państw, między regionami, które jak w Czechach, uległy zmniejszeniu, podczas gdy w Polsce i Francji się zwiększyły (Ditrich). Ponadto państwa europejskie mają rozbudowane systemy wsparcia społecznego, w tym rozbudowane systemy ochrony zdrowia. Wpływ pandemii nieco spowolnił, ale nie zahamował napływu imigrantów. W najbliższym okresie napływ imigrantów z Afryki Północnej, Bliskiego Wschodu i słabiej rozwiniętych państw azjatyckich głównie do Europy Zachodniej będzie nadal rósł, powodowany nierównowagą demograficzną między państwami o niskich dochodach z rosnącymi populacjami a państwami o wysokich dochodach, w których źródłem wzrostu populacji będą imigranci (Piekutowski, 2023).

Jak zauważa autor Raportu na temat migracji: „W wielu krajach (np. w Szwecji i Holandii) narasta frustracja związana z trudnościami z integracją części imigrantów – tzw. *drifterów* niezainteresowanych podjęciem pracy i kształcenia,

wkładem w rozwój państw docelowych ani przyjęciem zasad ich kultury” (Piekutowski, 2023). W krajach przyjmujących rodzi poczucie zagrożenia i sprzeciw wobec przyjmowania nielegalnych imigrantów. Powoduje też wzrost poparcia dla partii propagujących tradycyjne wartości i bliskich światopoglądowi nacjonalistycznemu, które opowiadają się za ograniczeniem imigracji. Na przykład we Francji w okresie od czerwca 2022 roku do kwietnia 2023 roku nastąpił wzrost poparcia dla Zjednoczenia Narodowego z 19% do 24%, zaś w Niemczech poparcie dla AFD wzrosło między wrześniem 2022 roku a 2023 roku z 12% do aż 22% (Goldin i Muggah, 2022; Piekutowski, 2023). Sytuacja ta budzi zaniepokojenie czynników rządowych w krajach europejskich. We Francji w 2011 roku powstał Raport wskazujący na porażkę francuskiej polityki integracyjnej. Różnice kulturowe pomiędzy świecką Francją a przybywającymi imigrantami stanowią dużą przeszkodę do społecznej inkluzji (Storhaug, 2015). Również rząd Szwecji, gdzie dominowała postawa poprawności politycznej w odniesieniu do imigrantów, wyraził zaniepokojenie rosnącą przestępczością i demonstrowaniem postaw roszczeniowych przez imigrantów. Podobnie oceniają politykę Szwecji w tej kwestii jej skandynawscy sąsiedzi, „którzy otwarcie odzęgnują się od otwartej polityki imigracyjnej sąsiada” (Kubitsky, 2023, s. 58).

Podsumowanie

Zmiany demograficzne zarówno w świecie, Europie i w Polsce stanowią istotną przesłankę dla modyfikacji polityki zdrowotnej państw, których społeczeństwa notują coraz większą liczbę seniorów, czemu towarzyszy malejąca liczba rodzących się dzieci.

Zmiany demograficzne zarówno w świecie, Europie i w Polsce stanowią istotną przesłankę dla modyfikacji polityki zdrowotnej państw, których społeczeństwa notują coraz większą liczbę seniorów, czemu towarzyszy malejąca liczba rodzących się dzieci. Oznacza to zmniejszanie się zapotrzebowania na usługę pediatrów i jednoczesny wzrost zapotrze-

bowania na świadczenia z zakresu medycyny geriatrycznej. Chodzi przy tym nie tylko o zwiększenie liczby praktykujących i pozostających w szkoleni lekarzy geriatrów i pielęgniarek geriatrycznych, lecz także konieczność wyposażania oddziałów szpitalnych w łóżka specjalistyczne. Poza tym pacjenci w starszym wieku cierpią na liczne dolegliwości i występuje u nich zjawisko wielochorobowości, co wymaga koordynacji poczynań różnych specjalistów, jak i przede

wszystkim stosowania wielu leków. Przy czym chodzi tutaj nie tylko o opiekę szpitalną, zamkniętą, lecz także ambulatoryjną. Ponadto coraz liczniejsi i zarażem coraz starsi seniorzy będą najczęściej coraz mniej sprawni i zdolni zadbać o swoje potrzeby i będą wymagali wsparcia, czyli rozbudowy placówek opiekuńczych. Wreszcie istotną kwestią stanie się problem emerytur. Rosnąca liczba świadczeniobiorców będzie prowadziła do wzrostu kosztów związanych z funkcjonowaniem systemów emerytalnych, których rozwiązanie wymaga nie tylko wydłużenia i zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn. Pozostaje też aspekt wnoszenia składek do kas ubezpieczenia emerytalnego. Wobec braku zastępowalności pokoleń i ograniczonej liczby urodzin pozostaje albo podwyższenie podatków, albo imigracja zastępcza, która w skrajnym wypadku może wzbudzić sprzeciw społeczny w zainteresowanych krajach. Zatem zachodzące procesy demograficzno-społeczne bezpośrednio wpływają na zmieniające się modele opieki zdrowotnej, a fakt, że wszyscy jesteśmy pacjentami, czyni nas bezpośrednio zaangażowanymi w sam proces.

Bibliografia

1. Abramowska-Kmon, A. (2020). *Dlaczego mamy niż demograficzny?* Gazeta SGH 10.07.2020. Pobrane 2 stycznia 2024 z: <https://gazeta.sgh.waw.pl/poprostu-ekonomia/dlaczego-mamy-niz-demograficzny>.
2. African Countries by population (2023). Pobrane 27 stycznia 2024 z: <https://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>.
3. Attané, I. (2012). *Tam gdzie dzieci są luksusem. Chiny wobec katastrofy demograficznej*. Warszawa: Wydawnictwo Studio EMKA.
4. Bednarz, K. (2018). *Kwiaty w pudełku. Japonia oczami kobiet*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
5. Bożek, J. (20013). *Chiny się kurczą*, Dziennik opinii. Krytyka Polityczna, 6.10.2013, Pobrane 27 stycznia 2024 z: <http://www.krytykapolityczna.pl/artykuly/chiny/20131006/bozek-chiny-sie-kurcza>.
6. Castels, S., Miller, M.J. (2011). *Migracje we współczesnym świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
7. *Chsch i ADRA ratują życie noworodków w Tanzanii*, 17.12.2021. Pobrane 14 stycznia 2024 z: <https://www.adra.pl/chsch-i-adra-ratuja-zycie-noworodkow-w-tanzanii/>.
8. Clark, G. (2014). *Pożegnanie z jałmużną. Krótka historia gospodarcza świata*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
9. Clochard, O. (2017). *Czy Unia Europejska przeżywa masowy napływ uchodźców*. W: H. Thiollet (red.). *Migranci, migracje. O czym warto wiedzieć, by wyrobić sobie własne zdanie*. Kraków: Karakter.
10. *Co to jest spis powszechny?* Pobrane 2 grudnia 2023 z: <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/narodowe-spisy-powszechne/co-to-jest-spis-powszechny/>.
11. *Co dwie minuty umiera na świecie kobieta w ciąży lub w trakcie porodu*. Nowy raport WHO, TVN24 | Świat 23.02.2023, Źródło: WHO, ABC News, Reuters Archive. Pobrane 13 stycznia 2023 z: <https://tvn24.pl/swiat/who-co-dwie-minuty-umiera-na-swiecie-kobieta-w-ciazy-lub-w-trakcie-porodu-6773881>.
12. Dalrymple, T. (2016). *Na dzień. Niepoprawna politycznie charakterystyka współczesnej biedy*. Warszawa: Fijorr Publishing Company.
13. Deaton, A. (2016). *Wielka ucieczka. Zdrowie, bogactwo i źródła nierówności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

14. *Determinanty zdrowia Lalonda*. Pobrane 8 stycznia 2024 z: <https://www.zikodlazdrovia.org/blog/determinanty-zdrowia-lalonda/>.
15. Ditrich, R. (2023). *Najbogatsze kraje Europy. W Polsce tylko Warszawa powyżej średniej RANKING*. Pobrane 10 stycznia 2024 z: <https://obserwatorgospodarczy.pl/2023/10/29/najbogatsze-kraje-europy-w-polsce-tylko-warszawa-powyzej-sredniej-ranking/>.
16. Eco, U. (2020). *Migracje i nietolerancja*. Warszawa: Noir sur Blanc.
17. *Europejska mapa dzietności. Polska z czwartym najgorszym wynikiem FORSAL.PL* 15 marca 2023. Pobrane 27 stycznia 2024 z: <https://forsal.pl/gospodarka/demografia/artykuly/8680536,europaeska-mapa-dzietnosci-polska-z-czwartym-najgorszym-wynikiem.html>.
18. Goldin, I., Muggah, R. (2022). *Dokąd zmierzają świat. 100 map na następne 100 lat*. Warszawa: Bellona.
19. *Health at a Glance: EUROPE 2014, Jak wypada Polska?* Pobrane 17 września 2015 z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-EUROPE-2014-Briefing-Note-POLAND-In-Polish.pdf>.
21. Holzer, J.Z. (2003). *Demografia*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
22. Iwanow, A. (2012). *Polacy są bogaci tylko o tym nie wiedzą*. Gazeta Wyborcza z 4.01.2012.
23. Izambert, C. (2017). *Czy imigranci we Francji są obciążeniem dla systemu opieki zdrowotnej?* W: H. Thiollet (red.). *Migranci, migracje. O czym warto wiedzieć, by wyrobić sobie własne zdanie*. Kraków: Karakter.
24. Kaczmarek T., Koralewski T., Matykowski R. (1998). *Wielka encyklopedia geografii świata, t. XII, Ludność świata*. Poznań: Wydawnictwo Kurpisz.
25. Karbowicz E. (2023). *Liczba imigrantów w Polsce to ok. 3,5-4 mln, z czego 60-75 proc. stanowią Ukraińcy (RAPORT)*. Dziennik Gazeta Prawna z 26.09.2023. Pobrane 23 stycznia 2024 z: <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9307688,liczba-imigrantow-w-polsce-to-ok-35-4-mln-z-czego-60-75-proc-stano.html>.
26. Kluzowa, K. (2014). *Demograficzne drogowskazy dla gerontologicznej pracy socjalnej*. W: M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska (red.). *Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań* (s. 53–64). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
27. Kotowska, I. (2021). *Czym jest spis powszechny? Historia i rola spisu powszechnego w Polsce*. Pobrane 26 stycznia 2024 z: <https://gazeta.sgh.waw.pl/meritum/czym-jest-spis-powszechny-historia-i-rola-spisu-powszechnego-w-polsce>.
28. Kubitsky, J. (2023). *Szwed jeździ metrem*. *Polityka* 44 (3437), 58–59.
29. *Liczba uchodźców na świecie wyniosła rekordowe 114 milionów*, (PAP) 2023-10-26. Pobrane 11 stycznia 2024 z: <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Liczba-uchodzcow-na-swiecie-wyniosla-rekordowe-114-milionow-8635834.html>.
30. Matysiak, A. (2005). *Porównanie wyników badania w wybranych krajach europejskich*. W: I.E. Kotowska (red.) *Scenariusze polityki ludnościowej dla Polski. Badanie eksperckie Delphi* (s. 86–87). Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
31. *Migracje ludności*. (2023). Pobrane 10 stycznia 2024 z: https://pl.wikipedia.org/wiki/Migracja_ludno%C5%9Bci.
32. Nosko, J. (1997). *Historia medycyny a historia zdrowia publicznego*. *Medycyna Nowożytna*, 4/1–2, 39–62.
33. *Oblicza starości – co musimy wiedzieć o starości?* (2023). Pobrane 23 stycznia 2024 z: <https://ortomedico.pl/blog/dla-seniora-i-jego-opiekuna/oblicza-starosci-co-musimy-wiedziec-o-starosci>.
34. Okólski, M. (2004). *Demografia zmiany społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
35. Okólski, M., Fihel, A. (2012). *Demografia. Współczesne zjawiska i teorie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
36. Osterhammel, J. (2013). *Historia XIX wieku. Przeobrażenie świata*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
37. Pachana, N.A. (2021). *Starzenie się*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
38. Pew Research Center, January, 2014 Attitudes about Aging: A Global Perspective, s. 5, Pobrane 31 października 2015 z: <http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>.

39. Piekutowski, J. (2023). *Migracje: niewykorzystana (na razie) szansa Polski*, Warszawa: Warsaw Enterprise Institute. Pobrane 9 stycznia 2024 z: <https://wei.org.pl/2023/aktualnosci/jarema/raport-migracje-niewykorzystana-na-razie-szansa-polski/>.
40. *Przyczyny migracji: dlaczego ludzie migrują?* Aktualności. Parlament Europejski, 03-05-2023. Pobrane 10 stycznia 2024 z: <https://www.europarl.europa.eu/news/pl/headlines/world/20200624STO81906/przyczyny-migracji-dlaczego-ludzie-migruja>.
41. *Raport: starzenie się społeczeństwa – problem w Azji wschodniej*, PAP/Rynek Zdrowia 31 stycznia 2014 08:50. Pobrane 25 września 2015 z: <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Raport-starzenie-sie-spoleczenstwa-problem-w-Azji-wschodniej,137908,8.html>.
42. Rawlence, B. (2016). *Miasto cierni. Największy obóz dla uchodźców*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
43. Storhaug, H. (2015). *Islam jedenasta plaga*. Katowice: Wydawnictwo Stapis.
44. Strzelecki, P. (2020). *Kluczowa dekada dla demografii Polski a pandemia COVID-19*, Gazety SGH (358) Insight 2020, 16.09.2020. Pobrane 27 stycznia 2024 z: <https://gazeta.sgh.waw.pl/>.
45. Suraj, A. (2022). *Populacja Indii znacznie spadać znacznie wcześniej niż sądzono*, 6.01.2022 Obserwator Gospodarczy. Pobrane 27 stycznia 2024 z: <https://obserwatorgospodarczy.pl/2022/01/06/populacja-indii-zacznie-spadac-znacznie-wczesniej-niz-sadzono/>.
46. Total Fertility Rate 2024. World Population Review. Pobrane 2 stycznia 2024 z: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/total-fertility-rate>.
47. The World Bank. Pobrane 28 stycznia 2024 z: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>.
48. Withol de Wenden, C. (2017). *Czy migranci z biednych krajów powinni kraje te wspierać?* W: H. Thiollet (red.). *Migranci, migracje. O czym warto wiedzieć, by wyroić sobie własne zdanie*. Kraków: Karakter.

Twarzą w twarz z zarazą – postrzeganie przez pacjentów dostępu do opieki zdrowotnej w czasach COVID-19 i w okresie postpandemicznym

Wprowadzenie

Różne czynniki psychospołeczne mogą wpływać na to, czy pacjent uzyska dostęp do świadczeń zdrowotnych, a jednocześnie organizacja opieki medycznej, a więc m.in. jej dostępność, jakość, rodzaj, może oddziaływać na te czynniki. O tym, czy pacjent uzyska dostęp do opieki zdrowotnej, decydują m.in.: bariera ekonomiczna – brak ubezpieczenia zdrowotnego lub wysokie koszty opieki; status socjoekonomiczny – ubóstwo, bezdomność czy izolacja społeczna; bariera językowa i kulturowa – utrudniona komunikacja z personelem medycznym. Ponadto pacjenci, którzy nie są odpowiednio edukowani na temat dostępnych usług zdrowotnych, mogą zaniedbywać profilaktykę lub leczenie, a tym samym przyczynić się do pogorszenia swego stanu zdrowia.

Pod koniec 2019 roku w Wuhan – stolicy prowincji Hubei w środkowych Chinach – odnotowano liczne przypadki zakażeń nowym koronawirusem

O tym, czy pacjent uzyska dostęp do opieki zdrowotnej, decydują m.in.: bariera ekonomiczna; status socjoekonomiczny; bariera językowa i kulturowa (...).

SARS-CoV-2. Okazało się, że wirus szybko się rozprzestrzenił. Z tego powodu w marcu 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii COVID-19 (WHO, 2020). W Polsce stan epidemii w związku z zakażeniami koronawirusem ogłoszono 20 marca 2020 roku na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U. 2020 poz. 491). Okazało się, że choroba COVID-19 ma nieprzewidywalny przebieg, złożoną patogenezę, a przy tym w początkowym okresie pandemii nie było skutecznego leczenia. Wprowadzenie restrykcji związanych z przemieszczaniem się, funkcjonowaniem określonych instytucji i zakładów pracy oraz obowiązek stosowania środków ochrony osobistej miały na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa i tym samym zmniejszenie ryzyka zakażenia. Ponadto WHO oraz instytucje państwowe rekomendowały częste mycie i dezynfekcję rąk, używanie maseczek ochronnych ze względu na kropelkową drogę rozprzestrzeniania się wirusa, a także utrzymywanie dystansu społecznego w miejscach publicznych. Pacjenci, u których wynik diagnostycznego testu na obecność SARS-CoV-2 był pozytywny, podlegali obowiązkowej izolacji, a osoby pozostające w bliskim kontakcie lub mieszkające z chorym były zobowiązane do poddania się kwarantannie. Tylko personel medyczny i osoby zaszczepione przeciwko COVID-19 były zwolnione z kwarantanny. Osoby przebywające w izolacji lub poddane kwarantannie nie mogły opuszczać swoich domów; wychodzenie było dozwolone tylko w niektórych okolicznościach, takich jak wizyta lekarska (Chu i in., 2020; Hoffmann i in., 2023). Pomimo wprowadzenia licznych środków ostrożności od momentu wybuchu pandemii liczba osób chorych na COVID-19 stale wzrastała; jedynie w krótkotrwałych okresach obserwowano spadki zachorowań. W celu ułatwienia porównywania danych statystycznych dotyczących kolejnych przypadków zakażenia wirusem SARS-CoV-2 zaczęto posługiwać się pojęciem fali. Fale są charakterystyczną cechą pandemii. Sezonowa zmienność czynników środowiskowych przyczynia się do kształtowania podstawowych parametrów fal, np. czasu ich trwania czy też liczby osób zakażonych lub chorych. Przyjmuje się, że w Polsce wystąpiło pięć fal pandemii COVID-19 (Suligowski i Ciupa, 2023). Odwołanie stanu epidemii i wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego na obszarze Polski nastąpiło na mocy rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 roku (Dz.U. 2022 poz. 1027; Dz.U. 2022 poz. 1028). Tym samym uległy zmianie lub przestały obowiązywać restrykcje wprowadzone na początku pandemii COVID-19. Pozostał obowiązek noszenia maseczek ochronnych w placówkach medycznych zarówno przez personel, jak i przez pacjentów. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła koniec pandemii COVID-19 5 maja 2023 roku. Ze względu na spadek liczby zakażeń, hospitalizacji i zgonów spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 Główny Inspektor Sanitarny w Polsce złożył wniosek do Ministra Zdrowia o odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego. Stało się to na mocy rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 roku (Dz.U. 2023 poz. 1118) – ponieważ uznano, że pandemia COVID-19 ustąpiła, z dniem 1 lipca 2023 roku odwołano stan zagrożenia epidemicznego (Wise, 2023).

Podczas pandemii COVID-19 regularna opieka medyczna była ograniczona, co doprowadziło do zachwiania zaufania publicznego do systemu opieki zdrowotnej. Przed pandemią wywołaną koronawirusem SARS-CoV-2 dostęp do usług zdrowotnych był ograniczony z powodu

Podczas pandemii COVID-19 regularna opieka medyczna była ograniczona, co doprowadziło do zachwiania zaufania publicznego do systemu opieki zdrowotnej.

bariery ekonomicznej, a także czynników organizacyjnych oraz społecznych (Núñez i in., 2021). Wybuch pandemii spowodował, że instytucje zdrowia publicznego musiały ograniczyć wydatki publiczne lub przekierować zasoby na walkę z COVID-19, w wyniku czego na całym świecie zmniejszył się dostęp do rutynowych, a nawet ratujących życie usług zdrowotnych innych niż te związane z COVID-19. Ponadto różnice w dostępie do usług medycznych wśród społeczeństwa uległy pogłębieniu. W świetle zwiększonego zapotrzebowania na usługi sektora zdrowia negatywnym skutkiem pandemii zapobiegano poprzez politykę publiczną, w ramach której podejmowano działania mające na celu przezwyciężanie recesji gospodarczej, utrzymanie pracy socjalnej, zachęcanie do korzystania z wysokiej jakości usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz udzielanie wsparcia społecznego rodzinom znajdującym się w trudnej sytuacji (Blanchet i in., 2020; Both i in., 2021; Tuczyńska i in., 2022). Największe wyzwanie dla sektora medycznego stanowiło zaopatrzenie personelu w środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne oraz dostosowanie placówek medycznych do przyjmowania pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Konieczne było również przeszkolenie pracowników w zakresie odpowiedniego postępowania w stanie wysokiego ryzyka zagrożenia epidemicznego, aby zapewnić bezpieczeństwo pracy (Pandey i in., 2020; Beller i in., 2023). Od początku pandemii zalecano jako profilaktykę przeciwko przenoszeniu wirusa wśród społeczeństwa korzystanie z masek ochronnych. Stosowanie maseczek, a także innych środków ochrony osobistej: kombinezonów, przyłbic, rękawiczek przez personel medyczny było obowiązkowe. Z powodu dużego popytu na środki ochrony oraz ze względu na fakt, że ich ilość okazała się niedostateczna, część placówek medycznych musiała ograniczyć lub zawiesić przyjmowanie pacjentów w trakcie pandemii. Również sami pacjenci z obawy przed zakażeniem decydowali się odroczyć lub całkowicie odwołać wizyty lekarskie (Gonzalez i in., 2021; Reszke i in., 2021).

Po ustaniu pandemii COVID-19, która zmieniła życie wielu osób, pragnienie odkrycia sposobu na wymazanie z naszych umysłów wydarzeń wywołujących

Po ustaniu pandemii COVID-19, która zmieniła życie wielu osób, pragnienie odkrycia sposobu na wymazanie z naszych umysłów wydarzeń wywołujących ból, niepokój i dyskomfort stało się szczególnie intensywne.

mają wpływ na społeczeństwo na wielu płaszczyznach (Gamboa i in., 2017; Kupcova i in., 2023).

Fakt, że ludzie już tak bardzo nie odczuwają realnych, uzasadnionych obaw o swe zdrowie i życie, jak dzieje się to w czasie pandemii, może powodować, że zapominają oni o niedawnych trudnościach. W związku z tym, jeśli porówna-

Fakt, że ludzie już tak bardzo nie odczuwają realnych, uzasadnionych obaw o swe zdrowie i życie, jak dzieje się to w czasie pandemii, może powodować, iż zapominają oni o niedawnych trudnościach.

ból, niepokój i dyskomfort stało się szczególnie intensywne. Wielu z nas, członków naszych rodzin, przyjaciół i współpracowników doświadczyło trudnych i skomplikowanych, a czasem nawet zmieniających życie sytuacji – takich, z jakimi nie stykano się na naszym kontynencie od dziesięcioleci. Podejmowane decyzje i działania w trakcie pandemii COVID-19 nadal

my wyniki przeprowadzonych w różnych okresach – w trakcie pandemii COVID-19 oraz w czasie postpandemicznym – badań postrzegania dostępności do świadczeń zdrowotnych, możemy spodziewać się różnic w ocenie. Poznanie, jak pacjenci w Polsce oceniają dostęp do świadczeń zdrowotnych, prowadzi do do-

głębnego zrozumienia tego zagadnienia i jest jednym z ważniejszych aspektów badań uwzględniających analizę roli czynników psychospołecznych. Dlatego też celem pracy było sprawdzenie, jak pacjenci zamieszkujący terytorium Polski postrzegali dostępność do świadczeń zdrowotnych przed pandemią COVID-19 oraz w jej trakcie. Badanie przeprowadzono dwukrotnie – w trakcie pandemii i po jej zakończeniu. Następnie porównano wyniki uzyskane w obu badanych grupach.

Przeprowadzone badania

Narzędziem badawczym wykorzystanym do porównania dokonywanej przez pacjentów oceny dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce przed pandemią COVID-19 i w jej trakcie był autorski kwestionariusz ankiety sporządzony w języku polskim. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród mieszkańców

Polski w czasie trzeciej fali pandemii COVID-19, a następnie powtórzono je po zakończeniu pandemii, tj. w okresie od 12 listopada 2023 roku do 9 stycznia 2024 roku. Osoby, które wypełniły kwestionariusz ankiety podczas trzeciej fali pandemii, przyporządkowano do pierwszej grupy badanej – „pandemicznej”, natomiast te, które zrobiły to po ustąpieniu pandemii – do grupy drugiej, czyli „postpandemicznej”. Badanie przeprowadzono na dwóch różnych grupach, ponieważ do badania w okresie postpandemicznym nie można było zakwalifikować tych samych osób, które wypełniły ankietę podczas trzeciej fali pandemii. Wynikało to z faktu, że ankietę miała charakter anonimowy. W obu wypadkach kryteria włączenia były tożsame: wiek powyżej 18. roku życia, miejsce zamieszkania w Polsce oraz dobrowolne wyrażenie zgody na udział w badaniu. Kwestionariusze ankiet rozprowadzono w formie papierowej wśród pacjentów jednostek Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz w formie online, przy wykorzystaniu internetowego formularza Google Forms.

Kwestionariusz obu ankiet składał się z dwóch części. Pierwszą część stanowiła metryczka z pytaniami odnoszącymi się do płci, wieku (wiek produkcyjny lub poprodukcyjny), miejsca zamieszkania, statusu socjoekonomicznego oraz religii. Druga część dotyczyła postrzegania przez respondentów dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce przed pandemią COVID-19 i w jej trakcie. Do oceny dostępności wykorzystano w badaniu wizualną skalę analogową, VAS (*Visual Analogue Scale*), gdzie „0” oznaczało „bardzo źle”, a „10” – „bardzo dobrze”. Rzetelność obu kwestionariuszy ankiety poddano walidacji w oparciu o wartość współczynnika α Cronbacha. Ponieważ w prezentowanej pracy podjęto tematykę koncentrującą się na postrzeganiu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście psychospołecznych uwarunkowań opieki nad pacjentem, dokonano wyboru odpowiednich, tożsamych pytań z obu kwestionariuszy ankiet. Było to konieczne, gdyż pytania w kwestionariuszu obejmowały szerszy zakres tematyczny. Najbardziej istotne zostały wyselekcjonowane na podstawie subiektywnej oceny autorów.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu oprogramowania Statistica 13 firmy TIBCO i PQStat firmy PQStat Software. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Wynik uznano za istotny statystycznie, gdy $p < \alpha$. Aby porównać zmienne, skorzystano z testu Kruskala-Wallisa. Testu niezależności χ^2 lub testu Fishera-Freemana-Haltona użyto w celu zbadania korelacji. Aby zbadać, czy zmiany w ocenie są istotne statystycznie, zastosowano test Wilcoxon. Do sprawdzenia zależności pomiędzy zmiennymi kategorialnymi wykorzystano test niezależności χ^2 .

Wyniki

Przebadano 541 osób, przy czym w pierwszej grupie badanej – „pandemicznej” – było 246, natomiast w drugiej – „postpandemicznej” – 295 respondentów. W grupie „pandemicznej” znalazło się 168 kobiet i 77 mężczyzn; 1 osoba nie określiła płci. W grupie „postpandemicznej” było 180 kobiet i 113 mężczyzn; 2 osoby nie podały płci. W obu badanych grupach zdecydowana większość respondentów była w wieku produkcyjnym (grupa „pandemiczna”: $n = 216$, grupa „postpandemiczna”: $n = 277$), zamieszkiwała w dużym mieście, tj. powyżej 100 tys. mieszkańców (grupa „pandemiczna”: $n = 133$, grupa „postpandemiczna”: $n = 139$). Respondentów osiągających dochody powyżej średniej krajowej było 218 (grupa „pandemiczna”: $n = 86$, grupa „postpandemiczna”: $n = 132$), równe średniej krajowej: 138 (grupa „pandemiczna”: $n = 57$, grupa „postpandemiczna”: $n = 81$), poniżej średniej krajowej: 134 (grupa „pandemiczna”: $n = 74$, grupa „postpandemiczna”: $n = 60$), a nieosiągających dochodów: 36 (grupa „pandemiczna”: $n = 22$, grupa „postpandemiczna”: $n = 14$).

Na podstawie testu Wilcozona wykazano, że zarówno w grupie „pandemicznej” ($p = 0,000$), jak i w grupie „postpandemicznej” ($p = 0,000$) ocena postrzegania dostępności do świadczeń zdrowotnych uległa zmianie przed pandemią COVID-19 i w jej trakcie. Na podstawie testu Manna-Whitneya wykazano statystycznie istotne różnice, jeśli chodzi o ocenę dostępności do świadczeń zdrowotnych dokonaną w trakcie pandemii oraz w okresie postpandemicznym ($p = 0,015$).

W pierwszej grupie badanej – „pandemicznej” – wykazano istotne zmiany w ocenie postrzegania dostępności do świadczeń zdrowotnych zarówno wśród kobiet ($p = 0,000$), jak i wśród mężczyzn ($p = 0,000$). Ponadto wśród osób w wieku produkcyjnym ($p = 0,000$) oraz poprodukcyjnym ($p = 0,021$) zmiany w ocenie postrzegania dostępności były istotne statystycznie. Również w oparciu o test Kruskala-Wallisa wykazano istotne statystycznie różnice u respondentów nieosiągających dochodów ($p = 0,001$), osiągających dochody poniżej średniej krajowej ($p = 0,000$), równe średniej krajowej ($p = 0,000$) oraz powyżej średniej krajowej ($p = 0,000$). Podobne wyniki uzyskano w drugiej grupie badanej – „postpandemicznej”. Badanie dotyczące respondentów płci żeńskiej ($p = 0,000$) oraz męskiej ($p = 0,000$) wykazało istotne statystycznie zmiany w ocenie dostępności do świadczeń zdrowotnych przed pandemią COVID-19 i w jej trakcie. Zmiany były również istotne statystycznie w odniesieniu do wieku produkcyjnego ($p = 0,000$) i poprodukcyjnego ($p = 0,008$) czy w odniesieniu do osiąganego dochodu – powyżej średniej krajowej ($p = 0,000$), równego średniej ($p = 0,000$), poniżej ($p = 0,000$) i wśród respondentów nieosiągających dochodów ($p = 0,012$).

Na podstawie testu Manna-Whitneya w pierwszej grupie, tj. respondenci badani w czasie pandemii COVID-19, istotne statystycznie różnice wykazano względem wieku ($p = 0,031$), natomiast nie wykazano różnic względem płci ($p = 0,308$), podobnie jak na podstawie testu Kruskala-Wallisa względem osiąganego dochodu ($p = 0,225$). W drugiej grupie badanej – respondenci badani w okresie postpandemicznym – nie wykazano istotnych statystycznie różnic w postrzeganiu dostępności do świadczeń zdrowotnych przed pandemią i w jej trakcie zarówno względem płci ($p = 0,183$), wieku ($p = 0,654$), jak i dochodu ($p = 0,820$).

Postrzeganie opieki zdrowotnej przed pandemią i po pandemii

Kiedy sytuacja epidemiczna się poprawia, ludzie mają tendencję do zapominania o niedawnych trudnościach. Badania psychologiczne i społeczne sugerują, że ludzka psychika działa w ten sposób, że człowiek często stara się minimalizować negatywne doświadczenia i próbuje skupiać się na pozytywnych aspektach życia, gdy tylko jest to możliwe. Po bolesnych przeżyciach jednostka często stara się o nich zapomnieć, szczególnie gdy sytuacja się poprawia. Proces zapominania może być mechanizmem obronnym, który pomaga jednostkom przystosować się do zmieniających się warunków życiowych (Santos i in., 2013).

Zgodnie z psychologią zbiorowej pamięci ludzkość ma tendencję do selektywnego zapamiętywania i zapominania pewnych wydarzeń w zależności od kontekstu społecznego i emocjonalnego (Hirst, Manier, 2008). Kiedy sytuacja epidemiczna jest dobra, ludzie często skupiają się na pozytywnych aspektach życia i stają się mniej podatni na przypominanie sobie negatywnych doświadczeń związanych z pandemią COVID-19.

Celem badania było porównanie postrzegania dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce przed pandemią COVID-19 i po jej zakończeniu. Badanie przeprowadzono dwa razy – w trakcie pandemii COVID-19 i gdy pandemia ustała. Respondenci z obu grup stwierdzili, iż dostęp do świadczeń zdrowotnych był lepszy przed pandemią COVID-19 niż w jej czasie. Ponadto porównanie wyników badania przeprowadzonego podczas trzeciej fali pandemii z wynikami uży-

(...) porównanie wyników badania przeprowadzonego podczas trzeciej fali pandemii z wynikami uzyskanymi po pandemii wykazało, że ocena dokonana przez respondentów z drugiej grupy była wyższa niż ocena dokonana przez respondentów z grupy pierwszej, co wskazuje na syndrom społecznego zapominania.

skanymi po pandemii wykazało, że ocena dokonana przez respondentów z drugiej grupy była wyższa niż ocena dokonana przez respondentów z grupy pierwszej, co wskazuje na syndrom społecznego zapomnienia.

Choć w obu grupach badanych zarówno kobiety, jak i mężczyźni wyżej ocenili dostępność do świadczeń zdrowotnych przed pandemią niż w jej trakcie, to analiza danych wykazała, że postrzeganie dostępności do świadczeń zdrowotnych nie było zależne od płci.

Podobne wyniki w obu grupach badanych uzyskano w odniesieniu do osiąganego dochodu. W każdym przypadku osoby osiągające dochody powyżej, równe oraz poniżej średniej krajowej, a także osoby nieosiągające dochodów lepiej oceniły dostępność do świadczeń zdrowotnych przed pandemią niż w jej trakcie, natomiast dokonana ocena nie była zależna od osiąganego dochodu.

Postrzeganie dostępności do świadczeń zdrowotnych było zależne od wieku, ponadto w obu grupach badanych osoby zarówno w wieku produkcyjnym, jak i w wieku poprodukcyjnym wyżej oceniły dostępność przed pandemią wirusa SARS-CoV-2 niż w jej trakcie.

Pandemia COVID-19 zakłóciła system opieki zdrowotnej, powodując, że zmniejszyło się korzystanie z usług opieki zdrowotnej. Podczas pandemii niektórzy pacjenci zmienili termin wizyty w przychodni na późniejszy lub całkowicie odwołali wizytę, a pracownicy sektora zdrowia jednocześnie ograniczyli zakres swoich usług. Moore i in. (2022) wykazali, że udzielanie pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej było opóźnione, a wzorce w korzystaniu z opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19 uległy zmianie. Uczestnicy badania wskazali, że strach przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wpłynął na podejmowanie decyzji dotyczących korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie rutynowej opieki zdrowotnej, opieki profilaktycznej, opieki w nagłych wypadkach i interwencji chirurgicznych. Ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej był powodem wzrostu liczby powikłań medycznych, obciążeń chorobami przewlekłymi czy też śmiertelności. Ponadto pacjenci byli narażeni na opóźnienia w programach badań przesiewowych i diagnostycznych. Zmniejszona dostępność do usług zdrowotnych podczas pandemii COVID-19 w największym stopniu dotyczyła kobiet, osób o niskim statusie socjoekonomicznym oraz mniejszości etnicznych. Tym samym pogłębiły się istniejące nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych (Pujolar i in., 2022). Beller i in. (2023) wykazali, że choć w trakcie pandemii COVID-19 zaufanie do systemu opieki zdrowotnej było znaczne, to jednak jego poziom różnił się w zależności od płci, wieku, statusu socjoekonomicznego. Osoby z niezaspokojonymi potrzebami zdrowotnymi, starsze, a także żyjące w trudnej sytuacji społecznej i ekonomicznej, tj. samotne i borykające się z trudnościami finansowymi, były najmniej ufne wobec systemu opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19. Ze względu na odnotowane w tych

podgrupach wysokie ryzyko negatywnych skutków pandemii należało wdrożyć ukierunkowane działania profilaktyczne i interwencyjne.

W trakcie pandemii COVID-19 pacjenci zgłaszali trudności z dostępem do usług zdrowotnych, m.in. z powodu zmian terminów. Niektóre problemy były bezpośrednim skutkiem samej pandemii, wynikały np. ze strachu przed zachorowaniem lub z przeciążenia systemów opieki zdrowotnej. Ograniczenia w przemieszczaniu się utrudniały dotarcie do klinik. Nie można też nie wspomnieć o skutkach pośrednich pandemii, takich jak utrata pracy czy zwiększone obciążenie finansowe – one również stanowiły barierę w korzystaniu z usług zdrowotnych (Hunt i in., 2023). Następstwem nieprzygotowania systemu opieki zdrowotnej do walki z pandemią były problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych dotyczące pacjentów cierpiących na inne choroby lub dolegliwości, niezwiązane z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W opublikowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich *Raporcie RPO na temat pandemii* (2021) można przeczytać, że w Polsce przede wszystkim nie była zapewniona należyta opieka zdrowotna osobom w stanie nagłym, szczególnie pacjentom ze schorzeniami kardiologicznymi, onkologicznymi, stomatologicznymi oraz wymagającymi niezwłocznej rehabilitacji. Specjalistyczne poradnie anulowały wizyty kontrolne, badania diagnostyczne, zawieszano działalność gabinetów lekarskich, przesuвано terminy planowych zabiegów. Ponadto pacjenci nie otrzymywali bezpośredniej informacji, gdzie mogą uzyskać świadczenie zdrowotne w przypadku braku możliwości przyjęcia w danej placówce medycznej.

Ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych doprowadziły w wielu krajach do tego, że pacjenci częściej zgłaszali do swych przedstawicieli rozmaite obawy. W związku z tym, że informacje przekazywane przez władze, media czy też ekspertów okazywały się niejednoznaczne, rola przedstawiciela pacjenta zarówno podczas pandemii, jak i po jej zakończeniu była kluczowa. Zadaniem osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentem jest uwzględnienie opinii pacjentów oraz wyrównanie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. W niektórych krajach przedstawiciele pacjentów otrzymywali od władz komunikaty, którymi dzielili się ze społeczeństwem za pośrednictwem tworzonych infolinii wspierających przeciążony system opieki (Stamm i in., 2022). W Polsce bardzo przydatne okazały się opracowane przez Rzecznika Praw Pacjenta i Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych *Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia pacjenta na odległość* (Wołoszyn-Cichočka, 2022).

Zadaniem osób odpowiedzialnych za opiekę nad pacjentem jest uwzględnienie opinii pacjentów oraz wyrównanie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Podsumowanie

Wybuch pandemii COVID-19 niewątpliwie wpłynął na świadczenie usług zdrowotnych w wielu krajach na całym świecie. Na podstawie wyników przeprowadzonego dwa razy, tj. w trakcie pandemii COVID-19 i po jej zakończeniu, przedstawionego badania, którego celem było porównanie postrzegania dostępności do świadczeń zdrowotnych przed pandemią i w jej czasie, stwierdzono, że w trakcie kryzysu społeczeństwo w Polsce doświadczało znacznego niepokoju i dyskomfortu w związku z ograniczeniami dostępu do opieki zdrowotnej i wynikającymi stąd niedogodnościami. Zaobserwowano, że po zakończeniu pandemii postrzeganie dostępności do świadczeń zdrowotnych stało się bardziej pozytywne. Okazało się, że część osób stopniowo zapominała o napotkanych w okresie pandemii trudnościach w dostępie do opieki zdrowotnej. To zjawisko, określane jako syndrom społecznego zapominania, miało istotny wpływ na odbieranie opieki zdrowotnej po zakończeniu pandemii COVID-19 – dostęp do świadczeń zdrowotnych w minionym czasie został zdecydowanie lepiej oceniony.

Jednym z rezultatów kryzysu pandemicznego było pogłębienie się nierówności w opiece nad pacjentem. Trzeba pamiętać, że dostępność do opieki zdrowotnej to nie tylko fizyczny dostęp do placówek medycznych. O tym, czy pacjent uzyska dostęp do świadczeń zdrowotnych, mogą decydować również czynniki psychospołeczne, takie jak poziom stresu, wsparcie społeczne czy umiejętność komunikacji. Warto podejść do kwestii dostępności do opieki zdrowotnej holistycznie, uwzględniając aspekty zarówno fizyczne, jak i psychospołeczne. Efektywny system zdrowotny powinien uwzględniać te złożone związki, aby zapewnić wszystkim pacjentom dostęp do kompleksowej opieki. Postrzeganie opieki zdrowotnej jako otwartej dla każdego człowieka stanowi warunek prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa.

Bibliografia

1. Beller, J., Schäfers, J., Haier, J., Geyer, S., Epping, J. (2023). *Trust in healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least*, Journal of Public Health, 31, 1495–1504. DOI: 10.1007/s10389-022-01705-3.
2. Blanchet, K., Alwan, A., Antoine, C., Cros, M.J., Feroz, F., Amsalu Guracha, T., Halaland, O., Hailu, A., Hangoma, P., Jamison, D., Memirie, S.T., Miljeteig, I., Jan Naeem, A., Nam, S.L., Norheim, O. F., Verguet, S., Watkins, D., Johansson, K.A. (2020). *Protecting essential health services in low-income and middle-income countries and humanitarian settings while responding to the COVID-19 pandemic*, BMJ Global Health, 5 (10), e003675. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003675.
3. Both, L.M., Zoratto, G., Calegario, V.C., Ramos-Lima, L.F., Negretto, B.L., Hauck, S., Freitas, L.H.M. (2021). *COVID-19 pandemic*

- and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects, *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43 (2), 85–91. DOI: 10.47626/2237-6089-2020-0085.
4. Chu, D.K., Akl, E.A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H.J., COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors (2020). *Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis*, *Lancet* (London, England), 395 (10242), 1973–1987. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31142-9.
 5. Gamboa, O. L., Garcia-Campayo, J., Müller, T., von Wegner, F. (2017). *Suppress to forget: the effect of a mindfulness-based strategy during an emotional item-directed forgetting paradigm*, *Frontiers in Psychology*, 8, 432. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00432.
 6. Gonzalez, D., Karpman, M., Kenney, G.M., Zuckerman, S. (2021). *Delayed and forgone health care for nonelderly adults during the COVID-19 pandemic*. *Po-brane 18 listopada 2021 z: <https://www.urban.org/research/publication/delayed-and-forgone-health-care-nonelderly-adults-during-covid-19-pandemic>*.
 7. Hirst, W., Manier, D. (2008). *Towards a psychology of collective memory*, *Memory* (Hove, England), 16 (3), 183–200. DOI: 10.1080/09658210701811912.
 8. Hoffmann, K., Michalak, M., Bońska, A., Bryl, W., Myśliński, W., Kostrzewska, M., Kopciuch, D., Zaprutko, T., Ratajczak, P., Nowakowska, E., Kus, K., Paczkowska, A. (2023). *Association between compliance with COVID-19 restrictions and the risk of SARS-CoV-2 infection in Poland*, *Healthcare* (Basel), 11 (6), 914. DOI: 10.3390/healthcare11060914.
 9. Hunt, X., Hameed, S., Tetali, S., Ngoc, L.A., Ganle, J., Huq, L., Shakespeare, T., Smythe, T., Ilkkursun, Z., Kuper, H., Acarturk, C., Kannuri, N.K., Mai, V.Q., Khan, R.S., Banks, L.M. (2023). *Impacts of the COVID-19 pandemic on access to healthcare among people with disabilities: evidence from six low- and middle-income countries*, *International Journal for Equity in Health*, 22 (1), 172. DOI: 10.1186/s12939-023-01989-1.
 10. Kupcova, I., Danisovic, L., Klein, M., Har-sanyi, S. (2023). *Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression*, *BMC Psychology*, 11 (1), 108. DOI: 10.1186/s40359-023-01130-5.
 11. Moore, R., Purvis, R.S., Hallgren, E., Reece, S., Padilla-Ramos, A., Gurel-Headley, M., Hall, S., McElfish, P.A. (2022). *“I am hesitant to visit the doctor unless absolutely necessary”: a qualitative study of delayed care, avoidance of care, and telehealth experiences during the COVID-19 pandemic*, *Medicine* (Baltimore), 101 (32), e29439. DOI: 10.1097/MD.00000000000029439.
 12. Núñez, A., Sreeganga, S. D., Ramaprasad, A. (2021). *Access to healthcare during COVID-19*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (6), 2980. DOI: 10.3390/ijerph18062980.
 13. Pandey, N., Kaushal, V., Puri, G.D., Taneja, S., Biswal, M., Mahajan, P., Guru, R.R., Malhotra, P., Sehgal, I.S., Dhooria, S., Muthu, V., Agarwal, R. (2020). *Transforming a general hospital to an infectious disease hospital for COVID-19 over 2 weeks*, *Frontiers in Public Health*, 8, 382. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00382.
 14. Pujolar, G., Oliver-Anglès, A., Vargas, I., Vázquez, M.L. (2022). *Changes in access to health services during the covid-19 pandemic: a scoping review*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1749. DOI: 10.3390/ijerph19031749.
 15. Reszke, R., Matusiak, Ł., Krajewski, P.K., Szepietowska, M., Białynicki-Birula, R., Szepietowski, J.C. (2021). *The utilization of protective face masks among Polish healthcare workers during covid-19 pandemic: do we pass the exam?* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (2), 841. DOI: 10.3390/ijerph18020841.
 16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2022 poz. 1027.
 17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2022 poz. 1028.

18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, Dz.U. 2023 poz. 1118.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, Dz.U. 2020 poz. 491.
20. Rzecznik Praw Obywatelskich (2021). *Raport RPO na temat pandemii – doświadczenia i wnioski*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
21. Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Silva, A.C., Carta, M.G., Nardi, A.E., Machado, S. (2013). *The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review*, *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 221–237. DOI: 10.2174/1745017901309010221.
22. Stamm, T.A., Seidler, Y., Andrews, M.R., Eghbali, M., Kiguli, J., Ritschl, V., Omara, M., Schaffer, G., Mosor, E. (2022). *Patient representatives' perspectives on healthcare at the time of COVID-19 and suggestions for care redesign after the pandemic: a qualitative study in twenty-four countries*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 247–258. DOI: 10.2147/JMDH.S341010.
23. Suligowski, R., Ciupa, T. (2023). *Five waves of the COVID-19 pandemic and green-blue spaces in urban and rural areas in Poland*. *Environmental Research*, 216 (Pt 3), 114662. DOI: 10.1016/j.envres.2022.114662.
24. Tuczyńska, M., Staszewski, R., Matthews-Kozanecka, M., Baum, E. (2022). *Impact of socioeconomic status on the perception of accessibility to and quality of healthcare services during the COVID-19 pandemic among Poles – pilot study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (9), 5734. DOI: 10.3390/ijerph19095734.
25. Wise J. (2023). *Covid-19: WHO declares end of global health emergency*. *BMJ*, 381, 1041. DOI: 10.1136/bmj.p1041.
26. Wołoszyn-Cichońska, A. (2022). *Prawo do informacji o zdrowiu pacjenta w czasie pandemii COVID-19*, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio G (Ius)*, 69 (1), 195–208. DOI: 10.17951/g.2022.69.1.195-208.
27. World Health Organization (WHO) (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. Pobrane 24 czerwca 2020 z: www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.

Sieci wsparcia społecznego dla pacjentów i ich znaczenie dla przebiegu leczenia. Rola wsparcia dla wspierających

Wprowadzenie

Człowiek od momentu narodzin rozwija się w kontakcie z innymi. Do prawidłowego rozwoju oraz zdrowia psychofizycznego potrzebujemy więzi, bliskich, zaspokajających i bezpiecznych relacji (Bowlby, 1961).

Potrzeba więzi oraz przynależności jest zdeterminowana biologicznie, a razem z zapewnieniem pożywienia i bezpieczeństwem stanowi fundament piramidy najważniejszych potrzeb człowieka (Maslow, 1943; Young i in., 2019). Znaczenie ma nie tylko bycie w otoczeniu innych ludzi, ale przede wszystkim możliwość nawiązania i utrzymania relacji z innymi. Patrząc z perspektywy ewolucyjnej, znaczenie funkcjonowania w ramach sieci wzajemnego wsparcia w postaci grupy rodzinnej czy klanowej miało znaczenie fundamentalne – umożliwiała przetrwanie. W obecnych czasach, mimo większej dostępności podstawowych dóbr,

Potrzeba więzi oraz przynależności jest zdeterminowana biologicznie, a razem z zapewnieniem pożywienia i bezpieczeństwem stanowi fundament piramidy najważniejszych potrzeb człowieka (...).

jak jedzenie czy schronienie, więzi społeczne i bliskie relacje są niezmiennie konieczne dla utrzymania życia i zdrowia (Leigh-Hunt, 2017). Wyniki badań prowadzonych w związku z pandemią COVID-19 potwierdzają, że osoby samotne, przebywające w długiej izolacji doświadczały cięższego przebiegu choroby, większej liczby powikłań, ale też częściej umierały (Hwang i in., 2020; Jeffers, i in., 2022; Długosz, 2021).

Proces leczenia, trwała lub czasowa utrata zdrowia, ważnych ról życiowych, czy statusu ekonomicznego często powoduje nie tyle silny stres, co traumę

Doświadczenie poważnej choroby własnej lub bliskich znajduje się wysoko na liście tzw. krytycznych wydarzeń życiowych (Rahe i Arthur, 1978). Proces leczenia, trwała lub czasowa utrata zdrowia, ważnych ról życiowych czy statusu ekonomicznego często powoduje nie tyle silny stres, co traumę (Cyr i in., 2021).

Przejęcie przez kryzys choroby zmienia perspektywę postrzegania. Często wymusza weryfikację planów i redefinicję priorytetów oraz przewartościowanie celów życiowych. Nierzadko jest to również moment zatrzymania i refleksji nad życiem. Szczęólnego znaczenia nabierają wówczas wspierające relacje. Doświadczenie choroby obniża poczucie dobrostanu. Badania społeczne pokazują, że zarówno w przypadku chorób przewlekłych, niepełnosprawności, jak i nagłych stanów pogorszenia zdrowia, osoby mające sieć wsparcia są w ogólnie lepszej kondycji (Sęk i Cieślak, 2004; Ziarko i in., 2018).

Umiejętność sięgnięcia po wsparcie i jego autentycznego przyjęcia jest istotnym czynnikiem wpływającym na efektywność radzenia sobie w kryzysie. Również jakość życia osoby zmagającej się z chorobą bywa powiązana z istnieniem otoczenia, które w sposób formalny lub nieformalny towarzyszy podejmowanym wysiłkom w procesie powrotu do zdrowia (Włodarczyk, 1999). Definicja zdrowia wg WHO (2024) uwzględnia to zagadnienie, zawierając je w obszarze społecznego funkcjonowania człowieka.

(...) poziom jakości opieki nad chorymi jest w znaczącym stopniu zależny od kondycji psychofizycznej osób wspierających.

Warto nadmienić, iż poziom jakości opieki nad chorymi jest w znaczącym stopniu zależny od kondycji psychofizycznej osób wspierających. Dlatego rolę i znaczenie wsparcia należy ujmować obustronnie. Grupy zawodowe związane z szeroko pojętą

pomocą powinny być objęte szczególną troską i edukowane od najwcześniejszych etapów, by korzystać z profesjonalnego wsparcia w ramach etyki zawodo-

wej i higieny pracy. Szerzej zagadnienie to zostanie omówione w drugiej części rozdziału.

Pojęcie wsparcia społecznego jest bezpośrednio związane z istnieniem sieci społecznej tworzonej przez różne powiązania jednostki i jej funkcjonowanie wśród innych ludzi. Poczucie osamotnienia czy izolacji od innych może negatywnie wpływać na poziom motywacji do troski o własne zdrowie (Cohen, 2004; Okbayashi i in., 1997). Analogicznie, poczucie bycia częścią sieci osób towarzyszących sobie i wzmacniających się wzajemnie może stanowić czynnik wspierający dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu, jego utrzymaniu i poprawie. Powyższe ujęcie jest bliskie siedliskowemu podejściu do promocji zdrowia (Wojnarowska, 1999). W rozumieniu koncepcji siedliskowej podkreśla się znaczenie specyficznych warunków geograficznych, ekonomicznych i społecznych, które kształtują życie lokalnej społeczności. Dzięki znajomości charakterystyki danej populacji można trafnie rozpoznać jej zasoby i trudności, oraz wyzwania zdrowotne. Można również tworzyć grupy wsparcia o profilu zgodnym z potrzebami określonej grupy społecznej. Przykładem może być populacja poradni medycyny rodzinnej, w której lekarze i pielęgniarki środowiskowe znają pacjentów i mogą stanowić centrum działań wspierających pacjentów w podobnej sytuacji życiowej. W poradni, w której większość pacjentów to osoby w starszym wieku, a więc zagrożone samotnością i częściej korzystające z usług POZ, można organizować cykliczne działania prozdrowotne (np. akcje edukacyjne połączone z badaniami screeningowymi), których celem będzie promocja zdrowia i profilaktyka chorób, ale które jednocześnie będą okazją do spędzenia czasu wśród ludzi, rozmowy z sąsiadami, a więc zapobieganie izolacji i osamotnieniu. Włączenie w podobne działania pracowników rejonowego ośrodka pomocy rodzinie czy ośrodka pomocy społecznej może być dla pacjentów źródłem cennych informacji dotyczących różnorodnych form wsparcia oraz okazją do „oswojenia” się lub weryfikacji własnych przekonań dotyczących korzystania z tego typu form opieki.

Definicyjnie sieć wsparcia to pewien zorganizowany, formalny bądź nieformalny system, który dostarcza pacjentom i ich opiekunom wsparcia na poziomie informacyjnym, emocjonalnym i praktycznym w związku z ich stanem zdrowia (Sęk i Cieślak, 2004). Struktura taka może obejmować różne zasoby i grupy ludzi, często niepozostających ze sobą w żadnym innym powiązaniu (formalnym czy rodzinnym) poza tym mającym na celu poprawę jakości życia osoby doświadczającej choroby. Zmiana ta zachodzi poprzez dedykowanie czasu i uwagi, wysłuchanie, okazanie zrozumienia oraz stymulowanie sprawczości i skuteczności w radzeniu sobie z chorobą czy niepełnosprawnością z niej wynikającą.

Do kluczowych elementów składających się w sieci wsparcia pacjentów należą: grupy wsparcia, organizacje pacjenckie, rodzina i przyjaciele, bezpośrednie otoczenie sąsiedzkie w ramach lokalnej społeczności (Petrescu-Prahova, 2020), opiekunowie medyczni – personel medyczny oraz służby opieki społecznej, platformy internetowe (w tym media społecznościowe, grupy dyskusyjne czy aplikacje), wsparcie psychologiczne, wsparcie typu *peer-to-peer*, wsparcie religijne lub duchowe.

Całościowo sieć wsparcia tworzy wielopoziomowy, wielowarstwowy system, który obejmuje różne aspekty życia pacjenta od regulacji jego emocji przez funkcjonowanie w relacjach społecznych po kwestie praktyczne życia codziennego.

Całościowo sieć wsparcia tworzy wielopoziomowy, wielowarstwowy system, który obejmuje różne aspekty życia pacjenta od regulacji jego emocji przez funkcjonowanie w relacjach społecznych po kwestie praktyczne życia codziennego. Można przyjąć założenie, że nadrzędnym celem sieci wsparcia jest minimalizowanie ryzyka wystąpienia izolacji

pacjenta, wsparcie go w procesie leczenia, zdrowienia lub odnalezienia się w realiach niepełnej sprawności (Mikulincer i Shaver, 2009; Banakiewicz i in., 2021).

Sieci wsparcia dla pacjentów zazwyczaj odnoszą się do różnorodnych form towarzyszenia, wymiany informacji i powiązań, z których mogą skorzystać pacjenci w celu poprawy swojego samopoczucia, zrozumienia i administrowania swoim stanem zdrowia. Do najpowszechniejszych elementów sieci wsparcia dla pacjentów należą: pacjenckie grupy wsparcia, czyli bezpośrednie zebrania, gdzie poszczególne osoby o podobnym stanie zdrowia spotykają się, aby współdzielić doświadczenia, informacje i udzielać sobie wzajemnie wsparcia emocjonalnego. Podobny mechanizm działania odnosi się także do przestrzeni wirtualnej, gdzie na różnego rodzaju forach tematycznych tworzą się społeczności, które mogą niezależnie od miejsca pobytu pacjenta pełnić podobne funkcje informacyjne czy wspierające (Bernad i in., 2008).

Bycie w sieci wsparcia ma charakter fundamentalny nie tylko dla samych pacjentów – **również ich otoczenie może skorzystać na takiej przynależności.**

Bycie w sieci wsparcia ma charakter fundamentalny nie tylko dla samych pacjentów – również ich otoczenie może skorzystać na takiej przynależności.

Niewątpliwie wspierająca jest wymiana doświadczenia, poszukiwanie porad czy odpowiedzi z zakresu opieki na podstawie praktyk innych osób sprawujących bezpośrednią pieczę nad pacjentem w podobnym stanie zdrowia. Doświadczenie podobnych

trudności, dzielenie się radościami i smutkami, współdzielenie wyzwań od losu sprawia, że nierzadko siła tworzonych więzi przewyższa tę wynikającą z innych relacji np. rodzinnych.

Innym przykładem okazji do tworzenia nieformalnych sieci wsparcia są wszelkiego rodzaju warsztaty, spotkania edukacyjne czy wydarzenia tematyczne koncentrujące się wokół danego zagadnienia zdrowotnego. Spotkania w grupach osób o podobnych problemach stwarzają przestrzeń do wymiany doświadczeń i poczucie wspólnoty w walce o zdrowie. Niwelując poczucie osamotnienia poszczególnych pacjentów dodatkowo stymulują obszar emocjonalny i psychiczny poprawiając ogólną kondycję osoby chorej. Dodatkowo motywują do współdziałania i angażowania się na rzecz innych w podobnej sytuacji zdrowotnej. Ciekawą ilustracją nieformalnych, znakomicie funkcjonujących form wsparcia *peer-to-peer*, jest pomysł utworzenia szop (warsztatów) dla mężczyzn, szczególnie w starszym wieku i wdowców. Jest to grupa szczególnie narażona na izolację, o niskiej motywacji do dbania o zdrowie, do której równocześnie nie jest łatwo dotrzeć z ofertą formalnej pomocy psychologicznej. Pomysł utworzenia lokali, w których panowie mogą naprawić sprzęty domowe, zbudować meble, pomóc lokalnej społeczności, nauczyć młodszych pracy w drewnie etc., a niejako „przy okazji” nawiązać relacje z osobami z podobnym doświadczeniem, okazał się dużym sukcesem. Projekt „Men’s Sheds” rozwija się dynamicznie na całym świecie. W 2023 roku w Wielkiej Brytanii funkcjonowało 1200 takich obiektów.

Ciekawym rozwiązaniem dla funkcjonowania sieci wsparcia są programy o charakterze *peer mentoringu*, w tym kontekście rozumianego jako relacja osoby bardziej doświadczonej, o dłuższej historii danej choroby, która w sposób skuteczny radzi sobie wyzwaniami z niej wynikającymi, z pacjentem nowo zdiagnozowanym (Wiemann, 2019). Połączenie takie pozwala udzielić wsparcia na poziomie zarówno wiedzy teoretycznej, jak i praktycznych doświadczeń życia codziennego, przybliżyć i urealnia nowe warunki funkcjonowania w kryzysie choroby czy niepełnej sprawności. Pomaga też obniżyć poziom niepewności w nowej sytuacji wynikającej ze świeżo postawionej diagnozy. Nad tym etapie (dezorganizacji funkcjonowania w początkowej fazie kryzysu) obecność innych, którzy byli już w tej sytuacji, może działać wzmacniająco (Williams, 2019).

Ciekawym rozwiązaniem dla funkcjonowania sieci wsparcia są programy o charakterze peer mentoringu w tym kontekście rozumianego jako relacja osoby bardziej doświadczonej, o dłuższej historii danej choroby, która w sposób skuteczny radzi sobie wyzwaniami z niej wynikającymi, z pacjentem nowo zdiagnozowanym

Platformy internetowe mediów społecznościowych są często jednym z pierwszych źródeł informacji dla pacjentów. Świat wirtualny dzięki swojej relatywnie łatwej dostępności bywa z wyboru źródłem wsparcia (Chung, 2013). O ile może stanowić rozwiązanie dla pacjentów pozbawionych sieci wsparcia w świecie rzeczywistym (osób samotnych, z rzadkimi schorzeniami czy innymi warunkami utrudniającymi podtrzymywanie więzi) nie powinien być jedyną formą wsparcia im dostępną. Z tego względu fundamentalne znaczenie ma sprawnie funkcjonujący system opieki społecznej. Służby funkcjonujące w jego ramach oprócz jasno określonego obszaru obowiązków mogą stanowić swego rodzaju funkcję łącznika dla nieformalnych sieci wsparcia. Dobrym przykładem mogą być w tym przypadku inicjatywy nawiązywania znajomości pomiędzy osobami samotnymi otrzymującymi wsparcie systemowe. Podobną funkcję może i często szczególnie w mniejszych społecznościach lokalnych pełni kościół lub związek religijny. Także różnego rodzaju centra inicjatyw lokalnych, biblioteki, domy kultury mogą wprowadzić do swojej oferty działania o charakterze wsparcia w formie programów psychoedukacyjnych, warsztatów, ale także okazjonalnych spotkań o charakterze towarzyskim, co inicjuje tworzenie nieformalnych sieci wsparcia.

Od strony formalnej pacjentów wspierają pozarządowe organizacje pacjenckie (stowarzyszenia, fundacje) zarówno te działające lokalnie przy podmiotach leczniczych, jak i na poziomie ogólnokrajowym (Piotrowicz i Cianciara, 2013). Pełnią one dodatkową funkcję przedstawiciela oraz lobbyisty na rzecz wsparcia swoich członków lub szerzej ogółu pacjentów z danymi stanem zdrowia. Ponownie działania te wzmacniają poczucie wspólnotowości i przeciwdziałają osamotnieniu. Istotne jest, aby pacjenci mieli dostęp do informacji o podmiotach realizujących działania z zakresu prowadzenia formalnego i nieformalnego wsparcia czy to na poziomie tworzenia warunków do poznawania innych pacjentów, inicjowania relacji, dostarczania wiedzy czy towarzyszenia indywidualnego lub wspólnotowego osobie chorej i jej opiekunom. Bazując na swoich potrzebach i preferencjach, beneficjenci mogą skorzystać z pomocy i doświadczenia innych, jednocześnie samodzielnie stając się źródłem wsparcia i stymulując ogólne dobre samopoczucie u osób borykających się z wyzwaniami zdrowotnymi.

Wsparcie dla wspierających

Rozpatrując wielopoziomowo organizację i strukturę działania różnorodnych sieci wsparcia, trudno pominąć jeden z ważniejszych elementów. Osoby pomagające innym powinny w celu zapewnienia dobrej jakości swojej pracy sięgać po

i otrzymywać profesjonalne wsparcie dla siebie. Specyfika zawodów pomocowych wymaga olbrzymiej wiedzy, umiejętności pracy z drugim człowiekiem, empatii i zrozumienia. Praca polega na codziennym kontakcie z osobami zależnymi od opieki

Osoby pomagające innym powinny w celu zapewnienia dobrej jakości swojej pracy sięgać po i otrzymywać profesjonalne wsparcie dla siebie.

i wsparcia, często cierpiącymi, o mniejszej zaradności i zasobach. Stały kontakt z ludzkim cierpieniem jest silnie obciążający emocjonalnie i niesie ryzyko wypalenia zawodowego, osłabienia zdrowia zarówno psychicznego, jak i fizycznego. Dlatego niezwykle istotne jest by przedstawić znaczenie sieci wsparcia oraz form pomocy na poziomie osób wspierających innych.

Jednym z przykładów działań mających potwierdzoną badaniami skuteczność jest Grupa Balinta (GB) (Popa-Velea i in., 2019). Większość pracowników ochrony zdrowia zna pojęcie GB przynajmniej w teorii, gdyż podstawowe informacje na ten temat są zawarte w programie nauczania przeddyplomowego. Znacznie mniej osób decyduje się poznać walory tego rodzaju pracy w praktyce.

W środowisku medycznym można zaobserwować wysoki poziom rywalizacji. Zjawisko to samo w sobie nie powinno być postrzegane jako negatywne. Wysokie wymagania zawodowe, szybki rozwój medycyny, możliwości wszechstronnego rozwoju profesjonalnego w połączeniu z ambicjami i chęcią rywalizacji mogą motywować do osiągnięcia mistrzostwa w swojej dziedzinie. Jednak, gdy przeważa nastawienie perfekcjonistyczne, związany z nim lęk przed oceną oraz wewnętrzne poczucie bycia niewystarczająco dobrym, wówczas rywalizacja nabiera innego kształtu. Kojarzona jest z czymś negatywnym, poczuciem przymusu, brakiem zaufania i swoistą alienacją. Takie pojmowanie rywalizacji może wzmacniać niechęć do wszelkich działań grupowych, z włączeniem jakichkolwiek form grupowego wsparcia dla profesjonalistów. Uwarunkowania kulturowe również mają znaczenie. W polskim systemie opieki zdrowotnej nie ma dobrze ugruntowanej tradycji nadawania szczególnego znaczenia rozwojowi warsztatu kompetencji miękkich, troski o własny dobrostan psychofizyczny, pierwszorzędowej profilaktyki wypalenia zawodowego. Wręcz przeciwnie, istnieje społeczne przekonanie nt. samowystarczalności psychicznej i niezniszczalności lekarzy i pielęgniarek. Co to oznacza? Wielu pracowników zawodów pomocowych dzieli pogląd, że z problemami należy sobie radzić we własnym zakresie. Paradoksalnie, gdyż na co dzień udzielają wsparcia i pomocy innym. Wiele osób pomagających doświadcza trudności w momencie koniecz-

Wielu pracowników zawodów pomocowych dzieli pogląd, że z problemami należy sobie radzić we własnym zakresie.

ności sięgnięcia po dodatkowe wsparcie lub przyjęcia pomocy. Mają poczucie, że szukanie wsparcia jest oznaką słabości, braku kompetencji, może podważyć ich autorytet, a przede wszystkim będzie negatywnie postrzegane w środowisku. W odróżnieniu od grupowej analizy przypadków, wymiany doświadczeń klinicznych i konsyliów, dzielenie się doświadczeniem, trudnościami i wyzwaniem w zakresie psychologicznych aspektów pracy z pacjentami nie jest zjawiskiem powszechnym. Potrzeba rozwoju osobistego, nadawanie priorytetowego znaczenia ochronie przed wypaleniem, czerpanie z zasobów grupy o różnorodnym doświadczeniu i stażu zawodowym, budowanie sieci wsparcia w środowisku pracy, wydają się bardzo odległe w świadomości pracowników ochrony zdrowia.

Personel medyczny jest uczony, by odkładać emocje na bok i kierować się w pracy intelektem. Bezsprzecznie, umiejętność oddzielania emocji jest niezwykle potrzebna w pracy medyka. Z jednej strony zarówno w sytuacjach krytycznych, jak i skomplikowanych procesach decyzyjnych czy procedurach medycznych emocjonalna powściągliwość oraz umiejętność obiektywnej oceny sytuacji są bezcenne. Z drugiej strony, bez odpowiedniego treningu w ponownym kontakcie z własnymi emocjami, można szybko stracić wrażliwość, empatię, troskę zarówno w odniesieniu do pacjentów jak i do siebie oraz bliskich. Kiedy wyzwania zawodowe są w znacznym stopniu obciążające emocjonalnie, wówczas niezwykle ważne jest, by znaleźć przestrzeń i motywację do odreagowania,

Kiedy wyzwania zawodowe są w znacznym stopniu obciążające emocjonalnie, wówczas niezwykle ważne jest, by znaleźć przestrzeń i motywację do odreagowania, zrozumienia i zatroszczenia się o własny dobrostan.

zrozumienia i zatroszczenia się o własny dobrostan. Grupy Balinta funkcjonują w wyżej opisanym celu. Lekarze, ucząc się emocjonalnej komunikacji, mając przestrzeń do wspierającej wymiany doświadczeń, rozwijają osobiste kompetencje, wzmacniają poczucie bezpieczeństwa oraz umacniają lub odzyskują poczucie satysfakcji z wykonywanego zawodu (Benson i Magraith, 2005; Popa-Velea i in. 2019; Kjeldmand i Holmström 2008).

konywanego zawodu (Benson i Magraith, 2005; Popa-Velea i in. 2019; Kjeldmand i Holmström 2008).

Bibliografia

1. Banakiewicz, A., Bednarczyk, A., Kulik, A. (2021). *Wsparcie społeczne i dobrostan w chorobie Hashimoto u kobiet w okresie dorosłości*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-

-Psychologia, 34(2), 177–189. DOI: 10.17951/j.2021.34.2.

2. Benson, J, Magraith, K. (2005) *Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups*. Australian Family Physician, 34 (6), 497–498.
3. Bernad, D., Zysnarska, M., Pyszczorska, M., Bączyk, B., Jędrasiak, L. (2008). *Wspar-*

- cie społeczne udzielane przez personel medyczny jako czynnik obniżający lęk u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych. *Nowiny Lekarskie*, 77 (6), 421–425.
4. Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss Vol. 1 Attachment, 221–280. London: The Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
 5. Chichester Men's Shed (chichester-mensshed.org) dostęp z dnia: 15.01.2024
 6. Chung J.E. *Social Networking in Online Support Groups for Health: How Online Social Networking Benefits Patients* (2013). *Journal of Health Communication* 19 (6). DOI: 10.1080/10810730.2012.757396.
 7. Cieślak, R., Benight Ch.C. (2008). *Wsparcie społeczne a wypalenie zawodowe*. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.): *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 295–308). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
 8. Cohen, S. (2004) *Social relationships and health*. *The American Psychologist*, 59 (8), 676–684, DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>.
 9. Cyr, S., Guo De, X., Marcil, M.J., Dupont, P., Jobidon, L., Benrimoh, D., Guertin, M.-C., Brouillette, J. (2021). *Posttraumatic stress disorder prevalence in medical populations: A systematic review and meta-analysis*. *General Hospital Psychiatry*, 69, 81–93. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych>
 10. Długosz, P. (2021). *Trauma w pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*. Warszawa: Wyd. CeDeWu Sp z o.o.
 11. Drageset J. (2021) *Social Support*. W: G. Haugan, M. Eriksson (red.). *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research [Internet]*. Cham (CH): Springer; Chapter 11. Pobrane z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585650/> doi: 10.1007/978-3-030-63135-2_11.
 12. Hwang, T.J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., Ikeda, M. (2020) *Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic*. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1217–1220. DOI: 10.1017/S1041610220000988.
 13. Jeffers, A., Meehan, A. A., Barker, J., Asher, A., Montgomery, M. P., Bautista, G., Ray, C. M., Laws, R. L., Fields, V. L., Radhakrishnan, L., Cha, S., Christensen, A., Dupervil, B., Verlenden, J. V., Cassell, C. H., Boyer, A., DiPietro, B., Cary, M., Yang, M., Mosites, E., ... Marcus, R. (2022). Impact of Social Isolation during the COVID-19 Pandemic on Mental Health, Substance Use, and Homelessness: Qualitative Interviews with Behavioral Health Providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (19), 12120. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912120>.
 14. Young E.S., Simpson J.A., Griskevicius V., Huelsnitz C.O., Fleck C. (2019). *Childhood attachment and adult personality: A life history perspective*. *Self and Identity* 18 (1), 22–38. DOI: 10.1080/15298868.2017.1353540.
 15. Kjeldmand, D., Holmström, I. (2008) *Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners*. *Annals of Family Medicine*, 6 (2): 138–145. DOI: 10.1370/afm.813.
 16. Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. *Psychological Review*, 50 (4), 370–396. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0054346>.
 17. Mental Health Definition. Dostęp z dnia 15.01.2024 [Mental health \(who.int\)](https://www.who.int/mental-health/).
 18. Men's Shed Association – Shoulder To Shoulder (usmenssheds.org) dostęp z dnia: 15.01.2024
 19. Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2009). *An attachment and behavioral systems perspective on social support*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 7–19. DOI: <https://doi.org/10.1177/0265407509105518>
 20. Okabayashi, H., Sugisawa, H., Yatomi, N., Nakatani Y, Takanashi K, Fukaya T, Shibata H. (1997). *The impact of conjugal bereavement and the buffering effect of social support on the health of elderly people*. *Shinrigaku Kenkyu*, 68 (3), 147–154. DOI: 10.4992/jjpsy.68.147.
 21. Piotrowicz, M., Cianciara, D. (2013). *The role of non-governmental organizations in the social and health system*. *Przegląd Epidemiologiczny* 67, 69–74.
 22. Petrescu-Prahova, M., Osterhage, K., Taylor, J. O., Painter, I., Choi, Y., Turner, A. M. (2020). *Older Adult Health-Related Support Networks: Implications for the Design of Di-*

- gital Communication Tools*. Innovation in Aging, 4 (3), DOI: <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa020>.
23. Popa-Velea, O., Trutescu, C.I., Diaconescu, L.V. (2019) *The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: a longitudinal study*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 32(1), 53–63. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01302.
 24. Rahe, R.H., Arthur, R.J. (1978). Life change and illness studies: past history and future directions. Journal of Human Stress, 4 (1), 3–15. DOI: <https://doi.org/10.1080/0097840X.1978.9934972>
 25. Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 11–28). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
 26. Wiemann, C. M., Graham, S.C., Garland, B.H., Hergenroeder, A.C., Raphael, J.L., Sanchez-Fournier, B.E., Warren, L.J. (2019). *Development of a group-based, peer-mentor intervention to promote disease self-management skills among youth with chronic medical conditions*. Journal of Pediatric Nursing, 48, 1–9.
 27. Williams, E. M., Egede, L., Oates, J. C., Dismuke, C.L., Ramakrishnan, V., Faith, T. D., Rose, J. (2019). *Peer approaches to self-management (PALS): comparing a peer mentoring approach for disease self-management in African American women with lupus with a social support control: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials, 20 (1), 529. DOI: 10.1186/s13063-019-3580-4.
 28. Wojnarowska, B. (1999). *Siedliskowe podejściu w promocji zdrowia i jego realizacja w praktyce* W: Warszawa: Wydawnictwo IGNIS.
 29. Włodarczyk, D. (1999). W: Karski J.B. (red.). *Promocja zdrowia* (s. 367). *Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca*. Przegląd Psychologiczny, 42 (4), 95–113.
 30. Ziarko, M., Parobkiewicz, A., Jasielski, R. (2018). *Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwinną serca*. Inżynieria Biomedyczna, 24 (2), 99–110.

Możliwości pracodawców w kreowaniu polityki zatrudnienia dla osób ze zdiagnozowanymi chorobami

Wprowadzenie

Zdrowie oraz kompetencje są dla osoby aktywnej zawodowo kluczowymi zasobami pozwalającymi na podjęcie pracy i wykonywanie jej w sposób satysfakcjonujący dla pracownika i pracodawcy. Schwartz (2018), na gruncie badań z zakresu psychologii i ekonomii behawioralnej, podał w wątpliwość powszechne przekonanie, że głównym celem pra-

Zdrowie oraz kompetencje są dla osoby aktywnej zawodowo kluczowymi zasobami pozwalającymi na podjęcie pracy i wykonywanie jej w sposób satysfakcjonujący dla pracownika i pracodawcy.

cy jest zarabianie pieniędzy. W sytuacji gdy wskaźniki finansowe, wydajność i odpowiadające im premie motywacyjne są głównym narzędziem wykorzystywanym w firmie do wzmacniania zaangażowania pracowników, nie przynosi to oczekiwanych efektów. Schwartz (2018) wskazuje na inne cechy miejsca pracy, cenione przez pracowników, takie jak autonomia w podejmowaniu decyzji czy poczucie sensu wykonywanej pracy. Nowoczesne organizacje powinny przekonywać pracowników o tym, jaki jest cel wykonywanej pracy, czy jest on inspirujący oraz czy wynik pracy przynosi innym korzyści.

Praca ma zatem nie tylko wymiar ekonomiczny, lecz także społeczny, a nawet duchowy.

Praca ma zatem nie tylko wymiar ekonomiczny, lecz także społeczny, a nawet duchowy. Jak ujmuje to Bejma (2016, s. 23): „praca oddziałuje na wyznawane przez jednostkę wartości, na jej stosunek do samej siebie,

do otaczającej ją rzeczywistości społecznej”. Dlatego też praca jest często przedmiotem zainteresowania etyki religijnej i świeckiej. Klasyczne sformułowanie z encykliki społecznej Jana Pawła II „Laborem Exercens” (1981, pkt 6.): „prawdą jest, że człowiek jest przeznaczony i powołany do pracy, to jednak nade wszystko praca jest dla człowieka, a nie człowiek dla pracy”, jest wciąż aktualne, gdyż w wielu organizacjach wdrażane są programy godzenia pracy zawodowej z życiem prywatnym (tzw. *work-life balance*). Rozwój społeczny w miejscu pracy obejmuje również budowanie i wzmacnianie postaw tolerancji i wyrozumiałości dla osób z ograniczeniami zdrowotnymi wynikającymi z choroby.

Kontekst medyczny i prawny

(...) możliwość wykonywania pracy przez osoby o różnych predyspozycjach zdrowotnych, jest niezbędnym elementem aktywnego życia społecznego.

Nie ulega wątpliwości, że możliwość wykonywania pracy przez osoby o różnych predyspozycjach zdrowotnych, jest niezbędnym elementem aktywnego życia społecznego. Należy jednak uwzględnić ewentualne ryzyko wpływu warunków i sposobu wykonywania pracy na zdrowie pracowni-

ka, aby wskazane korzyści nie zostały zniwelowane przez możliwe do uniknięcia pogorszenie stanu zdrowia. Przepisy Kodeksu pracy (1974) i ustawy o służbie medycyny pracy (1997), dotyczące profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, nakazują ocenę możliwości podejmowania pracy na określonych stanowiskach w obowiązkowym procesie orzecznictwym. Przed przystąpieniem do pracy, okresowo oraz po długotrwałym zwolnieniu lekarskim (powyżej 30 dni), lekarz medycyny pracy ocenia stan zdrowia pracownika i wydaje orzeczenie o zdolności do pracy przez oznaczony okres. Lekarz może wydać orzeczenie negatywne, które skutkuje brakiem możliwości podjęcia pracy na danym stanowisku, ale pracownikowi przysługuje ścieżka odwoławcza. Istotny jest fakt, że lekarz medycyny pracy orzeka o zdolności do pracy jedynie na określonym stanowisku. Dlatego też pra-

cownik z negatywnym orzeczeniem może zostać skierowany na inne stanowisko, gdzie występują odmienne narażenia zawodowe.

Eksperci z zakresu medycyny pracy zwracają dodatkowo uwagę na problem chorób niezawodowych, związanych z pracą (Marcinkiewicz i in., 2018). Zgodnie z definicją należą do nich schorzenia o wieloczynnikowym pochodzeniu, które nie mogą być uznane za choroby zawodowe, ale na których rozwój, przebieg lub rokowanie może mieć wpływ środowisko pracy lub sposób jej wykonywania. Przykładami takich chorób są przewlekłe dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego lub pokarmowego, choroby układu sercowo-naczyniowego czy zaburzenia zdrowia psychicznego. Zarówno profilaktyka, jak i wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie tych chorób mogą być powiązane z działaniami prozdrowotnymi firmy, uzgodnione ze stroną społeczną, czyli przedstawicielami pracowników i uwzględnione w strategii organizacyjnej (Korzeniowska i Puchalski, 2019). Udział pracowników w takim procesie ma kluczowe znaczenie, ponieważ badania Instytutu Medycyny Pracy wykazały, że około 40% pracowników deklaruje, że działania są adekwatne do ich potrzeb, a 20% respondentów twierdzi, że są one niedostosowane do potrzeb osób starszych, które częściej są obciążone chorobami przewlekłymi.

Najistotniejszym zagadnieniem w dyskusji o możliwości tworzenia polityki zatrudnienia dla osób ze zdiagnozowanymi chorobami jest szczególne prawo do ochrony informacji wrażliwych. Pracodawca nie jest uprawniony do żądania informacji o stanie zdrowia pracownika, zatem wyłącznie do jej lub jego decyzji należy przekazanie takiej informacji

Najistotniejszym zagadnieniem w dyskusji o możliwości tworzenia polityki zatrudnienia dla osób ze zdiagnozowanymi chorobami jest szczególne prawo do ochrony informacji wrażliwych.

(Dązbłaż, 2022). Zgodnie z przepisami RODO (2016) uzyskanie takiej informacji może nastąpić tylko na podstawie zgody pracownika, dodatkowo wyłącznie z inicjatywy pracownika. Zgoda taka oznacza dobrowolne, konkretne, świadome i jednoznaczne okazanie woli, którym osoba (pracownik), której dane dotyczą, w formie oświadczenia lub wyraźnego działania potwierdzającego, przyzwala na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych przez pracodawcę. Te i inne szczegółowe przepisy RODO dotyczące zakresu przetwarzania tych danych i zachowania ich poufności wskazują na zasadność opracowania przez pracodawcę szczegółowej procedury, wzorów druków i informacji, aby uniknąć wątpliwości prawnych w tym szczególnym obszarze ochrony danych wrażliwych.

Przykładem dylematów związanych z podjęciem decyzji o ujawnieniu informacji o stanie zdrowia pracodawcy jest dyskusja prowadzona wśród pacjentów

z zespołem jelita drażliwego (2024). Jest to problem zdrowotny, który wymaga zrozumienia trudności w wykonywaniu pracy przez przełożonych i współpracowników. Pacjenci i eksperci analizowali korzyści oraz zagrożenia wynikające z poinformowania pracodawcy o swoim problemie. O ile na etapie rekrutacji taka

Zadaniem pracodawcy powinno być uzgodnienie z chorym zasad wykonywania pracy z uwzględnieniem ograniczeń wywołanych chorobą, która należy do kategorii chorób niezawodowych, gdyż obowiązki i sposób wykonywania pracy mogą wpływać na zaostrzenie objawów.

informacja nie powinna być przekazywana, o tyle po podjęciu pracy zalecane jest jej ujawnienie, aby móc zbudować świadomość współpracowników związanych z chorobą sytuacji. Zadaniem pracodawcy powinno być uzgodnienie z chorym zasad wykonywania pracy z uwzględnieniem ograniczeń wywołanych chorobą, która należy do kategorii chorób niezawodowych, gdyż obowiązki i sposób wykonywania pracy mogą wpływać na zaostrzenie objawów.

W przypadku chorób somatycznych przy poinformowaniu pracodawcy o swoich ograniczeniach, aby mógł w odpowiedni sposób zorganizować pracę i obowiązki, obie strony mogą odnieść szereg korzyści. Należą do nich zwiększenie zaangażowania, zmniejszenie poziomu stresu wywołanego lękiem przed ujawnieniem stanu zdrowia, dostęp do wsparcia innych osób z tym samym problemem w miejscu pracy. Jednakże

(...) w obszarze zdrowia psychicznego nadal istnieje poważne zagrożenie związane z częstym jawnym lub ukrytym zjawiskiem stygmatyzacji.

w obszarze zdrowia psychicznego nadal istnieje poważne zagrożenie związane z częstym jawnym lub ukrytym zjawiskiem stygmatyzacji.

Badanie CBOS (Omyła-Rudzka, 2012) oceniało postawy wobec występowania problemów zdrowia

psychicznego u przedstawicieli jedenastu ról zawodowych. Największy sprzeciw badanych zaobserwowano w przypadku, gdyby osoba, która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, miała zajmować się ich dziećmi – być opiekunem (79% badanych) lub nauczycielem (71%). Nieco niższy wskaźnik niechęci dotyczył szefa w pracy (46%). Natomiast w przypadku ról, które możemy określić jako równorzędne do badanego, bez formalnej podległości, dominowały postawy akceptacji, gdyby taka sobą była ich sąsiadem (82% badanych), kolegą w klasie lub grupie studenckiej (76%) czy bliskim współpracownikiem (68%). W innym z badań zrealizowanych w Polsce, 19% respondentów uznało, że choroba psychiczna jest powodem do wstydu

i ukrywania jej przed innymi ludźmi, a 10,6% nigdy nie zatrudniłoby osoby, która korzysta z opieki psychiatrycznej (Babicki i in., 2018).

Aby przeciwdziałać takim stygmatyzującym postawom, w wielu krajach prowadzi się działania uświadamiające i edukacyjne w zakresie prawdziwego obrazu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Przykładem takiej strategii jest kanadyjska kampania pod hasłem „Sick not Weak” (2024). Skupia się ona na zmianie postrzegania chorych na depresję, z lękiem uogólnionym czy chorobą afektywną dwubiegunową poprzez wskazanie, że choroba nie jest wynikiem słabości charakteru, braku sprawczości czy możliwych do uniknięcia zaniedbań, a korzystanie ze wsparcia medycznego bądź psychologicznego wynika z troski o zdrowie.

Aby przeciwdziałać takim stygmatyzującym postawom, w wielu krajach prowadzi się działania uświadamiające i edukacyjne w zakresie prawdziwego obrazu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego.

Współpraca pracodawcy i pracownika

Szczególne wyzwanie dla pracodawcy stanowi sytuacja, gdy pracownik chory na chorobę zakaźną, która rozprzestrzenia się drogą kropelkową, stawia się w miejscu pracy mimo objawów choroby i stanowi zagrożenie dla współpracowników. Pandemia COVID-19 dostarczyła wielu dowodów, że infekcje górnych dróg oddechowych stanowią w wielu przypadkach poważne obciążenie organizmu, dlatego narzędziami zapobiegania zakażeniom były zamknięcie miejsc pracy, nakaz pracy zdalnej czy szereg wymagań związanych z ochroną indywidualną i dezynfekcją. Zgłoszenie się do pracy osoby chorej z objawami infekcji może mieć miejsce w przypadku niezgłoszenia się do lekarza, który ma możliwość wystawienia zwolnienia chorobowego, albo w przypadku odmowy jego przyjęcia.

Szczególne wyzwanie dla pracodawcy stanowi sytuacja, gdy pracownik chory na chorobę zakaźną, która rozprzestrzenia się drogą kropelkową, stawia się w miejscu pracy mimo objawów choroby i stanowi zagrożenie dla współpracowników.

W takim przypadku w konflikcie stają dwie perspektywy: prawna i społeczna. Formalnie w takim przypadku pracodawca może nie dopuścić pracownika do pracy, wskazując mu konieczność udania się do lekarza, który ustali, czy pracow-

nik może podjąć pracę bez ryzyka dla współpracowników. Pracodawca będzie uzasadniał takie działanie własnym obowiązkiem organizowania procesu pracy oraz konieczności zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, w myśl art. 15 Kodeksu pracy. Równocześnie w obliczu omawianych powyżej ograniczeń w zakresie informacji o stanie zdrowia pracownika istnieje ryzyko, że działanie to na gruncie prawnym może być odebrane jako dyskryminujące.

Konflikt może zostać rozwiązany lub złagodzony na gruncie relacji społecznych, gdy przełożony podejmuje rozmowę z pracownikiem, przedstawia zagrożenia związane z widocznymi objawami choroby (szczególnie istotne są objawy sprzyjające rozległej dystrybucji drobnoustrojów chorobotwórczych, jak kaszel czy katar) i ustala optymalny sposób działania. Jeśli pracownik nie wyrazi zgody na opuszczenie miejsca pracy i udanie się do lekarza, pozostają niefarmakologiczne środki ochrony, jak nakaz stosowania maseczki ochronnej. Zasadne jest zatem zakomunikowanie wszystkim pracownikom określonej procedury działania w takich przypadkach, aby wszyscy pracownicy podlegali tym samym znanym powszechnie zasadom.

Optymalnym rozwiązaniem, gdy pracownik deklaruje chęć wykonywania pracy mimo pogorszenia stanu zdrowia, jest propozycja wykonywania jej w trybie zdalnym.

Optymalnym rozwiązaniem, gdy pracownik deklaruje chęć wykonywania pracy mimo pogorszenia stanu zdrowia, jest propozycja wykonywania jej w trybie zdalnym. Należy jednak zauważyć, że według badań opublikowanych przez największy portalrekrutacyjnywPolsce, Pracuj.pl, zdalnie lub hybrydowo pracowało

w 2023 roku około 28% Polek i Polaków (Goreń i Kuć, 2023). Nie jest to zatem model, który ma zastosowanie w większości przypadków, ale obecnie wprowadzone rozwiązania prawne pozwalają na włączanie takiej strategii okresowego wykonywania pracy w warunkach domowych. Może to dotyczyć sytuacji, gdy stan zdrowia pracownika pozwala na wykonywanie obowiązków, ale przyczyna pogorszenia stanu zdrowia to choroba zakaźna i stanowi ryzyko dla innych współpracowników chorego. Wyniki badania przeprowadzonego w czasie pandemii COVID-19 potwierdzają to zjawisko, ponieważ 33% pracujących zdalnie deklarowało, że pracowało w czasie choroby, w porównaniu z 26% w grupie pracujących w biurze (Gaude i in., 2022).

Z cyklicznie prowadzonych badań opinii Polek i Polaków na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej wynika jednoznacznie, że zdecydowana większość, bo aż 70%, ocenia ją negatywnie (Omyła-Rudzka, 2023). Ponadto taka opinia jest częstsza wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i specjalistów z wyższym wykształceniem (82%), pracowników administracyjno-biurowych (82%) oraz

pracujących na własny rachunek (80%). Szczególnie negatywnie oceniany jest ten aspekt opieki zdrowotnej, który ma istotne znaczenie dla osób chorujących przewlekle oraz aktywnych zawodowo, czyli dostęp do lekarzy specjalistów (84% badanych) czy możliwość umawiania wizyt w dogodnym terminie (58%) oraz w dogodnej lokalizacji (52%).

Zaostrzenia choroby przewlekłej wymagają szybkiego wsparcia medycznego, aby pracownik nie musiał przebywać na zwolnieniu lekarskim lub nie doświadczał ograniczeń w zakresie wykonywania pracy. Pracodawcy mogą zatem, bez ingerencji w prawo do zachowania poufności o stanie zdrowia pracownika, proponować rozwiązania polegające na finansowaniu lub współfinansowaniu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych lub abonamentu medycznego. Badania rynkowe potwierdzają, że aż 83% pracowników deklaruje oczekiwanie potrzebę posiadania pakietu medycznego, a programy takie, w różnym zakresie, są oferowane nawet przez 91% badanych firm (Kucharczyk, 2023). Pracodawcy inwestują przeciętnie od 55 do 80 zł miesięcznie na pracownika, w celu zapewnienia dostępu do świadczeń poza systemem publicznym, z gwarancjami krótszego czasu oczekiwania i bezpłatnych badań diagnostycznych. W ten sposób u chorych przewlekle, w przypadku trudniejszego dostępu do leczenia w systemie publicznym, zmniejsza się ryzyko pogorszenia stanu zdrowia w stopniu uniemożliwiającym wykonywanie obowiązków zawodowych.

Zaostrzenia choroby przewlekłej wymagają szybkiego wsparcia medycznego, aby pracownik nie musiał przebywać na zwolnieniu lekarskim lub nie doświadczał ograniczeń w zakresie wykonywania pracy.

Podsumowanie

Możliwość wykonywania pracy ma szczególne znaczenie dla osoby z rozpoznaną chorobą, w wymiarze materialnym i społecznym. Budowanie środowiska pracy wspierającego dla pracowników ze stanem zdrowia, który nie uniemożliwia bezwzględnie wykonywania obowiązków zawodowych, przynosi korzyści również pracodawcy. Z uwagi na przepisy dotyczące ochrony informacji o stanie zdrowia, debatę nad programami wspierającymi zaleca się prowadzić w sposób otwarty z przedstawicielami pracowników, aby w drodze konsensusu ustalić zakres ochrony oraz korzyści wynikających z ujawnienia tej informacji. Istotnym sposobem wspierania jest także finansowanie lub współfinansowanie

dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego lub programu abonamentu zdrowotnego, które zapewniają możliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych w sposób anonimowy z perspektywy pracodawcy.

Bibliografia

1. Babicki, M., Kotowicz, K., Piotrowski, P., Stramecki, F., Kobyłko, A., and Rymaszewska, J. (2018). *Areas of stigma and discrimination of mentally ill people among Internet respondents in Poland*. *Psychiatria Polska*, 52 (1), 93–102. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/76861>.
2. Bejma, U. (2016). *Rola i znaczenie pracy w życiu człowieka na kanwie encykliki Laborem exercens*. W: R. Kantor, M. Kluz, J. Młyński (red.). *Rodzina między pracą a placą. Refleksja nad społeczną myślą encykliki Laborem exercens Jana Pawła II* (s. 23–41). Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe. DOI: <http://dx.doi.org/10.15633/9788374385015.03>.
3. *Czy mówić przelożonym o chorobie? Za i przeciw*. Artykuł: VV-MED-MAT-54137. Pobrańe 18 grudnia 2023 z: <https://jelitowe.pl/nasza-codziennosc/czymowic-przelozonym-o-chorobie-za-i-przeciw/>.
4. Dąbłaż B. (2022). *Prawo pracodawcy do żądania informacji o stanie zdrowia pracownika – ograniczone*. Pobrańe 3 stycznia 2024 z: <https://www.prawo.pl/zdrowie/prawo-pracodawcy-do-zadania-informacji-o-stanie-zdrowia-pracownika,236010.html>.
5. Gaude, L.B. Cabrita J., Eiffé FF, Gerstenberger, B., Ivaškaitė-Tamošiūnė, V. i in. (2022). *Working conditions in the time of COVID-19: Implications for the future, European Working Conditions Telephone Survey 2021 series*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
6. Goreń, A. Kuć, P. (2023). *Praca zdalna nieco mniej popularna. Badanie Pracuj.pl*. Pobrańe 29 grudnia 2023 z: <https://media.pracuj.pl/229766-praca-zdalna-nieco-mniej-popularna-badanie-pracujpl>.
7. Korzeniowska, E., Puchalski, K. (2019). *Co firmy powinny wiedzieć, by skutecznie promować zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną pracowników? Raport z wyników reprezentatywnego badania 1000 pracowników średnich i dużych firm w Polsce*. Łódź: Wyd. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
8. Kucharczyk, K. (2023). *Benefity dla pracowników zyskują na znaczeniu*. Pobrańe 29 grudnia 2023 z: <https://www.rp.pl/analizy-rzeczpospolitej/art38246531-benefity-dla-pracownikow-zyskuja-na-znaczeniu>.
9. Marcinkiewicz, A., Tomczak, P., Wiszniewska, M., Wałusiak-Skorupa, J., Dorre-Kolasa, D. (2018). *Choroby niezawodowe związane z pracą – uregulowania prawne, orzecznictwo oraz potencjalne konsekwencje dla pracodawców i pracowników w Polsce*. *Medycyna Pracy*, 69 (5), 539–546. DOI: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00772>.
10. Omyła-Rudzka, M. (2012) *Stosunek do osób chorych psychicznie*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
11. Omyła-Rudzka, M. (2023). *Opinie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Komunikat z badań*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
12. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
13. Schwartz, B. (2018) *Dlaczego pracujemy*. Warszawa: Grupa Wydawnicza Relacja.
14. Sick not Weak. Pobrańe 19 grudnia 2023 z: <https://www.sicknotweak.com/#>.
15. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465. t.j.).
16. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. (Dz. U. 2022 poz. 437, t.j.).

Styl życia pacjenta i jego uwarunkowania w świetle wyzwań zdrowia publicznego

Wpływ stylu życia na zdrowie i proces leczenia pacjenta

Pojęcie „styl życia” ma wiele definicji i odniesień. Jest on kombinacją działań i zachowań jednostki, które w znacznym stopniu determinują jej zdrowie. Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) zdrowy styl życia to sposób życia, który zmniejsza ryzyko poważnego zachorowania lub przedwczesnej śmierci (WHO, 1999). Prozdrowotny styl życia to świadome podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie potencjału zdrowia i eliminowanie zachowań zagrażających zdrowiu (Woynarowska, 2017). Zdrowy styl życia niesie ze sobą wiele korzyści, gdyż może zmniejszyć wskaźniki chorób przewlekłych, poprawić wyniki zdrowotne, obniżyć śmiertelność, wiązać się z lepszą percepcją zdrowia i satysfakcją z życia (Ludt i in., 2014; Marques i in., 2019; Piepoli i in., 2016; Posadzki i in., 2020). Ponieważ zmiany stylu życia są podstawą profilaktyki i leczenia wielu

Prozdrowotny styl życia to świadome podejmowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie potencjału zdrowia i eliminowanie zachowań zagrażających zdrowiu (...).

chorób przewlekłych, warto podkreślić ich pilność, wskazując z jednej strony na skalę rozpowszechnienia wybranych problemów zdrowotnych i aktualne rekomendacje w zakresie postępowania nefarmakologicznego, a z drugiej na kwestie przestrzegania zasad zdrowego stylu życia w populacji pacjentów i czynniki na nie wpływające.

Według badania EU-SILC 2020 36,3% Polaków w wieku 16 lat i więcej zgłosiło występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych (GUS, 2022). Raport Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB (2022) pokazuje, że wiodącymi zagrożeniami zdrowia publicznego mieszkańców Polski są choroby układu krążenia i nowotwory, które w ponad 90% odpowiadają za utratę zdrowia w postaci przedwczesnych zgonów ludności. W przypadku cukrzycy i chorób nerek, ponad połowa obciążenia chorobowego wyni-

(...) palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, (...) wysoki wskaźnik BMI i (...) niski poziom aktywności fizycznej [to] behawioralne czynniki ryzyka zdrowotnego (...) wspólne dla wielu chorób przewlekłych, które stanowią aktualnie duże wyzwanie dla zdrowia publicznego.

ka z życia z obniżoną sprawnością (Wojtyniak i Goryński, 2022). Głównymi czynnikami ryzyka odpowiedzialnymi za obciążenie chorobowe są: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, wysokie skurczowe ciśnienie krwi i wysoki wskaźnik BMI (Wojtyniak i Goryński, 2022). W Polsce w 2022 roku 29,8% mężczyzn oraz 17,6% kobiet regularnie paliło tradycyjne wyroby tytoniowe lub stosowało papierosy elektroniczne. Konsumpcja czystego alkoholu

w 2021 r. wynosiła 9,7 l na osobę. Ze zbyt wysoką masą ciała ($BMI \geq 25$) w 2022 roku zmagają się 62% mężczyzn i 43% kobiet, otyłość dotyczyła zaś odpowiednio 16% i 12% osób w wieku 20 lat lub więcej. W porównaniu z mieszkańcami większości krajów UE Polacy prezentują niski poziom aktywności fizycznej – nawet 64% osób w wieku 20 lat lub więcej nie podejmuje w żadnej formie rekreacyjnej aktywności fizycznej (Wojtyniak i Goryński, 2022). Wskazane wyżej behawioralne czynniki ryzyka zdrowotnego są często wspólne dla wielu chorób przewlekłych, które stanowią aktualnie duże wyzwanie dla zdrowia publicznego. Tym bardziej że w Polsce umieralność z przyczyn możliwych do uniknięcia zarówno dzięki profilaktyce, jak i interwencji medycznej jest wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Pierwszą przyczyną przedwczesnych zgonów prowadzącą do chorób układu krążenia jest nadciśnienie tętnicze (NT) (PTNT, 2019). Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku w Polsce żyło 9,9 mln osób dorosłych z NT,

co stanowiło 31,5% populacji osób dorosłych (NFZ, 2019a). Zalecenia dotyczące zarządzania stylem życia są uznawane za strategię pierwszego rzutu w celu zapobiegania i kontrolowania NT (Charchar i in., 2024). Ponieważ około 30% osób nie wie o chorobie nadciśnieniowej, a prawie 40% dorosłych w naszym kraju nie zna wartości własnego ciśnienia tętniczego, Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego zaleca, aby wszystkie osoby dorosłe przynajmniej raz w roku miały wykonany jego pomiar (PTNT, 2019). Do modyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju NT zalicza się: palenie tytoniu (aktywne lub w przeszłości), hipercholesterolemię, hiperurykemię, nadwagę i otyłość, siedzący tryb życia, czynniki psychospołeczne i socjoekonomiczne oraz spoczynkową akcję serca $> 80/\text{min}$ (PTNT, 2019). Fakt stosowania przez pacjenta używek, zmiany masy ciała czy nawyki żywieniowe uwzględnia się podczas diagnostyki NT. W dokumentacji należy odnotować masę ciała, wzrost pacjenta, obliczyć wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) i jednocześnie oszacować stopień otyłości na podstawie pomiaru obwodu talii (PTNT, 2019). Najskuteczniejszą metodą uniknięcia lub opóźnienia rozwoju NT (prewencja pierwotna) jest modyfikacja stylu życia, a zwłaszcza zapobieganie otyłości oraz zwiększenie aktywności fizycznej (PTNT, 2019). Postępowanie niefarmakologiczne jest także niezbędnym elementem terapii NT i powinno zostać zalecone na pierwszej wizycie lekarskiej. Na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego, podniesienie skuteczności farmakoterapii, redukcję ryzyka powikłań i zapobieganie rozwojowi NT u osób obciążonych rodzinnie wpływ mają: normalizacja masy ciała, odpowiednia dieta, ograniczenie spożycia alkoholu i soli, zaprzestanie palenia tytoniu i zwiększenie systematycznej aktywności fizycznej (PTNT, 2019). Podjęcie leczenia farmakologicznego nie zwalnia pacjenta i lekarza od dalszego przestrzegania zasad zmian stylu życia (PTNT, 2019). Zalecenia dietetyczne mające na celu redukcję nadmiernej masy ciała uwzględniają zmniejszoną kaloryczność pokarmów, zwiększone spożycie warzyw oraz owoców (4–5 porcji, 300–400 g dziennie), ryb (co najmniej 2 razy w tygodniu), ubogotłuszczowych produktów mlecznych, błonnika, produktów pełnoziarnistych i białka ze źródeł roślinnych. Zakładają jednocześnie ograniczone spożycie produktów z dużą zawartością zwierzęcych tłuszczów nasyconych i cholesterolu. Wskazane kryteria spełniają diety typu śródziemnomorskiego. Chorzy na NT nie powinni spożywać więcej niż 5 g soli kuchennej/dobę (≤ 2 g sodu) (PTNT, 2019). Należy unikać spożywania napojów energetyzujących, produktów spożywczych z lukrecją oraz zawierających duże ilości fruktozy (tj. syrop glukozowo-fruktozowy) (PTNT, 2019). Redukcji masy ciała sprzyja systematyczny wysiłek fizyczny o umiarkowanej intensywności przez 30 min, 5–7 dni w tygodniu, stopniowe zwiększanie czasu ćwiczeń fizycznych, do co najmniej 300 min/tydzień, wykonywanie ćwiczeń wytrzymałościowych aerobowych uzupełnionych ćwiczeniami oporowymi, dostosowanych do wieku, współistniejących schorzeń i preferencji pacjenta. Należy

uniknąć dużych wysiłków izometrycznych, takich jak dźwiganie ciężarów (PTNT, 2019). U pacjentów z chorobą serca może okazać się konieczne wykonanie dodatkowych badań lub zapewnienie opieki fizjoterapeutycznej, by odpowiednio dobrać bezpieczną aktywność fizyczną. W przypadku problemu ze zmniejszeniem masy ciała lub powrotem do nadmiernej wagi, zaleca się wielodyscyplinarne podejście terapeutyczne, w tym poradnictwo żywieniowe (PTNT, 2019). Zwiększone spożycie alkoholu sprzyja częstszemu występowaniu udarów i osłabia działanie leków hipotensyjnych. Należy ograniczać jego spożycie, unikać upijania się i wyznaczyć dni w tygodniu całkowicie wolne od alkoholu (PTNT, 2019).

Liczba chorych na cukrzycę wzrasta i nie jest to tylko efekt zmian struktury demograficznej. W Polsce, według danych NFZ (2019b) w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln osób, głównie w grupie wiekowej powyżej 55. roku życia (9,1% populacji dorosłych). W przypadku dzieci i młodzieży choroba dotyczyła 22,0 tys. osób, co stanowiło 3,2 promila tej populacji (NFZ, 2019b). Ponieważ u większości chorych z cukrzycą nie występują objawy hiperglikemii, według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2023 roku konieczne jest prowadzenie badań przesiewowych raz na 3 lata u każdej osoby powyżej 45. roku życia oraz niezależnie od wieku należy je wykonać co roku u osób z grup ryzyka: z nadwagą lub otyłością; z cukrzycą występującą w rodzinie; mało aktywnych fizycznie; z grupy środowiskowej lub etnicznej częściej narażonej na cukrzycę; u których stwierdzono stan przedcukrzycowy; u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową; u pacjentek, które urodziły dziecko o masie ciała > 4000 g; u osób z nadciśnieniem tętniczym; z dyslipidemią; u kobiet z zespołem policystycznych jajników oraz u pacjentów z chorobą układu sercowo-naczyniowego (PTD, 2023). Osoby obciążone wysokim ryzykiem rozwoju choroby należy poddać odpowiedniej edukacji na temat roli zasad zdrowego stylu życia w profilaktyce cukrzycy typu 2. Pacjenci ze stanem przedcukrzycowym powinni otrzymać zalecenia na temat zdrowego stylu życia, w tym redukcji masy ciała u osób z nadwagą lub otyłością o co najmniej 7% i jej utrzymanie poprzez aktywność fizyczną (co najmniej 150 minut/tydzień) oraz stosowanie odpowiedniej diety z informacją o skuteczności takiego postępowania w zmniejszeniu ryzyka (PTD, 2023). Według ekspertów PTD korzyści ze zwiększenia aktywności fizycznej odnoszą wszystkie osoby, przy czym najwyższą skuteczność takiej interwencji obserwuje się u pacjentów powyżej 60. roku życia. Decydujące znaczenie dla skuteczności profilaktyki zaburzeń metabolizmu glukozy ma powtarzanie podczas każdej wizyty pacjenta porad dotyczących stylu życia. Zaleca się regularne badania osób ze stanem przedcukrzycowym pod kątem występowania innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (np. otyłość, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe) oraz w przypadku ich występowania, wdrożenie odpowiedniego leczenia (PTD, 2023). Współczesna opieka diabetologiczna powinna być skoncentrowana

na osobie z cukrzycą, wymaga kompetencji personelu lekarskiego, pielęgniarek prowadzących edukację lub edukatorów, dietetyków oraz współdziałania specjalistów z pokrewnych dziedzin (PTD, 2023). W zakresie terapii behawioralnej do najważniejszych rekomendacji zaliczono te mówiące, że wszyscy chorzy powinni być edukowani w zakresie ogólnych zasad prawidłowego żywienia w cukrzycy przez osoby do tego uprawnione (lekarz, dietetyk, pielęgniarka diabetologiczna, edukator diabetologiczny) a szczegółowe zalecenia dietetyczne powinny być zindywidualizowane. Diabetycy powinni być edukowani w zakresie kontroli wielkości porcji, jak również udziału węglowodanów w poszczególnych posiłkach i całej diecie. Ponieważ wysiłek fizyczny jest integralną częścią prawidłowego, kompleksowego postępowania podczas leczenia cukrzycy, powinien on być regularny, najlepiej podejmowany codziennie lub co najmniej co 2–3 dni. Istnieje też potrzeba ograniczania czasu spędzanego bez przerw w pozycji siedzącej (PTD, 2023). Edukacja jest podstawą skutecznej opieki nad pacjentami z cukrzycą oraz prewencji choroby, dlatego wszyscy pacjenci i ich opiekunowie mają zapewniony dostęp do edukacji diabetologicznej w której powinni uczestniczyć (PTD, 2023).

Poziom przestrzegania zasad zdrowego stylu życia

Z analiz opartych o rezultaty Europejskiego Sondażu Społecznego z 2014 r. wnioskować można, że niewielu dorosłych Europejczyków (5,8%), w tym tylko 5% Polaków prowadzi zdrowy styl życia, deklarując praktykowanie wszystkich korzystnych zachowań składających się na miernik użyty przez autorów uwzględniający aktywność fizyczną, spożywanie owoców i warzyw, niepicie alkoholu w nadmiarze i niepalenie, oraz jakość snu. Jednocześnie 42,3% mieszkańców krajów europejskich zgłosiło praktykowanie co najmniej trzech z pięciu korzystnych zachowań (Marques i in., 2019). W Polsce obserwowane jest niskie spożycie warzyw i owoców oraz ryb, wysoki udział tłuszczów zwierzęcych, mięsa czerwonego i przetworów mięsnych oraz słodczy w diecie (Wojtyniak i Goryński, 2022). Znaczna część osób nie korzysta z żadnych źródeł wiedzy o racjonalnym żywnieniu i nie stosuje tych informacji w życiu codziennym (Wojtyniak i Goryński, 2022).

W kontekście chorób układu krążenia należy zauważyć, że w krajach europejskich częstość przestrzegania zasad zdrowego stylu życia jest niska, a czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego są źle kontrolowane (Kotseva i in., 2021). W badaniu EUROASPIRE V prowadzonym w podstawowej opiece zdrowotnej w populacji pacjentów, którym przepisano co najmniej jeden lek obniżają-

cy ciśnienie krwi i/lub stężenie lipidów, i/lub stężenie glukozy wykazano, że 18,1% pacjentów paliło papierosy, 43,5% miało otyłość, obwód talii u 63,8% przyjmował wartość ≥ 88 cm dla kobiet i ≥ 102 cm w przypadku mężczyzn, a regularną aktywność fizyczną podejmowało 36,4% osób (Kotseva i in., 2021). Tylko 47,0% leczonych hipotensyjnie osiągnęło docelowe wartości ciśnienia tętniczego, 46,9% pacjentów z dyslipidemią osiągnęło docelowe stężenie cholesterolu LDL, a 65,2% diabetyków typu 2 osiągnęło docelową wartość hemoglobiny glikowanej (Kotseva i in., 2021). W ciągu 3 lat poprzedzających badanie 18,6% palaczy nie otrzymało profesjonalnej porady w zakresie rzucania palenia, a 58,5% nie zgłosiło zamiaru zerwania z nałogiem w ciągu najbliższych 6 miesięcy. Spośród otyłych pacjentów 18,6% nie zostało poinformowanych o nadmiernej masie ciała, a 36,8% nie otrzymało zaleceń dotyczących przestrzegania diety. Ponad połowa osób nie miała żadnej porady dotyczącej zwiększenia aktywności fizycznej (Kotseva i in., 2021).

Według wyników badania NIZP-PZH-PIB (Wojtyniak i Goryński, 2018) nawet co trzeci mężczyzna z wyższym wykształceniem i niewiele mniejszy odsetek kobiet w Polsce nie zetknęli się z pojęciem „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu”. Respondenci o najniższym poziomie wykształcenia zdecydowanie częściej niż osoby z wykształceniem wyższym jako najważniejsze dla swojego zdrowia wymieniali czynniki, na które nie mają wpływu, a rzadziej własne zachowania (Wojtyniak i Goryński, 2018). Na podstawie wyników badań populacyjnych WOBASZ i WOBASZ II można zaobserwować, że w Polsce wsparcie w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia poprawia się, ale nadal pozostaje niewystarczające, gdyż około jedna trzecia dorosłych uczestników nie otrzymała porady profilaktycznej (Piwońska i in., 2018). Dodatkowo w badaniu WOBASZ II wykazano, że 85% badanych w wieku 20–74 lata miało niezadowalający poziom wiedzy na temat metod zapobiegania cukrzycy i konsekwencji braku jej leczenia (Pawlak-Sobczak i in., 2021). Niektóre badania donoszą, że diabetycy często wykazują braki w świadomości prawidłowych zachowań zdrowotnych, a ich wiedza i umiejętności w zakresie samoopieki i samoobserwacji, pomiaru stężenia glukozy i ciśnienia tętniczego krwi, aktywności fizycznej, dietoterapii oraz przestrzegania zaleceń farmakoterapii są niewystarczające (Pluta i in., 2022).

Wybrane czynniki wpływające na styl życia pacjenta

W różnych badaniach wykazywano zależność zdrowego stylu życia od czynników, takich jak wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy rodzaj wykonywanej pracy (De Bacquer i in.,

2021; Hildt-Ciupińska i Pawłowska-Cyprysiak, 2021; Ludt i in., 2014; Marques i in., 2019; Wojtyniak i Goryński, 2022). Zmiany stylu życia mogą być trudne do wdrożenia i utrzymania w dłuższej perspektywie, ponieważ wiele osób żyje w środowiskach, które temu nie sprzyjają (Charchar i in., 2024). Istotne znaczenie ma niska wiedza na temat zmian stylu życia oraz poziom kompetencji zdrowotnych i przekonania kulturowe (Charchar i in., 2024). Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego (ang. *health literacy* – HL, kompetencje zdrowotne,) czyli wiedzy i umiejętności niezbędnych do pozyskania, zrozumienia i zastosowania informacji zdrowotnych w celu utrzymania i poprawy ogólnego stanu zdrowia jednostki i populacji, zwiększa ryzyko chorób przewlekłych w wyniku niezdrowego stylu życia. Może też opóźnić rozpoczęcie procesu leczenia z powodu nierozpoznanienia objawów na czas i wiązać się z innymi konsekwencjami (Niedostys i in., 2019; Pawlak-Sobczak i in., 2021). W projekcie European Health Literacy Survey wykazano, że 10,2% respondentów z Polski miało niewystarczający, a 34,4% problematyczny poziom alfabetyzmu zdrowotnego (Sørensen i in., 2015). Niedostatki wiedzy o chorobach przewlekłych i czynnikach wspierających skuteczność leczenia nie pozwalają pacjentom świadomie uczestniczyć w ustalaniu procesu terapii i osłabiają ich motywację (Gaciong, Kardas, 2015). Choć wiedza sama w sobie nie zmniejsza czynników ryzyka, to jest pierwszym krokiem do uświadomienia ludziom ich wpływu na rozwój i/lub progresję choroby, na jakość i oczekiwaną długość życia. W efekcie pacjenci powinni dążyć do poprawy zachowań zdrowotnych (De Bacquer i in., 2022; Kowalewska i in., 2022).

Powodem, dla którego pacjenci nie podejmują próby zmiany stylu życia w celu zaprzestania palenia, utraty masy ciała i zwiększonej aktywności fizycznej, może być negatywna ocena swojej zdolności w tym zakresie, czyli brak wiary w siebie (De Bacquer i in., 2022). Niektórzy nie podejmują zmian, ponieważ mają zbyt wiele innych stresów, deklarują, że już je wprowadzili lub są zadowo-

W różnych badaniach wykazywano zależność zdrowego stylu życia od czynników, takich jak wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy rodzaj wykonywanej pracy (...).

Zmiany stylu życia mogą być trudne do wdrożenia i utrzymania w dłuższej perspektywie, ponieważ wiele osób żyje w środowiskach, które temu nie sprzyjają (...). Istotne znaczenie ma niska wiedza na temat zmian stylu życia oraz poziom kompetencji zdrowotnych i przekonania kulturowe (...).

leni ze swojego obecnego stylu życia (De Bacquer i in., 2022). Należy też brać pod uwagę możliwość predyspozycji niektórych grup pacjentów do bagatelizowania zagrożeń zdrowotnych (np. pozornie zdrowi mężczyźni w średnim wieku) (Sinnadurai i in., 2022). Inną przyczyną mogą być błędne przekonania, które warto skorygować, prowadząc edukację pacjentów i ich rodzin (De Bacquer i in., 2022). Niekiedy chorobom przewlekłym mogą towarzyszyć lęk i depresja, związane ze zwiększoną częstością występowania siedzącego trybu życia, palenia tytoniu czy otyłości. Identyfikacja takich współistniejących problemów zdrowotnych umożliwia wdrożenie odpowiedniego postępowania i zapewnienie większego wsparcia we wprowadzaniu zmian (De Bacquer i in., 2022).

W niektórych badaniach wykazano, że pacjenci zgłaszają chęć uzyskania większej ilości informacji, np. od lekarza pierwszego kontaktu i lekarza specjalisty (Kowalewska i in., 2022). Ponieważ pacjenci postrzegają profesjonalistów medycznych jako najbardziej

Ponieważ pacjenci postrzegają profesjonalistów medycznych jako najbardziej wiarygodne i zaufane źródło wiedzy, rola kadr medycznych w edukacji pacjenta jest kluczowa (...).

wiarygodne i zaufane źródło wiedzy, rola kadr medycznych w edukacji pacjenta jest kluczowa (Kowalewska i in., 2022). Optymalna profilaktyka i rehabilitacja pacjentów z chorobą przewlekłą opiera się często na współpracy interdyscyplinarnego zespołu

w podejściu skoncentrowanym na pacjencie (De Bacquer i in., 2022; PTD, 2023). Istnieją przesłanki do tego, aby uznać, że wciąż istnieje duża luka między wytycznymi opartymi na dowodach a codzienną praktyką kliniczną. Wydaje się, że zarówno pacjenci, jak i lekarze nie zwracają wystarczającej uwagi na czynniki ryzyka związane ze stylem życia, które mogą niekorzystnie wpływać na kontrolę ciśnienia krwi, lipidów i cukrzycy (Kotseva i in., 2021). Nauki behawioralne wskazują, że ważne jest indywidualne dostosowanie interwencji profilaktycznych. Warto byłyby też rozwijać strategie wzmacniające przestrzeganie zaleceń profilaktyki chorób przewlekłych skoncentrowane na osobach nimi zagrożonych, ale przed ich zdiagnozowaniem (Ludt i in., 2014).

Optymalna profilaktyka i rehabilitacja pacjentów z chorobą przewlekłą opiera się często na współpracy interdyscyplinarnego zespołu w podejściu skoncentrowanym na pacjencie (...).

Wydaje się, że zarówno pacjenci, jak i lekarze nie zwracają wystarczającej uwagi na czynniki ryzyka związane ze stylem życia, które mogą niekorzystnie wpływać na kontrolę ciśnienia krwi, lipidów i cukrzycy (Kotseva i in., 2021). Nauki behawioralne wskazują, że ważne jest indywidualne dostosowanie interwencji profilaktycznych. Warto byłyby też rozwijać strategie wzmacniające przestrzeganie zaleceń profilaktyki chorób przewlekłych skoncentrowane na osobach nimi zagrożonych, ale przed ich zdiagnozowaniem (Ludt i in., 2014).

Skuteczność interwencji dotyczących stylu życia jest największa, gdy pacjent jest zaangażowany i chętny do współpracy w terapii (Gaciong i Kardas, 2015; Sinnadurai i in., 2022). Zachęcanie i motywowanie pacjentów do zmiany nawyków związanych ze stylem życia wymaga od personelu medycznego okre-

ślonych umiejętności, np. w zakresie skutecznego komunikowania się czy metodyki edukacji oraz warunków, np. takich jak wystarczająca ilość czasu (Sinnadurai i in., 2022). Aktualnie personel medyczny nie zawsze jest do takiej roli wystarczająco przygotowany (Charchar i in., 2024; Kowalewska i in., 2022; Sinnadurai i in., 2022). Dlatego istnieje potrzeba ciągłych szkoleń dla profesjonalistów z zakresu stosowania opartych na dowodach podejść do zmiany stylu życia, aby wspierać pacjentów i ich bliskich (Charchar i in., 2024; De Bacquer i in., 2022). W Polsce, obok kształcenia ustawicznego personelu medycznego, kursów specjalistycznych i doskonalących, istnieją strony internetowe prowadzone przez jednostki realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego, które mogą być pomocne profesjonalistom i rekomendowane pacjentom. Do przykładowych należą: <https://pacjent.gov.pl/profilaktyka>, <https://ncez.pzh.gov.pl/>, <https://jakrzucicpalenie.pl/>, <https://akademia.nfz.gov.pl/>, <https://planujedlugiezycie.pl/>, <https://szczepienia.pzh.gov.pl/>.

Skuteczność interwencji dotyczących stylu życia jest największa, gdy pacjent jest zaangażowany i chętny do współpracy w terapii (...).

(...) istnieje potrzeba ciągłych szkoleń dla profesjonalistów z zakresu stosowania opartych na dowodach podejść do zmiany stylu życia, aby wspierać pacjentów i ich bliskich (...).

Warto zauważyć, że styl życia i zarządzanie czynnikami ryzyka może się różnić między krajami, jako wynik m.in. z lokalnej polityki zdrowotnej (Kotseva i in., 2021). Profilaktyka powinna być prowadzona na poziomie ogółu populacji poprzez promowanie zdrowego stylu życia oraz na poziomie indywidualnym, tj. u pacjentów z umiarkowanym lub wysokim ryzykiem chorób lub pacjentów zdiagnozowanych, poprzez zwalczanie niezdrowego stylu życia i optymalizację czynników ryzyka (Piepoli i in., 2016). Interwencje mające na celu zmianę stylu życia pacjenta wymagają odpowiedniego i skutecznego modelu opieki i finansowania. Potrzebne jest promowanie wdrażania klinicznych usług profilaktycznych zgodnie z zaleceniami. Miejscem, które jest w szczególności sposobem predysponowane do udzielania poradnictwa w zakresie stylu życia, jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Na przykład profilaktyka cukrzycy typu 2 poprzez interwencję w stylu życia w warunkach POZ może okazać się wykonalna i skuteczna (Gillis-Januszewska i in., 2017). Jednak

Miejscem, które jest w szczególności sposobem predysponowane do udzielania poradnictwa w zakresie stylu życia, jest podstawowa opieka zdrowotna (...).

Aby pacjenci efektywnie zmieniali swój styl życia na bardziej korzystny dla ich zdrowia, siedliska, w których żyją, również muszą być zdrowe.

nie zmieniali swój styl życia na bardziej korzystny dla ich zdrowia, siedliska, w których żyją, również muszą być zdrowe. Można to zapewnić za pomocą odpowiednich przepisów (np. zakazy palenia), zwiększając dostępność zdrowej żywności czy tworząc przestrzeń i infrastrukturę, która ułatwia aktywny tryb życia (De Bacquer i in., 2022; WHO, 2017; WHO, 2022). Strategie takie mogą polegać też na realizacji programów zdrowotnych, w tym promujących zdrowy styl życia w miejscu pracy.

aby wzmocnić usługi profilaktyczne, działania POZ wymagają odpowiedniego wsparcia organizacyjnego, politycznego oraz powiązania ich z inicjatywami społecznymi lub innymi z zakresu zdrowia publicznego (Ludt i in., 2014). Aby pacjenci efektyw-

Bibliografia

1. Charchar, F. J., Prestes, P.R., Mills, C., Ching, S.M., Neupane, D., Marques, F.Z., Sharman, J.E., Vogt, L., Burrell, L.M., Korostovtseva, L., Zec, M., Patil, M., Schultz, M.G., Wallen, M.P., Renna, N.F., Islam, S.M.S., Hiremath, S., Gyeltshen, T., Chia, Y.C., Gupta, A., Tomaszewski, M. (2024). *Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension*. *Journal of Hypertension*, 42 (1), 23–49. DOI: 10.1097/HJH.0000000000003563.
2. De Bacquer, D., van de Luitgaarden, I.A. T., De Smedt, D., Vynckier, P., Bruthans, J., Fras, Z., Jankowski, P., Dolzhenko, M., Kotseva, K., Wood, D., De Backer, G. (2021). *Socioeconomic characteristics of patients with coronary heart disease in relation to their cardiovascular risk profile*. *Heart (British Cardiac Society)*, 107 (10), 799–806. DOI: 10.1136/heartjnl-2020-317549.
3. De Bacquer, D., Astin, F., Kotseva, K., Pogosova, N., De Smedt, D., De Backer, G., Rydén, L., Wood, D., Jennings, C., EUROASPIRE IV and V surveys of the European Observational Research Programme of the European Society of Cardiology (2022). *Poor adherence to lifestyle recommendations in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE surveys*. *European Journal of Preventive Cardiology*, 29 (2), 383–395. DOI: 10.1093/eurjpc/zwab115.
4. Gaciong, Z., Kardas, P. (2015). *Nieprzestrzeżenie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań. Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych*. Warszawa: Naukowa Fundacja Polpharmy.
5. Gilis-Januszewska, A., Lindström, J., Tuomilehto, J., Piwońska-Solska, B., Topór-Mądry, R., Szybiński, Z., Peltonen, M., Schwarz, P.E., Windak, A., Hubalewska-Dydejczyk, A. (2017). *Sustained diabetes risk reduction after real life and primary health care setting implementation of the diabetes in Europe prevention using lifestyle, physical activity and nutritional intervention (DE-PLAN) project*. *BMC Public Health*, 17 (1), 198. DOI: 10.1186/s12889-017-4104-3
6. Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Dochoły i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2020*, Warszawa: GUS.
7. Hildt-Ciupińska, K., Pawłowska-Cypryśiak, K. (2021). *Care for health among Polish men, taking into account social and economic factors, as well as the type of work*. *Medycyna Pracy*, 72 (4), 351–362. DOI: 10.13075/mp.5893.01056.

8. Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D., Maggioni, A., Marques-Vidal, P., Jennings, C., Abreu, A., Aguiar, C., Badariene, J., Bruthans, J., Cifkova, R., Davletov, K., Dilic, M., Dolzhenko, M., Gaita, D., Gotcheva, N., Hasan-Ali, H., ... EUROASPIRE V Investigators (2021). *Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk: A report from the European Society of Cardiology EURObservational Research Programme EUROASPIRE V survey in 16 European countries*. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28 (4), 370–379. DOI:10.1177/2047487320908698.
9. Kowalewska, E., Komnacka, K., Wójcicki, K., Dziewierz, A., Dudek, D., Tokarek, T. (2022). *Sources of patients' knowledge about cardiovascular disease prevention in Poland – a pilot study*. *Postępy w kardiologii interwencyjnej = Advances in Interventional Cardiology*, 18 (1), 27–33. DOI: 10.5114/aic.2022.116461
10. Ludt, S., Wensing, M., Campbell, S.M., Ose, D., van Lieshout, J., Rochon, J., Uhlmann, L., Szecsenyi, J. (2014). *The challenge of cardiovascular prevention in primary care: implications of a European observational study in 8928 patients at different risk levels*. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21 (2), 203–213. DOI: 10.1177/2047487312462798.
11. Marques, A., Peralta, M., Martins, J., Loureiro, V., Almanzar, P. C., de Matos, M.G. (2019). *Few European Adults are Living a Healthy Lifestyle*. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 33 (3), 391–398. DOI: 10.1177/0890117118787078.
12. Narodowy Fundusz Zdrowia. (2019a). *NFZ o zdrowiu. Nadciśnienie tętnicze*. Warszawa: NFZ.
13. Narodowy Fundusz Zdrowia. (2019b). *NFZ o zdrowiu. Cukrzyca*. Warszawa: NFZ.
14. Niedostys, B., Chrzan-Rodak, A., Bartoszek, A., Ślusarska, B. (2019). *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010–2018*. *Hygeia Public Health*, 54 (2), 105–113.
15. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *State of Health in the EU. Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021*. Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela: OECD Publishing.
16. Pawlak-Sobczak, K., Drygas, W., Kwaśniewska, M., Dziańkowska-Zaborszczyk, E., Pająk, A., Kozakiewicz, K., Zdrojewski, T., Rutkowski, M., Tykarski, A., Bielecki, W. (2021). *The level of knowledge of diabetic prevention in Poland – is there a phenomenon of pluralistic ignorance?* *International journal of occupational medicine and Environmental Health*, 34 (5), 667–678. DOI: 10.13075/ijom.1896.01746
17. Piepoli, M.F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., Cooney, M.T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M.S., Hobbs, F.D.R., Løchen, M. L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D.J., ... ESC Scientific Document Group (2016). *2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)*. *European Heart Journal*, 37 (29), 2315–2381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106.
18. Piwońska, A., Piotrowski, W., Kozela, M., Pająk, A., Nadrowski, P., Kozakiewicz, K., Tykarski, A., Bielecki, W., Puch-Walczak, A., Zdrojewski, T., Drygas, W. (2018). *Cardiovascular diseases prevention in Poland: results of WOBASZ and WOBASZ II studies*. *Kardiologia Polska*, 76 (11), 1534–1541. DOI: 10.5603/KP.a2018.0154.
19. Pluta, A., Marzec, A., Kobus, E., Sulikowska, B. (2022). *Main Aspects of Preparing Diabetic Patients in Poland for Self-Care*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (18), 11365. DOI: 10.3390/ijerph191811365.
20. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. (2023) *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2023*. *Stano-wisko Polskiego Towarzystwa Diabetolo-*

- gicznego. *Current Topic in Diabetes*, 3 (1), 1–140.
21. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego. (2019). *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 5 (1), 1–86.
 22. Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Markaruk, H., Könsgen, N., Neuhaus, A.L., Semwal, M. (2020). *Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews*. *BMC Public Health*, 20 (1), 1724. DOI: 10.1186/s12889-020-09855-3.
 23. Sinnadurai, S., Sowa, P., Jankowski, P., Gasior, Z., Kosior, D. A., Haberka, M., Czarnecka, D., Pajak, A., Setny, M., Jamiolkowski, J., Sawicka-Śmiarowska, E., Kaminski, K. (2022). *Recollection of Physician Information about Risk Factor and Lifestyle Changes in Chronic Coronary Syndrome Patients*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (11), 6416. DOI: 10.3390/ijerph19116416.
 24. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., HLS-EU Consortium (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. *European Journal of Public Health*, 25 (6), 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
 25. Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2018). *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i Jej Uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.
 26. Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2022). *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i Jej Uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.
 27. World Health Organization. (1999). *Healthy living: what is a healthy lifestyle?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
 28. World Health Organization. (2017). *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization.
 29. World Health Organization. (2022). *Physical activity*. Pobrane 10 stycznia 2024 z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
 30. Woynarowska, B. (red.). (2017). *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Zaangażowanie organizacji społecznych we wspieranie zdrowia i leczenia osób z doświadczeniem migracji

Wprowadzenie

Migracje są doświadczeniem ludzkości od tysiącleci, są też często motorem zmian politycznych, społecznych i kulturowych. W ostatnich dekadach migracje stały się coraz powszechniejsze również w społeczeństwie polskim, występują w formach emigracji, imigracji i/lub transnarodowego sposobu życia (Lesińska i Okólski, 2023). Zmiana miejsca zamieszkania ma wpływ na zdrowie osób migrujących.

Trevor Dummer wskazał, że „geografia i zdrowie są ze sobą nierozzerwalnie powiązane. Miejsce urodzenia, zamieszkania, nauki i pracy ma bezpośredni wpływ na nasze doświadczenia zdrowotne: powietrze, którym oddychamy, żywność, którą jemy, wirusy, na które jesteśmy narażeni, oraz usługi zdrowotne, do których mamy dostęp”¹ (Dummer, 2008, s. 1177).

Trevor Dummer wskazał, że „geografia i zdrowie są ze sobą nierozzerwalnie powiązane. Miejsce urodzenia, zamieszkania, nauki i pracy ma bezpośredni wpływ na nasze doświadczenia zdrowotne: powietrze, którym oddychamy, żywność, którą jemy, wirusy, na które jesteśmy narażeni, oraz usługi zdrowotne, do których mamy dostęp”.

¹ Tłumaczenia tekstów z języka angielskiego wykonała autorka.

Część zmian w sytuacji zdrowotnej osoby zależy od takich czynników, jak indywidualne preferencje co do żywności, używek, sposobów spędzania wolnego czasu czy korzystania ze szczepień i innych form profilaktyki zdrowotnej (Blaxter, 2009). Zdrowie wiąże się z kwestiami politycznymi, ekonomicznymi i systemami społecznymi, wynikiem różnic mogą być m.in. nierówności zdrowotne. Takie nierówności mogą być doświadczane w sytuacji migracji ze względu m.in. na zmianę charakteru pracy, czynniki środowiskowe, dyskryminację, gorszy dostęp do opieki zdrowotnej lub jej niższy standard.

W niniejszym rozdziale przyglądam się sytuacji udzielania wsparcia osobom z doświadczeniem migracji w obszarze zdrowia i leczenia przez organizacje społeczne. W tekście używam wymiennie terminów „organizacja społeczna” i „organizacja pozarządowa”, gdyż oba pojęcia funkcjonują w prawie polskim (Frączak, 2021). Celem tekstu jest ukazanie różnych sposobów wspierania osób, które przybyły do Polski z innych krajów i korzystają (lub zamierzają skorzystać) z leczenia. Najpierw przedstawiam podstawowe informacje o migrantach w Polsce, koncentrując się na sytuacji w ostatnich latach i odnotowując trudności w opisie tej bardzo zróżnicowanej grupy mieszkańców Polski. Następnie – w drugiej części rozdziału – opisuję zasady dostępu do leczenia oraz praktykę korzystania z leczenia. W trzeciej części natomiast wprowadzam kategoryzację i opis trzech rodzajów działań podejmowanych przez organizacje pozarządowe. Podstawą tego opisu jest analiza stron internetowych, materiałów drukowanych oraz wywiadów z członkiniami dwóch organizacji społecznych działających w Poznaniu.

Migranci w Polsce

Liczba migrantów mieszkających w Polsce stale rośnie, zwłaszcza w ostatniej dekadzie nastąpił jej duży wzrost. Narodowy Spis Ludności i Mieszkań z 2021 roku wykazał zamieszkiwanie około 1433 tys. osób będących obywatelami innych krajów czasowo lub na stałe (GUS, 2021). Po 24 lutego 2022 roku liczba cudzoziemców mocno wzrosła ze względu na przybycie ponad miliona osób, głównie kobiet i dzieci, uciekających przed wojną w Ukrainie. Ukraińcy i Ukrainki stanowią obecnie największą grupę cudzoziemców w Polsce, drugą znaczącą (ponad 100 tys. osób) społeczność tworzą obywatele i obywatelki Białorusi, ponadto duża jest liczba obywateli i obywaterek Niemiec, Rosji, Wietnamu, Gruzji, Indii, Włoch, Chin i Wielkiej Brytanii (UDsC, 2021). Wiele osób przebywa w ruchu bezwizowym – np. obywatele krajów Unii Europejskiej – bądź w wizowym i nie są uwzględniane w statystykach dotyczących osób z pobytem

czasowym lub stałym, dlatego trudno określić jest dokładnie liczbę migrantów w Polsce. Jest jednak oczywiste, że migranci stają się istotną częścią polskiego społeczeństwa i mogą obecnie stanowić około 5% populacji (Korbowicz, 2023). Trudności w określeniu dokładnej liczby migrantów w Polsce wynikają z mobilności, zróżnicowanych statusów prawno-pobytowych oraz heterogeniczności tej grupy. Jednocześnie wiadomo, że osoby migranckie częściej osiedlają się w dużych miastach (Jarosz i Klaus, 2023; Czerniejewska i in., 2022), gdzie mogą stanowić nawet 10% mieszkańców. Co więcej, migranci i migrantki zamieszkujący mniejsze miasta czy wsie będą korzystali z leczenia szpitalnego, porad u specjalistów, diagnostyki itp. w większych miastach, w których zlokalizowana jest większość instytucji opieki zdrowotnej.

Osoby z doświadczeniem migracji definiuję jako cudzoziemców (osoby posiadające obywatelstwo innego kraju), obywateli i obywateli Polski, którzy wracają z emigracji, jak i osoby, które w momencie przekroczenia granicy uzyskują obywatelstwo polskie (repatrianci) na podstawie ustawy z 9 listopada 2000 roku o repatriacji.

Osoby te doświadczają zmiany statusu i wielorakich skutków migracji, która może być dla nich doświadczeniem bardzo ważnym, definiującym ich tożsamość lub mniej istotnym, gdy inne role społeczne są ważniejsze. Migranci to kategoria zróżnicowana nie tylko ze względów prawnych, lecz powodów i motywacji migracji: do grupy tej należą migranci pracowniczy/ekonomiczni, edukacyjni (zwłaszcza międzynarodowi studenci i studentki oraz uczniowie z doświadczeniem migracji), osoby migrujące z powodów rodzinnych (dołączając do małżonków, partnerów, partnerek, dzieci lub rodziców), osoby uciekające przed wojną i różnego rodzaju zagrożeniami (uchodźcy i uchodźczynie).

Migranci mogą mieć bardzo różny status społeczno-ekonomiczny, migrować samodzielnie lub uzyskiwać wsparcie pracodawców, uczelni czy innych instytucji w organizacji

Osoby z doświadczeniem migracji definiuję jako cudzoziemców (osoby posiadające obywatelstwo innego kraju), obywateli i obywateli Polski, którzy wracają z emigracji, jak i osoby, które w momencie przekroczenia granicy uzyskują obywatelstwo polskie (repatrianci) na podstawie ustawy z 9 listopada 2000 roku o repatriacji.

Migranci mogą mieć bardzo różny status społeczno-ekonomiczny, migrować samodzielnie lub uzyskiwać wsparcie pracodawców, uczelni czy innych instytucji w organizacji pobytu, pracy i/lub studiów; mogą posiadać szerokie sieci migracyjne, stanowiące pomoc i wsparcie bądź samodzielnie organizować sobie życie w kraju osiedlenia

pobytu, pracy i/lub studiów; mogą posiadać szerokie sieci migracyjne, stanowiące pomoc i wsparcie bądź samodzielnie organizować sobie życie w kraju osiedlenia (por. Buchowski, Schmidt, 2012).

Niektórzy migranci o nieuregulowanym statusie oczekując na rozpatrzenie ich wniosku o udzielenie ochrony międzynarodowej przebywają czasowo w ośrodkach otwartych bądź strzeżonych, mając ograniczone możliwości decydowania o sobie. Migranci, przybywając do Polski, spotykają się też z różnymi reakcjami, część z nich napotyka na niechęć i dyskryminację (Hargrave i in., 2023). Inni, jak choćby znaczna część kobiet i dzieci uciekających przed pełnoskalowym atakiem Rosji na Ukrainę, uzyskali dużą pomoc ze strony społeczeństwa polskiego, instytucji i wcześniej przybyłych do Polski Ukraińców i Ukrainek (Jarosz i Klaus, 2023), a wsparcie obejmowało również sferę korzystania z leczenia w Polsce.

Zasady i praktyka w dostępie do leczenia w Polsce

Temat zdrowia i leczenia migrantów w Polsce nie został dotąd szerzej opracowany, opublikowano tylko kilka tekstów naukowych na ten temat (Mińkowska, 2010; Cianciara, 2012; Jaroszevska, 2013; Kawczyńska-Butrym, 2019). W 2012 r. ukazał się zeszyt czasopisma „Problemy Higieny i Epidemiologii”, w którym jeden dział poświęcono tematowi migracji i zdrowia, opisując ogólne doświadczenia migrantów w Polsce, wybranych grup (np. Wietnamczycy), wsparcie instytucji i organizacji, kwestie profilaktyki czy dyskryminacji migrantów. W opracowaniu z 2019 roku Zofia Kawczyńska-Butrym, analizując badania prowadzone w różnych krajach, wskazuje na czynniki wpływające na zdrowie migrantów i postuluje prowadzenie badań i działań stosowanych wspierających ochronę zdrowia migrantów w Polsce. Podała również kilka przykładów ryzyk zdrowotnych, np. wzrostu zachorowań na gruźlicę (Kawczyńska-Butrym, 2019, s. 99). W pracy z 2011 roku Aleksandra Chrzanowska i Witold Klaus zanalizowali dostęp do ochrony zdrowia w Polsce specyficznej grupy: migrantów i cudzoziemców nieudokumentowanych ubiegających się o ochronę międzynarodową (Chrzanowska i Klaus, 2011).

Pod względem dostępu do leczenia migranci są w bardzo zróżnicowanej sytuacji. Grupą najbardziej wykluczoną z korzystania z opieki zdrowotnej są osoby nieposiadające ważnych dokumentów pobytowych, mogą one uzyskać opiekę zdrowotną tylko w sytuacji zagrożenia życia i mogą być obciążone kosztami (Jaroszevska, 2013; Kawczyńska-Butrym, 2019, s. 46). Ministerstwo

Zdrowia w 2017 roku szacowało, że około 2,5 mln osób nie posiadało ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce (Majewska, 2017), a liczba nieubezpieczonych cudzoziemców jest trudna do określenia.

Jedną z grup, która może (ale nie musi) dobrowolnie się ubezpieczyć, są studenci, doktoranci i stażyści z tzw. krajów trzecich (spoza UE/EFTA). Dane na 31 grudnia 2022 roku pokazują, że wśród około 95 tys. takich osób tylko około 3,5 tys. posiadało ubezpieczenie (Starzewski, 2023). Może to wynikać z faktu, że instytucje opieki medycznej nie zostały przygotowane do świadczenia usług cudzoziemcom (por. Mińkowska, 2010). Osoby przybywające

z krajów UE/EFTA też mogą nie posiadać ubezpieczenia, gdyż w niektórych krajach około 10% populacji go nie posiada (np. Bułgaria, Rumunia, Cypr, Estonia) (OECD, 2020) a jeśli te osoby nie podjęły pracy w Polsce to powinny korzystać z opieki medycznej na podstawie ubezpieczenia uzyskanego w kraju pochodzenia w Unii Europejskiej, w ramach porozumień wewnątrzunijnych.

Osoby posiadające ubezpieczenie medyczne mogą być ubezpieczone w NFZ i/lub w prywatnych firmach, które umożliwiają korzystanie z sektora prywatnego opieki zdrowotnej. Z tego względu zakres usług może się znacząco różnić, niektóre placówki prywatne mogą wręcz specjalizować się w leczeniu cudzoziemców, którzy przyjeżdżają w celach leczniczych do Polski w ramach tzw. turystyki (podróży) medycznej (Borek, 2013).

Brak jest w Polsce instytucji, które zbierałaby przekrojowe informacje o korzystaniu przez cudzoziemców z opieki zdrowotnej (por. Mińkowska,

Pod względem dostępu do leczenia migranci są w bardzo zróżnicowanej sytuacji. Grupą najbardziej wykluczoną z korzystania z opieki zdrowotnej są osoby nieposiadające ważnych dokumentów pobytowych, mogą one uzyskać opiekę zdrowotną tylko w sytuacji zagrożenia życia i mogą być obciążone kosztami. Ministerstwo Zdrowia w 2017 roku szacowało, że około 2,5 mln osób nie posiadało ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, a liczba nieubezpieczonych cudzoziemców jest trudna do określenia.

Osoby posiadające ubezpieczenie medyczne mogą być ubezpieczone w NFZ i/lub w prywatnych firmach, które umożliwiają korzystanie z sektora prywatnego opieki zdrowotnej. Z tego względu zakres usług może się znacząco różnić, niektóre placówki prywatne mogą wręcz specjalizować się w leczeniu cudzoziemców, którzy przyjeżdżają w celach leczniczych do Polski w ramach tzw. turystyki (podróży) medycznej (...).

2010). Autorzy raportu pt. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020* na 609 stronach poświęcił migrantom tylko kilka zdań w kontekście zachorowań na gruźlicę – cudzoziemcy stanowili około 2% zdiagnozowanych w 2019 roku, a temat zdrowia i leczenia osób z doświadczeniem migracji pojawił się tylko w rozdziale pt. *Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze* (Wojtyński i Goryński, 2020).

Na temat doświadczeń migrantów korzystających z opieki zdrowotnej prowadzono niewiele badań naukowych. Agnieszka Mińkowska (2010) zanalizowała kwestie odmienności językowej i kulturowej oraz główne bariery w integracji w obszarze leczenia związane z barierą językową, brakiem dostępu do informacji, odmiennym traktowaniem, problemem z zapisem imion i nazwisk oraz konsekwencje tych trudności na przykładzie cudzoziemców zamieszkujących w Poznaniu.

Badania prowadzone w Poznaniu pokazały przypadki jawnej dyskryminacji osób pochodzących z innych krajów (...). Instytucje najczęściej nie udzielają informacji w językach obcych, oczekują od migrantów znajomości polskiego systemu i procedur oraz komunikowania się w języku polskim lub samodzielnego zorganizowania osób, które będą tłumaczyły z języka polskiego.

Badania prowadzone w Poznaniu pokazały przypadki jawnej dyskryminacji osób pochodzących z innych krajów (Mińkowska, 2010; Czerniejewska i in., 2022). Instytucje najczęściej nie udzielają informacji w językach obcych, oczekują od migrantów znajomości polskiego systemu i procedur oraz komunikowania się w języku polskim lub samodzielnego zorganizowania osób, które będą tłumaczyły z języka polskiego.

W tekście pt. *Nie rozumiesz, nie u siebie. Analiza tematyczna wywiadów z obcokrajowcami dotyczących ich doświadczeń z poznańskimi placówkami ochrony zdrowia* Magdalena Zabielska przyjrzała się sytuacji osób, które znają słabo język polski bądź nie znają go wcale. Badania przeprowadzone w 2020 roku pokazały, że napotykać one na podobne bariery: słaby dostęp do informacji na temat leczenia, brak możliwości uzyskania tłumaczenia podczas wizyt (zorganizowanego przez placówki ochrony zdrowia), niechęć i dyskryminację oraz trudności w komunikacji (Zabielska, 2022).

Mimo znaczącego wzrostu liczby migrantów w Polsce i Poznaniu nie pojawiły się rozwiązania ze strony instytucji ubezpieczeniowych ani opieki zdrowotnej. Natomiast wsparcia w tym obszarze w ostatnich latach zaczęły udzielać organizacje pozarządowe w Poznaniu, gdyż migranci zgłaszali się z takimi prośbami i potrzebami.

Mimo znaczącego wzrostu liczby migrantów w Polsce i Poznaniu

nie pojawiły się rozwiązania ze strony instytucji ubezpieczeniowych ani opieki zdrowotnej. Natomiast wsparcia w tym obszarze w ostatnich latach zaczęły udzielać organizacje pozarządowe w Poznaniu, gdyż migranci zgłaszali się z takimi prośbami i potrzebami.

Z przeprowadzonych przeze mnie pilotażowych etnograficznych badań wśród migrantów i migrantek w 2021 i 2023 r. wynika, że nadal napotykać oni na problemy ze zrozumieniem systemu, przy rejestracji, podczas wizyt u lekarzy rodzinnych i specjalistów, podczas leczenia szpitalnego.

Wsparcie organizacji społecznych

Pierwsze organizacje pozarządowe wspierające osoby z doświadczeniem migracji powstały się w Polsce po 1989 roku jako filie międzynarodowych organizacji bądź lokalne organizacje (Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Stowarzyszenie Amnesty International, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Polskie Forum Migracyjne itp.). Miały one szeroki zakres działania w obszarze praw człowieka oraz wsparcia migrantów i migrantek w obszarze prawnym, integracji, edukacji i innych potrzeb (Dragan, 2017). Na podstawie analizy zastanych dokumentów (strony internetowe organizacji, raporty; Dragan, 2017) oraz mojej wieloletniej współpracy i udziału w działaniach organizacji społecznych działających na rzecz migrantów i migrantek dokonałam klasyfikacji rodzajów podejmowanych działań oraz wskazuję na najbardziej aktywne podmioty. Ze względu na rozmiar i charakter tekstu nie podjęłam się szczegółowej analizy czy ewaluacji tych działań, a jedynie wstępnego opisu.

Publikacje i materiały są pierwszym rodzajem wsparcia – o charakterze informacyjnym i edukacyjnym – kierowanego do osób z doświadczeniem migracji. Polskie Forum Migracyjne działające od 2007 roku w Warszawie zrealizowało kilka projektów w obszarze zdrowia i leczenia, które zaowocowały kilkunastoma publikacjami (od najnowszych):

- *Jestem mamą w Polsce* (2023 i 2014) w językach angielskim, wietnamskim, rosyjskim, polskim,
- *Healthcare in Poland* (2022),
- *Rodzaje ubezpieczeń w Polsce* (2021) w językach arabskim, angielskim, polskim, rosyjskim, ukraińskim, wietnamskim,
- *12 sposobów na zdrowie. Jeśli zadbamy o odpowiedni styl życia, możemy ograniczyć ryzyko zachorowania na raka* (2020) w języku ukraińskim,
- *Ciąża i poród. Świadczenia dla rodziców* (2020),

- *Wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami* (2019) w językach arabskim, angielskim, polskim, rosyjskim, ukraińskim, wietnamskim,
- *Zdrowie w Polsce. Profilaktyka zdrowia dla migrantów i migrantek* (2019) w sześciu wymienionych wyżej językach,
- *Jesteśmy rodzicami w Polsce* (2018) w sześciu językach,
- *Wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami* (2019) w sześciu językach,
- *Zdrowie w Polsce. Profilaktyka zdrowia dla migrantów i migrantek* (2019) w sześciu językach (<https://forummigracyjne.org/publikacje>).

Wymienione tytuły pokazują bardzo szeroki zakres oferowanych informacji. Publikacje te są dostępne najczęściej w kilku wersjach językowych oraz miały też wersje online i drukowane. W innych miastach również przygotowano lokalne materiały, które dotyczyły opieki zdrowotnej.

W Poznaniu Fundacja Centrum Badań Migracyjnych przygotowała przewodnik w językach polskim, angielskim i rosyjskim w 2020 roku zatytułowany *Ochrona zdrowia w Polsce – przewodnik dla migrantów i migrantek* (Lewandowska i in., 2020), a zaktualizowana wersja została wydana w 2022 roku (Lewandowska i Main, 2022) w języku ukraińskim.

W literaturze postuluje się też, by pakiety powitalne ogólne bądź skierowane do określonych grup, np. osób studiujących, zawierały informacje o systemie zdrowia, uzasadniając to problemami, na które mogą one trafić:

Ze względu na często wymieniane w wywiadach problemy z dostępem do usług medycznych niezwykle potrzebny jest lokalny informator objaśniający zasady korzystania ze służby zdrowia wraz z danymi kontaktowymi lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Warto załączyć w nim przykładowy dokument do wypełnienia (np. deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej) oraz poinformować o możliwości korzystania z odpłatnej pomocy medycznej (Wąsikiewicz-Firlej i in., 2022).

Powstały też opracowania skierowane do personelu medycznego. Przykładowo publikacja pt. *Uchodźczynie i uchodźcy. Przewodnik dla personelu medycznego* (Ajmal, [b.d]), przygotowany przez zespół autorów i autorek w ramach projektu Stowarzyszenia NOMADA we Wrocławiu, jako rezultat projektu „Marhaba – bo warto przekraczać różne granice”, realizowanego w latach 2015–2016. Natomiast w Poznaniu ukazał się tom zatytułowany *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (Głodowska i in., 2019) zawierający m.in. tekst na temat procedur pracy z pacjentem obcojęzycznym (Głodowska, 2019), komunikacji wielokulturowej (Nowosadko i Staszewski, 2019), uzyskiwania świadomej zgody (Michalak, 2019), działań ratownictwa medycznego wobec takich pacjentów (Zalewski, Dąbrowski, 2019) i opieki położniczej (Bendowska, 2019).

Opracowania zawierające opis procedur i rozwiązań, sprawdzonych w świecie i/lub w Polsce mogą odegrać bardzo dużą rolę w przygotowaniu systemu

opieki zdrowotnej i pracującego w nim personelu do właściwego, gwarantującego najwyższy poziom postępowania medycznego na rzecz pacjentów i pacjentek pochodzących z innych krajów. Jednakże za kluczowe uznałabym rozwiązania systemowe, wprowadzane rozporządzeniami lub ustawami, by zagwarantować pełnię praw cudzoziemskim pacjentom i pacjentkom, którzy mieszkając w Polsce, mają prawo do korzystania z opieki zdrowotnej i powinni mieć do niej dostęp na tym samym poziomie i w takim samym zakresie jak Polacy i Polki.

Drugim obszarem wsparcia są projekty, w ramach których organizowane są **warsztaty, grupy wsparcia, zajęcia edukacji zdrowotnej, konsultacje indywidualne**, odbywające się nieodpłatnie, w językach zrozumiałych dla migrantów i migrantek. Wspomniane wyżej Polskie Forum Migracyjne prowadzi w ramach projektów liczne zajęcia: obecnie to zajęcia okołoporodowe dla kobiet w ciąży, psychoedukacyjne wzmacniające odporność psychiczną dzieci z doświadczeniem migracji przymusowej, warsztaty psychologiczne dla młodzieży, indywidualne bezpłatne konsultacje z położną oraz „Mentality” – praktyki mające na celu poprawę samopoczucia i zdrowia psychicznego. Zajęcia te są skierowane do osób zamieszkujących w Warszawie i obejmują wskazane tematy.

Różne inne organizacje społeczne działające w Warszawie i innych miastach Polski oferują wsparcie w obszarze zdrowia i leczenia, najczęściej w postaci wsparcia psychologicznego zwłaszcza dla osób, które uciekły z Ukrainy do Polski po 24 lutego 2022 roku ze względu na rosyjską agresję. Wsparcie to jest bardzo potrzebne, a jednocześnie często ma charakter projektowy, krótkotrwały i ograniczony w skali. W tym obszarze w Poznaniu można było zaobserwować bardzo wartościową współpracę między pracowniczkami i pracownikami Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta a przedstawicielkami i przedstawicielami organizacji pozarządowych świadczących wsparcie osobom z doświadczeniem migracji w różnych obszarach, w tym zdrowia i pomocy psy-

Opracowania zawierające opis procedur i rozwiązań, sprawdzonych w świecie i/lub w Polsce mogą odegrać bardzo dużą rolę w przygotowaniu systemu opieki zdrowotnej i pracującego w nim personelu do właściwego, gwarantującego najwyższy poziom postępowania medycznego na rzecz pacjentów i pacjentek pochodzących z innych krajów. Jednakże za kluczowe uznałabym rozwiązania systemowe, wprowadzane rozporządzeniami lub ustawami by zagwarantować pełnię praw cudzoziemskim pacjentom i pacjentkom, którzy mieszkając w Polsce mają prawo do korzystania z opieki zdrowotnej i powinni mieć do niej dostęp na tym samym poziomie i w takim samym zakresie jak Polacy i Polki.

chologicznej. Współpraca ta zaowocowała powstaniem zespołu roboczego, który odbywał regularne spotkania od marca 2022 roku. Uczestnictwo w nim pozwoliło mi zaobserwować zaangażowanie osób w poprawę sytuacji uchodźczyń i uchodźców wojennych z Ukrainy. Wykonano wiele pracy, by skoordynować pomoc, adresować ją tam, gdzie jest najbardziej potrzebna, dobrze wykorzystać środki; dyskutowano kwestie autoryzacji i nostryfikacji uprawnień osób świadczących pomoc psychologiczną.

Trzecim obszarem wsparcia osób z doświadczeniem migracji jest **asystentura w procesie uzyskiwania leczenia**.

W raporcie Stowarzyszenia Homo Faber w Lublinie tę działalność opisano w następujący sposób:

„Asysta międzykulturowa została stworzona jako odpowiedź na potrzeby osób, które związane są ze wszystkim trudnościami, jakie następcza polski system opieki zdrowotnej, nierozumienie jego funkcjonowania i biurokracji. W szczególności dotyczy to osób przewlekle chorych. Zmiana lekarza prowadzącego po latach leczenia, zaufanie nowemu bez pewności, czy zostało się zrozumianym podczas 15-minutowej wizyty, w obcym języku, jest bardzo trudna.

Podczas asystowania pomagamy umówić się do lekarza specjalisty, dotrzeć na miejsce (podpowiadamy jak skorzystać z transportu miejskiego), a jeśli jest taka potrzeba, tłumaczymy wizytę. Nie narzucamy rozwiązań, ale wspieramy wysiłki i decyzje klientów i klientek. Po zakończeniu wizyty, podsumowujemy ją i tłumaczymy, jak umówić się na ewentualną kolejną wizytę. Dążymy do tego, aby osoba, którą wspieramy, czuła się pewnie. I jak najszybciej stawiała się samodzielna” (Dąbrowska, 2023, s. 17).

Podczas rozmów z pięcioma pracowniczkami dwóch organizacji pozarządowych w Poznaniu mogłam poznać lokalne praktyki wspierania migrantów i migrantek w tym zakresie. W jednej organizacji zatrudnione tam asystentki udzielały wszechstronnej pomocy osobom pochodzącym z różnych krajów, które zgłaszały się na konsultacje. W drugiej organizacji wsparcia udzielano jednej rodzinie, która uzyskała ochronę międzynarodową i osiedliła się w Poznaniu (W1, 3.11.2023). We wszystkich przypadkach pomoc była wszechstronna. Jedna z asystentek tak opisała swoją pracę podczas wywiadu:

„Zajmowałam się wszystkim co było potrzebne, czyli począwszy od właśnie kwestii i kontaktów ze służbą zdrowia, znajdowanie odpowiednich lekarzy specjalistów, umawianie wizyt, towarzyszenie im w trakcie tych wizyt, po kwestie wszystkie administracyjne, no każde zadanie czy każda kwestia, która była dla nich czymś, wobec czego potrzebowali wsparcia, albo tłumaczenia dodatkowego, to ja gdzieś tam pośredniczyłam” (W2, 13.11.2023).

Wielokrotnie asystentki udzielały pomocy, tłumacząc podczas wizyt, np. na SOR, wchodziły wtedy do gabinetu lekarskiego z cudzoziemcami (W3,

8.12.2023). Wskazywały, że bardzo trudno jest zarejestrować się telefonicznie lub osobiście osobom posługującym się językiem angielskim i często pomagały w procesie rejestracji (W4, 8.12.2023). Asystentki napotykały na szereg trudności, związanych z kompetencjami językowymi:

„(...) jak wchodziło w grę tłumaczenia, to zaczynały się problemy. Ze względu na to, że kontekst i znajomość języków i interpretacji jest na tyle różna, a nie mamy tak naprawdę dokładnego, dokładnej wiedzy jak ten angielski jest przez nich tłumaczony [na język ojczysty migrantów] i rozumiany, że to już prowokowało pewne nieścisłości” (W2, 13.11.2023).

„(...) nie każdy lekarz jest przygotowany do udzielania pomocy w języku angielskim, bo słówka są specyficzne” (W4, 8.12.2023).

Niektórzy lekarze i lekarki nie zgadzali się na tłumaczenie przez osoby obce, na miejscu lub przez telefon. Czasem po trudnościach w rejestracji, potem oczekiwaniu na wizytę, podczas samej wizyty lekarz odmawiał skorzystania z tłumaczenia przez telefon i nie przeprowadził badania (W4, 8.12.2023). Jak wskazały asystentki osoby nieposługujące się językiem polskim same szukają sobie tłumaczy, ale jest to trudne ze względu na specjalistyczny język i godziny, gdy najczęściej odbywają się wizyty (konieczność poświęcenia czasu na wizytę, dojazd i czekanie oraz terminy w trakcie dnia, gdy osoby mogące przetłumaczyć są w pracy). Asystentki wspominały o licznych ogłoszeniach na forach internetowych, w których osoby poszukują odpłatnej pomocy w tłumaczeniu podczas wizyt lekarskich.

Asystentki wskazywały też, że same nie znają specjalistycznego słownictwa medycznego, gdyż nie mają wykształcenia ani przeszkolenia w tym kierunku. Gdy potrzebne jest tłumaczenie np. u lekarza onkologa, jest to dla nich trudne, zarówno językowo, jak i emocjonalnie (W5, 8.12.2013).

Asystentki wskazywały też, że same nie znają specjalistycznego słownictwa medycznego, gdyż nie mają wykształcenia ani przeszkolenia w tym kierunku. Gdy potrzebne jest tłumaczenie, np. u lekarza onkologa, jest to dla nich trudne, zarówno językowo, jak i emocjonalnie (...).

Podkreślały, że nie chcą brać odpowiedzialności za tłumaczenie przed operacją czy zabiegami lub w ich trakcie, gdy np. będzie podawane znieczulenie ogólne, gdyż istnieje ryzyko śmierci lub pogorszenia stanu zdrowia z powodu nieprawidłowego tłumaczenia słów pacjentów (W4, 8.12.2023).

Kolejne problemy związane były z wykazaniem posiadania ubezpieczenia. Czasami wynikały one z błędnych zapisów nazwisk i nazwisk osób ubezpieczonych bądź członków ich rodzin. W przypadku zapisów w innych alfabetach niż

Podkreślały, że nie chcą brać odpowiedzialności za tłumaczenie przed operacją czy zabiegami lub w ich trakcie, gdy np. będzie podawane znieczulenie ogólne gdyż istnieje ryzyko śmierci lub pogorszenia stanu zdrowia z powodu nieprawidłowego tłumaczenia słów pacjentów (...).

łaciński pojawiały się różne systemy transkrypcji i błędy (W3, 8.12.2023). Trudności były generowane z powodu luk w systemie informatycznym związanym z ubezpieczeniem w ramach NFZ:

„(...) był problem duży ze względu na system, ponieważ system ich wyrzucał, więc oni wielokrotnie wyświetlali się jako nieubezpieczeni, mimo, że byli ubezpieczeni, wiele problemów właśnie przy rejestracjach (...)

... i potem było trzeba pisać oświadczenia albo trzeba było się zwracać do pracodawcy, tam jest umowa o pracę, żeby się upewnić, albo żeby on dał zaświadczenie, że oni są podpięci pod umowę o pracę, więc to też prowokowało wiele takich komplikacji, wydłużało ten proces rejestracji” (W2, 13.11.2023).

W sytuacji choroby szybki termin konsultacji i rozpoczęcia leczenia ma duże znaczenie, by pacjenci mogli szybko wrócić do zdrowia. Opóźnienia wynikające z wskazanych powyżej trudności z wykazaniem posiadania ubezpieczenia przekładały się realnie na zdrowie i komfort życia rodzin.

Informatorki wskazywały na rozwiązania, które wypracowały w kontaktach z instytucjami opieki zdrowotnej. Przykładowo prowadzenie ciąży i poród kobiety z kraju muzułmańskiego nieposługującej się językiem polskim zostały zorganizowane sprawnie dzięki wcześniejszym kontaktom w sprawie pacjentki w podobnej sytuacji (W2, 13.11.2023). Zarówno asystentki, jak i sami migranci wielokrotnie opowiadali o konieczności posiadania dobrego kontaktu, osoby z polecenia – lekarza, lekarki, położnej itp., co zwiększało szansę na przychylność, otwartość, chęć poświęcenia dodatkowego czasu, zgody na tłumaczenie telefoniczne podczas wizyty lub obecność osób spoza rodziny: „z reguły szukałam zawsze osób, które gdzieś są z polecenia” (W2, 13.11.2023).

Stworzenie odpowiedniej sieci kontaktów, przychodni, oddziałów szpitalnych, lekarzy i lekarek wartych polecenia było trudne, sytuacje przychylności i otwartości mogły być jednostkowe, personel się zmieniał i problemy pacjentów były różne.

Stworzenie odpowiedniej sieci kontaktów, przychodni, oddziałów szpitalnych, lekarzy i lekarek wartych polecenia było trudne, sytuacje przychylności i otwartości mogły być jednostkowe, personel się zmieniał i problemy pacjentów były różne.

Asystentki widziały potrzebę wypracowania dobrych praktyk oraz

sieci kontaktów jednak było to poza zasięgiem ich możliwości i zakresem ich obowiązków. Co więcej, ze względu na jednorazowy bądź krótkotrwały kontakt często asystentki nie wiedziały np. jak przebiegało leczenie i późniejsze kontakty z pracownikami i pracowniczkami instytucji opieki zdrowotnej, gdyż czasem pomogły przy rejestracji lub wyszukaniu lekarza, natomiast migranci i migrantki nie umawiali się na kolejne konsultacje w biurze organizacji pozarządowej, by zrelacjonować przebieg leczenia. Z tego powodu asystentki zgłaszały trudność wskazania na przykłady dobrych praktyk i rekomendacje. Źródłem takich praktyk i rekomendacji mogą być jednak opracowania z krajów z większą praktyką leczenia pacjentów z doświadczeniem migracji.

Zakończenie

Cudzoziemcy zamieszkujący w Polsce mają prawo do korzystania z leczenia ze względu na status osoby pracującej, studiującej, członka rodziny osoby ubezpieczonej bądź dzięki wykupionemu ubezpieczeniu, jednak napotykać na liczne trudności, co może powodować, że odsuwają i opóźniają leczenie lub organizują je w kraju pochodzenia.

Nie istnieje żadne systemowe wsparcie ze strony administracji i placówek opieki zdrowotnej w zakresie udzielania informacji o systemie opieki medycznej, dostępnych terapiach, wymaganych procedurach, ani żadne ułatwienia w dostępie do leczenia poprzez możliwość skorzystania z nieodpłatnych tłumaczeń podczas rejestracji, wizyt, konsultacji czy leczenia szpitalnego.

Ze względu na zwiększającą się liczbę migrantek i migrantów, którzy nie znają polskiego systemu opieki zdrowotnej, a których znaczna część nie posługuje się językiem polskim, potrzebne są nowe rozwiązania.

Tylko kilka organizacji pozarządowych w Poznaniu udziela wsparcia w zakresie korzystania z leczenia przez cudzoziemców i niewiele osób może skorzystać z tej pomocy. Organizacje te realizują wiele innych zadań i żadna nie uzyskała wsparcia finansowego w celu realizacji projektu dotyczącego wsparcia

Nie istnieje żadne systemowe wsparcie ze strony administracji i placówek opieki zdrowotnej w zakresie udzielania informacji o systemie opieki medycznej, dostępnych terapiach, wymaganych procedurach, ani żadne ułatwienia w dostępie do leczenia poprzez możliwość skorzystania z nieodpłatnych tłumaczeń podczas rejestracji, wizyt, konsultacji czy leczenia szpitalnego.

w ochronie zdrowia i leczenia. W ostatnim czasie (lata 2022–2023) ze względu na przybycie dużej liczby uchodźczyń i uchodźców wojennych z Ukrainy i pojawienie się finansowania ze strony organizacji międzynarodowych w kilku organizacjach pozarządowych zrealizowano indywidualne i zbiorowe wsparcie psychologiczne. Założono, że publiczny system leczenia będzie wystarczający do zaopiekowania się nowo przybyłymi, a ci odnajdą się w nim szybko i sprawnie, co można uznać za założenie nierealistyczne, tym bardziej że już wcześniej cudzoziemcy napotykali na liczne trudności relacjonowane w literaturze.

Mildred Blaxter (2009) jako nierówności zdrowotne określa różnice pod względem stanu zdrowia wśród jednostek lub grup, które są określone społecznie, odczuwane jako niesłuszne, możliwe do uniknięcia.

Stan zdrowia jest m.in. wynikiem dostępnego leczenia w ramach nieodpłatnych świadczeń dla osób ubezpieczonych lub o specjalnym statusie. Badania wśród przedstawicieli poznańskich organizacji pozarządowych pokazały, że osoby z doświadczeniem migracji napotykały na trudności, w wyniku których mogą powstawać nierówności zdrowotne. Podsumowując – w celu poprawy sytuacji konieczne są działania systemowe i strukturalne, gdyż delegowanie tego obszaru do sektora pozarządowego i społecznego nie stanowi długoterminowego ani skutecznego rozwiązania.

Bibliografia

1. Ajmal, S, i in. [b.d.]. *Uchodźczynie i uchodźcy. Przewodnik dla personelu medycznego*. Wrocław: NOMADA. Stowarzyszenie na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego.
2. Bendowska, A. (2019). *Wybrane aspekty opieki położniczej nad kobietą pochodzącą z kręgu kultury muzułmańskiej, żydowskiej, romskiej i azjatyckich*. W: K.B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 143–157). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
3. Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Tł. M. Okła. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
4. Borek, E. (2013). *Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce*. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11 (4), 333–348.
5. Buchowski, M., Schmidt, J. (red.) (2012). *Migracje a heterogeniczność kulturowa. Na podstawie badań antropologicznych w Poznaniu*. Poznań: Wydawnictwo Nauka i Innowacje.
6. Chrzanowska, A., Klaus, W. (2011). *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej
7. Cianciara, D., Dudzik, K., Lewczuk, A., Pinkas, J. (2012). *Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce*. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93 (1), 143–150.
8. Czerniejewska, I., Main, I., Sydow, K. (2022). *Potrzeby mieszkanki i mieszkańców Poznania z doświadczeniem migracyjnym dotyczące integracji społecznej*. Poznań: Fundacja Centrum Badań Migracyjnych. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://www.cebam.pl/raporty-cebam>.

9. Dąbrowska, A. (2023). *Raport z pomocy humanitarnej 2023*. Lublin: Homo Faber. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://hf.org.pl/publikacje/premiera-raportu-z-pomocy-humanitarnej-2023/>.
10. Dragan, A. (2017). *Organizacje pozarządowe zajmujące się pomocą dla uchodźców i migrantów. Opracowanie tematyczne OT-650*. Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracownia/146/plik/ot-650_internet.pdf. Pobrane 12 stycznia 2024 z: [gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracownia/146/plik/ot-650_internet.pdf](https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracownia/146/plik/ot-650_internet.pdf).
11. Dummer, T. (2008). *Health geography: supporting public health policy and planning*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 178 (9), 1177–1180.
12. Frączak, P. (2021). Organizacje społeczne czy pozarządowe? Fundacja trzeci.org. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://trzeci.org/organizacje-spoeczne-czy-pozarządowe/>.
13. Głodowska, K., Baum, E., Staszewski, R., Murawska, E. (red.) (2019). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
14. Głodowska, K. (2019). *Procedura pracy z pacjentem obcojezycznym*. W: K.B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 103–116). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
15. GUS (2021). *Migracje zagraniczne na pobyt czasowy – wyniki NSP 2021*. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/migracje-zagraniczne-na-pobyt-czasowy-wyniki-nsp-2021,4,1.html>.
16. Hargrave, K., Homel, K., Dražanová, L. (2022). *Public narratives and attitudes towards refugees and other migrants: Poland country profile*. London: ODI. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://cadmus.eui.eu/handle/1814/75179>.
17. Jarosz, S., Klaus, W. (red.). (2023). *Polska szkoła pomagania. Przyjęcie osób uchodźczych z Ukrainy w Polsce w 2022 roku*. Warszawa: Konsorcjum Migracyjne, OBM UW, CeBaM UAM. Pobrane 12 stycznia 2024 z: https://www.cebam.pl/_files/ugd/b6ce46_0f15155aa6284449bbc4d6c0e0bff6ac.pdf (dostęp 12.01.2024).
18. Jaroszevska, E. (2013). *Migracje a zdrowie: uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.
19. Kawczyńska-Butrym, Z. (2019). *Zdrowie migrantów i drenaż białego personelu*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
20. Korbowicz, E. (2023). *Liczba imigrantów w Polsce to ok. 3,5–4 mln, z czego 60–75 proc. stanowią Ukraińcy [RAPORT]*. Dziennik Gazeta Prawna. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/9307688,liczba-imigrantow-w-polsce-to-ok-35-4-mln-z-czego-60-75-proc-stano.html>.
21. Lesińska, M., Okólski, M. (red.). (2023). *30 wykładów o migracjach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
22. Lewandowska, Z., Akhturska, N., Piękniewska A. (2020). *Ochrona zdrowia w Polsce – przewodnik dla migrantów i migrantek*. Poznań: Fundacja Centrum Badań Migracyjnych.
23. Lewandowska, Z, Main, I. (2022). *Ochrona zdrowia w Polsce. Przewodnik dla uchodźców i uchodźczyń z Ukrainy przyjeżdżających w Poznaniu*. Poznań: Fundacja Centrum Badań Migracyjnych.
24. Majewska, M. (2017). *Kiedy pacjent nieubezpieczony może bezpłatnie korzystać ze świadczeń NFZ? Poradnikzdrowie.pl*. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/niezbednik-pacjenta/kiedy-pacjent-nieubezpieczony-moze-bezplatnie-korzystacze-swiadczen-n-aa-45qA-rd2S-VptA.html>.
25. Michalak, M. (2019). *Pacjent obcojezyczny a uzyskanie świadomej zgody na proces leczenia przez pracowników ochrony zdrowia*. W: K.B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 117–132), Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.

26. Mińkowska, A. (2010). *Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej*. W: E. Goździak, N. Bloch (red.). *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej* (s. 145–174). Poznań: Centrum Badań Migracyjnych.
27. Nowosadko, M., Staszewski, R. (2019). *Komunikacja wielokulturowa w relacji pacjent-lekarz*. W: K.B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 81–102). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
28. OECD. 2020. Population coverage for health care. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ad0d6faa-en/index.html?itemId=/content/component/ad0d6faa-en>.
29. Starzewski, Ł. (2023). *Koszty leczenia nieubezpieczonych cudzoziemców. Odpowiedź resortu zdrowia dla Rzecznika*. Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://bip.brpo.gov.pl/content/rpo-cudzoziemcy-nieubezpieczeni-leczenie-koszty-mz-odpowiedz>.
30. UDsC (2021). Biuro Szefa Urzędu. *Cudzoziemcy w Polsce po 2020 r.* Pobrane 12 stycznia 2024 z: <https://www.gov.pl/web/udsc/cudzoziemcy-w-polsce-po-2020-r>.
31. Wąsikiewicz-Firlej, E., Szczepaniak-Kozak, A., Lankiewicz, H. (2022). *Doświadczenie pobytu w Polsce w narracjach zagranicznych studentów*. Warszawa: Wydawnictwo FRSE.
32. Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
33. Zabielska, M. (2022). *You do not understand, out of place: A thematic analysis of interviews with foreigners on their experiences with healthcare institutions in Poznań*. *Sztuka Leczenia*, 37 (2), 23–35.
34. Zalewski, R., Dąbrowski, M. (2019). Pacjent wielokulturowy, jako wezwanie dla zespołów ratownictwa medycznego. W: K.B. Głodowska, E. Baum, R. Staszewski, E. Murawska (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem* (s. 133–142). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.

Wybrane aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – perspektywa pacjentów

Wprowadzenie

System opieki zdrowotnej jest jednym z najważniejszych elementów funkcjonowania każdego społeczeństwa, a jego efektywność i dostępność mają bezpośredni wpływ na jakość życia obywateli. W Polsce, jak w każdym kraju, istnieją wyzwania i dysproporcje, które zasługują na uwagę zarówno decydentów, jak i pacjentów. W wielu krajach zauważa się znaczenie perspektywy pacjenta, co znajduje wyraz w rosnącej roli organizacji pacjentów, zapraszanych do współtworzenia elementów polityki zdrowotnej. Zalety włączenia pacjentów i ich organizacji w decyzje i procesy dotyczące opieki medycznej, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i systemowym, dostrzegają dziś nie tylko sami pacjenci i organizacje ich zrzeszające, ale także w coraz większym stopniu środowisko medyczne, naukowe oraz przedstawiciele instytucji publicznych odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. Z koncepcją zaangażowania pacjentów wiązane są nadzieje na poprawę wielu bolączek systemów ochrony zdrowia. Przedstawiana jest ona

W wielu krajach zauważa się znaczenie perspektywy pacjenta, co znajduje wyraz w rosnącej roli organizacji pacjentów, zapraszanych do współtworzenia elementów polityki zdrowotnej.

czasem wręcz jako „cudowna pigułka nowej generacji” (Chase, 2012) stanowiąca obiecującą ścieżkę, która prowadzić ma do podniesienia jakości i efektywności opieki zdrowotnej, a także poprawy zdrowia populacji (Carman i in., 2013).

Badanie przeprowadzone przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w sierpniu 2023 roku rzuca światło na kilka kluczowych zagadnień w kontekście systemu ochrony zdrowia z perspektywy pacjentów – od zaufania do lekarzy rodzinnego, przez dostęp do specjalistycznej opieki, aż po problematykę dostępności nowoczesnych leków. Wyniki te nie tylko odzwierciedlają aktualny stan opieki zdrowotnej w Polsce, lecz także wskazują na potencjalne ścieżki dla przyszłych reform (Nowak i in., 2023). Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety internetowej, a udział w nim wzięło 1182 respondentów w wieku 18–85 lat. Próba była reprezentatywna ze względu na wiek, płeć oraz na miejsce zamieszkania, a wyniki pozyskano w okresie od 14 sierpnia do 15 września 2023 roku.

Opinie pacjentów o systemie ochrony zdrowia

Dostęp do opieki zdrowotnej i leków

W badaniu tym 27,84% respondentów zdecydowanie zgadza się, a 24,00% raczej zgadza się z twierdzeniem, że osoby chore przewlekle nie mogą leczyć się u lekarza rodzinnego, tylko u specjalistów. Odpowiedzi te sugerują, że jest zapotrzebowanie na zwiększenie dostępu do specjalistów dla osób z chorobami przewlekłymi. Dodatkowo takie wyniki mogą wskazywać na powszechne przekonanie, że lekarze rodzinni nie są wystarczająco wykwalifikowani do diagnostyki i leczenia przewlekłych schorzeń. Możliwe, że wiele osób uważa specjalistów za bardziej kompetentnych w tej kwestii, co prowadzi do obciążenia systemu ochrony zdrowia, gdy pacjenci szukają wsparcia wśród różnych specjalistów. W sytuacji gdy liczba osób z chorobami przewlekłymi rośnie, podobnie jak oczekiwania dotyczące jakości opieki, znalezienie skutecznych rozwiązań w tym obszarze staje się kluczowe. Zarówno lekarze rodzinni, jak i specjaliści muszą być wyposażeni w odpowiednie narzędzia i wiedzę, aby efektywnie wspierać osoby chore przewlekle. Zaufanie do lekarzy rodzinnego (podstawowej opieki zdrowotnej – POZ) wydaje się stosunkowo wysokie. Aż 26,84% zdecydowanie i 37,96% raczej zgadza się z twierdzeniem, że mają zaufanie do swojego lekarza rodzinnego. Interesujące jest to, że mimo powszechnego przekonania o konieczności korzystania ze specjalistycznej opieki w przypadku chorób przewlekłych, zaufanie do lekarzy rodzinnych jest stosunkowo wysokie. Może to sugerować, że pacjenci doceniają ogólne umiejętności

i wsparcie, jakie mogą otrzymać od lekarza rodzinnego, ale w przypadku konkretnych, przewlekłych dolegliwości wciąż wolą skierować się do specjalisty.

Jednym z najbardziej zaskakujących wyników było to, że tylko 2,34% zdecydowanie zgadza się, a 8,03% raczej zgadza się z twierdzeniem, że pacjenci w Polsce mają wystarczający dostęp do nowoczesnych leków. Ten wynik jest alarmujący i wskazuje na istotne braki w dostępie do nowoczesnej farmakoterapii. Niewystarczający dostęp do nowych leków może prowadzić do opóźnień w leczeniu, co z kolei może negatywnie wpłynąć na jakość życia pacjentów i w niektórych przypadkach być nawet zagrożeniem dla ich zdrowia. Około 56,69% respondentów zgadza się z twierdzeniem, że w polskich aptekach nie ma problemów z dostępem do leków. Jest to wskaźnik, że bieżący system apteczny generalnie działa dobrze, chociaż pewne opóźnienia w dostawach mogą występować. To zdecydowanie pozytywny sygnał, sugerujący, że w kwestii dostępu do podstawowych leków polski system apteczny jest jednak na ogół efektywny. Pacjenci wydają się zadowoleni z możliwości nabycia potrzebnych leków, co jest kluczowe dla ich ogólnego stanu zdrowia i jakości życia. Jednakże warto podkreślić, że zadowolenie z systemu aptecznego nie eliminuje innych wyzwań i niedociągnięć w sektorze opieki zdrowotnej. Na przykład brak dostępu do nowoczesnych leków, jak wynika z innych części tego badania, wskazuje, że są aspekty systemu, które wymagają pilnej interwencji i reform. Ostateczny obraz jest więc mieszany i podkreśla potrzebę holistycznego podejścia do problemów w opiece zdrowotnej.

Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej

Pytanie o rolę lekarza rodzinnego w koordynacji terapii pacjenta z innymi specjalistami pokazuje podzielone opinie. Z tym, że taka koordynacja jest dobrym rozwiązaniem, zgadza się 52,34% respondentów, a 36,28% się z tym nie zgadza. Ta polaryzacja może wynikać z różnych doświadczeń pacjentów i ich postrzegania efektywności takiego modelu opieki. Dla jednych koordynacja przez lekarza rodzinnego może skutkować szybszym dostępem do specjalistycznej opieki i bardziej spójnym planem leczenia. Dla innych może to oznaczać obawy przed utratą możliwości bezpośredniego dostępu do specjalistów lub obawę, że lekarz rodzinny nie będzie miał wystarczających kompetencji do koordynowania kompleksowej opieki. Wyniki te wskazują na potrzebę głębszej analizy i ewentualnej edukacji pacjentów na temat zalet i ograniczeń koordynowanej opieki, aby można było dokładniej dostosować ten model do potrzeb i oczekiwań społeczeństwa.

Postawy wobec profilaktyki zdrowotnej

W czasie zwiększającego się zainteresowania opieką zdrowotną oraz jej dostępnością, rośnie także świadomość na temat znaczenia profilaktyki. W badaniu sprawdzono opinie Polaków na temat różnych aspektów profilaktyki zdrowotnej, by zrozumieć, jakie są ich postawy w tej kwestii. Wyniki ankiety pokazują wyraźnie, że pacjenci w dużej mierze dostrzegają potrzebę i korzyści płynące z profilaktyki zdrowotnej. Poparcie dla różnych form zachęt do regularnych badań oraz dostępności informacji na ten temat wskazuje na konieczność dalszego rozwoju programów profilaktycznych i edukacji zdrowotnej. Z tym, że powinny zostać wprowadzone specjalne zachęty, takie jak ulgi podatkowe, dla osób regularnie wykonujących badania profilaktyczne, zdecydowanie zgadza się 44,44% respondentów. Dodatkowe 28,20% raczej się zgadza z tą tezą. Zaledwie 6,28% jest zdecydowanie przeciwnych takim zachętom. Te wyniki mogą sugerować rosnącą świadomość zdrowotną i zrozumienie korzyści płynących z regularnych badań profilaktycznych. Ponadto wskazują one na otwartość społeczeństwa na innowacyjne rozwiązania w polityce zdrowotnej, które mogą zwiększyć zainteresowanie i uczestnictwo w badaniach. Wprowadzenie takich zachęt miałyby nie tylko bezpośredni wpływ na zdrowie indywidualne, lecz także długoterminowe korzyści ekonomiczne, redukując koszty leczenia chorób wykrywanych w późniejszych stadiach. Duże poparcie społeczne można zaobserwować również w kwestii informowania o dostępnych programach profilaktycznych. Aż 76,90% zdecydowanie zgadza się, że informacje o dostępnych dla nich programach profilaktycznych powinny być widoczne na ich Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Dodatkowe 16,23% raczej się zgadza. To pokazuje, jak ważny dla społeczeństwa jest łatwy dostęp do informacji na temat profilaktyki. Zdobywanie takich informacji w jednym, centralnym miejscu, jakim jest IKP, znacznie ułatwia pacjentom zarządzanie swoim zdrowiem. Z perspektywy systemu opieki zdrowotnej takie rozwiązanie mógłby również znacząco wpłynąć na efektywność programów profilaktycznych, umożliwiając ich lepsze targetowanie i monitorowanie. Dlatego też, dla podniesienia jakości i skuteczności opieki zdrowotnej, istotne jest, aby informacje o programach profilaktycznych były łatwo dostępne dla pacjentów, a IKP wydaje się doskonałym narzędziem do tego celu. Z tym, że badania profilaktyczne powinny być wykonywane w ramach okresowych badań pracowników, zdecydowanie zgadza się 61,84% ankietowanych. To pokazuje, jak ważna jest rola pracodawców w promocji zdrowia. To również otwiera drogę dla bardziej zintegrowanych strategii zarządzania zdrowiem w miejscu pracy, które mogą zaferować wszechstronne korzyści zarówno dla pracowników, jak i pracodawców. Na przykład regularne badania profilaktyczne mogą prowadzić

do wcześniejszego wykrywania potencjalnych problemów zdrowotnych, co w efekcie może skrócić okresy zwolnień lekarskich i zwiększyć produktywność. Dlatego właściwe włączenie profilaktyki zdrowotnej do strategii zarządzania kadrami może stać się kluczowym elementem w utrzymaniu i podniesieniu jakości kapitału ludzkiego w organizacji.

W kwestii potrzeby profilaktyki, aż 68,70% respondentów zdecydowanie się nie zgadza z opinią, że profilaktyka jest zbędna. To dobra wiadomość dla osób zajmujących się promocją zdrowia w społeczeństwie. Ten wysoki poziom zgody na konieczność profilaktyki zdrowotnej sugeruje, że społeczeństwo jest świadome jej znaczenia i otwarte na różnego rodzaju inicjatywy mające na celu poprawę stanu zdrowia publicznego. Może to również wskazywać na większą chęć uczestnictwa w programach profilaktycznych i gotowość do podejmowania proaktywnych działań na rzecz własnego zdrowia. Dzięki tej pozytywnej postawie społecznej, kampanie zdrowotne i edukacyjne mają szansę na większą efektywność i długofalowy wpływ, co z kolei może prowadzić do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej i zwiększenia jakości życia na szerszą skalę.

Około 9,71% zdecydowanie zgadza się, że badania profilaktyczne są zbyt czasochłonne, z kolei 37,49% zdecydowanie się z tym nie zgadza. To pokazuje, że dla wielu osób czas nie jest największą barierą w korzystaniu z badań profilaktycznych. Niemniej wyniki te również sugerują, że istnieje mniejsza, ale niebagatelna grupa osób, dla których czas może być istotną przeszkodą. Odpowiednie strategie, takie jak możliwość wykonywania badań w elastycznych godzinach czy też w miejscu pracy, mogą być kluczowe dla zwiększenia wskaźników uczestnictwa w badaniach profilaktycznych. Dodatkowo ułatwienia w dostępie do badań, np. przez rozbudowę sieci placówek medycznych oferujących tego typu usługi, mogą również pomóc w zaangażowaniu tych osób, które obawiają się zbyt dużego poświęcenia czasu.

Dostęp do bezpłatnych badań profilaktycznych

Według wyników znaczna większość respondentów (68,32%) zgadza się z tym, że podczas wizyty u lekarza rodzinnego można zwrócić się o skierowanie na bezpłatne badania profilaktyczne. Tylko 21,24% respondentów wyraziło niezadowolenie w tym zakresie. Co więcej, 57,11% pacjentów w ciągu ostatniego roku prosiło o takie skierowanie. Te dane są optymistycznym sygnałem, sugerującym, że istnieje powszechne zaufanie do lekarzy rodzinnych w kontekście diagnostyki i wczesnego wykrywania chorób. Niemniej jednak fakt, że ponad jedna piąta respondentów wyraziła niezadowolenie z tego procesu, wskazuje na potrzebę dalszej analizy i potencjalnej optymalizacji systemu. Można by zasta-

nowić się, czy brak skierowań wynika z braku dostępnych miejsc w placówkach diagnostycznych, czy też może być efektem niekompletnej komunikacji między lekarzem a pacjentem.

Informowanie o programach profilaktycznych

Jednym z bardziej zaskakujących odkryć jest niski odsetek pacjentów (20,9%), którzy zgadzają się, że ich lekarz rodzinny informuje ich o programach profilaktycznych. Aż 68,15% pacjentów nie zgadza się z tym stwierdzeniem, co może wskazywać na braki w komunikacji między lekarzami a pacjentami. Te wyniki są alarmujące, ponieważ sugerują, że znaczna część społeczeństwa może być niewłaściwie lub niekompletnie informowana o dostępnych opcjach profilaktyki. Może to prowadzić do opóźnionego diagnozowania i leczenia, co z kolei wpływa na ogólną efektywność systemu opieki zdrowotnej. Brak informacji o programach profilaktycznych nie tylko podważa zaufanie pacjentów do lekarzy, lecz także może zniechęcić do korzystania z przyszłych programów zdrowotnych. Dlatego też jest kluczowe, aby lekarze i placówki zdrowotne zainwestowali w skuteczne metody komunikacji z pacjentami na temat dostępnych programów profilaktycznych.

Wsparcie rodzinne w zakresie badań profilaktycznych

Wyniki ankiety wskazują, że 69,98% respondentów przypomina swoim bliskim o udziale w badaniach profilaktycznych, co jest pozytywnym znakiem świadomości znaczenia profilaktyki w społeczeństwie. To zaangażowanie na poziomie rodzinnym nie tylko zwiększa szanse na wczesne wykrycie różnych schorzeń, lecz także tworzy kulturę zdrowia, w której troska o stan zdrowia staje się normą społeczną. Można by z tego wnioskować, że informacja i edukacja w zakresie profilaktyki zdrowotnej zdają się przenikać poza relacje lekarz–pacjent i zyskują wymiar rodzinny. To również rodzi pytanie, czy społeczeństwo jest gotowe na bardziej zaawansowane formy edukacji i programów profilaktycznych, które można by wprowadzić na poziomie rodziny. Wydaje się, że inicjatywy promujące zdrowie na poziomie domowym mogą być skuteczną drogą do zwiększenia ogólnej świadomości zdrowotnej.

Idea zaangażowania pacjentów w działania systemu ochrony zdrowia cieszy się coraz większą popularnością, zyskując rzesze zwolenników. Obecnie wartość, jaka płynie z wykorzystania wiedzy i bezpośredniego doświadczenia pacjentów, wydaje się w zasadzie oczywista. Tak oczywista, że łatwo zapomnieć o tym, że

jest to idea stosunkowo młoda, która zaczęła zyskiwać na znaczeniu w latach 60. ubiegłego wieku (Haarmann, 2018). Emancypacja pacjentów obejmuje dwa poziomy: indywidualny i zbiorowy. Pacjent jako jednostka ma zagwarantowane prawa wywiedzione z koncepcji jego autonomii, w tym prawo do decyzji medycznych związanych z własnym zdrowiem. Pacjenci stają się zarazem aktorem społecznym: środowiskiem domagającym się prawa głosu co do organizacji opieki medycznej na poziomie systemowym. W obliczu racjonowania świadczeń pacjenci zrzeszają się, by zapewnić sobie dostęp do określonych procedur czy technologii, ale też po to, by zmienić praktykę środowiska medycznego na bardziej przyjazną, uwzględniającą perspektywę pacjenta. Zmiany zapoczątkowane emancypacją nie miałyby takiego zasięgu, gdyby nie rewolucja informacyjna. Dostęp do wiedzy medycznej był jeszcze niedawno ograniczony do bibliotek medycznych, wyposażonych w literaturę fachową zastrzeżoną do użytku profesjonalistów. Rozwój Internetu radykalnie zmienił tę sytuację, umożliwiając szeroki dostęp do najnowszych doniesień naukowych w sposób niemal demokratyczny. Korzystający z zasobów sieciowych pacjenci otrzymują narzędzia, które pozwalają im przejąć większą kontrolę nad własnym leczeniem i stać się partnerem prowadzącego terapię w procesie leczenia (Kabat-Zinn, 2000).

Zdrowie w Internecie

W badaniu przeprowadzonym przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej niewątpliwie zauważalna jest pewność w umiejętnościach odnajdywania wiarygodnych informacji o zdrowiu, te wnioski idą w parze z niewielką ilością osób, które uważają za wiarygodne czy wartościowe rady zdrowotne udzielane przez popularne osoby w Internecie. Znaczna część badanych wyraża sceptycyzm przed rezygnacją ze stosowania leku na podstawie negatywnych opinii znalezionych online. Ta postawa zgodna jest z wcześniejszymi obserwacjami, pokazującymi skłonność do krytycznej oceny informacji zdrowotnych. Badanie pokazuje, jak ważne jest rozwijanie umiejętności krytycznej oceny informacji zdrowotnych, zwłaszcza tych pochodzących od nieweryfikowanych źródeł, co jest kluczowe dla utrzymania i poprawy własnego stanu zdrowia. Przeprowadzona ankieta dotycząca zdrowia w kontekście korzystania z Internetu, ukazała ciekawe wnioski dotyczące postaw i zachowań respondentów. Wynika z niej, że prawie dwie trzecie badanych (61,03%) potwierdza, że posiada świadomość, gdzie w sieci można odnaleźć rzetelne i wiarygodne informacje na temat zdrowia. Mimo to, ponad jedna czwarta (25,06%) odczuwa niepewność lub nawet przyznaje się do kompletnego braku wiedzy na ten temat. W kwestii szukania informacji na temat symptomów chorób na forach internetowych oraz me-

diach społecznościowych, takich jak Facebook. Wyniki wskazują, że Internet, a zwłaszcza fora internetowe i media społecznościowe, są popularnym źródłem informacji medycznej dla większości respondentów (46,10%). Jednakże, istnieje także duży procent osób, które wydają się nie polegać na tych źródłach (46,44%). To podkreśla złożoną naturę zdobywania informacji medycznych i pokazują, że różne grupy ludzi polegają na różnych źródłach. Z perspektywy zdrowia publicznego, te wyniki mogą wskazywać na potrzebę edukacji pacjentów na temat rzetelności i wiarygodności informacji medycznych dostępnych w Internecie. Interesujące wyniki dało też pytanie dotyczące konsultacji z innymi osobami informacji otrzymanych od lekarzy. Okazało się, że 35,2% osób potwierdziło takie działania, podczas gdy grupa (54,65%) nie robi tego. Wyniki pokazują, że mniejsza część respondentów (35,20%) ma tendencję do konsultowania informacji uzyskanych od lekarza z innymi osobami, niż tych, którzy tego nie robią (54,65%). Te dane mogą wskazywać na rolę, jaką społeczności – zarówno online, jak i offline – odgrywają w procesie zdrowotnym. Niektóre osoby mogą czuć, że dodatkowa opinia lub wsparcie pomaga im zrozumieć i zarządzać swoją opieką zdrowotną. Z drugiej strony, istnieje też duża grupa osób, która wydaje się w pełni polegać na informacjach uzyskanych od lekarza.

Niezwykle istotnym zagadnieniem stała się rezygnacja ze stosowania leków po przeczytaniu lub usłyszeniu o nich negatywnych opinii w sieci (nie pochodzących od lekarzy). Na ten temat odpowiedzi były podzielone – 35,54% badanych potwierdziło takie działanie, a 54,82% stanowczo zaprzeczyło. Chociaż większość respondentów wydaje się polegać na poradach medycznych od profesjonalistów, istnieje znaczna grupa, która może być podatna na wpływy zewnętrzne, takie jak opinie w mediach społecznościowych lub na forach internetowych. Te dane wskazują na potrzebę edukacji pacjentów na temat znaczenia porad lekarskich i potencjalnych ryzyka zmiany reżimu leczenia bez konsultacji z lekarzem.

Jeżeli chodzi o zaufanie do informacji zdrowotnych publikowanych w Internecie przez znane osobistości (np. celebrytów, influencerów), wyniki były jednoznaczne. Tylko 6,46% respondentów przyznało, że ufa takim źródłom, podczas gdy aż 84,07% kategorycznie temu zaprzeczyło. Podobne tendencje zaobserwowano, kiedy zadano pytanie dotyczące stosowania rad zdrowotnych udzielanych przez znane osoby w Internecie. Zaledwie 6,37% zgodziło się, że stosuje takie rady, a przeważająca większość – 84,33% – temu zaprzeczyła. Internet, bez wątpienia, odgrywa kluczową rolę jako źródło wiedzy na temat zdrowia. Niemniej jednak, istnieje kilka obszarów, które mogą wymagać zwiększonej świadomości, edukacji lub dostępu do informacji.

1. Znalazienie wiarygodnych informacji o zdrowiu online: Mimo że znaczna większość badanych zgodziła się, że wie, gdzie szukać solidnych informacji

o zdrowiu w sieci, około jedna czwarta (25,06%) z nich wyraziła niepewność lub brak wiedzy na ten temat. Zasadnicze może się okazać skierowanie wysiłków edukacyjnych w kierunku tych osób, aby podkreślić, które źródła są godne zaufania, jak rozpoznać informacje niewiarygodne oraz jakie mogą być potencjalne konsekwencje korzystania z nieodpowiednich informacji o zdrowiu.

2. Dyskusja na temat zdrowia z innymi: Ze względu na podzielone opinie na temat tego, czy respondenci konsultują się z innymi na temat informacji uzyskanych od lekarza, ważne jest, aby podkreślić znaczenie komunikacji z wykwalifikowanymi specjalistami zdrowia. Może to przeciwdziałać rozprzestrzenianiu się niepotwierdzonych lub nieprawdziwych informacji o zdrowiu oraz pomóc w prawidłowym zrozumieniu i interpretacji informacji o zdrowiu.
3. Odpowiedzialność za korzystanie z informacji o zdrowiu: badanie wykazało, że istotny odsetek respondentów (35,54%) jest skłonny zrezygnować ze stosowania leku na podstawie negatywnych opinii znalezionych w sieci. To zjawisko jest niepokojące, gdyż tego typu decyzje powinny być podejmowane po konsultacji z wykwalifikowanym specjalistą. Kampanie edukacyjne mogą okazać się niezbędne w celu zwiększenia świadomości społecznej na temat potencjalnych konsekwencji takich działań.

Istotne jest, że większość respondentów zdaje się podchodzić do tych danych z określoną ostrożnością i sceptycyzmem, zwłaszcza jeśli informacje pochodzą od osób takich jak celebryci czy influencerzy. To sugeruje, że uczestnicy ankiety posiadają umiejętność krytycznej oceny źródeł, z których czerpią informacje. Dlatego zrozumienie, jak inni korzystają z dostępnych informacji zdrowotnych w Internecie, może pomóc im w lepszym zrozumieniu i nawigowaniu przez gąszcz informacji dostępnych online. Przede wszystkim, zdaje się ono podkreślać znaczenie krytycznego podejścia do informacji zdrowotnych, zwłaszcza tych pochodzących od nieweryfikowanych źródeł.

Wyniki pokazują, że Internet stał się ważnym narzędziem dla zdrowia publicznego i ma potencjał do dalszego rozwoju jako narzędzie do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia społeczeństwa. Jednakże wyniki te pokazują również, że są obszary, które wymagają więcej uwagi, takie jak edukacja zdrowotna i podnoszenie świadomości.

Wyniki pokazują, że Internet stał się ważnym narzędziem dla zdrowia publicznego i ma potencjał do dalszego rozwoju jako narzędzie do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia społeczeństwa.

Zaangażowanie pacjentów w system ochrony zdrowia staje się istotnym elementem jego działania, ze względu na wartość, jaka płynie z wykorzystania wiedzy

i bezpośredniego doświadczenia pacjentów w kształtowaniu polityki zdrowotnej. Zarazem jest ono świadectwem autentycznej potrzeby zmiany dotychczasowego paradygmatu na taki, który w większym stopniu pozwala pacjentowi kontrolować przebieg własnego procesu terapeutycznego. Pacjenci i ich organizacje stają się impulsem do innowacji w zakresie opieki medycznej i organizacji leczenia (Władysiuk, Libura, Rolska-Wójcik, Plisko, 2021). W Polsce jest zarejestrowanych 138 tys. organizacji pozarządowych, czyli 107 tys. stowarzyszeń oraz 31 tys. Fundacji (wg rejestru REGON, stan na koniec 2021 roku) z czego 6% (ok. 4 tys.) z nich to organizacje działające w obszarze ochrony zdrowia (Charycka i in., 2022). Od 2002 roku najczęściej organizacje określa swoją główną branżę jako sport, turystyka, rekreacja, hobby – średnio 37% sektora deklaruje działalność właśnie w tym obszarze. Kolejną popularną dziedziną działania fundacji i stowarzyszeń jest edukacja i wychowanie – odsetek organizacji, które się w niej specjalizują nie ulegał większym zmianom i wynosił pomiędzy 12 a 15%. W ciągu pierwszych 10 lat badania nastąpił stosunkowo duży wzrost (o 7 punktów procentowych) udziału organizacji zajmujących się kulturą i sztuką, a następnie ich odsetek nagle spadł. Również odsetek organizacji z dziedziny usług społecznych i pomocy społecznej ulegał różnym zmianom: w latach 2004–2008 rósł, a od 2010 roku utrzymuje się na poziomie pomiędzy 6 a 8% sektora. Największy spadek wystąpił zaś w branży ochrony zdrowia – z 11% organizacji w 2002 roku do 6% w 2021 (Charycka i in., 2022). Organizacjom pozarządowym ufa 63% Polaków. Podobny odsetek (62%) uważa, że organizacje są w Polsce potrzebne. Brak zaufania do organizacji deklaruje natomiast 23% społeczeństwa, a tylko 9% uznaje, że NGO są w Polsce niepotrzebne. Warto podkreślić że zaufanie do NGO wzrosło o 7 punktów procentowych w stosunku do 2020 roku (Charycka, Gumkowska, Bednarek, 2022).

Rzecznictwo polskich organizacji społecznych przybiera różnorodne formy i jest prowadzone wielokanałowo. Adresatami działań rzeczniczych są przedstawiciele państwowej władzy wykonawczej, ustawodawczej i sądowniczej, samorząd szczebla regionalnego i lokalnego, a także europarlamentarzyści i Komisja Europejska. Podejmowanie są również działania służące mobilizacji społecznej oraz sieciowaniu podmiotów działających we wspólnej sprawie, których celem jest zwiększenie ich siły oddziaływania na rzeczywistość społeczną (Gumkowska i in., 2022).

Problemy i potrzeby organizacji pacjentów

Raport „Pacjent w polskim systemie zdrowia – 2024”, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (Gierczyński i Nowak, 2024) oparty na opinii 73 pol-

skich organizacji pacjenckich przynosi istotne spostrzeżenia dotyczące stanu polskiego systemu ochrony zdrowia z perspektywy organizacji pozarządowych. Badanie zostało przeprowadzone w dniach 12–19 stycznia 2024 roku za pomocą kwestionariusza ankiety internetowej przesłanej do organizacji współpracujących z Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Spośród 73 organizacji biorących udział w badaniu 70% stanowiły Stowarzyszenia, (tj. 51 organizacji pacjenckich), 26% organizacji stanowiły fundacje (tj. 19 organizacji), a pozostałe 4%, stanowiły federacje, koalicje i zrzeszenia organizacji pacjentów (tj. 3 organizacje).

Zgodnie z zebranymi opiniami w zdecydowanej większości tych organizacji, system oceniany jest jako przeciętny, przy czym istnieje również znaczący odsetek ocen negatywnych, wskazujących na konieczność istotnych zmian, z perspektywy organizacji pacjentów.

Najbardziej palące problemy ochrony zdrowia, jakie zostały podkreślone przez organizacje w raporcie to:

- kolejki do świadczeń zdrowotnych,
- braki kadrowe,
- nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej,
- problemy z dostępem do opieki specjalistycznej i finansowaniem,
- brak dostępu do nowoczesnych terapii,
- ocena dostępu do technologii medycznych jako przeciętna lub słaba.

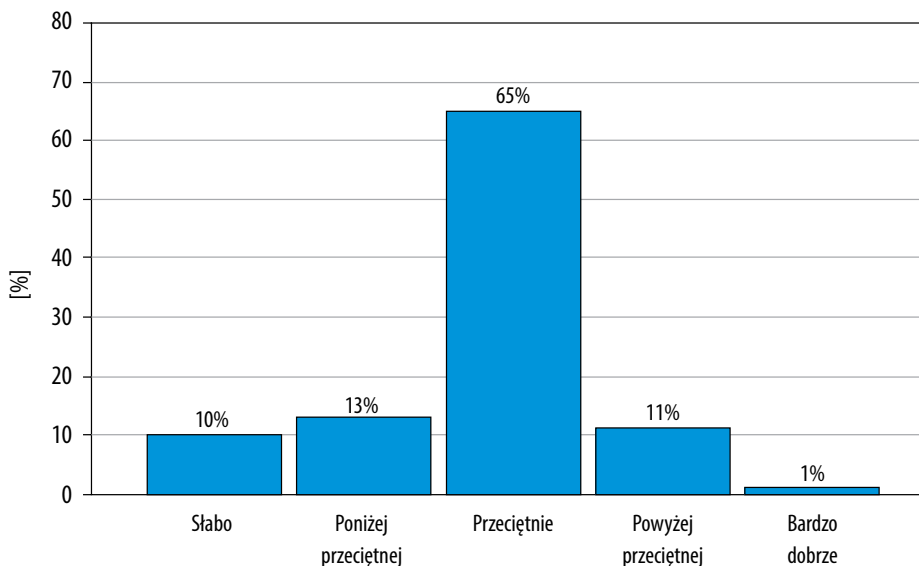
Organizacje pacjentów zwróci-

ły także uwagę na pilną potrzebę edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz walki ze smogiem i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. Raport wskazuje również na potrzebę kompleksowej reformy systemu ochrony zdrowia, uwzględniającej poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych i warunków pracy dla personelu medycznego, przy aktywnym udziale organizacji pacjenckich. Na rycinie 1 przedstawiono ocenę systemu ochrony zdrowia w Polsce.

1. Potrzeby systemowe są dominującą potrzebą w ocenie organizacji pacjenckich. Kolejno opieka specjalistyczna, edukacja zdrowotna i diagnostyka oraz produkty lecznicze.
2. Potrzeby systemowe stanowiły 41% potrzeb wskazanych przez organizacje. Wśród nich najczęściej wymieniano te związane z wprowadzeniem standar-

Najbardziej palące problemy ochrony zdrowia, jakie zostały podkreślone przez organizacje w raporcie to:

- *kolejki do świadczeń zdrowotnych,*
 - *braki kadrowe,*
- *nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej,*
- *problemy z dostępem do opieki specjalistycznej i finansowaniem,*
- *brak dostępu do nowoczesnych terapii,*
- *ocena dostępu do technologii medycznych jako przeciętna lub słaba.*



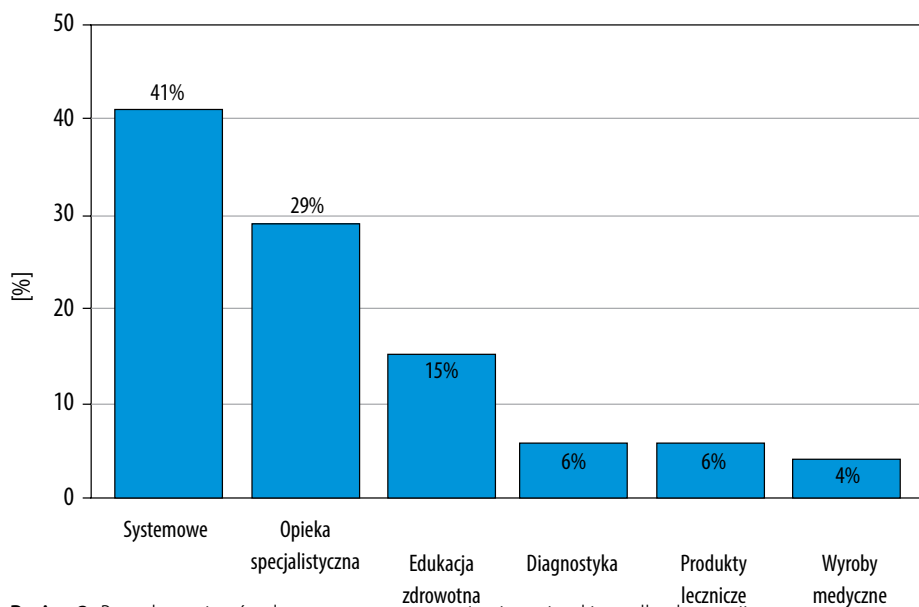
Rycina 1. Ocena systemu ochrony zdrowia w Polsce

dów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, w tym wprowadzeniem opieki koordynowanej, kompleksowej oraz koordynatorów pacjentów. Potrzeby w zakresie zmian systemowych dotyczą także zmiany wyceny świadczeń, zwiększenia finansowania świadczeń oraz umożliwienie dostępu do świadczeń specjalistycznych.

3. Potrzeby w zakresie opieki specjalistycznej stanowiły 29% potrzeb wskazanych przez badane organizacje. Dostęp i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu opieki specjalistycznej był najczęściej wymienianą potrzebą. Kolejno wymieniano potrzebę zwiększenia liczby lekarzy specjalistów oraz podmiotów wykonujących specjalistyczne świadczenia.
4. Potrzeby w zakresie edukacji były trzecią najczęściej wymienianą potrzebą. W zakresie edukacji wskazywano najczęściej na działania związane z informowaniem pacjentów o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym oraz edukacji zdrowotnej w obszarach terapeutycznych, które dotyczą pacjentów. Edukacja jako potrzeba była także wymieniana w kontekście edukacji kadr medycznych z zakresu wybranych chorób, ale także wzrostu kompetencji miękkich – głównie komunikacyjnych.
5. Potrzeby w zakresie produktów leczniczych według organizacji najczęściej dotyczą zwiększenia dostępności produktów leczniczych oraz wprowadzenia produktów leczniczych do refundacji czy zmniejszenia udziału dopłat pacjentów do refundowanych leków.

6. Potrzeby w zakresie diagnostyki medycznej dotyczyły najczęściej skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia oraz wprowadzenie programów wczesnej diagnostyki medycznej.
7. Potrzeby w zakresie wyrobów medycznych obejmowały najczęściej wzrost finansowania wyrobów medycznych i zmniejszenie udziału dopłat pacjentów do refundowanych wyrobów.

Potrzeby pacjentów dostrzegane przez organizacje pacjenckie przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Potrzeby pacjentów dostrzegane przez organizacje pacjenckie według kategorii

Wskazane przez organizacje problemy pacjentów związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia ściśle korelują z wymienionymi wcześniej potrzebami systemowymi wskazanymi przez respondentów. Dominującym problemem w ocenie organizacji są problemy systemowe, kolejno związane z opieką specjalistyczną, edukacją i wyrobami medycznymi. Problemy w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia stanowiły ponad większość wymienionych przez organizacje problemów. Wśród najczęściej wymienianych znajdują się te związane z koniecznością wprowadzenia koordynowanej opieki, ponowną wyceną świadczeń zdrowotnych oraz zwiększeniem finansowania, a także zwiększenie liczby podmiotów wykonujących świadczenia specjalistyczne. Problemy związane ze specjalistyczną opieką zdrowotną najczęściej dotyczy-

ły w ocenie organizacji zwiększenia liczby lekarzy specjalistów oraz skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne, a także zwiększenia liczby podmiotów wykonujących świadczenia specjalistyczne. Problemy związane z edukacją wymieniane przez organizacje najczęściej dotyczą braku informacji wśród pacjentów o systemie ochrony zdrowia, w tym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym dotyczącym jednostki chorobowej pacjentów. Wśród problemów edukacyjnych znajdują się również te związane z kształceniem kadr medycznych oraz wzrostem kompetencji komunikacyjnych kadr medycznych. Problemy związane z wyrobami medycznymi dotyczyły najczęściej wzrostu finansowania wyrobów medycznych i zmniejszenia udziału dopłat pacjentów do refundowanych wyrobów (Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2024).

Bibliografia

1. Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., Sweeney, J. (2013) *Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies*. Health Affairs (Project Hope), 32(2), 223–231. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1133>.
2. Charycka, B., Gumkowska, M., Bednarek, J. (2022) „Kondycja organizacji pozarządowych” to badanie, które jest prowadzone cyklicznie od 2002 roku i jest największym, niezależnym badaniem stowarzyszeń i fundacji w Polsce. Warszawa: Stowarzyszenie Klon/Jawor, 2022.
3. Charycka, B., Gumkowska, M., Bednarek, J. (2022). *Kondycja organizacji pozarządowych 2002-2022*. Warszawa: Stowarzyszenie Klon/Jawor.
4. Charycka, B., Gumkowska, M., Bednarek, J. (2022). *Ufamy ale... Polki i Polacy o organizacjach pozarządowych* Warszawa: Stowarzyszenie Klon/Jawor.
5. Chase, D. (2012). *Patient engagement is the blockbuster drug of the century*. Forbes.com [blog w Internecie]. Pobrane 14 stycznia 2024 z: <http://www.forbes.com/sites/dave-chase/2012/09/09/patient-engagement-is-theblockbuster-drug-of-the-century/> Google Scholar.
6. Gierczyński J., Nowak A. (2024). *Raport: Pacjent w polskim systemie ochrony zdrowia*. Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.
7. Gumkowska, M., Charycka, B., Bednarek, J. – Badania Klon/Jawor Chimiak, G., (2022). *Efekt mrożący. O kondycji rzecznictwa organizacji pozarządowych*. Warszawa: Stowarzyszenie Klon/Jawor.
8. Haarmann, A. (2018). *The Evolution and Everyday Practice of Collective Patient Involvement in Europe – An Examination of Policy Processes, Motivations, and Implementations in Four Countries*. Springer.
9. Kabat-Zinn, J. (2000). *Participatory medicine*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 14 (4), 239–240.
10. Nowak A., Grzesiak I., Kołodziej M., Turkiewicz J. (2023). *Raport o zdrowiu*. Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Fundacja My Pacjenci.
11. Weitzel, M., Smith, A., Lee, D., de Deugd, S., Helal, S. (2009). *Participatory medicine: leveraging social networks in telehealth solutions. In Ambient Assistive Health and Wellness Management in the Heart of the City*, (pp. 40–47). Springer Berlin Heidelberg.
12. Władysiuk, M., Libura, M., Rolska-Wójcik, P., Plisko R. (2021). *Rola organizacji pacjentów w systemach opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie*. Warszawa: HTA Consulting.

CZĘŚĆ IV
WYZWANIA ZDROWOTNE
XXI WIEKU I ZNACZENIE
DOBRYCH PRAKTYK
W PROCESIE
PRZECIWDZIAŁANIA
ZABURZENIOM W OBSZARZE
ZDROWIA – ROZMOWY

Styl życia to jedna z najważniejszych determinant wpływających na ryzyko rozwoju chorób układu krążenia

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Maciejem Lesiakiem, kierownikiem Katedry i I Kliniki Kardiologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Jakie w Pana Profesora opinii, istotne z punktu widzenia dobra pacjenta, są aktualne wyzwania w zakresie chorób układu krążenia?

Diagnostyka i leczenie chorób układu krążenia diametralnie się zmieniły w ostatnich kilkudziesięciu latach. Kiedy kończyłem studia, kardiologia, podobnie jak inne gałęzie interny, była dziedziną niemalże całkowicie zachowawczą. Lekarze mieli do wyboru dość ograniczony zestaw leków, które łagodziły dolegliwości, ale nie wpływały na rokowanie pacjentów. Najlepszym przykładem jest niewydolność serca, na którą cierpi ok. 1,5 mln Polaków. U schyłku XX wieku mieliśmy do dyspozycji praktycznie tylko dwa leki – diuretyki i pochodne naporstnicy, które przynosiły pewną ulgę, ale nie wydłużały życia. Obecnie ponad 90% pacjentów trafiających na referencyjne oddziały kardiologiczne jest poddawana jakimś zabiegom inwazyjnym. Wśród nich jest wiele terapii ratujących życie. Ponadto dysponujemy szeregiem leków o dobrze udokumentowanym korzystnym działaniu co do rokowania.

Wyzwań, istotnych z punktu widzenia dobra pacjenta jest wiele.

Po pierwsze rosnąca liczba chorych kardiologicznych, związana ze starzeniem się społeczeństwa. Mimo że przybywa ośrodków i rośnie liczba udzielanych świadczeń to dostępność do nich nie poprawia się znacząco. Starzeją się nie tylko pacjenci, lecz także członkowie naszych zespołów. Kardiologia jest trudną i wymagającą dziedziną medycyny. W ostatnich latach obserwuję malejącą liczbę lekarzy chcących specjalizować się w kardiologii. Nie można też nie wspomnieć o rosnącym wieku personelu pielęgniarskiego. Ta niewystarczająca dostępność to nie tylko opóźnione leczenie, lecz także ograniczenia we wczesnej diagnostyce i profilaktyce.

Kolejny problem, także związany ze starzeniem się populacji, to rosnąca liczba chorób współistniejących u pacjentów kardiologicznych, co jest dużym wyzwaniem dla kardiologów i pozostałego personelu medycznego. Prowadzenia pacjenta z wielochorobowością wymaga dużej wiedzy lekarza, pogłębionej diagnostyki i jest obciążone zwiększonym ryzykiem powikłań.

Rosnąca liczba hospitalizacji pacjentów z wielochorobowościami wymaga dużej mobilizacji i uważności personelu medycznego, tak aby jakość świadczeń została zachowana. Wywołuje to, z jednej strony wzrost poziomu stresu u personelu, z drugiej zaś brak czasu na wsparcie psychologiczne osób zmagających się z ciężką chorobą. Lekarze, niestety, coraz mniej słuchają swoich chorych. Na to wszystko nakładają się rosnące wymogi co do ilości i jakości prowadzonej dokumentacji, ważnej nie tylko ze względów finansowych – rozliczenia z NFZ – ale i prawnych.

Kolejnym wyzwaniem jest właściwy kontakt i opieka nad pacjentem poza szpitalem. Sądzę, że w kolejnych latach XXI wieku niewiele zostanie z tradycyjnych interakcji lekarz – pacjent. Prawdziwym wyzwaniem będzie tu szybki rozwój telemedycyny. Umożliwi ona pacjentom z odległych regionów dostęp do dobrej, specjalistycznej opieki kardiologicznej. Telemedycyna to możliwość monitorowania postępów leczenia na odległość, kontrola chorób towarzyszących, szeroko dostępna edukacja, personalizacja opieki, wsparcie w nagłych wypadkach i wreszcie optymalizacja czasu pracy, a zatem i kosztów leczenia. Ponadto telemedycyna może poprawić koordynację działań wszystkich poziomów opieki zdrowotnej w kraju.

Do wyjaśnienia pozostają jej potencjalnie negatywne skutki, np. czy brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem nie pogorszy poczucia bezpieczeństwa leczzonej osoby. Można sobie wyobrazić, że zdalna forma kontaktu wywoła niekorzystne poczucie bezosobowości opieki, nasili obawy dotyczące prywatności i bezpieczeństwa danych, zwiększy ryzyko nadużyć i będzie przynosić kolejne problemy etyczne i prawne.

Czy w opinii Pana Profesora choroby układu krążenia są traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia?

W Polsce choroby układu krążenia są nadal główną przyczyną zgonów naszych obywateli. Trudno więc sobie wyobrazić, aby kardiologia nie była traktowana priorytetowo. Ten priorytet był szczególnie widoczny na początku tego wieku, kiedy to poprawa finansowania świadczeń kardiologicznych uczyniła z naszego kraju światowego lidera leczenia zawału serca! Te odważne i mądre decyzje owocują do dziś. W drugim dziesięcioleciu bywało różnie, pojawiło się szereg nowych wyzwań, takich jak rosnąca liczba wad strukturalnych serca związanych ze starzeniem, brak właściwej koordynowanej opieki nad pacjentami po zawale i wiele innych. Kardiolodzy często mieli poczucie braku zrozumienia ze strony osób decyzyjnych w państwie. Większość z tych problemów doczekała się w końcu rozwiązań, a wprowadzenie w roku 2022 Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032, wraz z możliwością skorzystania ze środków Krajowego Planu Odbudowy wprowadzi postęp kardiologii na właściwe tory.

Jakie istnieją kwestie deficytowe wymagające podjęcia szybkich działań systemowych, organizacyjnych lub innych w obszarze chorób układu krążenia?

Zgodnie z założeniami Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022–2032 siły i środki powinny być kierowane przede wszystkim w kadry, edukację, naukę i innowacje oraz w utworzenie dobrego systemu opieki kardiologicznej. Jestem przekonany, że większość świadczeń kardiologicznych powinna być wyłączona z limitów finansowych. Tak się stało ponad 20 lat temu z leczeniem zawału serca i doskonałe efekty tej decyzji widzimy do dziś. Jaskółką właściwych zmian jest pilotażowy program Krajowej Sieci Kardiologicznej, który od roku 2023 obejmuje siedem województw. W tym programie leczenie pacjentów z niewydolnością serca, arytmiami, wadami strukturalnymi i ciężkimi postaciami nadciśnienia tętniczego jest wyłączone z limitów NFZ na wszystkich poziomach opieki zdrowotnej. Jednym z ważnych wyzwań jest wciąż niezaspokojona potrzeba szerokiego wdrożenia nowoczesnych leków hipolipemizujących u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, u których farmakoterapia konwencjonalna, obejmująca stosowanie statyn w połączeniu z ezetymibem, z różnych względów nie prowadzi do uzyskania właściwej redukcji stężenia cholesterolu we krwi. Problemem jest nie tylko wysoki koszt tych leków, choć od kilku lat działa specjalny program lekowy NFZ, ale rozpowszechnienie wiedzy o możliwości ich stosowania nie tylko wśród pacjentów, lecz także lekarzy.

Czy zdaniem Pana Profesora w wystarczający sposób prowadzone są w polskim systemie ochrony zdrowia działania profilaktyczne w obszarze chorób układu krążenia?

Profilaktyki i działań prozdrowotnych nigdy nie jest za wiele. Wspomniany już przeze mnie Narodowy Program na lata 2022–2032 będzie wspierać powszechną edukację prozdrowotną i promocję zdrowego stylu życia (w tym życie wolne od tytoniu i alkoholu) dzieci, młodzieży i dorosłych, w szczególności w zakresie aktywności fizycznej, sposobu żywienia i walki z otyłością. Celem będzie też poprawa świadomości Polaków w zakresie wpływu postaw prozdrowotnych na choroby układu krążenia. Wreszcie zostaną wdrożone regulacje prawne wspierające zdrowe odżywianie oraz politykę antytytoniową.

Czy widzi Pan Profesor miejsce i zadania dla organizacji pacjentów w zakresie aktywności profilaktycznych lub rzeczniczych w obszarze chorób układu krążenia?

Działania takich organizacji są niezwykle ważne, ponieważ mają one znaczący wpływ na poprawę jakości życia oraz na zmniejszenie częstości występowania tych chorób poprzez promowanie skutecznych strategii profilaktycznych. Przy naszej klinice istnieje Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Serca. Działalność organizacji tego typu to doskonała forma edukacji i podnoszenia świadomości pacjentów, wsparcia ich rodzin, ułatwiania kontaktu z profesjonalistami medycznymi oraz fantastyczna platforma do wymiany własnych doświadczeń i pomocy w radzeniu sobie z chorobą. Wszystko to podnosi odporność psychiczną, ułatwia radzenie sobie ze stresem i odgrywa ważną rolę w adaptacji do życia z chorobą, dzięki czemu przyczynia się do lepszych wyników zdrowotnych.

Jakie w opinii Pana Profesora czynniki psychospołeczne mają dla pacjentów z chorobami krążenia fundamentalne znaczenie w powrocie do zdrowia?

Czynniki psychospołeczne mogą nie tylko wpływać na rozwój i przebieg chorób sercowo-naczyniowych, lecz także na skuteczność leczenia i rekonwalescencję. Są to przede wszystkim: poczucie wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, dobra komunikacja z lekarzem czy innym personelem medycznym. Taka komunikacja zmniejsza zazwyczaj narażenie na stres, który prowadzi do wystąpienia lęku czy nawet depresji. Wreszcie ważny jest wewnętrzny bagaż osobisty wpływający na nastawienie do choroby i poczucie możliwości kontroli nad nią i nad własnym życiem.

Czy według Pana Profesora styl życia jest ważną determinantą warunkującą możliwość wystąpienia chorób układu krążenia?

Oprócz czynników genetycznych styl życia jest jedną z najważniejszych determinant wpływających na możliwość wystąpienia chorób układu krążenia. Niezliczone badania naukowe wykazują, że czynniki takie jak dieta, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu oraz zarządzanie stresem, mają bezpośredni wpływ na szeroko pojęte zdrowie. Zmiana niezdrowych nawyków na zdrowszy styl życia może znacząco zmniejszyć ryzyko rozwoju chorób układu krążenia.

Czy jest coś, co Pan Profesor chciałby ująć w konkluzji swojej wypowiedzi?

Chciałbym powiedzieć, że współczesna kardiologia znacząco różni się od tej, jaką znałem jako student czy początkujący lekarz. Nie mam tu namyśli jedynie postępu, jaki dokonał się w zrozumieniu mechanizmów chorób sercowo-naczyniowych, postępu technologicznego i rozwoju farmakoterapii. Znacząco zmieniła się też relacja lekarza z pacjentem. Te pierwsze zmiany z pewnością przyczyniły się pozytywnie do szeroko rozumianego dobra chorego. Co do zmian w relacjach, nie jestem pewien. Ten brak pewności nie wynika tylko z moich nawyków i oczekiwań od lekarza, ale ze zrozumienia faktu, że oczekiwania pacjenta też ulegają zmianie. Być może, w niedalekiej przyszłości, osobisty i bezpośredni kontakt z lekarzem pacjentowi nie będzie już potrzebny, tak jak wielu z nas coraz chętniej poprzestaje na kontakcie poprzez media społecznościowe. Ocena, czy to dobrze, czy źle, nie należy już do mnie.

Wywiad przeprowadziła: Ewa Baum

Choroby zakaźne – potrzebna jest edukacja społeczeństwa

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Alicją Wiercińską-Drapało, kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Hepatologii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ordynatorem oddziału Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie

Jakie są aktualne wyzwania w zakresie chorób zakaźnych istotne z punktu widzenia dobra pacjenta?

Dzisiaj większości chorób zakaźnych potrafimy zapobiegać. Gdybyśmy wykorzystywali wszystkie znane metody zapobiegania, to nie byłoby zachorowań. Nie wykorzystujemy jednak dobrze wiedzy i osiągnięć medycyny, bo choroby zakaźne cały czas nam towarzyszą. Są dostępne szczepionki, ale nie są one stosowane w wystarczającej mierze. Niestety, mimo posiadanej wiedzy oraz skutecznych metod profilaktyki, wciąż pojawiają się nowe przypadki chorób zakaźnych. Wiedza i metody profilaktyki mogą je w znacznym stopniu ograniczać, ale całkowicie ich nie eliminują. Nie mamy np. szczepionki na HIV, ale zakażeniom można zapobiegać poprzez profilaktykę przedekspozycyjną. Jest ona bardzo skuteczna. Skoro są nowe zachorowania na AIDS, to znaczy, że nie wykorzystujemy tej wiedzy, podobnie jak w przypadku malarii: ludzie jadą na tereny endemiczne, ale przed wyjazdem nie stosują profilaktyki przeciwmalarycznej.

Czy to oznacza, że nie ma wystarczających informacji, wiedzy w społeczeństwie?

Edukacja zarówno społeczeństwa, jak i personelu medycznego pozostawia wiele do życzenia. Tu ogromna rola organizacji pozarządowych, które mogłyby pomóc właśnie w edukacji. Potrzebna jest edukacja personelu medycznego, ale też zwykłych ludzi, którzy rozmawiają między sobą i mówią znajomym np. „Słuchaj, ja się zaszczepiłam, zrobiłam sobie badania przeciwko HIV, sprawdzę jeszcze HCV. Pomyśl – może też warto, żebyś zrobił te badania”. Skoro choroby wykrywamy na późnym etapie zakażenia, np. zapalenie wątroby typu C, to znaczy, że coś jest nie tak. Taki pacjent powinien być odpowiednio wcześniej zdiagnozowany i leczony, żeby nie zakażał innych. To bardzo ważne, żeby pacjent nie transmitował wirusa. Jeżeli źródło zakażenia zostanie usunięte lub zneutralizowane, to ogranicza się możliwość transmisji chorób. Innymi słowy, eliminacja lub kontrola źródła zakażenia jest kluczowa w zapobieganiu szerzeniu się chorób zakaźnych, podobnie jak uodpornienie populacji poprzez szczepienia.

Co powinno być zrobione np. w przypadku szczepień obowiązkowych dla najmłodszych? Nie wszystkie dzieci są szczepione.

W związku z ruchami antyszczepionkowymi niektórzy rodzice nie wyrażają zgody na szczepienie dzieci. To zjawisko niestety wciąż trwa, a nawet narasta, zwiększając odsetek osób wykazujących sceptyczne postawy wobec szczepień. Nie wiemy, co będzie za kilka lat.

Wbrew oczekiwaniom pandemia COVID-19 negatywnie wpłynęła na zaufanie wobec wszystkich szczepień ochronnych. Sporo rodziców nadal odmawia szczepień. Potrzebna jest konstruktywna rozmowa z rodzicami na temat szczepień. Obecnie obserwujemy więcej przypadków chorób, takich jak krztusiec, odra, infekcje pneumokokowe. Te choroby były wcześniej mniej rozpowszechnione z powodu *lockdownu* czy noszenia masek ochronnych. Gdy restrykcje związane z pandemią zostały złagodzone, znów mamy wzrost liczby przypadków tych chorób, nawet większy niż przed COVID-19.

Czyli pandemia COVID-19 nie zmieniła naszego postrzegania szczepień ochronnych?

Dzięki pandemii COVID-19 trochę wzrosła świadomość społeczeństwa, jeśli chodzi o choroby zakaźne i czynniki transmisyjne. Wiemy, dlaczego nosiliśmy maseczki. Wiemy, że jak jesteśmy chorzy, kichamy, powinniśmy zostać w domu. Nadal obserwujemy taką presję społeczną, że jak ktoś w otoczeniu jest chory, to mówimy „Nie podchodź do mnie” albo „Nie witam się, bo widzę, że jesteś chory”. Natomiast jeśli chodzi o szczepienia, świadomość społeczna niewiele się zmieniła.

Czy choroby zakaźne są traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia?

Choroby zakaźne powinny być traktowane priorytetowo i pandemia COVID-19 bardzo nam to uświadomiła. Wyciągnęliśmy z tego pewną naukę. Wiemy, do czego w tamtym czasie nie byliśmy przygotowani, jakie mieliśmy braki systemowe. Mamy dobrą opiekę dla chorych na choroby zakaźne, mamy na wysokim poziomie leczenie wielu przewlekłych infekcji, np. HIV, HCV, HBV, bardzo zaangażowanych specjalistów i dostęp do aktualnej wiedzy. Na pewno trzeba poprawić wykrywanie chorób zakaźnych na wczesnym etapie. Konieczna jest też edukacja społeczeństwa i personelu medycznego w obszarze szczepień. Wciąż pojawiają się nowe, bardzo skuteczne szczepionki, dzięki którym można uniknąć wielu problemów zdrowotnych. Bardzo ważne jest szczepienie przeciwko HPV, a ostatnio pojawiła się szczepionka przeciwko półpaścowi dla osób dorosłych. Warto rozpowszechnić wiedzę i zachęcać do szczepień osoby dorosłe. Co prawda, są to szczepienia zalecane i zwykle nierefundowane bądź częściowo refundowane dla wybranych populacji, ale to przecież inwestycja w swoje zdrowie. Oczywiście, dobrze byłoby, żeby systemowo zwiększać nakłady na profilaktykę, bo to zwróci się w dalszej perspektywie. Szczepienia profilaktyczne powinny być najtańszą procedurą. Innym ważnym aspektem jest monitorowanie chorób zakaźnych, żebyśmy wiedzieli, jaka sytuacja epidemiologiczna u nas panuje. Mamy obowiązek zgłaszania wielu chorób zakaźnych, ale jest to trudny temat – dane epidemiologiczne dotyczące chorób zakaźnych są bardzo niepełne. Mam wrażenie, że choroby zakaźne w naszym kraju traktowane są z „doskoku”, jak coś sobie przypomnimy, to wtedy zapala się czerwona lampka. Tak było w przypadku pandemii COVID-19, podobnie jest przed 1 grudnia, gdy kartka z kalendarza przypomina o AIDS i zakażeniu HIV. Wówczas odzywają się media i chcą nagłośnić problem. Tak samo dzieje się w przypadku innych chorób czy udaru w chorobach sercowo-naczyniowych.

Polska jest jednym z krajów w Europie o najniższej wyszczepialności. Co zrobić, aby poprawić te niechlubne statystyki?

Wyzwaniem dla systemu są na pewno szczepienia dla osób dorosłych. Dzieci objęte są obowiązkowym kalendarzem szczepień, który też nie jest w pełni realizowany. W moim przekonaniu jedyną skuteczną metodą zwiększającą wyszczepialność jest jak najszersze i najczęstsze przekazywanie rzetelnej wiedzy na temat szczepień. Od tego są powszechne kampanie informacyjne, konferencje, środki społecznego przekazu. Wiedza o korzyściach ze szczepień powinna dotrzeć do każdego obywatela. W wielu krajach Europy dzięki szczepionce prze-

ciwko HPV nie ma problemu z zachorowaniami na raka szyjki macicy. Tam szczepione są całe populacje i dzięki temu wirus się nie rozprzestrzenił.

Te tematy powinny być stale obecne w mediach, prawda? Pod koniec 2023 roku robiłam badanie, jakich chorób Polacy boją się najbardziej. Okazało się, że na pierwszym miejscu były nowotwory, następnie udary mózgu. Choroby zakaźne, zakażenie HIV, grypa, COVID-19 zajęły ostatnie miejsca.

Myszę, że wiąże się to z ogólnymi skojarzeniami. Choroby onkologiczne zawsze budziły duży strach mimo ogromnego postępu wiedzy i coraz skuteczniejszych metod leczenia. Wiemy, że niektóre choroby nowotworowe wykryte na odpowiednio wczesnym etapie mają skuteczność leczenia powyżej 95%. A wciąż powodują paraliżujący lęk. Niektórych chorób ludzie boją się mniej, np. zapalenia płuc. Tymczasem śmiertelność powikłań po ich przebyciu jest większa niż w innych chorobach, Podobnie ludzie nie zdają sobie sprawy z narastających zagrożeń, np. narastającej oporności na antybiotyki. Bardzo często nawet banalna infekcja jest leczona antybiotykami. To bardzo poważna kwestia. Ludzie, bardzo niecierpliwi, często nadużywają antybiotyków, wykorzystują też te, które zostały im po poprzednich niedokończonych kuracjach. Przez nadużywanie tych leków mamy antybiotykooporność. Kolejnym ważnym problemem są zakażenia szpitalne, z którymi bardzo trudno sobie radzimy. Nie jest to problem tylko Polski, ale ogólnoświatowy. Coraz częściej mamy również zakażenia grzybicze. Te najczęściej występują u pacjentów z immunosupresją, która dotyczy coraz większej liczby osób. Dzięki bardzo dużemu postępowi w medycynie skuteczność leczenia wielu chorób znacząco się poprawiła, wiele chorób leczy się, podając leki osłabiające układ immunologiczny. Coraz więcej wykonuje się przeszczepień narządowych, po których pacjenci pozostają na leczeniu immunosupresyjnym. Pacjenci starsi mają naturalnie obniżoną odporność. Wszystkie te czynniki powodują, że lawinowo przybywa osób z obniżeniem funkcji układu odpornościowego. U takich osób rozwijają się różne infekcje nietypowymi patogenami lub przebieg infekcji jest inny – często bardzo ciężki.

Choroby zakaźne wiążą się też z pewną stygmatyzacją, otoczenie nadal nie akceptuje pacjentów np. z HIV?

Choroby zakaźne nie są zbyt popularne i akceptowalne społecznie. Chociaż od wielu lat obserwuję coraz większą akceptację. Niewątpliwie pacjenci z HIV poza niemalże doskonałym leczeniem, które otrzymują, potrzebują wsparcia od otoczenia. To zdecydowanie wpływa na jakość życia i proces leczenia.

Wywiad przeprowadziła: Patrycja Rzucidło-Zajac

Zagrozenie zachowaniami samobójczymi – diagnozowanie i zapobieganie

**Rozmowa z dr. hab. Adamem Czabańskim,
prof. Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie
Wielkopolskim, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa
Suicydologicznego**

Jakie w opinii Pana Profesora istotne z punktu widzenia dobra osoby w kryzysie samobójczym są aktualne wyzwania w zakresie profilaktyki zachowań samobójczych?

Dla osób znajdujących się w kryzysie samobójczym oraz dla ich bliskich szczególnie ważnym wyzwaniem jest przekonanie ludzi w społeczeństwie, że problematyka samobójstw i prób samobójczych nie jest zjawiskiem marginalnym. W Polsce w wyniku samobójstw umiera dwukrotnie więcej osób, niż ginie w wypadkach komunikacyjnych. Co dziesięć lat w wyniku samobójstw ubywa w Polsce miasto liczące ponad 50 tys. osób, takie jak Gniezno, Będzin, Legionowo czy Ostrołęka. Najpierw więc należy edukować społeczeństwo pokazując wagę problemu. Jeśli ludzie w społeczeństwie zrozumieją skalę zachowań samobójczych, to mogą popierać różne kampanie i programy nastawione na ratowanie życia tysięcy osób. Oczywiście z perspektywy osoby w kryzysie samobójczym szczególnie ważny jest nieskrępowany dostęp do pomocy psychiatrycznej.

Czy w opinii Pana Profesora kwestia osób w kryzysie samobójczym traktowana jest priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia?

Przez kilka ostatnich dziesięcioleci decydenci podkreślali w swoich wypowiedziach ważność problematyki zachowań samobójczych. Niestety zazwyczaj za deklaracjami nie szły czyny. Od roku 2021 Ministerstwo Zdrowia uwzględniło w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 środki na opracowanie i uruchomienie Programu Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym. Jesteśmy na etapie realizacji pierwszych w Polsce systemowych działań, w ramach szeroko pojmowanej profilaktyki zachowań samobójczych. To są dopiero początki. Wypada cieszyć się, że od kilku lat osoby sprawujące ważne funkcje w państwie rozumieją powagę sytuacji. Trudno jednak powiedzieć, że kwestia osób znajdujących się w kryzysie samobójczym jest traktowana priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia. To wymaga dalszych działań zwłaszcza w umożliwieniu dostępu do opieki psychiatrycznej osobom zagrożonym samobójstwem. Siłą rzeczy wiele mówi się w ostatnim czasie o potrzebie polepszenia dostępu do lekarzy psychiatrów dla dzieci i młodzieży. Podejmowane są próby reformy tego systemu w kierunku większej efektywności i skróceniu drogi do psychiatrów dzieci i młodzieży.

Wydaje się więc, że zarówno społeczeństwo, jak i zarządzający polskim systemem ochrony zdrowia dojrzewają do priorytetowego podejścia do udzielania skutecznej pomocy właśnie dzieciom i młodzieży.

Warto jednak przy okazji zauważyć, że w ostatnich latach pojawiają się w Polsce ciekawe inicjatywy wspierające działania ograniczające liczbę samobójstw i prób samobójczych. Działa Biuro ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie organizujące liczne szkolenia. Wiele cennych działań w postaci szkoleń i webinarów prowadzi Polskie Towarzystwo Suicydologiczne. Warto wspomnieć o kampanii społecznej „Życie warto jest rozmowy”, dostępnej na www.zwjw.pl, która zaowocowała m.in. powstaniem pierwszego w Polsce serwisu internetowego dla osób zagrożonych samobójstwem. Od roku 2018 działa Zespół roboczy ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie do spraw Zdrowia Publicznego przy Ministerstwie Zdrowia. Od kilku lat funkcjonują pierwsze w Polsce i jedno z pierwszych w Europie podyplomowe studia z suicydologii na Menedżerskiej Akademii Nauk Stosowanych w Warszawie.

Jakie istnieją obszary deficytowe wymagające podjęcia szybkich działań systemowych, organizacyjnych lub innych w kwestii udzielania pomocy osobom w kryzysie samobójczym?

Sprawą podstawową jest wykształcenie znacznej liczny psychiatrów, także psychiatrów dzieci i młodzieży. Potrzebny jest jednak cały szereg zachęt, które

skłoniłyby młodych lekarzy do wybierania specjalizacji właśnie z obszaru psychiatrii. Ponadto wydaje się absolutnie konieczne wprowadzenie na kierunkach lekarskich przedmiotu: „suicydologia”, na którym przyszli lekarze mogliby poznać potrzebę, wręcz konieczność rozbudowy systemu wsparcia psychiatrycznego dla osób w różnym wieku.

Te działania nie przyniosą istotnej poprawy w perspektywie krótkoterminowej. Proces kształcenia lekarzy psychiatrów (zwłaszcza psychiatrów dzieci i młodzieży) trwa wiele lat. Istnieje jednak nadzieja, że uczelnie kształcące lekarzy uznają to zadanie za szczególnie ważne w kontekście tysięcy incydentów suicydalnych w Polsce.

Eksperci z Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie opracowują obecnie procedury i przygotowują szkolenia dla lekarzy oraz dla przedstawicieli innych zawodów medycznych działających w polskim systemie ochrony zdrowia.

Czy zdaniem Pana Profesora w wystarczający sposób prowadzone są w polskim systemie ochrony zdrowia działania profilaktyczne w obszarze suicydologii?

Jesteśmy na takim etapie, kiedy to nie możemy powiedzieć, że działania profilaktyczne w obszarze suicydologii są w polskim systemie ochrony zdrowia prowadzone w wystarczający sposób. Prawdopodobnie w kwestii zachowań samobójczych nie będziemy mogli być zadowoleni, dopóki radykalnie nie obniżymy w Polsce liczby samobójstw i prób samobójczych. Ponieważ jednak rzeczywistość społeczna generująca zachowania suicydalne ludzi jest dynamiczna, raczej zawsze będą pojawiały się nowe potrzeby w tym zakresie i opinia publiczna będzie do tego podchodziła krytycznie, koncentrując się nie na sukcesach, lecz na elementach w systemie antysuicydalnym jeszcze niedopracowanym. Wielu suicydologów idealistów uznałoby wysiłki polskiego systemu ochrony zdrowia za wystarczające, gdyby zredukowano zachowania samobójcze w społeczeństwie do zera.

Czy według Pana jest miejsce i są zadania dla organizacji pacjentów w zakresie aktywności profilaktycznych w obszarze suicydologii?

Oczywiście, że tak. Od kilku już lat w Szpitalu Psychiatrycznym na Bielanach w Warszawie funkcjonują asystenci zdrowienia rekrutujący się z osób, które przeżyły niegdyś kryzys samobójczy. Stanowią one ogromny kapitał i okazują się szczególnie skuteczne w opiece nad osobami aktualnie przeżywającymi kryzysy samobójcze. Są to osoby, które rozumieją jak nikt inny, co przeżywa człowiek z uporczywymi myślami samobójczymi. Są przekonujące, ponieważ w przeszłości zmagaly się z takimi samymi problemami, które pokonały. Swoim

przykładem dają świadectwo, że można podnieść się z kryzysu samobójczego, co więcej, że można rozbudzić w sobie potrzebę działań altruistycznych nakierowanych na ratowanie ludzkiego życia.

Jakie w opinii Pana Profesora czynniki psychospołeczne mają dla osoby w kryzysie samobójczym fundamentalne znaczenie w powrocie do zdrowia?

Ponieważ osoby w kryzysie samobójczym są w różnym wieku, także czynniki psychospołeczne pomagające w powrocie do zdrowia są zróżnicowane. Z pewnością ważne są te czynniki, które pozwalają zbudować wokół takiego człowieka spokój i harmonię. Dla dziecka i młodego człowieka ważny jest np. stabilny związek rodziców, a tutaj: okazywanie sobie miłości, wzajemne zainteresowanie swoimi sprawami, otwarta komunikacja. Z kolei dla seniorów szczególnie ważne jest zbudowanie inkluzyjnego środowiska społecznego, dającego poczucie stabilizacji, bezpieczeństwa i pomagającego w procesie ich uważnienia społecznego. Na nikogo nie działa pozytywnie samotność.

Człowiek doświadczający kryzysu samobójczego potrzebuje szczerzej rozmowy, zainteresowania, zrozumienia. Ponieważ człowiek taki jest silnie skupiony na sobie i swoich problemach, wymaga również szczególnego zainteresowania ze strony najbliższych. Dla wielu z tych ludzi sprawą priorytetową jest rewitalizacja komunikacji z otoczeniem społecznym. Potrzeba więc ludzi z rozbudowaną empatią, wrażliwych i cierpliwych, którzy gotowi by byli do nawiązywania dialogu z osobami w kryzysie samobójczym.

Czy w opinii Pana Profesora styl życia jest ważną determinantą warunkującą możliwość wystąpienia kryzysu samobójczego?

Tak jest. Osoby żyjące w samotności często doświadczają kryzysu samobójczego. Problem ten szczególnie widoczny jest w społeczeństwach stawiających na rozbuchany indywidualizm kosztem działań kolektywnych. Styl życia zakładający korzystanie z używek takich jak alkohol i narkotyki również wzmacnia ryzyko pojawienia się kryzysu samobójczego.

Osoby zmuszone przez wojnę czy trudne warunki ekonomiczne do migracji także podatne są na kryzysy samobójcze. Tak więc styl życia niedający poczucia stabilizacji rodzi liczne zagrożenia, w tym niebezpieczeństwo pojawienia się zachowań samobójczych. Wszyscy zatem możemy włączyć się w profilaktykę zachowań samobójczych, troszcząc się o liczne i głębokie kontakty społeczne.

Co chciałby Pan Profesor zawrzeć w konkluzji?

Przede wszystkim należy przypominać, że samobójstwom i próbom samobójczym można skutecznie przeciwdziałać. Każdy człowiek, okazując zainteresowanie innemu cierpiącemu człowiekowi, może okazać się ważnym składnikiem

systemu chroniącego przed kryzysem samobójczym. Podczas spotkania z człowiekiem w kryzysie samobójczym powinniśmy być szczególnie uważni, to znaczy powinniśmy więcej słuchać niż samemu mówić. Ważne jest trwanie przy człowieku cierpiącym.

Możemy być łącznikami pomiędzy osobami zagrożonymi samobójstwem a profesjonalistami udzielającymi fachowej pomocy (psychologami, psychiatrami, psychoterapeutami, suicydologami). Namawiając bliską osobę do skontaktowania się z lekarzem psychiatrą czy psychoterapeutą, warto jej towarzyszyć i pomóc jej w logistycznym zorganizowaniu takiego spotkania.

Człowiek może uratować od samobójstwa drugiego człowieka, okazując mu troskę i zainteresowanie, ofiarowując mu trochę swojego czasu – efekt Papageno. Pamiętajmy, że każdy człowiek jest wyjątkowy i każdy zasługuje na życie obfitujące w dobrostan psychiczny.

Wywiad przeprowadziła: Patrycja Rzucidło-Zajac

Potrzebna jest świadomość, że otyłość to choroba

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Leszkiem Czupryniakiem, kierownikiem Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Z jakimi problemami ze strony otoczenia najczęściej stykają się pacjenci z otyłością?

Niestety, często taki pacjent słyszy, że jest „gruby” i może zachorować na cukrzycę. Pojawiają się również takie stwierdzenia, jak: „sam sobie winien”, „za dużo je”. Trzeba wiedzieć, że otyłość – ostatnio nazywana też „chorobą otyłościową” – tępię tę tendencję, bo sugeruje ona, że istnieje „otyłość”, która nie jest problemem zdrowotnym, i „choroba otyłościowa” wymagająca terapii, a tak nie jest, otyłość jest chorobą i kropka, nie ma potrzeby wymyślać nowych pojęć, trzeba tylko szerzyć wiedzę o otyłości będącej ciężką chorobą przewlekłą – nie zawsze jest spowodowana słabą wolą, bo ktoś często sięga po różne przekąski. Choroba często jest konsekwencją zaburzeń odżywiania, zaburzeń łaknienia, które doprowadzają do nadwagi i otyłości. Taka osoba ma tendencję do jedzenia większych ilości, ponieważ nie czuje sytości po posiłku i mogłaby zjeść drugi, a nawet trzeci obiad. Zbędne kalorie zostają zamienione w tłuszcz i doprowadzają do zwiększenia masy ciała. Około 18–20% chorych ma zaburzenia łaknienia, zaburzenia jedzenia emocjonalnego, kompulsje itd.

Oczywiście dziś mamy już większe możliwości w zakresie leczenia i takiemu pacjentowi możemy pomóc.

Jak lekarz może pomóc pacjentowi?

W gabinecie lekarskim specjalista powinien przede wszystkim odnieść się do pacjenta z empatią. Warto spokojnie porozmawiać z nim, wyjaśnić mu, na czym polega choroba. Terapia otyłości polega nie tylko na przepisaniu leków. Farmakoterapia jest zazwyczaj niezbędna pacjentowi, ponieważ może bardzo skutecznie zmniejszyć uczucie głodu czy zwiększyć uczucie sytości, pomaga także w uzyskaniu tego, co zalecamy pacjentom od lat – zmiany stylu życia. Bez trwałej zmiany sposobu odżywiania i poziomu aktywności fizycznej nie uzyska się trwałej redukcji masy ciała.

Często mówimy, że podejście lekarza jest dwuelementowe, czyli musi dostrzec problem i zareagować na niego. Oczywiście, gołym okiem widać, że pacjent waży za dużo, więc należy o tym z nim porozmawiać. Jak rozmawiam o tym z moimi pacjentami, to oni mówią, że mają wysoki cukier, wysokie ciśnienie. Tłumaczę im, że ich podstawowym problemem zdrowotnym jest otyłość, nie mówię jednak tego, żeby stygmatyzować pacjenta, dodaję też, że można to leczyć. Niestety czasami lekarze nie zauważają, że mają w gabinecie pacjenta z otyłością, nie reagują na ten fakt. Jest takie określenie „słoń w oranżerii”, które oznacza duży problem, ale którego z różnych przyczyn się nie zauważa. Wszak słoń to bardzo duże zwierzę, którego nie sposób przeoczyć. Wszyscy widzimy tego słonia, ale udajemy, że go nie widzimy, ignorujemy go – bo do niedawna nie można pacjentom było w żaden skuteczny sposób pomóc.

Z dostrzeżeniem problemu wiąże się leczenie?

Oczywiście, potrzebna jest świadomość, również lekarzy, że otyłość należy leczyć. Tu nie chodzi tylko o leki czy skierowanie do chirurga na operację bariatryczną. Często taki pacjent z otyłością potrzebuje pomocy psychologicznej, a nawet psychiatrycznej. Otyłość jest chorobą wieloprzyczynową, przewlekłą i nawracającą. Pacjenci mogą nie wiedzieć, że nadciśnienie czy cukrzyca typu 2, które leczą, może wynikać z otyłości. Na takie aspekty powinni zwracać uwagę lekarze, tymczasem wciąż zajmujemy się głównie leczeniem tych powikłań, np. chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy, stłuszczenia wątroby. Zapominamy o terapii choroby podstawowej, jaką jest otyłość. Otyłość jest matką wszystkich chorób cywilizacyjnych.

Jak rozmawiać z pacjentem na ten temat? Trzeba wyjaśnić mu, jak działają leki, zapytać, jakie ma oczekiwania wobec farmakoterapii?

Niestety, empatia nie jest mocną stroną wielu z nas, lekarzy, często jesteśmy wypaleni zawodowo, widzieliśmy wielu pacjentów z otyłością, którzy mówią: „Panie doktorze, ja nic nie jem, nie wiem, od czego tyję”. Jest taka paradoksalna zależność – im ktoś więcej waży, tym deklaruje, że mniej je lub nawet nie lubi jedzenia – po prostu sam nie zdaje sobie sprawy, ile kalorii spożywa. Spotykam się też z takimi twierdzeniami pacjentów: „Jak zjem mniej, nie będę miał siły, umrę”. Dobrym pomysłem jest zalecenie takiemu pacjentowi prowadzenie dzienniczka,

żeby na bieżąco zapisywał wszystko, co je przez tydzień czy dwa, potem na wizycie kontrolnej można to zweryfikować i policzyć kalorie. Wtedy się okazuje, że pacjent, który zarzeka się, że nic nie je, codziennie spożywa 8 kromek chleba. To jest przecież pół bochenka! To przykład, w jakim stopniu pacjenci nie zdają sobie sprawy, ile jedzą. A jedzą to, na co mają ochotę.

Dlatego lekarz musi edukować pacjenta i uświadomić mu, jak powinna wyglądać prawidłowa dieta, że np. jedzenie kilograma winogron dwa razy dziennie to jest 1600 kcal. Pacjent powinien być świadomy kaloryczności różnych potraw. Powinien wybierać chude mięsa i warzywa, które sycą i wypełniają żołądek lepiej niż węglowodany. Świadome jedzenie stanowi klucz do profilaktyki cukrzycy, otyłości i innych chorób.

Z jakimi wyzwaniami mają jeszcze do czynienia lekarze?

Bardzo często jest tak, że pacjent nie jest sojusznikiem w leczeniu. Jak przyjdzie na kontrolę za miesiąc, może w tym czasie zje mniej, niż jadł do tej pory, ale przybędzie mu 1 kg lub 5 kg. Zdarza się, że taki pacjent, najczęściej kobieta, mówi: „Ojej, ale przytyłam!”, ale zdarza się, że pacjentki mówią: „Kochanego ciała nigdy dość, na pewno ktoś mnie pokocha”. Oczywiście kobiety z nadwagą potrafią być zadbane i atrakcyjne. U wielu pacjentów występuje też silny mechanizm wypierania problemu, zwłaszcza takiego, z którym nie mogą sobie poradzić. Od psychiki i podejścia danego pacjenta dużo zależy, podobnie jak od czynników – powiedzmy – społecznych, rodzinnych. Jeśli pacjent wychował się w rodzinie, w której wszyscy mają otyłość, mieszka wśród takich osób i sam również ma nadwagę, to dla niego jest to standard.

Staram się tłumaczyć pacjentowi, że zmiana diety jest bardzo ważna: że nie można jeść tylu słodkich rzeczy, że należy gotować mniej tłusto. A pacjentka np. odpowiada, że ona musi gotować tłusto, bo jej mąż jest jeszcze większy od niej i on musi dostać na obiad żeberka czy golonkę. Tak naprawdę to jest odrębny problem, który wykracza poza działania lekarskie.

Ale czasami spotykam się z pozytywnymi sytuacjami. Kiedyś zastanawiałem się, na czym polega tajemnica mężczyzny, który w ciągu roku schudł 25 kg. Okazało się – tak często bywa – że sprawy w swoje ręce wzięła żona. I to ona zmieniła mu warunki życia: zamknęła mu auto w garażu, żeby więcej chodził, zorganizowała małą siłownię w domu, żeby zaczął ćwiczyć, proponowała spacerować zamiast oglądania filmu. Kupiła nawet garnki do gotowania na parze, aby przygotowywać zdrowe posiłki. Skutek uboczny jednak jej działań był taki, gdy po roku przyszła z mężem na kontrolę, że to ona schudła 8 kg, sama będąc osobą szczupłą.

Takiemu pacjentowi należą się gratulacje!

Oczywiście, ale czasem jest na odwrót. Opisany przed chwilą pacjent był pytany przez znajomych, czy nie ma o 20 lat młodszej kochanki albo czy nie ma raka,

albo czy nie zoperował sobie żołądka. Mało kto pytał go o to, co zmienił w swoim życiu, że tak dużo schudł.

Czy w polskim systemie ochrony zdrowia dostrzegany jest problem otyłości?

Dotychczas nie był, ale to szczęśliwie się zmienia. Prowadzony jest program dla pacjentów poddanych operacjom bariatrycznym, mamy skuteczne leki na otyłość, rząd zaczyna myśleć o wielosektorowym podejściu do leczenia i zapobiegania otyłości – muszą w ten proces np. być zaangażowane szkoły. Z rosnącą możliwością stosowania farmakoterapii otyłości rosnąć będzie świadomość społeczna – idziemy zatem w dobrym kierunku. Ale realne zmiany dostrzeżemy nie prędzej niż za 15–20 lat.

Osoby z otyłością mają problem z akceptacją społeczną?

Niestety, bardzo często doświadczają potępiającego wzroku współpasażerów, gdy np. nie mieszczą się na fotelu w samolocie czy w komunikacji miejskiej. Takiej osobie trudno kupić ubranie, nie mówiąc o zawiązaniu butów... Weźmy też pod uwagę inne aspekty życia codziennego: trudno zmierzyć ciśnienie u lekarza, bo mankiet aparatu jest za krótki, stół operacyjny ma udźwig do 120 czy 150 kg, pacjenci i pacjentki mają problemy ze znalezieniem partnera.

Ostatnie badania sugerują, że otyłość jest chorobą „zakaźną społecznie”, to znaczy zaobserwowano, że osoby szczupłe, które wśród znajomych miały więcej osób otyłych, także same tyły w ciągu 10 lat. To pokazuje, jak trudne, ale i jak ważne jest leczenie otyłości.

Musimy także pamiętać o uwarunkowaniach psychospołecznych. Jeśli ktoś był od dziecka otyły, całe życie się odchudzał, w szkole wyśmiewano się z niego, to jest „skrzywiony” psychicznie. Przy leczeniu otyłości znacznie szerzej powinna być stosowana psychoterapia, bo przyczyna otyłości siedzi w głowie. Nawet jeśli pacjent przejdzie operację bariatryczną, to powinien być później otoczony opieką nie tylko przez lekarza, lecz także psychologa.

Czy w zakresie działań profilaktycznych mogą pomóc organizacje pacjenckie?

Fundacje i stowarzyszenia wspierają pacjentów z otyłością głównie pod kątem edukacji i to jest bardzo ważne zadanie, i wielka rola społeczna do spełnienia. Nie ma wątpliwości, że trzeba pracować nad edukacją społeczeństwa, aby poprawić akceptację i zrozumienie problemu otyłości. Jak najwięcej trzeba mówić o tym, że otyłość to choroba, że należy ją leczyć, a dziś nadeszły czasy, że możemy to robić bardzo skutecznie.

Wywiad przeprowadziła: Patrycja Rzucidło-Zajac

Psychiatria dziecięco-młodzieżowa znacząco się zmienia. Bardzo potrzebujemy współpracy międzyresortowej

**Rozmowa z dr n. med. Aleksandrą Lewandowską,
konsultant krajową w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży**

Jakie są aktualne wyzwania w zakresie psychiatrii dziecięcej istotne z punktu widzenia dobra pacjenta i jakie istnieją kwestie deficytowe wymagające podjęcia szybkich działań systemowych, organizacyjnych lub innych w tym obszarze?

Kilka lat temu rozpoczęto wdrażanie nowego modelu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży i niewątpliwie stanowiło to duże wyzwanie dla całego środowiska. Pierwszy krok wprowadzania tych zmian przypadał na trudny 2020 rok – czas pandemii. Obecnie możemy wyciągnąć pewne wstępne wnioski na podstawie tego, co już się wydarzyło, i te wnioski postaram się bliżej omówić. Pragnę także zaznaczyć, że aktywność środowiska nie miała miejsca tylko w okresie samej pandemii, ale już długo wcześniej. Chciałabym przywołać list otwarty, apel, który w 2012 roku wystosował ówczesny konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, profesor Tomasz Wolańczyk. Sygnalizował on, wraz ze środowiskiem, że rośnie liczba dzieci i nastolat-

ków, które potrzebują specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Ostrzegaliśmy, że bez wprowadzenia systemowych rozwiązań, możemy znaleźć się w kryzysie w obszarze psychiatrii dziecięco-młodzieżowej. Można powiedzieć, że w pewnym sensie te prognozy się sprawdziły, ponieważ przez lata ten obszar był zaniebdywany i marginalizowany, a pandemia wyeksponowała słabości systemu. Brak należytej uwagi skierowanej na zdrowie psychiczne najmłodszych przyniosł określone konsekwencje podczas samej pandemii, trudnym dla nas wszystkich okresie, który generował ogromny poziom lęku, kiedy musieliśmy zmierzyć się ze stratą bliskich osób, adaptując się do ciągle zmieniających się warunków życia. Ten czas pokazał jak istotne są relacje międzyludzkie, i jak obszary te były zaniebdywane, gdyż brakowało systemowych rozwiązań w psychiatrii wieku rozwojowego.

Teraz ponosimy tego konsekwencje, gdyż liczba dzieci i nastolatków potrzebujących specjalistycznej opieki znacząco wzrosła. Porównując dane z 2020 i 2023 roku, widzimy prawie dwukrotne zwiększenie zapotrzebowania. Model, który jest wprowadzany od kilku lat, oraz pierwsze analizy, pokazują wyraźnie, że same zmiany tylko po stronie ochrony zdrowia bez równoległe wdrażanych zmian w innych resortach i bez współpracy międzysektorowej nie będą w pełni efektywne. Pomimo rozwijającej się opieki środowiskowej, liczba hospitalizacji zarówno dzieci, jak i młodzieży w obszarze psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej nadal rośnie. Te wyzwania, o których mówimy, pokazują nam, gdzie jako społeczeństwo oraz osoby decyzyjne, takie jak nasz rząd, powinny skierować swoje siły. Cele te powinny być skoncentrowane na współpracy międzyresortowej, międzysektorowej, rozwijając nie tylko opiekę specjalistyczną, ale przede wszystkim profilaktykę zaburzeń psychicznych. Profilaktyka ta obejmuje działania mające na celu nie tylko zapobieganie, lecz także zmniejszenie stygmatyzacji zaburzeń psychicznych. W polskim systemie obszar ten był niestety permanentnie zaniebdywany. Ponadto w odniesieniu do profilaktyki zaburzeń psychicznych to również współpraca z innymi resortami.

Czy obecnie psychiatria dziecięca jest traktowana priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia? Jakie istnieją kwestie deficytowe wymagające podjęcia szybkich działań systemowych, organizacyjnych lub innych w obszarze psychiatrii wieku rozwojowego?

Pracuję od dwóch dekad w zawodzie, więc mogę powiedzieć, że mam dość bogate obserwacje i doświadczenie zarówno w odniesieniu do leczenia stacjonarnego oraz opieki ambulatoryjnej i środowiskowej. Uczciwie rzecz biorąc, mam wrażenie, że psychiatria dziecięca i młodzieżowa jest traktowana teraz priorytetowo. Wyzwania są jednak nadal. Jesteśmy obecnie w bardzo trudnym

punkcie, gdzie praktycznie co szósty mały człowiek potrzebuje różnych form specjalistycznej opieki w obszarze ochrony zdrowia psychicznego. Oddziały stacjonarne są przepełnione, a poradnie mają długie kolejki, co wiąże się z trudnościami w zakresie płynnego udzielenia wsparcia w warunkach świadczeń ambulatoryjnych oraz w opiece środowiskowej. Dlatego nie możemy pozostać obojętni na to, co mówią zarówno ci młodzi ludzie, jak i specjaliści, ani nie możemy ignorować statystyk, na które tak często się powołujemy.

Cały czas uczestniczę w różnych projektach, pracach zespołów, spotkaniach związanych z wsparciem dla psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej, szczególnie w zakresie poprawy infrastruktury. Przez ponad dwa lata pełnienia funkcji konsultant krajowej starałam się odwiedzić praktycznie wszystkie możliwe miejsca w Polsce związane z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym. Niestety, większość oddziałów, zwłaszcza stacjonarnych, ma bardzo złe warunki, które nie przystają do wagi i wrażliwości tematu, jakim jest zdrowie psychiczne.

Wsparcie w zakresie poprawy infrastruktury jest kluczowe nie tylko dla leczenia stacjonarnego, lecz także dla wszystkich obszarów związanych z opieką ambulatoryjną i środowiskową. Musimy poszerzać ofertę świadczeń gwarantowanych, aby móc mówić o holistycznym podejściu do pacjentów, zarówno dzieci, jak i całego ich otoczenia. Jednakże nadal istnieją obszary, w których świadczenia są niewystarczająco wyceniane, co wymaga dalszych prac i oczywiście współpracy międzyresortowej.

Czy w opinii Pani w wystarczający sposób prowadzone są w polskim systemie ochrony zdrowia działania profilaktyczne w tym obszarze?

Cieszę się na myśl o wprowadzeniu nowego przedmiotu – edukacja zdrowotna, co rzeczywiście jest szansą dla kolejnych pokoleń. Jednak aktualnie musimy działać dwutorowo, ponieważ obecne pokolenie rodziców często nie posiada takich umiejętności i radzenia sobie w kwestiach zdrowia psychicznego. Z jednej strony mamy dzieci uczące się zdrowego podejścia do życia, a z drugiej strony mamy rodziców, którzy często mają problemy psychiczne i nie radzą sobie z wychowaniem swoich dzieci.

Potrzebujemy środków zarówno na oddziaływanie dla dzieci, jak i dla dorosłych, szczególnie dla rodziców, aby budować ich kompetencje w obszarze zdrowia psychicznego. To wymaga zorganizowanego wsparcia, w tym warsztatów i kampanii informacyjnych docierających do całego społeczeństwa. Musimy zrozumieć, że profilaktyka jest kluczowa, ponieważ większość zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wynika z czynników środowiskowych, wśród których najważniejszą rolę odgrywają rodziny.

Dlatego tak ważne jest budowanie kompetencji rodziców i oferowanie wsparcia w obszarze wychowania, aby przeciwdziałać problemom, z którymi

mierzmy się codziennie. Musimy działać kompleksowo, zarówno na poziomie systemowym, jak i społecznym, aby skutecznie radzić sobie z wyzwaniami związanymi z zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży.

Czy widzi Pani miejsce i zadania dla organizacji pacjentów w zakresie aktywności profilaktycznych lub rzeczniczych w psychiatrii dziecięcej?

Tak, profilaktyka to przede wszystkim pole działania dla organizacji pacjenczkich, działających w obszarze psychiatrii. Wiem o tym, ponieważ mam kontakt z różnymi organizacjami pozarządowymi zainteresowanymi tym tematem. Jednakże jeśli mówimy o szerokim polu działania, to bez wsparcia rządu nie osiągniemy sukcesu. Dotychczasowe aktywności miały bardzo ograniczony zasięg, a teraz, gdy wdrażamy model opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, wielu specjalistów wciąż wie o nim niewiele. Rodzice i opiekunowie również nadal stanowią niewielki odsetek osób z wiedzą na ten temat, co jest zastanawiające i wymaga refleksji, ale jednocześnie powinno być bodźcem do działania.

Wiele fundacji jest zainteresowanych włączeniem się w realizację kampanii społecznej, ale musimy mieć wsparcie rządu. Bez tego się nie uda. To kolejne wyzwanie i jest dużo do zrobienia w tym obszarze. Kampania powinna dotrzeć do całego społeczeństwa i być dostosowana do różnych grup wiekowych, od kilkuletniego dziecka po dorosłego rodzica czy dziadka. Wykorzystanie różnych narzędzi, takich jak seriale czy komunikatory, jest możliwe, ale potrzebujemy wsparcia i odpowiednich środków, aby przeprowadzić taką kampanię na dużą skalę.

Mamy obraz dzieci, które mogłyby uniknąć traumy, gdyby była odpowiednia profilaktyka i współpraca międzyresortowa. Często mamy dzieci, które mogłyby być zdiagnozowane wcześniej, ale brakuje świadomości i wsparcia. Wczesne diagnozowanie i terapia są kluczowe, ale nie wszystkie dzieci otrzymują tę pomoc na czas. To prowadzi do poważnych konsekwencji, takich jak zachowania samobójcze czy długotrwałe hospitalizacje, których u części dzieci i młodzieży można by było uniknąć.

W Polsce mamy wiele przypadków dzieci, które są objęte rozproszoną ścieżką diagnozy i związanych z tym dalszych oddziaływań, bo system nie jest jeszcze właściwie skoordynowany. Konieczna jest współpraca między różnymi instytucjami, aby zapewnić kompleksową opiekę i uniknąć takich sytuacji. To nie jest tylko problem jednego miejsca, ale całego kraju. Potrzebujemy lepszej współpracy między ochroną zdrowia, oświatą czy opieką społeczną, aby zapewnić skuteczną pomoc dzieciom i młodzieży oraz ich bliskim.

Wywiad przeprowadziła: Patrycja Rzucidło-Zajac

CZĘŚĆ V
WSPARCIE W SYTUACJACH
ZAGROŻENIA

Gdzie po pomoc?

Pomoc dla osób zagrożonych samobójstwem

Jeśli przeżywasz trudności i myślisz o odebraniu sobie życia lub chcesz pomóc osobie zagrożonej samobójstwem, pamiętaj, że możesz skorzystać z bezpłatnych numerów pomocowych:

800 702 222

CAŁODOBOWY

Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie

800 121 212

CAŁODOBOWY

Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka

116 111

CAŁODOBOWY

Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży

116 123

CODZIENNIE OD 14.00 DO 22.00

numer alarmowy w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia

Inne numery telefonów pomocowych znajdziesz na stronach:

www.zapobiegajmysamobojstwom.pl

www.zwjz.pl/bezplatne-numery-pomocowe

www.pokonackryzys.pl



Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym

Skontaktuj się z Centrum Wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym, w którym dyżurują psychologowie gotowi do wysłuchania, zrozumienia i akceptacji. Pomogą także we wskazaniu odpowiednich placówek specjalistycznych w danym regionie kraju, w którym można otrzymać bezpośrednią pomoc.

Na stronie dostępna jest także aplikacja mobilna z bazą teleadresową instytucji pomocowych, która pomaga osobom poszukującym pomocy, samodzielnie uzyskać potrzebne im informacje w sposób szybszy i prostszy.

W ramach Centrum Wsparcia działa:

- Telefoniczne Centrum Wsparcia 800 702 222 – LINIA JEST BEZPŁATNA, A POMOC PSYCHOLOGA DOSTĘPNA JEST 24 GODZINY PRZEZ 7 DNI W TYGODNIU,
- e-mail: porady@centrumwsparcia.pl,
- czat,
- strona: www.centrumwsparcia.pl,
- istnieje także możliwość skorzystania ze spotkań online.

Pomoc w przypadku zakażenia lub podejrzenia zakażenia HIV

Informacje na temat HIV/AIDS znajdziesz na portalu Krajowego Centrum ds. AIDS

aids.gov.pl

Telefon Zaufania HIV/AIDS

czynny we wszystkie dni robocze w godzinach 9.00–21.00, połączenie bezpłatne
800 888 448

Zadzwoń, jeśli chcesz:

- porozmawiać o sytuacjach ryzykownych mogących narazić Cię na zakażenie HIV,
- dowiedzieć się, gdzie są punkty anonimowego testowania (PKD) w kierunku HIV,
- porozmawiać o swoich problemach związanych z życiem z HIV.

Poradnia Internetowa HIV/AIDS

aids.gov.pl (https://aids.gov.pl/poradnia_internetowa/)

Jeśli to jeszcze nie czas na rozmowę, ale chcesz wiedzieć, jakie są drogi zakażenia HIV lub obawiasz się, że się zakaziłeś i nie wiesz co robić; jeżeli wynik Twojego testu dodatni czyli reaktywny; jeżeli pytanie dotyczy Ciebie, Twojego partnera/partnerki (partnerów), znajomych, rodziny – NAPISZ do Poradni Internetowej HIV/AIDS

Testy w kierunku HIV

Jeśli chcesz wykonać test w kierunku HIV anonimowo, bezpłatnie i bez skierowania, w dogodnej lokalizacji, znajdziesz adres na:

aids.gov.pl w zakładce Testy na HIV (<https://aids.gov.pl/pkd/>)

Każde wykonanie testu poprzedzane jest rozmową z doradcą, podczas której szacuje się ryzyko zakażenia HIV i innymi STIs w odniesieniu do indywidualnych zachowań klienta. Jeżeli wynik testu jest ujemny, doradca przypomina, jakich sytuacji należy unikać, aby w przyszłości nie zakazić się wirusem. Jeśli wynik testu jest dodatni, doradca przekazuje informacje nt. możliwości leczenia i świadczeń pomocowych.

Dodatkowo w PKD można wykonać test w kierunku innych chorób przenoszonych drogą płciową: kiły i HCV, również z poradą, co robić w przypadku dodatniego wyniku testu przesiewowego.

Postępowanie po ekspozycji na HIV (PEP)

Nie wiesz, co robić w nagłych wypadkach, jeśli doszło do ekspozycji na HIV? Liczy się czas!!!

Im szybciej przyjmiesz leki antyretrowirusowe (**najlepiej w ciągu 2–3 godzin po zdarzeniu**), tym większa szansa na uniknięcie zakażenia. Według najnowszego stanu wiedzy profilaktyka jest najbardziej skuteczna, jeśli zostanie wdrożona **do 48 godzin od zdarzenia**.

W sytuacjach pozazawodowego wypadkowego narażenia na zakażenie HIV, takich jak gwałt, zakłucie igłą niewiadomego pochodzenia lub inne zdarzenia natychmiast zgłoś się do szpitala zakaźnego, prowadzącego terapię antyretrowirusową.

Listę takich szpitali wraz z całodobowymi telefonami znajdziesz na: aids.gov.pl (<https://aids.gov.pl/co-robic/>)

W przypadku długiego oczekiwania lub braku możliwości kontaktu telefonicznego zgłoś się **bezwzględnie** do wybranej przez siebie placówki medycznej z listy lub dowolnej Kliniki Chorób Zakaźnych.

Pamiętaj! Czas od zdarzenia do przyjęcia leków jest bardzo istotny!

Profilaktyka przedekspozycyjna (PrEP)

PrEP to farmakologiczna profilaktyka przedekspozycyjna (ang. pre-exposure prophylaxis) HIV. Polega na przyjmowaniu przez osoby niezakażone HIV dwóch leków w jednej tabletkie. Gdy jest przyjmowana według ustalonego schematu, może zmniejszyć ryzyko zakażenia HIV.

Poradnie profilaktyczno-lecznicze

aids.gov.pl

(https://aids.gov.pl/hiv_aids/informacje_dla_osob_hiv/)

Jeśli jesteś zakażona/y HIV i chcesz rozpocząć leczenie antyretrowirusowe (ARV), zgłoś się do jednej z wymienionych pod powyższym adresem placówek medycznych. Otrzymasz w nich poradę medyczną i bezpłatne leki antyretrowirusowe (ARV).

Osoba skutecznie leczona lekami ARV, u której wiremia (liczba kopii wirusa we krwi) utrzymuje się przez co najmniej sześć miesięcy na niewykrywalnym po-

ziomie (tj. < 200 kopii/ml), nie przenosi HIV podczas kontaktów seksualnych, zgodnie z zasadą U=U (ang. *undetectable = untransmittable*, czyli niewykrywalny = niezakaźalny).

Fanpage na Facebooku

Wejdź na profil Krajowego Centrum ds. AIDS, jeśli chcesz otrzymywać komunikaty o bieżących wydarzeniach, poznać najnowsze doniesienia na temat HIV/AIDS pochodzące z międzynarodowych i krajowych konferencji oraz wszelkiego rodzaju informacje umożliwiające budowanie świadomości i promowanie testowania oraz kompleksowe podejście do profilaktyki zakażeń HIV/STIs.

Bezpłatne materiały edukacyjne

Jeśli chcesz pobrać lub zamówić materiały edukacyjne dotyczące HIV/AIDS wejdź na:

[aids.gov.pl \(https://aids.gov.pl/_publikacje/\)](https://aids.gov.pl/_publikacje/)

Znajdziesz tam wykaz materiałów edukacyjnych oraz krótki opis wydawnictw publikowanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS wraz z zasadami ich udostępniania.

Kampanie profilaktyczne

Jeśli chcesz poznać aktualne i archiwalnych kampanie profilaktyczne z zakresu HIV/AIDS, pobrać materiały graficzne, obejrzeć ciekawe spoty kampanijne, wejdź na:

[aids.gov.pl \(https://aids.gov.pl/kampanie/kampanie-spoleczne/\)](https://aids.gov.pl/kampanie/kampanie-spoleczne/)

Zakażenia przenoszone drogą płciową (STIs)

Jeśli szukasz informacji o chorobach przenoszonych drogą płciową, wejdź na:

aids.gov.pl

(<https://aids.gov.pl/zpdp>)

gdzie oprócz ogólnej informacji o STIs, znajdziesz materiały edukacyjne do pobrania – 10 broszur dotyczących tych zakażeń.

Informacje dla pacjentów z Ukrainy

aids.gov.pl

Po zbrojnej agresji Rosji na Ukrainę, na stronę dodana została zakładka w języku polskim i ukraińskim, gdzie umieszczone zostały zasady korzystania z terapii ARV wraz z adresami i telefonami poradni, w których prowadzone jest leczenie ARV, możliwość korzystania z Poradni Internetowej HIV/AIDS oraz ulotki i plakaty w obu językach do pobrania.

Pomoc w przypadku naruszeń praw pacjenta

1. Sekcja ds. Skarg i Wniosków w NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia w każdym swoim oddziale wojewódzkim oraz w Centrali w Warszawie wyodrębnił Sekcję ds. Skarg i Wniosków. Jeśli naruszenie praw pacjenta ma miejsce w podmiocie świadczącym usługi zdrowotne czy praktyce lekarskiej lub pielęgniarzkiej mającej kontrakt z NFZ i naruszenie to polega na nieprawidłowym wykonywaniu umowy z Funduszem, to taki przypadek należy zgłosić w wydziale Skarg i Wniosków odpowiedniego oddziału wojewódzkiego NFZ. Fundusz może w takiej sytuacji przeprowadzić kontrolę i wymierzyć karę finansową.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.nfz.gov.pl

Bezpłatna infolinia: 800 190 590

2. Rzecznik Praw Pacjenta

W przypadku łamania praw pacjenta warto skorzystać z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta. Biuro Rzecznika udzieli także pomocy w działaniach przeciwko świadczeniodawcom, w szczególności jeżeli są to jednostki opieki psychiatrycznej. Do Rzecznika mogą się zgłosić pacjenci korzystający zarówno ze świadczeń finansowanych przez NFZ jak i świadczeń finansowanych z własnych funduszy (np. wizyta prywatna).

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.gov.pl/web/rpp/rzecznik-praw-pacjenta

Bezpłatna infolinia (łącznie z infolinią NFZ): 800 190 590

• Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych

Osoby, które podczas pobytu w szpitalu doznały uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub uległy zakażeniu szpitalnemu, mogą ubiegać się o rekompensatę finansową z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. W przypadku śmierci pacjenta o świadczenie mogą ubiegać się członkowie jego rodziny.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.gov.pl/web/rpp/fundusz-kompensacyjny-zdarzen-medycznych

• Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych

O wsparcie finansowe dla uczestników badań klinicznych, mogą ubiegać się osoby, które doznały szkody w wyniku udziału w badaniu, a także członkowie ich rodzin.

Wnioski składa się do Rzecznika Praw Pacjenta. Fundusz obejmuje szkody (wynikłe z rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała uczestnika badania klinicznego), do których doszło w wyniku udziału w badaniach klinicznych rozpoczętych od dnia 14 kwietnia 2023 roku.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: pacjentwbadaniach.abm.gov.pl/pwb/dla-pacjenta/fundusz-kompensacyjny-badan-kl/112,Fundusz-Kompensacyjny-Badan-Klinicznych.html

• Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych

Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych to prosta, pozasądowa ścieżka uzyskania świadczenia kompensacyjnego w przypadku hospitalizacji z powodu niepożądanych odczynów poszczepiennych. Wysokość świadczenia, jak też to czy zostanie ono w ogóle przyznane, zależy przede wszystkim od długości pobytu w szpitalu.

Ważne! Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych odnosi się do wszystkich szczepień przeciw COVID-19, a także szczepień obowiązkowych i innych szczepień przeciwepidemicznych wykonanych począwszy od dnia 1 stycznia 2023 roku.

Więcej informacji można znaleźć na stronie: www.gov.pl/web/szczepimysie/fundusz-kompensacyjny-szczepien-ochronnych

3. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej

Pacjent, który stwierdza, że lekarz popełnił błąd, dopuścił się zaniedbań w leczeniu, postępuje sprzecznie z zasadami etyki zawodowej lub narusza przepisy o wykonywaniu zawodu lekarza, może zwrócić się także do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej. Na podstawie skargi poszkodowanego Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wszczyna postępowanie. Skargę należy złożyć do Okręgowej Izby Lekarskiej, właściwej ze względu na teren świadczenia usług medycznych przez pozwanego lekarza. Celem postępowania nie jest zaspokojenie roszczeń, np. materialnych pacjenta, ale wyciągnięcie konsekwencji zawodowych wobec pozwanego lekarza.

Dane adresowe regionalnych izb lekarskich znaleźć można na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej: www.nil.org.pl

4. Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Analogicznie w przypadku pielęgniarki czy położnej pacjent może złożyć skargę do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Dane adresowe regionalnych izb pielęgniarek i położnych można znaleźć na stronie: rpwdl.ezdrowie.gov.pl/kontakt-do-izb-pielegniarskich?AspxAutoDetectCookieSupport=1

Rekomendacje dotyczące informowania o zachowaniach samobójczych

Kiedy informujesz o zachowaniach samobójczych w PRAWIDŁOWY SPOSÓB, zwiększasz szansę na to, że osoby w kryzysie lub trudnej sytuacji sięgną po pomoc. Przygotowany przez Ciebie materiał ma MOC – może komuś uratować życie!

Niewłaściwy sposób przedstawiania zachowań samobójczych w mediach zwiększa ryzyko naśladownictwa wśród podatnych osób, dlatego:

- **NIE PODAWAJ** w tytule, w leadzie, na okładce, grafice sensacyjnych i dramatycznych określeń dotyczących zachowań samobójczych (np. epidemia czy fala samobójstw).
- **NIE ZAMIESZCZAJ** fotografii, materiałów wideo ani **NIE OPISUJ** metody, miejsca samobójstwa lub próby samobójczej
- **NIE PUBLIKUJ** fotografii, materiałów wideo, imienia, wieku osoby, która odebrała sobie życie lub podjęła próbę samobójczą, a także całości lub części listu pożegnalnego.
- **WSKAZUJ**, gdzie i w jaki sposób można uzyskać pomoc.
- **POKAZUJ** możliwości poradzenia sobie z problemami i uzyskania pomocy przez osoby z konkretnych grup ryzyka.
- **PODAWAJ** przykłady osób, które poradziły sobie z kryzysem psychicznym i myślami samobójczymi.
- **WYJAŚNIAJ** funkcjonowanie instytucji, które prowadzą działania na rzecz zdrowia psychicznego.

- **NIE PRZEDSTAWIAJ** ofiar samobójstwa w idealizujący lub gloryfikujący sposób.
- **NIE WSKAZUJ** motywów i domniemanych przyczyn (szczególnie nie koncentruj się na pojedynczej przyczynie) oraz nie oskarżaj i nie szukaj winnych.
- **NIE PRZEDSTAWIAJ** samobójstwa lub próby samobójczej jako sposobu rozwiązania problemów lub uzyskania ulgi i zakończenia cierpienia.
- **NIE POPULARYZUJ** stron internetowych i forów, filmów, wyzwania internetowych oraz publikacji, które normalizują zachowania samobójcze, opisują metody, przebieg próby samobójczej lub samobójstwa.
- **NIE UŻYWAJ** lekceważących i obraźliwych określeń w stosunku do osób po próbie samobójczej oraz osób z problemami psychicznymi.
- **INFORMUJ**, jak rozpoznać sygnały ostrzegawcze kryzysu samobójczego i jak udzielić pierwszej pomocy emocjonalnej.
- **USZANUJ** prywatność bliskich ofiar samobójstwa lub osób po próbie samobójczej.
- **WYŁĄCZAJ** lub **MODERUJ** komentarze pod publikacjami na temat zachowań samobójczych.
- **NAWIĄŻ** stałą współpracę z ekspertami Biura ds. Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym IPiN.
- **KORZYSTAJ** z rzetelnych źródeł wiedzy i danych dotyczących zachowań samobójczych (KGP, GUS).
- **POWOŁUJ** się na badania naukowe prowadzone przez renomowane ośrodki.
- **PRZEKAZUJ** wiedzę o zachowaniach samobójczych bez powielania mitów na ten temat.



Aneks

Tabela 1. Zestawienie komunikatów z badań wykorzystanych w analizach

Ośrodek badawczy	Data zakończenia badania	Data publikacji komunikatu z badań	Oznaczenie komunikatu z badań	Ośrodek badawczy	Data zakończenia badania	Data publikacji komunikatu z badań	Oznaczenie komunikatu z badań
OBOPSP	1976	(1983)*	(33/293)*	CBOS	XII 2004	I 2005	BS/5/2005
OBOPSP	III 1983	1983	33/293	CBOS	XI 2005	XII 2005	BS/188/2005
CBOS	VI 1994	VIII 1994	BS/141/126/94	CBOS	XII 2005	I 2006	BS/5/2006
CBOS	IV 1995	VI 1995	BS/116/97/95	CBOS	X 2006	X 2006	BS/160/2006
CBOS	III 1996	V 1996	BS/69/69/96	CBOS	III 2007	III 2007	BS/54/2007
CBOS	VIII 1996	IX 1996	BS/142/140/96	TNS Polska	V 2007	(II 2014)*	(K.018/14)*
CBOS	XI 1996	XII 1996	BS/184/182/96	CBOS	VIII 2008	IX 2008	BS/138/2008
CBOS	III 1998	IV 1998	BS/56/56/98	CBOS	III 2009	IV 2009	BS/55/2009
TNS OBOP	XII 1998	(II 2002)*	(019-02)*	CBOS	II 2010	II 2010	BS/24/2010
CBOS	VI 1999	VII 1999	BS/116/99	CBOS	II 2012	III 2012	BS/34/2012
CBOS	I 2000	II 2000	BS/19/2000	TNS Polska	II 2014	II 2014	K.018/14
CBOS	X 2000	XI 2000	BS/162/2000	CBOS	VI 2014	VII 2014	107/2014
CBOS	XII 2000	I 2001	BS/2/2001	CBOS	VI 2016	VIII 2016	113/2016
CBOS	I 2001	II 2001	BS/16/2001	CBOS	VI 2018	VII 2018	89/2018
TNS OBOP	II 2002	II 2002	019-02	CBOS	VI 2020	VII 2020	88/2020
CBOS	IX 2002	X 2002	BS/173/2002	CBOS	VII 2021	IX 2021	105/2021
CBOS	XII 2002	I 2003	BS/19/2003	CBOS	IX 2021	X 2021	125/2021
CBOS	XI 2003	I 2004	BS/1/2004	CBOS	VI 2023	X 2023	124/2023
CBOS	IX 2004	X 2004	BS/159/2004	-----	-----	-----	-----

Gwiazdką oznaczono sytuację, kiedy wyniki wcześniejszego badania zawarte są w komunikacie z innego, późniejszego badania; podano oznaczenie i datę publikacji komunikatu późniejszego (dotyczy badań OBOP/TNS OBOP/TNS Polska).



Instytut Praw Pacjenta
i Edukacji Zdrowotnej



COLLEGIUM
MEDICUM



UNIWERSYTET
ZIELONOGÓRSKI

TERMEDIA
WWW.TERMEDIA.PL

ISBN: 978-83-7988-417-9



9 788379 884179