



O DOSTĘPNOŚCI

(i nie tylko)

**w realizacji rozwiązań
wspierających osoby
o szczególnych
potrzebach**

redakcja

Olga Nowotny-Czupryna

O dostępności
(i nie tylko)
w realizacji rozwiązań wspierających osoby
o szczególnych potrzebach

O dostępności

(i nie tylko)

**w realizacji rozwiązań
wspierających osoby
o szczególnych potrzebach**

redakcja

Olga Nowotny-Czupryna

Akademia WSB
WSB University

Dąbrowa Górnicza 2025

O dostępności (i nie tylko)

w realizacji rozwiązań wspierających osoby o szczególnych potrzebach

Redakcja

Olga Nowotny-Czupryna

Korekta

Anna Zdonek

Projekt okładki

Wojciech Ciągło Studio DTP

DTP publikacji

Wojciech Ciągło Studio DTP, www.dtp-studio.pl

ISBN: 978-83-67673-72-3

Wydawca

Akademia WSB

ul. Ciepłaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza, tel. (32) 295 93 59

e-mail: wydawnictwo@wsb.edu.pl, www.wsb.edu.pl

© Copyright by Akademia WSB

Kopiowanie w całości lub we fragmentach zabronione

Dąbrowa Górnicza 2025

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE	7
OLGA NOWOTNY-CZUPRYNA	
Znaczenie łańcucha dostępności w realizacji potrzeb osób z niepełnosprawnościami	8
The importance of the accessibility chain in meeting the needs of people with disabilities	
ANNA KOWALSKA	
Marketing relacji jako strategia zwiększania dostępności edukacji dla osób z niepełnosprawnościami	18
Relationship marketing as a tool for making education more accessible for people with disabilities	
EWA COFUR-MACHURA	
Dostępność instytucji kultury na przykładzie wybranych instytucji teatralnych. Kontekst relacyjny i marketingowy	33
Accessibility of cultural institutions: the case of selected theatre institutions. A relational and marketing context	
OLGA NOWOTNY-CZUPRYNA, KRZYSZTOF CZUPRYNA	
Sytuacje trudne i nieprzyjemne w kontaktach z przedstawicielami ochrony zdrowia w ocenie pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz personelu medycznego – zestawienie ilościowe	48
Difficult and unpleasant situations in contacts with healthcare professionals in the assessment of patients with special needs and medical staff – quantitative summary	
ANNA KOWALCZYK, IWONA NOWAKOWSKA MAGDALENA RUTKOWSKA, ZOFIA NOWAKOWSKA	
Jakość życia kobiet z nowotworem piersi	66
Quality of life of women with breast cancer	

ANNA KOWALCZYK, MAGDALENA RUTKOWSKA, IWONA NOWAKOWSKA,
ZOFIA NOWAKOWSKA

Jakość życia pacjentów ze stomią jelitową 92

Quality of life of patients with intestinal stoma

ANETA ORCZYK, EWA SZMAJ-KUPNY

Onkokosmetologia w aspekcie wsparcia pacjentów onkologicznych ... 114

Oncocosmetology in the aspect of supporting oncological patients

IZABELA MACIEJEWSKA-PASZEK, MAGDA SZOSTAK

**Ocena barier występujących w gabinetach medycyny estetycznej
oraz kosmetologicznych u osób z niepełnosprawnością 132**

Evaluation of barriers in aesthetic medicine and cosmetology clinics
for people with disabilities

MARTA ORCZYK

Terapia jękania u dzieci – wyzwania i skuteczne strategie 146

Stuttering Therapy in Children: Challenges and Effective Strategies

RYSZARD SZYNOWSKI

**Bezpieczeństwo osób starszych i osób z niepełnosprawnościami
podczas wypraw w góry. Projekt Rescuer 158**

Safety of the elderly and people with disabilities
during mountain expeditions. The Rescuer Project

PAWEŁ BUCHWALD , BARTŁOMIEJ PAWLAK

**Możliwości zastosowania informatycznych systemów rzeczywistości
wirtualnej przez seniorów i osoby z niepełnosprawnościami
dla potrzeb poprawy bezpieczeństwa turystyki górskiej 170**

Possibilities of applying virtual reality (VR) information systems
by seniors and people with disabilities to improve the safety of
mountain tourism

Niemożliwe zmieniamy w możliwe 185

Fundacja im. Asi Kułakowskiej „Mniejszy Błękit”

SŁOWO WSTĘPNE

Wielowymiarowość problematyki dostępności, analiza aktualnych wyzwań stawianych przed osobami o szczególnych potrzebach oraz rozwiązania, które pomagają tworzyć bardziej inkluzywne społeczeństwo – tak w największym skrócie można scharakteryzować zawartość niniejszego opracowania.

O ile różnorodność potrzeb ludzkich stanowi fundamentalną siłę napędową do życia, to termin *szczególne potrzeby* definiuje daną osobę jako potrzebującą dodatkowego wsparcia. Jedne i drugie (potrzeby) kształtują emocje i określają interakcje człowieka ze światem – ich jakość w dużej mierze decyduje o jakości życia. I chociaż często ta jakość nie jest doskonała, to człowiek – nawet obciążony wieloma różnorodnymi problemami – szuka swojej drogi do szczęścia.

Podobnie jest z dostępnością. Z uwagi na fakt, że *dostępność* odnosi się do każdego człowieka, z bagażem jego specyficznych potrzeb, przed osobami projektującymi dostępne dla wszystkich obiekty, przestrzeń czy usługi stawiane jest, wydawać by się mogło, zadanie nie do wykonania. I choć proponowane dotychczas rozwiązania nie są jeszcze idealne, to obserwujemy dążenie do ich optymalizacji.

Niniejsza publikacja ma na celu analizę i refleksję nad złożonymi zależnościami między szczególnymi potrzebami, dostępnością a jakością życia. **Opracowanie skierowane jest do każdego, kto pragnie lepiej zrozumieć innych, pozwała bowiem wyjść poza własną perspektywę.** Ma pomóc nie tylko w zrozumieniu i współodczuwaniu emocji i doświadczeń osób o szczególnych potrzebach, ale – co ważne – ma pokazać słabe i mocne punkty rozwiązań zwiększających dostępność i pomóc w dążności do ich optymalizacji.

Ponownie wyrażam nadzieję, że zawarte w opracowaniu treści nie tylko uwrażliwią odbiorców na kwestie poprawy jakości życia osób o szczególnych potrzebach, ale i uzmysłowią, że każdy z nas jeśli nie już, to za chwilę będzie potencjalnym adresatem takich rozwiązań.

dr hab. nauk o zdr.
Olga Nowotny-Czupryna, prof. AWSB

Znaczenie łańcucha dostępności w realizacji potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Streszczenie

Aktywność osób z niepełnosprawnościami w znacznej mierze warunkowana jest dostępnością. Ważne jednak, by na każdą aktywność patrzeć przez pryzmat ciągu następujących po sobie zdarzeń – od momentu pojawienia się potrzeby podjęcia określonej aktywności (np. wyjścia do urzędu, konsultacji lekarskiej, zrobienia zakupów, wycieczki w góry, wyjazdu na wakacje itp.) po powrót do domu.

Celem opracowania jest przedstawienie dostępności jako powiązanych ze sobą etapów działań – tzw. łańcucha dostępności – w trakcie realizacji potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Łańcuch ten obejmuje cztery etapy: decyzję o realizacji aktywności, sposób dotarcia na miejsce (podróż), przebywanie i aktywność w miejscu docelowym oraz powrót do domu

Słowa kluczowe: dostępność, jakość życia, niepełnosprawność, potrzeby, utrudnienia

1 Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum – Wydział Medyczny, Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej, PL

The importance of the accessibility chain in meeting the needs of people with disabilities

Abstract

For people with disabilities, their activity mainly determines accessibility. However, it's important to view each activity through the prism of a sequence of events– from the moment the need for a specific activity arises (e.g., going to the office, consulting a doctor, shopping, hiking, going on holiday, etc.) to returning home.

The aim of this study was to present accessibility as interconnected stages of action – the so-called accessibility chain – in meeting the needs of people with disabilities. This chain consist of four stages: the decision to engage in the activity, the method of getting there (travel), the stay and activity at the destination, and the return home.

Keywords: accessibility, quality of life, disability, needs, difficulties

Wstęp

Zgodnie z teorią projektowania uniwersalnego **dostępność** [ang. *accessibility*] to wieloznaczne pojęcie, używane do opisu stopnia możliwości skorzystania z dowolnej przestrzeni, usługi, obiektu czy rozwiązania technicznego. Dostępność dotyczy ogółu społeczeństwa – osób w różnym wieku i w różnym stanie funkcjonalnym, w tym osób ze szczególnymi potrzebami, zarówno tymi wynikającymi z niepełnosprawności, jak i innych specyficznych okoliczności (trudności) ograniczających „normalne” funkcjonowanie (Kalbag & Pickering, 2017; Zawadzka, Ratajczak-Szponik & Ostrowska, 2022).

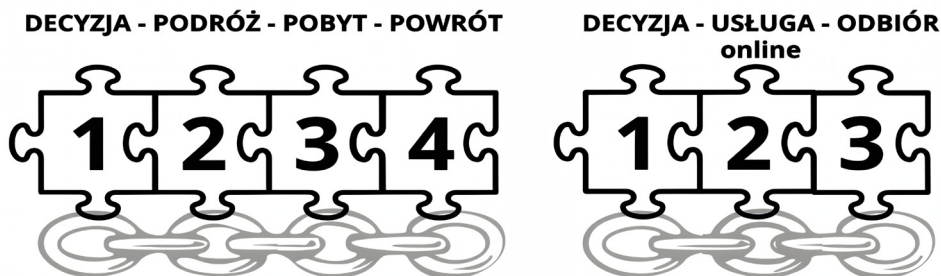
Przy tak szerokich i nieograniczonych wręcz kryteriach dostępność nie może być w pełni idealna, ale z pewnością należy dążyć do jej optymalizacji. Niestety, już w zapisach ustawowych istnieją sformułowania, z których wynika, że niemożliwe jest ustalenie kompletnego wzorcowego katalogu rekomendowanych zmian, a każde miejsce czy obiekt publiczny rządzi się swoją specyfiką. Istnieją jedynie zalecenia co do minimalnych wymagań w odniesieniu do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami – w zakresie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej oraz cyfrowej. W praktyce oznacza to, że wszelkie działania objęte tzw. reżimem dostępności mogą być realizowane jedynie w realnym i uzasadnionym zakresie (Dz. U. 2022 poz. 2240; Kwapiuliński & Nowotny-Czupryna, 2024).

Na kwestię dostępności warto spojrzeć w nieco szerszym ujęciu, postrzegając udogodnienia wprowadzane w określonym miejscu w powiązaniu z ulepszeniami wprowadzanymi w innych – „sąsiednich”, które pojawiają się podczas realizowania określonego celu. W ten sposób powstaje łańcuch, określany **łańcuchem dostępności**. Jest to ciąg powiązanych ze sobą etapów działań, obejmujący kompleks procedur w ramach realizacji pożądaney aktywności – od momentu pojawienia się potrzeby podjęcia określonej aktywności (np. wyjścia do urzędu, konsultacji lekarskiej, zrobienia zakupów, wycieczki w góry, wyjazdu na wakacje itp.) po powrót do domu. Łańcuch ten obejmuje cztery główne elementy (etapy). Etap pierwszy to decyzja o realizacji aktywności. Etap drugi to sposób dotarcia na miejsce (podróż). Etap trzeci jest zazwyczaj najbardziej złożony i obejmuje przebywanie oraz aktywność w miejscu docelowym. Etap czwarty to powrót do domu (Petit, Morera, Parra & Valladares, 2022). W sytuacji, gdy którekolwiek ogniwo tego łańcucha zostaje przerwane (pojawia się trudność nie do pokonania), w zależności od miejsca tego przerwania (etapu) – dana osoba zrezygnuje ze swoich zamiarów (podejmie decyzję o zaniechaniu działania), albo sprawa nie zostanie załatwiona i/lub okoliczności towarzyszące pozostawią niemiłe wspomnienia. Zatem coś, co miało przynieść satysfakcję lub być po prostu przyjemnością, nie spełniwszy oczekiwań danej osoby – zmienia się w rozczarowanie. Mówiąc wprost, określona

potrzeba nie zostanie zaspokojona, stając się powodem negatywnej oceny nie tylko bieżącej sytuacji, ale – w szerszym ujęciu – skłaniając również do niższej samooceny jakości życia.

W bieżącym roku wchodzi w życie kolejna ustawa dotycząca dostępności – **Ustawa o zapewnieniu dostępności w produktach i usługach dla osób z niepełnosprawnościami i ze szczególnymi potrzebami**. Jest to o tyle istotne, że będzie to nowy obowiązek podmiotów gospodarczych. Przepisy tej ustawy mają zastosowanie w odniesieniu do usług telekomunikacyjnych i medialnych, usług w zakresie transportu pasażerskiego (kolejowego, autobusowego, lotniczego oraz wodnego), różnorodnych usług z zakresu bankowości i handlu elektronicznego, a także wszelkich usług oferowanych lub świadczonych za pomocą urządzeń mobilnych oraz stron internetowych. Oznacza to m.in., że więcej spraw można będzie załatwić samodzielnie – bezobsługowo (np. dzięki przystosowanym terminalom samoobsługowym, bankomatom) albo bez konieczności wyjścia z domu (np. zakupy w sklepach internetowych). W tym ostatnim przypadku łańcuch dostępności ulegnie drobnej modyfikacji względem „klasycznego”, czteroetapowego – skoro nie będzie potrzeby wychodzenia z domu – zniknie ogniwo „podróż”, a „powrót” zostanie zastąpiony „odbiozem przesyłki”. W tym ostatnim przypadku obecnie możliwe są dwa rozwiązania – przesyłka kurierska pod wskazany adres (np. domowy, inny punkt odbioru) lub do paczkomatu. Z kolei aktywność i przebywanie na miejscu („pobyt”) zastąpi „usługa online”. By jednak mogło się tak stać – niezbędne jest spełnienie warunku dostępności cyfrowej.

Rys. 1. Ogniwa łańcucha dostępności, nieuwzględniające modyfikacji dla usług internetowych (po prawej)



opracowanie własne

Znaczenie poszczególnych ogniw łańcucha dostępności w końcowej ocenie podejmowanych działań

Etap 1 – decyzja

Decyzja o realizacji zaplanowanej aktywności lub o jej zaniechaniu zapada zazwyczaj w warunkach domowych, na podstawie dostępnych informacji. W przypadku osób ze szczególnymi potrzebami często jest to kluczowy moment. Gdy zdobycie informacji o miejscu, do którego chce się udać dana osoba, jest trudne do znalezienia, informacje są niekompletne, nieaktualne lub ich nie ma wcale – istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoba ta nie podejmie ryzyka i zrezygnuje ze swoich dotychczasowych planów. W przeciwnym razie po dotarciu na miejsce może się okazać, że nie jest ono wystarczająco przystosowane (dostępne) i dana usługa lub udział w wydarzeniu nie zostaną zrealizowane, a w najlepszym wypadku będą źródłem rozczarowania – i nie będą ocenione pozytywnie.

Kluczowym czynnikiem wpływającym na decyzję o podjęciu aktywności przez osobę ze szczególnymi potrzebami jest łatwość znalezienia informacji na temat miejsca docelowego. Mówiąc wprost – czy wiadomo gdzie ich szukać? Najczęściej wystarcza wpisanie (lub komenda głosowa) w wyszukiwarce internetowej odpowiednich słów kluczowych – nazwy miejsca docelowego (np. „teatr X”, „hotel Y”) oraz słowa „dostępność” lub frazy „deklaracja dostępności”. Niestety, jak wynika z przeprowadzonych audytów dostępności, znalezienie pożądaných informacji bez powyższych słów kluczowych może być trudne, m.in. dlatego, że „część stron internetowych instytucji publicznych jest przeładowana informacjami, a hierarchia tworzenia menu strony chaotyczna oraz zbyt skomplikowana”, co często zniechęca użytkownika do poszukiwania informacji (Widawska, Wysocka & Wieczorek, 2014; Damaziak & Kopciał, 2021).

Drugim ważnym elementem jest kompletność informacji i ich dostępność. Przede wszystkim opis miejsca powinien zawierać jednoznaczne informacje, czy jest ono dostępne dla osób ze szczególnymi potrzebami (w tym z różnymi typami niepełnosprawności) i w jakim zakresie. Jeśli miejsce nie jest w pełni dostępne, to powinny być opisane występujące przeszkody i utrudnienia – pod względem ich rodzaju, lokalizacji oraz zastosowanych rozwiązań.

Sama charakterystyka miejsca lub obiektu powinna zawierać zarówno opis zastosowanych ułatwień technicznych i architektonicznych dla osób o szczególnych potrzebach, jak i informacje o możliwości uzyskania dodatkowej pomocy asystenta – najlepiej z uwzględnieniem podania zakresu kompetencji personelu do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. Dopiero ta kompleksowa wiedza na temat dostępności miejsca docelowego przynieść może odpowiedź na pytanie „czy to miejsce jest dla mnie dostępne?”. Brak powyższych danych może skutkować

zaniechaniem dalszej aktywności (rezygnacji z realizacji zamiaru) z uwagi na ryzyko występowania barier zbyt trudnych lub niemożliwych do pokonania.

Również sam opis, jak i dołączone do niego zdjęcia obiektu oraz zastosowanych ułatwień powinny spełniać warunki dostępności. Oznacza to możliwość skorzystania z innych formatów, jak: powiększenie czcionki, zmiana kontrastu, odczytanie wiadomości audio lub za pomocą tłumacza języka migowego, zmiana języka polskiego na inny, a dla zdjęć i rysunków – z opisu alternatywnego.

Drugim ważnym czynnikiem wpływającym na podjęcie decyzji o planowanej aktywności jest łatwość dotarcia do celu, a sam sposób realizacji tego zadania jest kolejnym etapem omawianego łańcucha dostępności.

Etap 2 – sposób dotarcia na miejsce (podróż)

Można założyć, że im więcej możliwych sposobów dotarcia do miejsca docelowego, tym bardziej jest ono dostępne. Tak, lecz nie o samą ich liczbę chodzi, lecz o łatwość dotarcia, ocenianą z punktu widzenia możliwości wyboru. Poza tym na ocenę tę wpływają inne czynniki: rodzaj preferowanego środka transportu i stopień jego dostosowania (samochód, transport publiczny), dostępność parkingów i przystanków, jakość dróg i ścieżek prowadzących do obiektu, a także odpowiednie oznakowanie oraz udostępnianie rozkładów jazdy i informacji o trasie w dostępnych formatach (aplikacje mobilne, strona internetowa). W przypadku podróży wieloetapowych szczególnie istotnym, niewrażliwym wręcz punktem jest miejsce przesiadki.

Ulepszenia w zakresie zapewnienia dostępności użytkownikom samochodów obejmują dodatkowo odpowiednio zorganizowany parking bez barier, z dodatkowymi punktami wysadzania i odbierania osób ze szczególnymi potrzebami – oba te miejsca (parking i miejsca czasowego postoju) winny być zlokalizowane jak najbliżej wejścia do obiektu. W przypadku obiektów usytuowanych na terenach o dużej powierzchni warto rozważyć umożliwienie poruszania się po części terenu samochodem lub innymi pojazdami, np. z napędem elektrycznym. To samo dotyczy obiektów o dużej powierzchni, w których można zainstalować ruchome chodniki poziome, zapewnić wózki inwalidzkie czy umożliwić przemieszczanie się wewnątrz z użyciem pojazdów o napędzie akumulatorowym oraz zapewnić pomoc asystencką przeszkolonego personelu.

Etap 3 – przebywanie i aktywność w miejscu docelowym (pobyt)

Przebywanie i aktywność w miejscu pobytu to ogniwo w łańcuchu dostępności, z którym większość osób zarządzających obiektami oraz zatrudnionych tam specjalistów ds. dostępności jest najbardziej zaznajomiona. Wynika to m. in. z istnienia różnych opracowań i wytycznych kierowanych zarówno do kadry zarządzającej, jak i do architektów oraz inżynierów budownictwa w zakresie kompleksowego

dostosowania projektowanych lub modernizowanych obiektów do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (w tym z niepełnosprawnościami). Przykładem takiego opracowania mogą być „Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami uwzględniając koncepcję uniwersalnego projektowania – poradnik” wydane w 2017 r. (z późniejszymi aktualizacjami), dostępne na stronie gov.pl. Opracowania są przygotowywane na bazie obowiązujących przepisów, publikacji z zakresu tematyki dotyczącej dostępności i projektowania uniwersalnego, a także w oparciu o uwagi zgłaszane podczas konsultacji publicznych oraz w grupach docelowych. Nie oznacza to jednak, że wszyscy zarządzający obiektami są w stanie zapewnić dostępność w równym stopniu.

O dostępności danej przestrzeni podczas pobytu i aktywności decyduje szereg elementów, obejmujących dostępność architektoniczną (przestrzeń pozbawioną barier), informacyjno-komunikacyjną (oznakowania i informacje na temat miejsca bieżącego przebywania, drogi dotarcia do określonych punktów, np. do toalety, kasy, recepcji, restauracji) oraz cyfrową (Kowalski, 2013; Stępnia, Wiśniewski, Goliszek & Marcińczak, 2017; Rawski & Kłopotowski, 2021). Co więcej, ważne jest, by funkcjonujące udogodnienia były powiązane z ulepszeniami wprowadzanymi w ramach innych ogniw łańcucha dostępności. Przykładowo, nowoczesna ścieżka dotykowa w konkretnej przestrzeni powinna w sposób automatyczny korelować z rozwiązaniami zastosowanymi w transporcie (np. z rozkładem jazdy w formie audio dostępnym przez telefon), a także z informacjami o dostępności tego miejsca/obiektu przed wizytą.

Etap 4 – powrót do domu

Wydawać się może, że etap ten jest taki sam jak etap 2, jedynie przeciwny (odwrotny) co do kierunku. W pewnym sensie tak, ale zarówno pod względem odległości (dystansu do pokonania – np. podczas podróży wieloetapowej), użytych środków transportu, warunków pogodowych, osób towarzyszących czy innych czynników ważnych z punktu widzenia ich wpływu na ogólne, końcowe wrażenie, nie musi być taki sam. Warto przy tym zauważyć, że nieprzyjemne zdarzenia, problemy i nieprzewidziane sytuacje, pojawiające się właśnie na tym etapie, mogą skutecznie zniweczyć udany wyjazd czy „wyjście” z domu, psując ogólną ocenę całej aktywności czy wydarzenia. Takich czynników może być wiele i są różne, w zależności od tego, jakiego typu „wydarzenie” było realizowane w etapie 3 – czy była to wycieczka w góry, wyjazd na weekend/urlap/do sanatorium, czy wyjście na jakieś wydarzenie kulturalne, np. do kina, teatru, na koncert. Ogólne wrażenie końcowe psuć mogą np.: przedłużający się, męczący powrót do punktu zbiórki, do zaparkowanego samochodu czy na przystanek lub dworzec, nieopisane wcześniej przeszkody na trasie/drodze, źle oznakowane trasy, brak miejsc do odpoczynku czy brak miejsc schronienia podczas złych warunków pogodowych.

Z tego względu bardzo istotnym czynnikiem, który może zaważyć o podjęciu planowanej aktywności na etapie decyzji (etap 1) jest przestudiowanie opinii (ocen poziomu satysfakcji) na temat doświadczeń innych osób, wcześniej odwiedzających dane miejsce. Tego typu oceny są prawdopodobnie najbardziej adekwatną miarą tego, czy zastosowane środki zapewniania dostępności zadziałały, a jeśli nie – mogą stanowić podstawę do wprowadzania ukierunkowanych ulepszeń. Inna kwestia to podjęcie decyzji o udziale w wydarzeniu mimo zaznajomienia się z krytycznymi uwagami na temat dostępności. Wówczas ocena swoich możliwości – trafna lub nie – pokonania opisanych barier zazwyczaj w mniejszym stopniu wpływa negatywnie na ogólne wrażenie końcowe, a w niektórych sytuacjach staje się wręcz motywacją do dalszej pracy nad sobą.

Podsumowanie

Funkcjonowanie człowieka jest zagadnieniem wieloaspektowym, które rozpatrywać trzeba zarówno z punktu widzenia możliwości wykonywania przez niego różnorodnych czynności, jak i funkcjonowania w różnych środowiskach (Nowotny-Czupryna, 2024; Nowotny-Czupryna & Czupryna, 2024). O funkcjonowaniu człowieka w określonym miejscu decyduje swoista relacja jego potrzeb, napotykanych w tej przestrzeni utrudnień oraz zastosowanych rozwiązań i/lub uzyskanej pomocy. Zatem, w świetle idei projektowania uniwersalnego oraz opisanego wyżej łańcucha dostępności, podczas organizowania miejsc dostępnych nie można koncentrować się na tym jednym, konkretnym miejscu „docelowym”, ale należy zadbać o wszystkie powiązane z nim ogniwa, składające się na ciąg wydarzeń – od decyzji do zakończenia sprawy.

Piśmiennictwo

- Damaziak, A., & Kopciał, P. (2021). Serwis internetowy prezentujący implementację wybranych zagadnień dostępności cyfrowej na podstawie WCAG 2.1. *Zeszyty Naukowe Warszawskiej Wyższej Szkoły Informatyki*, 15(25), 33–55.
- gov.pl. (2017). Standardy dostępności budynków dla osób z niepełnosprawnościami uwzględniając koncepcję uniwersalnego projektowania – poradnik.
- Kalbag, L., & Pickering, H. (2017). *Accessibility for everyone* (pp. 8–117). A Book Apart.
- Kowalski, K. (2013). Dostępność architektoniczna w świetle Ustawy o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 1(6), 71–99.

- Kwapuliński, R., & Nowotny-Czupryna, O. (2024). Dostępność architektoniczna, cyfrowa i informacyjno-komunikacyjna – konfrontacja wymogów ustawowych z rzeczywistością; w: O. Nowotny-Czupryna (red.), *Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami* (ss. 21–31). Wydawnictwo AWSB.
- Nowotny-Czupryna, O., & Czupryna, K. (2014). Możliwości funkcjonalne człowieka a jakość jego życia i szczególne potrzeby. W: O. Nowotny-Czupryna (red.), *Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami* (ss. 129–138). Wydawnictwo AWSB.
- Nowotny-Czupryna, O. (2024). Powszechna pułapka myślenia: określenia „osoba ze szczególnymi potrzebami” i „osoba z niepełnosprawnością” są tożsame. W: O. Nowotny-Czupryna (red.), *Działania na rzecz poprawy jakości życia osób ze szczególnymi potrzebami* (ss. 11–20). Wydawnictwo AWSB.
- Petit, A. M., Morera, S., Parra, L. T., & Valladares, M. (2022). The accessibility chain: a challenge and an opportunity for cities and people with disabilities. *The Journal of Public Space*, 7(2), 205–222.
- Rawski, K., & Kłopotowski, M. (2021). Accessibility of public space. W: D. Gawryluk, D. Krawczyk (red.), *Future of the City* (pp. 39–49). Oficyna Wydawnicza Politechniki Białostockiej.
- Stępiak, M., Wiśniewski, R., Goliszek S., & Marcińczak, S. (2017). *Dostępność przestrzena do usług publicznych w Polsce* (vol. 261). Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN.
- Widawska, E., Wysocka, E., & Wieczorek, Z. (2014). *Wyznaczniki wykluczenia cyfrowego i dostępności stron internetowych instytucji publicznych*. Wydawnictwo im. S. Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Zawadzka, D., Ratajczak-Szponik, N., & Ostrowska, B. (2022). Interdisciplinary cooperation in technical, medical, and social sciences: A focus on creating accessibility. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24): 16669.

Akty prawne:

- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2020, poz. 426)
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t.j. Dz.U. 2022 poz. 2240)

Marketing relacji jako strategia zwiększania dostępności edukacji dla osób z niepełnosprawnościami

Streszczenie

Edukacja osób z niepełnosprawnościami odgrywa fundamentalną rolę w ich rozwoju osobistym i społecznym, umożliwiając im zdobycie kompetencji zawodowych oraz integrację ze społeczeństwem. Bariery edukacyjne mogą mieć charakter infrastrukturalny, społeczny lub psychologiczny, dlatego konieczne jest ich niwelowanie, aby uczniowie z orzeczeniem o niepełnosprawności lub o potrzebie kształcenia specjalnego mogli komfortowo przejść przez proces edukacyjny. Niwelowanie tych barier poprzez transparentną komunikację, empatyczne podejście nauczycieli i promocję równości jest niezbędne, aby edukacja włączająca mogła spełnić swoje cele i założenia (Zacharuk, 2011). Marketing relacji ma kluczowe znaczenie w zapewnianiu równego dostępu do edukacji oraz w tworzeniu inkluzyjnego środowiska szkolnego. Wykorzystanie narzędzi marketingu relacji nie tylko wpływa na pozytywny wizerunek szkoły, lecz także – poprzez angażowanie uczniów i ich opiekunów w proces decyzyjny – buduje społeczność opartą na zaufaniu, akceptacji i równości, co prowadzi do skuteczniejszej edukacji i lepszych perspektyw dla młodzieży z niepełnosprawnościami.

Słowa kluczowe: marketing relacji, dostępność edukacji, osoby z niepełnosprawnościami, marketing inkluzyjny, edukacja inkluzyjna, personalizacja komunikacji.

Relationship marketing as a tool for making education more accessible for people with disabilities

Summary

Education for people with disabilities plays a fundamental role in their personal and social development, enabling them to acquire professional competencies and integrate into society. Barriers to education can be infrastructural, social and psychological, so it is necessary to level them so that students with a disability or special education needs can comfortably go through the educational process. Bridging these barriers through transparent communication, empathetic teachers and promotion of equality is necessary for inclusive education to meet its goals and objectives. Relationship marketing is crucial in ensuring equal access to education and creating an inclusive environment at school. The use of relationship marketing tools not only affects the positive image of the school, but by involving students and their caregivers in the decision-making process, it builds a community based on trust, acceptance and equality, which leads to effective education and better prospects for young people with disabilities.

Keywords: relationship marketing, education accessibility, people with disabilities, inclusion marketing, inclusion education, personalization of communication.

Marketing relacji (ang. relationship marketing) jest strategią zarządzania relacjami z odbiorcami dóbr i usług, opartą na długotrwałej lojalności, zaufaniu oraz budowaniu wartościowych treści łączących dostawców z odbiorcami. Tradycyjne strategie marketingowe koncentrują się na krótkotrwałej, jednorazowej wymianie oferowanych dóbr, nie skupiają się natomiast na zrozumieniu spersonalizowanych potrzeb klientów ani na osiągnięciu efektu końcowego, jakim jest ponowny zakup (Gautam, 2011, s. 42–56). Marketing relacji opiera się na działaniach takich jak: personalizacja komunikacji z klientem, zapewnienie wysokiej jakości obsługi, wdrażanie programów lojalnościowych oraz utrzymywanie bieżącego kontaktu z klientem w celu pozyskiwania informacji o jego potrzebach i dopasowywania oferty. Celem marketingu relacji jest wypracowanie wśród klientów i interesariuszy firmy wzajemnego zaufania, szacunku i lojalności w długim okresie, a także dostarczanie klientom oczekiwanej wartości, indywidualnego podejścia i autentyczności (Otto, 2001).

Współcześni klienci, oprócz jednorazowych transakcji, oczekują od przedsiębiorstw dostępności dóbr i usług dostosowanych do swoich potrzeb. Bardzo istotna jest dla nich również obsługa przed- i posprzedażowa. W odniesieniu do edukacji, dostępność usług edukacyjnych stanowi jeden z fundamentów budowania społeczeństwa opartego na równości i inkluzyjności, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami. Dla osób z ograniczoną sprawnością dostęp do edukacji ma kluczowe znaczenie dla ich rozwoju osobistego, integracji społecznej oraz osiągnięcia zawodowej niezależności (Zimoń, 2024). Edukacja to nie tylko prawo każdego człowieka, lecz także narzędzie umożliwiające pełne wykorzystanie potencjału jednostki i jej wkład w rozwój społeczny. Osoby z niepełnosprawnościami często spotykają się z barierami utrudniającymi im pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym (Dudzińska, 2010).

Dostęp do edukacji pozwala na budowanie pewności siebie i niezależności, nawiązywanie relacji społecznych w różnych środowiskach oraz przełamywanie stereotypów poprzez integrację z rówieśnikami i społecznością lokalną. Inkluzyjne środowisko edukacyjne, którego oczekują młodzi ludzie, wspiera rozwój empatii, tolerancji i współpracy. Jest to środowisko sprzyjające kształceniu osób z niepełnosprawnościami w odpowiednich warunkach.

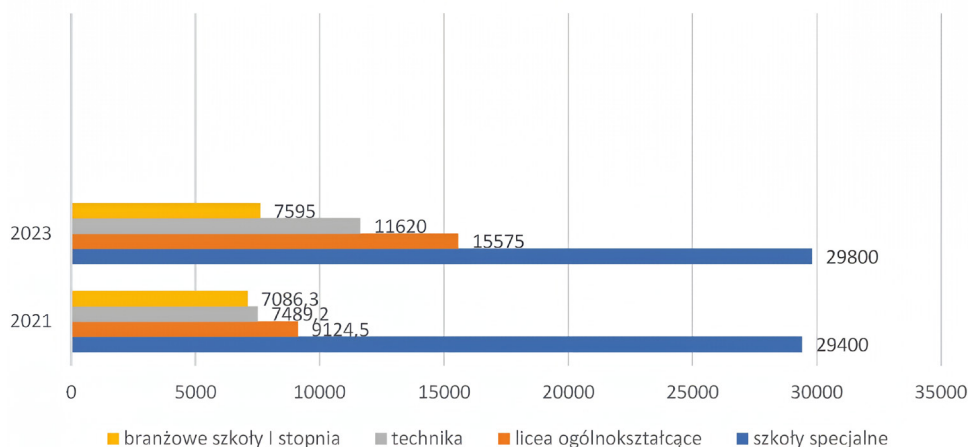
Zapewnienie dostępu do edukacji osobom z niepełnosprawnościami przyczynia się do ograniczenia bezrobocia, które w tej grupie jest często znacznie wyższe niż w populacji ogólnej. Dzieje się tak dzięki wyposażaniu tych osób w kompetencje i umiejętności potrzebne na rynku pracy oraz lepszemu przygotowaniu do podejmowania wyzwań zawodowych (Wołoskiuk, 2013). Edukacja dostosowana do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,

w połączeniu z nowoczesnymi technologiami, otwiera przed nimi nowe możliwości kariery – również w sektorach, które dotychczas były dla nich niedostępne. Dostępność edukacji dla osób z niepełnosprawnościami stanowi inwestycję w przyszłość nie tylko tych jednostek, lecz także całego społeczeństwa. Równe szanse w edukacji przyczyniają się do budowy bardziej sprawiedliwego otoczenia, w którym każdy – niezależnie od swoich ograniczeń – może w pełni wykorzystywać swój potencjał i realizować zamierzone cele. Edukacja jest nie tylko fundamentem osiągnięcia sukcesu zawodowego, lecz przede wszystkim umożliwia godne życie i pełne uczestnictwo w społeczeństwie (Kirenko, 2023, s. 15–28).

Marketing relacji odgrywa kluczową rolę w zapewnianiu dostępności edukacji, szczególnie dla osób z niepełnosprawnościami, które często czują się wykluczone i pomijane w niektórych kwestiach z powodu posiadanych ograniczeń. Marketing relacji buduje zaangażowanie i lojalność poprzez wzmacnianie udziału rodziców w procesie edukacyjnym, wykorzystując regularną komunikację, warsztaty oraz spotkania konsultacyjne (Drapieńska, 2009). Relacje z uczniami oparte są na personalizacji i zrozumieniu ich indywidualnych potrzeb, co zwiększa motywację do nauki oraz poczucie przynależności do społeczeństwa (Dudzińska, 2010). Otwarta komunikacja, będąca nieodzownym elementem marketingu relacji, wspiera również kadrę edukacyjną, która – uczestnicząc w procesie decyzyjnym i ustalaniu celów jednostki – od czuwa większą satysfakcję zawodową i pracuje efektywniej.

Liczba młodzieży z niepełnosprawnościami kształcącej się w polskich szkołach wzrosła na przestrzeni ostatnich lat. Oznacza to istotne konsekwencje dla systemu oświaty, instytucji edukacyjnych oraz całego społeczeństwa. Poniższy wykres obrazuje zmianę ilości młodzieży z niepełnosprawnościami w roku 2021 i 2023 w podziale na cztery typy szkół: szkołę specjalną, liceum ogólnokształcące, technikum i branżową szkołę I stopnia.

Wykres 1. Wykres 1: Ilość uczniów niepełnosprawnych w szkołach ponadpodstawowych w podziale na typy szkół



Źródło: Raport GUS: „Osoby niepełnosprawne w 2023 roku”

Jak wynika z wykresu w roku 2021 młodzieży objętej kształceniem specjalnym było łącznie 53100 osób, w roku 2023 – 64800 osób, oznacza to wzrost o 22,03%. W roku 2021 uczniowie kształcący się w szkołach specjalnych stanowili 55,37% ogółu młodzieży w tym wieku, następnie najwięcej było uczniów w liceach ogólnokształcących 17,18%, w technikach 14,1% i branżowych szkołach I stopnia 13,35%. W roku 2023 stosunek poszczególnych typów szkół był taki sam, do szkół specjalnych uczęszczało 45,99 % młodzieży, licea ogólnokształcące kształciły 24,03% uczniów z niepełnosprawnością, technika 17,93% i branżowe szkoły I stopnia 11,72% (Raport GUS).

W związku z rosnącą liczbą uczniów z niepełnosprawnościami szkoły muszą dostosować swoje metody nauczania, infrastrukturę i podejście, aby sprostać różnicowanym potrzebom edukacyjnym uczniów. Konieczne jest również rozwijanie wiedzy i umiejętności nauczycieli w zakresie pracy z uczniami o różnych potrzebach, a w niektórych przypadkach – zatrudnienie dodatkowej kadry specjalistów. Budynki szkolne powinny być dostosowane do potrzeb uczniów, zwłaszcza w zakresie swobodnego przemieszczania się, a sale lekcyjne wyposażone w odpowiednie pomoce dydaktyczne. Programy nauczania muszą być na tyle elastyczne, aby umożliwiały dostosowanie treści i metod do indywidualnych potrzeb uczniów z niepełnosprawnościami (Kuś-Kubaszewska, Walczak, 2021, s. 164–177). Szkoła jest również zobowiązana do promowania empatii, zrozumienia i wzajemnej akceptacji wśród uczniów. Postawy nauczycieli, pracowników szkoły oraz całego jej otoczenia – zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego – powinny sprzyjać

redukowaniu stygmatyzacji. Obecność uczniów z niepełnosprawnościami w środowisku szkolnym wywiera pozytywny wpływ na rozwijanie postaw społecznych, zrozumienie i akceptację odmienności.

Jedną z barier edukacji osób z niepełnosprawnościami jest niedostosowana infrastruktura szkoły oraz brak narzędzi dydaktycznych dopasowanych do ich potrzeb. Są to jednak bariery, których pokonanie wymaga – choć czasem tylko, a niekiedy aż – odpowiednich środków finansowych. Właściwe ich zagospodarowanie przez kadrę zarządzającą szkołą pozwoli te bariery zniwelować i sprawić, by techniczny oraz logistyczny dostęp do edukacji był możliwy (Kirenko, 2023, s. 15–28). Jednak czy nie są to bariery, które – choć istotne – znajdują się na końcu hierarchii innych, znacznie trudniejszych do przewyższenia ograniczeń? Znacznie poważniejsze są bariery społeczne, organizacyjne i psychologiczne, których pokonanie nie jest możliwe jedynie poprzez zwiększenie nakładów finansowych. W niwelowaniu barier edukacyjnych dla osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza tych o charakterze społecznym, niezwykle przydatny okazuje się marketing relacji (Dudzińska, 2010). Marketing relacji ma na celu budowanie wzajemnego zaufania pomiędzy odbiorcami a jednostkami dostarczającymi treści edukacyjne, wypracowanie lojalności i szacunku, które łączą obie strony w długoterminowej relacji (Drapińska, 2009). Punktem wyjścia w doborze strategii i narzędzi są potrzeby oraz oczekiwania odbiorców. Tak jak w przypadku rynku gospodarczego, również w edukacji kluczowe znaczenie ma indywidualne podejście do „klienta”, czyli ucznia i jego rodzica. Każdy z nich ma zindywidualizowane oczekiwania wobec szkoły, uzależnione od własnych potrzeb i wymagań. W przypadku osób z niepełnosprawnościami oczekiwania te są często bardziej rozbudowane i zróżnicowane (Kuś-Kubaszewska, Walczak, 2021, s. 164–177). Potrzeby i oczekiwania interesariuszy szkoły – uczniów i ich opiekunów – zmieniają się z czasem, dlatego osoba zarządzająca placówką powinna stosować elastyczne narzędzia i wykazywać elastyczne podejście w zarządzaniu procesem edukacyjnym. Niezbędne są działania zmierzające do ujednolicenia dostępności edukacji dla wszystkich uczniów, niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Edukacja będzie efektywna tylko wtedy, gdy młodzież w szkole będzie czuła się tolerowana, akceptowana i równo traktowana (Szumski, 2010). Wszyscy uczniowie, niezależnie od barier wynikających z ich niepełnosprawności, mają prawo uczestniczyć w zajęciach oferowanych przez szkołę w ramach programu nauczania. W przypadku szkół kształcących na poziomie technikum wymagane jest uzyskanie pozytywnej opinii lekarza o przydatności ucznia do wykonywania danego zawodu. Dotyczy to wszystkich uczniów, nie tylko tych posiadających orzeczenie o niepełnosprawności. Jeżeli dana osoba uzyskała zgodę lekarza na kształcenie w określonym kierunku, placówka oświatowa ma obowiązek zapewnić jej odpowiednie warunki do nauki.

Uczniowie z niepełnosprawnościami, oprócz dostosowanej infrastruktury, wymagają od szkoły również odpowiedniego wyposażenia cyfrowego i technologicznego, takiego jak platformy edukacyjne, aplikacje oraz materiały interaktywne. Równie ważne jest indywidualne podejście i wsparcie specjalistyczne, ponieważ znacząco wpływa ono na samopoczucie ucznia w środowisku szkolnym. Niezbędne jest opracowanie indywidualnych programów edukacyjnych, które uwzględniają potrzeby, mocne strony ucznia i są dostosowane do jego tempa nauki. Dostosowanie sposobów oceniania oraz wymagań edukacyjnych do możliwości ucznia stanowi podstawowe narzędzie procesu kształcenia. Integracja z rówieśnikami umożliwia naukę w zróżnicowanym środowisku — poczucie akceptacji przez osoby z niepełnosprawnościami znacząco podnosi ich samoocenę, natomiast uczniowie pełnosprawni uczą się akceptacji, empatii, pomocy oraz tworzenia poczucia bezpieczeństwa w grupie rówieśniczej (Szumski, 2010). Kompetencje nauczycieli, ich nastawienie na różnorodność oraz gotowość do ciągłego doskonalenia są niezwykle cenne i istotne w procesie kształcenia. Nauczyciele, którzy wykazują opór przed zmianą, nie poszukują nowych form rozwoju zawodowego i nie aktualizują swojej wiedzy, nie będą w stanie elastycznie reagować na potrzeby uczniów, w szczególności tych z niepełnosprawnościami. Podstawową kompetencją nauczyciela powinno być empatyczne podejście oraz umiejętność budowania pozytywnej, przyjaznej atmosfery w szkole. Oferta edukacyjna placówki powinna być dostosowana do formy kształcenia ucznia z niepełnosprawnością – zarówno w przypadku nauki stacjonarnej, jak i zdalnej. Młodzież i ich opiekunowie oczekują od szkoły jasnych, przejrzystych komunikatów oraz bieżącego kontaktu z przedstawicielami placówki. Edukacja powinna być nie tylko dostępna, lecz także dostosowana do indywidualnych potrzeb uczniów, sprzyjająca integracji oraz wspierająca ich rozwój osobisty i społeczny. Szkoła powinna z jednej strony eliminować bariery utrudniające dostęp do edukacji, a z drugiej – budować system oparty na zrozumieniu, empatii i wzajemnym szacunku.

Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności może skutkować brakiem możliwości kształcenia w wybranym przez ucznia kierunku z powodu barier występujących po stronie szkoły. Osoba mająca trudności w poruszaniu się w pierwszej kolejności bierze pod uwagę aspekt związany z przemieszczaniem się na terenie placówki. Jeśli szkoła, która oferuje dany zawód, nie posiada odpowiednio dostosowanej infrastruktury, może to stanowić istotną przeszkodę w dostępie do edukacji. Bariery społeczne mogą ujawnić się na późniejszym etapie, gdy uczeń już uczęszcza do szkoły, lecz w trakcie procesu edukacyjnego spotyka się z brakiem akceptacji, zrozumienia czy tolerancji ze strony rówieśników, a niekiedy także pracowników szkoły (Zimoń, 2024). O ile bariery techniczne można stosunkowo łatwo obejść, o tyle bariery społeczne bywają znacznie trudniejsze, a czasami wręcz niemożliwe do wyeliminowania. Strategia marketingu relacji wychodzi

naprzeciw tym wyzwaniom, oferując szereg rozwiązań. Kluczową rolę odgrywa jednak kadra zarządzająca szkołą oraz nauczyciele, którzy mają bezpośredni kontakt z uczniami. Podstawą funkcjonowania każdej placówki oświatowej powinno być budowanie zaufania i autentycznych relacji. Osoba zarządzająca szkołą powinna wymagać od nauczycieli i pracowników personalizacji komunikacji z uczniami oraz ich rodzicami, indywidualnego podejścia i uwzględniania potrzeb oraz oczekiwań osób z niepełnosprawnościami. Działania podejmowane przez szkołę powinny cechować się transparentnością, polegającą na informowaniu o inicjatywach podejmowanych na rzecz edukacji włączającej. Są to niezwykle cenne informacje dla kandydatów do szkół, które mogą znacząco wpłynąć na ich decyzję o wyborze placówki (Wołoskiuk, 2013). Transparentność działań jest kluczowym elementem budowania zaufania społecznego, szczególnie w kontekście edukacji inkluzyjnej. Inkluzyjność w szkole jest ściśle powiązana z dostępnością edukacji, ponieważ dąży do usunięcia barier i zapewnienia wszystkim uczniom – w szczególności osobom z niepełnosprawnościami – równego dostępu do usług edukacyjnych (Pomirska, 2021, s. 36–52). Realne zapewnienie uczniom z niepełnosprawnościami dostępu do edukacji wymaga w pierwszej kolejności zadbania o aspekt społeczny w środowisku szkolnym. Samo usunięcie barier architektonicznych czy dostosowanie metod nauczania nie wystarczy, aby zapewnić im komfortowe warunki uczenia się. Akceptacja i zrozumienie ze strony społeczności szkolnej stanowią fundament, dzięki któremu młodzież z niepełnosprawnościami może w pełni korzystać z oferty edukacyjnej szkoły. Aby wszyscy uczniowie – nie tylko ci z orzeczeniem o niepełnosprawności – czuli się dobrze w szkole, konieczne jest stworzenie przyjaznej atmosfery. Nauczyciele i pracownicy szkoły powinni promować postawy oparte na empatii i wzajemnym szacunku (Dudzińska, 2010). Dyrektor szkoły ma obowiązek prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie kształtowania świadomości społecznej młodzieży na temat różnorodności i potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Żaden uczeń, a w szczególności uczeń z niepełnosprawnością, pozbawiony poczucia akceptacji i bezpieczeństwa, może doświadczyć izolacji społecznej, co utrudnia, a niekiedy uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym. Szkoły są zatem zobowiązane do budowania otwartej i wspierającej społeczności, w której każdy uczeń czuje się pełnoprawnym członkiem.

W dzisiejszych szkołach ogólnodostępnych uczą się zarówno uczniowie z niepełnosprawnościami, jak i uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Orzeczenia te są wydawane przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w przypadku uczniów: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową (w tym z afazją), z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem (w tym zespołem Aspergera), z niepełnosprawnościami sprzężonymi,

z niedostosowaniem społecznym oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Szkoła, zgodnie z §5 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie organizacji kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, ma obowiązek realizować zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego. W związku z tym jednostka zobowiązana jest do wdrożenia odpowiednich zmian i modyfikacji dostosowujących środowisko edukacyjne do indywidualnych potrzeb ucznia. Przykładowe dostosowania mogą obejmować zatrudnienie nauczyciela współorganizującego kształcenie, przystosowanie przestrzeni szkolnej poprzez redukcję hałasu, montaż rolet w oknach czy stworzenie dedykowanej strefy wyciszenia i relaksu. W zależności od potrzeb uczniowie mogą uczęszczać do: klas specjalnych, liczących od 4 do 16 uczniów, klas integracyjnych, w których maksymalna liczba uczniów wynosi 20, przy czym nie więcej niż 5 z nich może posiadać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, klas ogólnodostępnych, w których edukacja odbywa się w standardowym trybie, z ewentualnym wsparciem dostosowanym do specyfiki potrzeb ucznia (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej, 2017). Każde z tych rozwiązań ma na celu zapewnienie optymalnych warunków do nauki i rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Największe wyzwania stoją jednak przed szkołami ogólnodostępnymi, w których liczba uczniów z orzeczeniami systematycznie rośnie. Jedną z kluczowych barier jest brak wystarczającej liczby specjalistycznej kadry oraz niechęć części nauczycieli do podejmowania działań związanych z doskonaleniem zawodowym. Nauczyciele często odczuwają opór przed indywidualizacją procesu nauczania, zwłaszcza ci, którzy od wielu lat pracują w zawodzie i funkcjonowali w czasach, gdy liczba uczniów z orzeczeniami była znacznie mniejsza, a proces edukacyjny był dopasowany do klasy jako całości. W latach 90. dominował system segregacji uczniów z niepełnosprawnościami, a szkoły specjalne stanowiły główną formę ich edukacji. Po roku 2000 wprowadzono więcej rozwiązań wspierających uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkołach ogólnodostępnych, wzrosła także świadomość społeczna dotycząca edukacji dzieci ze spektrum autyzmu i zespołem Aspergera. Znaczącym momentem był rok 2017, w którym rozporządzeniem MEN z dnia 9 sierpnia nałożono na szkoły obowiązek dostosowania nauczania do potrzeb uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Ważną datą w tym kontekście był również rok 2022, kiedy to ustawą z dnia 12 maja o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw wprowadzono obowiązek zatrudnienia pedagogów specjalnych i psychologów. Zgodnie z przepisami, w przedszkolach i szkołach, do których uczęszczało więcej niż 50 uczniów, liczba etatów pedagoga specjalnego oraz psychologa nie może być niższa niż 25% łącznej liczby etatów nauczycieli specjalistów określonych w standardach

(Ustawa z dnia 12 maja 2022 r., 2022). Oznacza to, że w takich placówkach co najmniej połowa etatów nauczycieli specjalistów powinna być przeznaczona na stanowiska pedagoga specjalnego i psychologa. Czy taka liczba etatów jest adekwatna do potrzeb szkoły? Z pewnością zależy to od specyfiki danej placówki, jednak w większości szkół większa liczba tych specjalistów byłaby zasadna. Dyrektor ma możliwość zatrudnienia dodatkowych pedagogów i psychologów, lecz często ograniczeniem są możliwości finansowe. Wprowadzenie stanowisk pedagoga specjalnego i psychologa znacząco ułatwiło szkołom pracę z uczniami, w przypadku których indywidualne podejście jest kluczowe dla osiągnięcia sukcesu edukacyjnego. Pedagog specjalny w szkole zajmuje się wsparciem uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z niepełnosprawnościami, trudnościami w nauce i zaburzeniami rozwojowymi. Do zadań pedagoga specjalnego należy dostosowanie metod nauczania do indywidualnych potrzeb uczniów, współpraca z nauczycielami w zakresie organizacji edukacji włączającej, wspieranie uczniów w rozwoju społecznym i emocjonalnym, pomoc w integracji ze środowiskiem szkolnym oraz współpraca z rodzicami i innymi specjalistami (Ustawa z dnia 12 maja 2022 r., 2022). Psycholog szkolny koncentruje się natomiast na wsparciu emocjonalnym i psychologicznym uczniów oraz na zapobieganiu problemom wychowawczym i społecznym. Uczniowie z orzeczeniami są znacznie bardziej narażeni na tego rodzaju trudności i częściej potrzebują wsparcia psychologicznego. Kluczowymi zadaniami psychologa szkolnego są: diagnozowanie trudności emocjonalnych, społecznych i edukacyjnych, prowadzenie rozmów i interwencji kryzysowych, wspieranie uczniów w radzeniu sobie ze stresem, lękiem czy problemami w relacjach, współpraca z nauczycielami w zakresie metod pracy z uczniami oraz organizowanie warsztatów i szkoleń dla uczniów, nauczycieli i rodziców (Ustawa z dnia 12 maja 2022 r., 2022).

Obie role mają kluczowe znaczenie w budowaniu przyjaznego i dostępnego środowiska edukacyjnego. Wspierają rozwój uczniów oraz pomagają w przezwyciężaniu trudności edukacyjnych i emocjonalnych. Jednak same te dwa stanowiska nie są w stanie w pełni zapewnić odpowiednich warunków emocjonalnych i społecznych dla uczniów z niepełnosprawnościami. Pedagog specjalny i psycholog, oprócz realizacji swoich podstawowych zadań, pełnią również funkcję doradcą i wspierającą wobec nauczycieli przedmiotowych. Nauczyciele powinni prowadzić działania ukierunkowane na budowanie trwałych, pozytywnych relacji między uczestnikami procesu edukacyjnego – uczniami, ich rodzicami oraz środowiskiem szkolnym. Wówczas młodzież z niepełnosprawnościami będzie czuła się bezpiecznie i komfortowo. Zapewnienie tej grupie uczniów poczucia akceptacji, przynależności i bezpieczeństwa stanowi fundament ich sukcesu edukacyjnego, zwłaszcza w szkole średniej, po ukończeniu której wchodzi się w dorosłość i na rynek pracy. Młodzież, której relacje ze szkołą oparte są na wzajemnym zaufaniu,

lojalności i wsparciu, ma większą motywację do kontynuowania nauki aż do zakończenia trzeciego etapu edukacji. W tym kontekście marketing relacji stanowi istotne wsparcie dla szkoły (Kotler & Keller, 2021). Zasoby niematerialne, jakimi dysponuje szkoła – w postaci nauczycieli i nauczycieli specjalistów – stanowią kluczowy element marketingu relacji. To oni są ambasadorami wartości szkoły, ponieważ bezpośrednio wpływają na atmosferę, sposób komunikacji oraz motywację uczniów. Ich postawy, zaangażowanie i sposób budowania relacji decydują o skuteczności procesu edukacyjnego oraz o tym, jak szkoła jest postrzegana przez uczniów i rodziców.

Narzędzia marketingu relacji wykorzystywane w szkole przez nauczycieli przy realizacji założeń marketingu relacji przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Narzędzia marketingu relacji wykorzystywane w szkole

Narzędzia marketingu relacji w szkole	Strategie/techniki
Indywidualne podejście do uczniów	– dostosowanie metod nauczania do potrzeb ucznia – dostosowanie sposobów weryfikacji osiągnięć edukacyjnych do potrzeb uczniów – tworzenie spersonalizowanych ścieżek edukacyjnych – rozwijanie talentów i mocnych stron uczniów
Efektywna komunikacja i współpraca z rodzicami	– bieżący kontakt z rodzicami – wykorzystanie technologii informacyjnych takich jak: dzienniki elektroniczny i systemy informacji zwrotnej – warsztaty i szkolenia dla rodziców
Budowanie przyjaznej atmosfery szkolnej	– tworzenie przestrzeni do integracji (np. kąciki wyciszenia, strefy relaksu, zaplecze socjalne) – kultura wzajemnego szacunku i wsparcia – programy mentorstwa i tutoring
Współpraca między nauczycielami i ze środowiskiem lokalnym	– partnerstwa z instytucjami wspierającymi edukację – realizacja wspólnych projektów z organizacjami pozarządowymi – włączanie społeczności lokalnej w życie szkoły

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kotler, P., & Keller, K. L., 2021

Przedstawione narzędzia marketingu relacji w budowaniu współpracy szkoły z uczniami z niepełnosprawnościami stanowią fundament procesów edukacyjnych, które powinny być integralną częścią ścieżki kształcenia. Bez wdrożenia tych strategii młodzież zmagająca się z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu oraz różnego rodzaju barierami może nie ukończyć edukacji, co zwiększa ryzyko nieosiągnięcia celu, jakim jest zdobycie odpowiedniego wykształcenia. Dyrektor szkoły jest zobowiązany do stałego monitorowania sposobu, w jaki

nauczyciele traktują uczniów – ze szczególnym uwzględnieniem uczniów z niepełnosprawnościami – w celu zapewnienia im równego dostępu do edukacji, odpowiedniego wsparcia oraz poszanowania ich praw i godności.

W szkołach ogólnodostępnych uczniowie z niepełnosprawnościami lub z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego stanowią niewielki odsetek społeczności uczniowskiej. Często uczniowie pełni sprawni nie posiadają wiedzy na temat rodzaju niepełnosprawności swoich kolegów, co może prowadzić do przejawów dyskryminacji. Zazwyczaj nie wynika ona z uprzedzeń czy złej woli, lecz z braku świadomości i wiedzy. Dyrektor szkoły powinien podejmować działania informacyjne, polegające na przekazywaniu uczniom oraz ich rodzicom ogólnych wiadomości na temat rodzajów niepełnosprawności występujących w szkole oraz związanych z nimi dostosowań edukacyjnych (Dudzińska, 2010). Istotne jest jednak, aby proces informacyjny był prowadzony w sposób odpowiedzialny – z poszanowaniem prywatności i godności osób z niepełnosprawnościami. Edukacja na temat różnorodnych niepełnosprawności pomaga uczniom lepiej zrozumieć trudności, z jakimi borykają się ich rówieśnicy. Zwiększa to wrażliwość, empatię i otwartość w relacjach między młodzieżą. Brak tej wiedzy często prowadzi do powstawania fałszywych przekonań, stereotypów i nieuzasadnionych obaw. Dlatego szkoła powinna szczególnie dbać o integrację społeczną, która sprzyja budowaniu atmosfery inkluzyjnej i wspierającej proces edukacyjny osób z niepełnosprawnościami. Dyrektor szkoły może organizować projekty grupowe, warsztaty lub inne formy aktywności pozalekcyjnej, podczas których uczniowie uczą się skutecznej komunikacji, współpracy i lepszego rozumienia niepełnosprawności (Pomirska, 2021, s. 36–52). Dzięki temu łatwiej akceptują dostosowania edukacyjne, takie jak wydłużony czas pracy czy stosowanie specjalnych pomocy dydaktycznych. Zmniejsza to ryzyko postrzegania uczniów z niepełnosprawnościami jako osób „uprzywilejowanych” oraz eliminuje poczucie niesprawiedliwości. Przekazywanie uczniom i ich rodzicom informacji dotyczących niepełnosprawności występujących w szkole powinno odbywać się w sposób odpowiedzialny, nienaruszający nikogo godności. Najlepiej, aby miało ono charakter ogólny i edukacyjny, a nie odnosiło się do konkretnych osób. Edukacja w tym zakresie powinna być prowadzona w ramach programów równościowych i integracyjnych. Zanim szkoła przystąpi do przekazywania takich treści, dyrektor powinien uzyskać zgodę ucznia z niepełnosprawnością oraz jego opiekunów prawnych. Forma przekazu powinna być dostosowana do wieku odbiorców – młodsze dzieci łatwiej przyswajają wiedzę poprzez bajki, filmy czy warsztaty interaktywne, natomiast starsza młodzież może uczestniczyć w wykładach, dyskusjach czy pogadankach. W procesie edukacyjnym warto podkreślać mocne strony uczniów z niepełnosprawnościami, koncentrując się na ich możliwościach i osiągnięciach, a nie wyłącznie na trudnościach, z jakimi się mierzą. Młodzież powinna być zachęcana do współpracy

i partnerskiego podejścia, a nie do traktowania osób z niepełnosprawnościami jako „potrzebujących pomocy”. Wspólne działania sprzyjają wzajemnemu zrozumieniu, budują szacunek i wspierają ideę edukacji włączającej.

Marketing relacji jest strategią, która pozwala szkołom nie tylko budować pozytywny wizerunek, lecz przede wszystkim skutecznie odpowiadać na potrzeby uczniów i ich rodzin. Jest to szczególnie istotne w kontekście powszechnie obowiązującej edukacji włączającej. Włączenie uczniów i ich opiekunów w proces decyzyjny – jak w przypadku osób z niepełnosprawnościami – stanowi krok w kierunku bardziej demokratycznej, otwartej i efektywnej edukacji (Otto, 2001). Uczniowie nie powinni być jedynie biernymi odbiorcami decyzji podejmowanych przez osoby zarządzające szkołą. Ważne jest, aby mieli realny wpływ na podejmowane działania. Zwiększa to ich poczucie zaufania do szkoły, bezpieczeństwa oraz wzajemnej akceptacji. Regularne informowanie uczniów o rodzajach niepełnosprawności występujących wśród ich rówieśników oraz o wynikających z tego dostosowaniach edukacyjnych może przynieść wiele pozytywnych efektów. Marketing relacji w edukacji osób z niepełnosprawnościami jest podejściem, które stawia na współpracę, zaangażowanie i długoterminowe budowanie relacji. Jego podstawą jest aktywne włączanie uczniów, rodziców, nauczycieli oraz całej społeczności szkolnej w proces tworzenia środowiska edukacyjnego. Środowisko to nie tylko dostosowuje się do indywidualnych potrzeb, lecz także promuje równość, akceptację i aktywne uczestnictwo wszystkich uczniów w życiu szkoły.

Literatura przedmiotu:

- Drapińska, A. (2009). Marketing relacji: Istota i czynniki wpływające na sukces. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 41
- Dudzińska, A. (2010). Równe szanse w dostępie do edukacji osób z niepełnosprawnościami. *Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich*.
- Gautam, V. (2011). Skuteczność programu zarządzania relacjami z klientami w firmach ubezpieczeniowych: indyjska eksploracja. *International Journal of Customer Relationship Marketing and Management (IJCRMM)*, 2 (3), 42-56.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2021). *Marketing management*. Pearson.
- Kruś-Kubaszewska, K., & Walczak, G. (2021). Dostosowanie warunków przestrzeni terapeutycznej do indywidualnych potrzeb i psychofizycznych możliwości osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. *Niepełnosprawność*, (43), 164–177
- Otto, J. (2001). *Marketing relacji*. C.H.Beck.
- Pomirska, Z. (2021). Podejście inkluzyjne w nauczaniu uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. *Annales N – Educatio Nova*, 44, 36–52

- Szumski, G. (2010). Wokół edukacji inkluzyjnej. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Wołoszuk, B. (2013). Integracja osób z niepełnosprawnością – możliwości i bariery. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations*, 7(1), 69-78
- Zacharuk, T. (2011), Edukacja włączająca szansą dla wszystkich uczniów, „Meritum”, nr I (20)
- Zimoń, M. (2024). Inkluzywna edukacja. Jak praca z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi może wzmocnić społeczność klasy? *Psychologia Dzieci i Młodzieży*, 2(1), 14-28

Akty prawne:

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz. U. 2017, poz. 1578, t.j. Dz. U. 2020, poz. 1309).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. 2025, poz. 881).

Pozostałe:

- Główny Urząd Statystyczny. (2024). Osoby niepełnosprawne w 2023 roku. Warszawa: GUS. Pobrano z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/osoby-niepelnosprawne-w-2023-roku,26,6.html>

Dostępność instytucji kultury na przykładzie wybranych instytucji teatralnych. Kontekst relacyjny i marketingowy

Accessibility of cultural institutions: the case of selected theatre institutions. A relational and marketing context

Streszczenie

Od ogłoszenia Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami instytucje kultury otwały się na szersze grupy odbiorców. Zmiana legislacyjna wymusiła na instytucjach publicznych dostosowanie się do nowych regulacji, jednak głównym wyzwaniem pozostało poznanie potrzeb odwiedzających, tak aby prowadzone przez placówki działania odpowiadały ich oczekiwaniom. Działania z czasem przełożyły się w ewolucję postrzegania dostępności placówek. Wachlarz pojęć dostępnościowych nie zamyka się bowiem tylko w kręgu technicznych możliwości zapewnienia dostępu do infrastruktury, ale obejmuje także partycypację różnych grup odbiorców w tworzenie oferty instytucji czy inkluzyjność całego sektora kultury. Artykuł stanowi przegląd wybranych rozwiązań.

Słowa kluczowe: dostępność, inkluzyjność, partycypacja, marketing relacji, marketing kultury

1 Akademia WSB, ORCID: 0000-0003-1682-0591

Wstęp

Od ogłoszenia Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, instytucje kultury nie tylko baczniej analizują specyfikę swoich siedzib oraz stron internetowych, ale także otwały się na szersze grupy odbiorców. Zmiana legislacyjna wymusiła na instytucjach publicznych dostosowanie się do nowych regulacji, jednak wyzwaniem pozostało poznanie potrzeb odwiedzających, tak aby prowadzone przez placówki działania odpowiadały ich oczekiwaniom. Tym samym zapisy Ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami zdopingowały wiele instytucji kultury do przeprowadzenia rzetelnej analizy zasobów oraz oferty w różnych jej aspektach. Wymienione działania z czasem przełożyły się w ewolucję postrzegania dostępności placówek. Wachlarz pojęć związanych z omawianą tematyką nie zamyka się bowiem tylko w kręgu technicznych możliwości zapewnienia dostępu do infrastruktury, ale obejmuje także partycypacje różnych grup odbiorców w tworzenie oferty instytucji czy inkluzyjność całego sektora kultury. Działania dostępnościowe to bowiem nie tylko likwidacja barier architektonicznych, ale pewna „zmiana układu sił” – zaproponowanie wspólnego systemowego działania na rzecz tworzenia miejsc przyjaznych kulturze, relacjom i widzom o różnych potrzebach. Właśnie dostępności instytucji kultury, ze szczególnym uwzględnieniem teatrów, poświęcony jest niniejszy tekst.

Artykuł składa się z kilku części. W pierwszej dokonano analizy dotyczącej przesłanek i uwarunkowań stosowania działań dostępnościowych w sektorze kultury. Następnie opisano główne aspekty owych działań podejmowanych przez instytucje, a także dokonano przeglądu dobrych praktyk stosowanych w wybranych placówkach teatralnych. Na potrzeby badania dokonano przeglądu i analizy dokumentów prawnych (w tym ustaw i rozporządzeń), publikacji kierowanych do menadżerów kultury (jak *Poradnik dla sektora kultury*, opublikowany przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej) oraz stron internetowych wybranych teatrów (np. Teatr Zagłębia z Sosnowca, Teatr im. J. Słowackiego w Krakowie, Teatr Narodowy). Materiał do artykułu zebrano na przestrzeni lat 2022–2025.

Przesłanki i uwarunkowania stosowania działań dostępnościowych w sektorze kultury

Wyzwania stojące przed sektorem kultury w obszarze wdrażania rozwiązań dostępnościowych są niezwykle aktualne i istotne dla kształtowania inkluzywnego myślenia o programowaniu koncepcji działania organizacji kultury. Ważne są przy tym nie tylko kwestie finansowania rozwiązań dostępnościowych, likwidowania barier technicznych i technologicznych, ale także inne, kulturowo-społeczne

uwarunkowania, wpływające na szybkość i skuteczność adaptacji rozwiązań dostępnościowych w sektorze kultury. Interesującym punktem widzenia są zestawy porad z publikacji Fundacji Kultury bez Barrier czy *Poradnika dla sektora kultury*, opublikowanego przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, które miały pomóc organizacjom we wdrożeniu dostępności oraz wskazać podstawowe sposoby udostępniania ich oferty. Pierwszy wymieniony poradnik został napisany jako zbiór podpowiedzi kierowanych do instytucji kultury zaczynających lub kontynuujących działania na rzecz dostępności. Publikacja wskazywała obowiązkowe, zgodne z zapisami ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (UZD), sposoby realizowania minimalnych wymagań w zakresie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej i cyfrowej. Klasyfikacja ta jest zgodna z podziałem wprowadzonym w art. 6 UZD, a poświęcone tym obowiązkom podpowiedzi oznaczono stosowną ikoną. Wspomniane poradniki dla instytucji kultury są też źródłem wiedzy, jak samodzielnie przygotować dostępną ofertę, ale i odpowiednio dobierać dostępne narzędzia.

Najważniejsze aspekty tworzenia otwartej instytucji były tematem wywiadu *Kultura dostępna dla wszystkich* (2019), który przeprowadzono na zaproszenie „Miesięcznika ZNAK”. Rozmówczyniami były: Monika Dubiel, aktywistka i badaczka działająca na rzecz udostępniania kultury osobom niewidomym, przedstawicielka Fundacji Kultura bez Barrier, oraz Justyna Wielgus, choreografka z Teatru 21. Jak wskazywała druga wymieniona, dostępność kultury to nie tylko umożliwienie OzN przyścia na wydarzenie, ale stworzenie warunków do ich obecności w przestrzeni publicznej na równych prawach z osobami bez niepełnosprawności. Jak mówiła: „Pierwszą zasadniczą rzeczą jest uznanie, że osoba z niepełnosprawnością jest równoprawnym uczestnikiem kultury. Wychodząc od tego założenia, nie będziemy traktować tych osób tylko jako biorców i odbiorców oferty kulturalnej, lecz zobaczymy w nich twórców, współtwórców, zarządców takiej instytucji”². Rozmówczynie nakreśliły szereg dobrych praktyk, które powinny pojawiać się w instytucjach – od upodmiotowienia i włączania OzN jako widzów po zapraszanie ich do współkształtowania programu w roli ekspertów.

Warto zwrócić uwagę, że samo udostępnienie oferty jest ważnym działaniem, ale nie wystarczy do otwarcia instytucji. Równie istotne jest przekonanie potencjalnych odbiorców, że są zaproszeni do współtworzenia społeczności odbiorców instytucji, oraz przyzwyczajanie ich do korzystania z oferty kulturalnej. Jest to proces, który można zainicjować wewnątrz organizacji i nie wymaga dużych nakładów finansowych. Podkreśla to znaczenie czynnika ludzkiego, na którym

2 Kultura dostępna... 2019 – Kultura dostępna dla wszystkich (2019). Z Moniką Dubiel i Justyną Wielgus rozmawiają Olga Curzydło, Barbara Pasterak. „Miesięcznik ZNAK”, 773. Pobrane z <https://www miesiecznik.znak.com.pl/kultura-dostepna-dlawszystkich/> [dostęp: 18.04.2022].

oparta jest kwestia dostępności i inkluzyjności. To z jednej strony stałe szkolenie i doskonalenie kadry tworzącej daną placówkę, analizowanie zmieniających się przepisów, korzystanie z tematycznych szkoleń i przekładanie zdobytej wiedzy na poszerzanie grup interesariuszy. Złożoność działań kształtujących organizację jako dostępne wymaga bowiem sprawnej współpracy zarówno ze środowiskami osób o szczególnych potrzebach, artystami, jak i koordynatorami projektującymi i wdrażającymi zmiany na rzecz dostępności. To projektowanie uniwersalne kultury, ale także konsultowanie możliwości zapewnienia dostępności poprzez zlecenie przygotowania audytu dostępności np. architektonicznej budynku. Dokument taki może zawierać informacje o ewentualnych barierach i przeszkodach utrudniających korzystanie z oferty placówki seniorom i innym widzom o specjalnych potrzebach. Może także wskazywać niezgodności z przepisami i propozycje poprawy, w tym poprzez zastosowanie alternatywnych rozwiązań. Jest to szczególnie ważne w przypadku instytucji kultury usytuowanych w zabytkowych budynkach, których konstrukcja nie może ulec zasadniczym zmianom, a wymagane jest dostosowanie obiektu do wymogów ustawy.

Główne aspekty działań dostępnościowych podejmowanych przez instytucje teatralne

Jednym z najważniejszych aspektów związanych z dostępnością placówek kultury jest wspomniana dostępność architektoniczna. Zawiera w sobie zarówno informacje o lokalizacji instytucji, w tym specyfice otoczenia, np. nawierzchni z kostki brukowej przed budynkiem, możliwości dojazdu komunikacją publiczną (m.in. podanie najbliższych przystanków), dane o parkingach, w tym informacje o wyznaczeniu miejsc dla osób z niepełnosprawnością. To także dostęp do sceny, informacja o progach, szerokości wejścia czy odległości pomiędzy rzędami foteli, o dostępie do toalet z przyciskami alarmowymi, obecność przestrzeni umożliwiającej wyciszenie (rysunek 1), schodów i obustronnych poręczy, wind, oznaczenia przestrzeni wypukłymi piktogramami, znakami Braille'a czy taśmą odbłaskową. Dostępność architektoniczna to również zaopatrzenie kasy oraz części widowni w pętle indukcyjne, obecność wolnych od barier ciągów komunikacyjnych, możliwość wypożyczenia słuchawek do indywidualnego odsłuchu akcji scenicznych, oznaczenie miejsc dostępnych dla osoby poruszającej się na wózku, wysokość lady w kasie powyżej 90 cm, wyposażenie wind w komunikaty głosowe, obecność podnośnika platformowego do transportu wózków, określenie, na jakich zasadach widzowie z psem asystującym mogą przebywać i poruszać się po teatrze³,

3 Zgodnie z ustawą o rehabilitacji społecznej i zawodowej osoba z niepełnosprawnością ma prawo przebywać na terenie teatru z psem asystującym.

a także umożliwienie kontaktu z pracownikiem instytucji, celem zaplanowania dojazdu na przedstawienie i wyboru najlepszego dostępnego miejsca na widowni. Pełna informacja o barierach architektonicznych z ewentualnym planem widowni (rysunek 2), powinny znajdować się na stronie internetowej instytucji. Wszystkie wymienione aspekty i rozwiązania umożliwiają widzowi zaznajomienie się z przestrzenią teatru, zaplanowanie dojazdu i wybór miejsca pozwalającego na jak najlepszy odbiór spektaklu, niezależnie od potrzeb specjalnych widza.

Rysunek 1. Teatr Narodowy, pokój wyciszenia, główny budynek Teatru przy pl. Teatralnym 3.



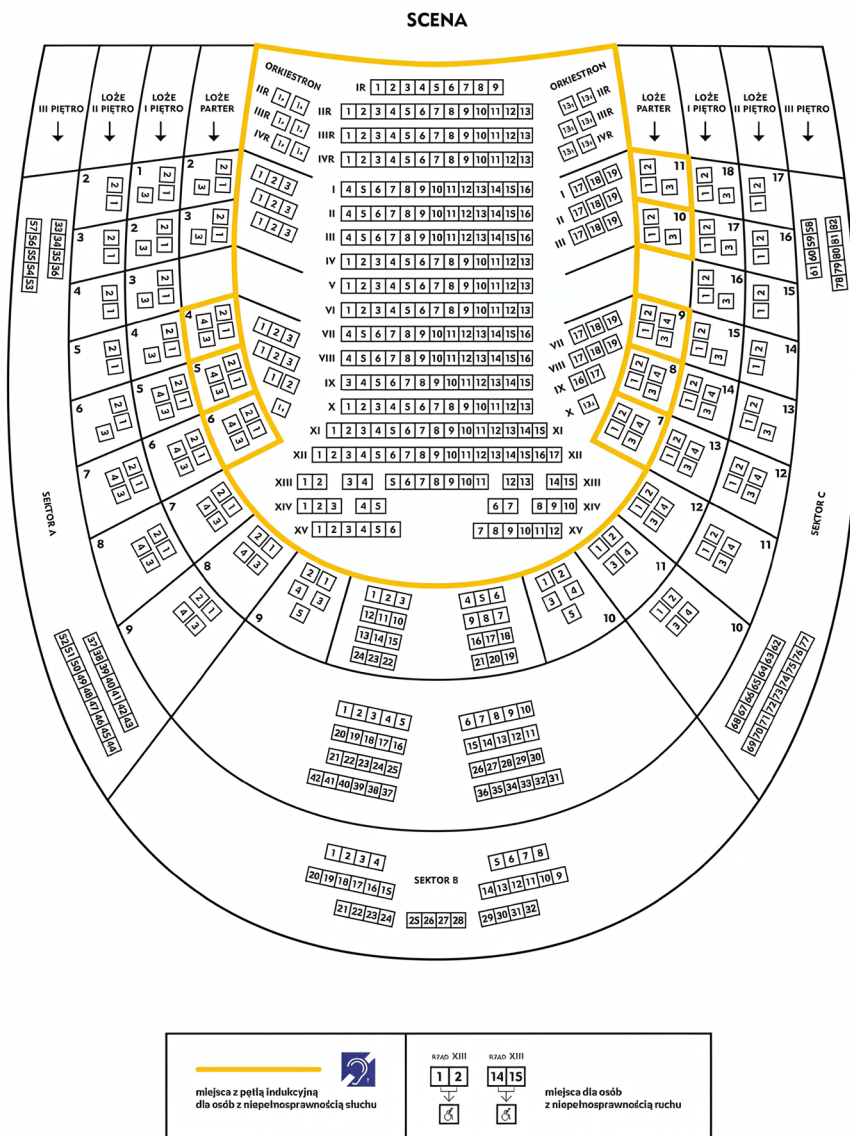
Źródło: Pobrane z https://www.narodowy.pl/aktualnosc/1751,pokoj_wyciszenia.html [dostęp: 04.08.2025].
Fot. Marta Ankiersztejn

Rysunek 2. Plan widowni Dużej Sceny Teatru im. J. Słowackiego w Krakowie



Teatr
w Krakowie

WIDOWNIA DUŻEJ SCENY
TEATRU IM. JULIUSZA SŁOWACKIEGO W KRAKOWIE



Źródło: Pobrane z <https://teatrkrakowie.pl/deklaracja-dostepnosci> [dostęp: 05.08.2025].

Kolejnym istotnym aspektem omawianej problematyki jest dostępność informacyjno-komunikacyjna instytucji kultury. Aby ją zapewnić, instytucje proponują audiodeskrypcje, tłumaczenia na polski język migowy (rysunek 3), ale także przygotowują makiety sceny czy wzorniki kostiumów. Może się to wiązać z organizacją warsztatów, które są wstępem do danego tytułu repertuarowego i mają na celu ułatwienie odbioru przedstawienia. Przykładem takiej praktyki może być krakowska realizacja sztuki pt. „Romeo i Julia” –pierwszy spektakl dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (Rysunek 5).

Rysunek 3. Film o dostępności,
przygotowany przez Teatr im. J. Słowackiego w Krakowie

Film o dostępności Teatru w Języku migowym, z napisami i lektorem



Źródło: Pobrane z <https://teatrwwkrakowie.pl/deklaracja-dostepnosci> [dostęp: 05.08.2025].

Dostępność informacyjno-komunikacyjna to także czynnik ludzki i dostępność wykwalifikowanej kadry kultury. Obecność koordynatorów dostępności, obsługa widza wrażliwa na potrzeby specjalne odbiorców, uwzględniająca szereg czynników przy doborze oferty i bieżącej współpracy, to także obecność dedykowanych asystentów (w Teatrze im. J. Słowackiego w Krakowie to asystenci Teatru). W odpowiednim doborze biletów do danej niepełnosprawności mogą także służyć narzędzia cyfrowe, jak newsletter promujący spektakle dostępnościowe czy oznaczenia spektakli i filtrowanie oferty repertuarowej (rysunek 4).

Rysunek 4. Repertuar teatralny z oznaczeniami dostępności

The screenshot displays the website of Teatr w Krakowie. On the left, a dark blue sidebar contains the theater's logo and the text 'Spektakle dostępne dla:' followed by three categories: 'Niepełnosprawność wzroku', 'Niepełnosprawność słuchu', and 'Niepełnosprawność ruchu'. The main content area shows two dates: '20 Wrzesień 2025 Sobota' and '30 Wrzesień 2025 Wtorek'. For the 20th, the play 'POKÓJ' is listed with a 10:00 start time. It includes the text 'Tekst: Szczepan Twardoch', 'Reżyseria: Robert Talarczyk, Szczepan Twardoch', and 'Scena MOS'. Below the title are four icons: a person in a wheelchair, a person with a hearing aid, a person with a white cane, and a person with a white cane. For the 30th, the play 'ROMEO I JULIA' is listed with a 19:00 start time. It includes the text 'Autor: William Szekspir / przekład: Wiktoria Rosicka', 'Reżyseria: Dominika Feiglewicz-Penarska, Zdenka Pszczółowska', and 'Scena MOS'. Below the title are five icons: a person in a wheelchair, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a white cane, and a person with a white cane.

Źródło: Pobrane z <https://teatrwnakracowie.pl/repertuar> [dostęp: 01.08.2025].

Z omówionymi zagadnieniami łączy się zatem również dostępność cyfrowa instytucji. Zapewnienie dostępności strony internetowej powinno być zgodne z Ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych. Stąd też na witrynach internetowych teatrów zakładki poświęcone dostępności. Znajdują się tam zarówno deklaracje i oświadczenia w sprawie dostępności strony internetowej, jak i informacje o ewentualnych niezgodnościach z wymienionym aktem prawnym. Przykładowo na stronie Teatru Narodowego w ramach deklaracji z 21.01.2025 jest informacja o stanie dostępności wraz z planowaną datą uzupełnienia braku⁴.

W ramach dostępności cyfrowej można wystąpić do placówki z żądaniem zapewnienia dostępności cyfrowej strony internetowej, aplikacji mobilnej lub jakiegokolwiek ich elementu. Można także wnioskować o udostępnienie informacji za pomocą alternatywnego sposobu dostępu, na przykład przez odczytanie niedostępnego cyfrowo dokumentu, czy opisanie zawartości filmu bez audiodeskrypcji. Prawo to wydaje się szczególnie użyteczne w kontekście archiwalnych materiałów, które mogą być użyteczne na przykład w celach edukacyjnych.

Dostępność cyfrowa jest także realizowana poprzez przygotowanie i udostępnianie spektakli w wersji online (np. za pośrednictwem platformy VOD czy Ninateka.pl). Umożliwia to skorzystanie z oferty widzom, którzy ze względu na stan zdrowia czy dużą odległość geograficzną nie mogą dotrzeć do placówki

⁴ https://www.narodowy.pl/dostepnosc,deklaracja_dostepnosci.html, [dostęp: 31.07.2025].

stacjonarnie. Tym samym rozwiązanie to może poszerzać grupy odbiorców o osoby obłożnie chore czy przebywające za granicą. Szczególnie ten aspekt dostępności jest silnie wspomagany przez nowości technologiczne, jak aplikacje czy VR.

Przegląd dobrych praktyk stosowanych w wybranych placówkach

Instytucje kultury ze względu na swoją specyfikę stale poszerzają ofertę proponowanych przez siebie działań dostępnościowych. W ramach badań publiczności oraz zamawianych audytów dostępności aktualizują wiedzę o istniejących barierach utrudniających skorzystanie z oferty danej placówki teatralnej. W efekcie stale poszukują rozwiązań pozwalających na zniwelowanie zdiagnozowanych problemów.

Jedną z ciekawych praktyk jest wydzielenie w przestrzeni instytucji kultury tzw. pokoi wyciszeń (rysunek 1). To pomieszczenia powstałe z myślą o osobach, które potrzebują uspokojenia, rozładowania napięcia i przebywania w mniejszej intensywności bodźców. Miejsca te przeznaczone są głównie dla osób ze szczególnymi potrzebami, w tym dla osób w spektrum autyzmu, a także doświadczających nadwrażliwości sensorycznej i wymagających odreagowania oraz wyciszenia. Przykładowo w Teatrze Narodowym w pokoju wyciszenia znajdują się miękkie pufy, słuchawki wyciszające oraz małe piłki relaksacyjne (tzw. gniotki). Neutralne, stonowane kolory, przyjazne sensorycznie materiały i regulowane, łagodne światło mają pomagać zmniejszyć napięcie, uczucie niepokoju i ułatwiać koncentrację⁵.

Inną interesującą praktyką jest inicjatywa krakowska dotycząca porozumienia grupy placówek. Teatr im. Juliusza Słowackiego w Krakowie od maja 2025 jest częścią Krakowskiej Sieci Dostępności Kultury, tym samym dołączył do grona 32 krakowskich instytucji kultury, sztuki i nauki, które wspólnie powołały KSDK – porozumienie na rzecz systemowej współpracy i wymiany dobrych praktyk w obszarze dostępności. Placówka, informując na swojej stronie internetowej o podpisaniu Aktu porozumienia podkreślała, że „Teatr to przestrzeń dialogu i wspólnoty – naszym celem jest tworzenie miejsca, w którym każdy może doświadczyć piękna i mocy sztuki teatralnej”⁶.

Także z krakowską sceną związana jest wspomniana wyżej inscenizacja „Romea i Julii” (rysunek 5). Po raz pierwszy w Polsce podczas spektaklu zastosowano tu tekst wyjaśniający, łatwy do zrozumienia. Tekst był przekazywany na

5 https://www.narodowy.pl/aktualnosci,1751,pokoj_wyciszenia.html [dostęp: 04.08.2025].

6 <https://teatrwkrakowie.pl/aktualnosci/teatr-im-juliusz-slowackiego-w-krakowie-czescia-krakowskiej-sieci-dostepnosci-kultury>, [dostęp: 01.08.2025].

żywo przez system odbiorników, skierowany do osób z niepełnosprawnością intelektualną. W realizacji przedsięwzięcia współpracowano ze Stowarzyszeniem Tęcza z Krakowa.

Rysunek 5. „Romeo i Julia” – spektakl dla osób z niepełnosprawnością intelektualną



Źródło: Pobrane z <https://teatrwwrakowie.pl/aktualnosci/romeo-i-julia-pierwszy-spektakl-dla-osob-z-niepelnosprawnoscia-intelektualna> [dostęp: 03.08.2025].

Warto zwrócić uwagę, że dostępność wiąże się również z kwestią otwartości, współpracą ze społecznościami lokalnymi, udostępnianiem swojej infrastruktury dla projektów edukacyjnych i społecznych, to także współpraca z innymi

jednostkami czy organizacjami pozarządowymi⁷. Przykładem takich działań jest polityka Teatru Zagłębia, który na swojej stronie internetowej dostępność tłumaczy w następujący sposób: „Punktem wyjścia do tworzenia spektakli, warsztatów, debat oraz projektów społecznych i edukacyjnych jest dla nas przede wszystkim kategoria dostępności (ułatwienie dostępu do kultury, ale też włączenie uczestników do współtworzenia wydarzeń kulturalnych oraz adaptacja do zmieniających się wzorców uczestnictwa w kulturze)”⁸. Przykładowy projekt realizowany w ramach tej polityki to „Ślady Zagłębiowskich Żydów”, dofinansowany ze środków Stowarzyszenia Żydowski Instytut Historyczny w Polsce. W ramach wymienionej inicjatywy zaplanowano: wykłady, spacer, wystawy oraz pokazy spektaklu „Środula. Krajobraz Mause”⁹.

Otwartość to także poszerzanie funkcji instytucji: teatru oprócz spektakli proponują widzom odwiedzenie galerii, muzeum, kawiarni czy sali warsztatowej, umieszczonej obok sal teatralnych. Opiswane działania są zatem kompatybilne, otwartość placówek zwiększa ich dostępność i inkluzyjność, dlatego warto odczytywać je w kategorii dobrych praktyk.

Dostępność instytucji kultury w kontekście relacyjnym i marketingowym

Jak dowodzą powyższe rozważania, dostępność jest bardzo istotną częścią działalności instytucji kultury i jako taka powinna być wpisana w strategię działań, np. w kontekście budowania i utrzymywania relacji z różnymi grupami interesariuszy. Odwołując się do teorii marketingu, działania związane z dostępnością można umiejscowić we wszystkich etapach złożonego procesu marketingu relacji. Działania mają tu charakter ciągły i nie kończą się w momencie zakupu usługi, a przechodzą przez kolejne, powtarzające się etapy. Realizowane przez teatry działania można podzielić na dwie fazy: wstępną oraz właściwą (tabela 1)¹⁰.

7 W raporcie „Jaskółki – nowe zjawiska w warszawskich instytucjach i nieinstytucjach kultury” z 2016 r. – wśród 27 omówionych tendencji wymieniono trend: społeczność w centrum. Tendencja ta podkreśla, iż społeczność gromadząca się wokół instytucji współtworzy jej ofertę i misję. Szersze omówienie: A. Kwiecień, *Marketing w instytucjach kultury – potrzeby i obawy*, [w:] *Biznes w kulturze – kultura w biznesie. Nowe trendy w otoczeniu jednostek kultury*, red. nauk. B. Reformat, A. Kwiecień, A. Nocoń, Katowice 2019, s. 37.

8 <https://teatrzaglebia.pl/o-nas/> [dostęp: 8.03.2023].

9 Partnerem merytorycznym została tu Fundacja Brama Cukermana i serwis I Like Zagłębie. W ramach wymienionej inicjatywy zaplanowano: wykłady, spacer, wystawy oraz pokazy spektaklu „Środula. Krajobraz Mause”. Celem działań było upamiętnienie 80 rocznicy likwidacji bliźniaczych gett w Sosnowcu i Będzinie oraz przywrócenie pamięci o różnorodnej kulturze ludzi, którzy byli sąsiadami, <https://teatrzaglebia.pl/srodula-krajobraz-mause-historie-zaglebiowskich-zydow-cykl-wydarzen/> [dostęp: 8.03.2023].

10 R. Furtak, *Marketing...*, op. cit., s. 183.

Tabela 1. Proces marketingu relacji realizowany w działaniach teatrów

Etapy procesu	Działania	Stosowane instrumenty	Instrumenty stosowane w czasie całego procesu
Faza wstępna (nawiązywanie więzi)	– identyfikacja odbiorców – zaoferowanie wartości	– badanie publiczności – określenie polityki repertuarowej – rozszerzanie oferty – przygotowanie i rozsyłanie oferty grupowej dla placówek edukacyjnych, organizacji pozarządowych, zakładów pracy – inicjowanie wspólnych działań z innymi instytucjami kultury – inicjowanie działań na rzecz społeczności lokalnej	– przygotowanie i realizacja strategii marketingowej – stała działalność komunikacyjna poprzez media społecznościowe – stała rozbudowa bazy kontaktów – działania edukacyjne, lokalne i społeczne – działania z zakresu CSR – działania związane z dostępnością – działania związane z ekologią – digitalizacja oferty i sięganie po nowe technologie
Faza właściwa (wzmocnienie więzi)	– dostarczenie usługi – osiągnięcie celów – ponowne zaproponowanie usługi	– organizacja działań cyklicznych: spotkań z twórcami, artystami, spacerów, warsztatów, wernisaży, prelekcji itd. – dystrybucja newsletterów – ponowne zapraszanie grup (grupy szkolne, seniorzy, zakłady pracy) – zaproszenie do klubu widzów, wsparcie finansowe	

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych
oraz R. Furtak, *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003, s. 183

Instytucje kultury w ramach fazy wstępnej identyfikują swoich odbiorców – w tym celu badają publiczność, jej strukturę, ale i upodobania oraz oczekiwania. Część teatrów dostosowuje swoją politykę repertuarową do uzyskanych

wyników. Jest to też metoda na pozyskanie nowej widowni, a poprzez wykonanie diagnozy potrzeb także zaplanowanie rozszerzenia oferty (np. o działania pozasceniczne). Również z fazą wstępną procesu i chęcią zaoferowania wartości można utożsamić przygotowanie i rozsyłanie oferty grupowej dla placówek edukacyjnych (szkół, przedszkoli), organizacji pozarządowych (np. klubów seniora, klubów sportowych etc.) czy zakładów pracy. To także inicjowanie wspólnych działań z innymi instytucjami kultury czy działań na rzecz społeczności lokalnej.

Do fazy właściwej związanej z dostarczeniem usług poza działalnością artystyczną można zaliczyć również organizację działań cyklicznych: spotkań z twórcami, artystami, spacerów, warsztatów, wernisaży, prelekcji itd. Ponownemu zaproponowaniu usług służy dystrybucja newsletterów czy mailingi. Relacje podtrzymują także działania realizowane przez teatry w czasie całego procesu; to między innymi przygotowanie i realizacja strategii marketingowej, stała działalność komunikacyjna poprzez media społecznościowe, stała rozbudowa bazy kontaktów, podejmowane działania edukacyjne, lokalne i społeczne, działania z zakresu CSR czy ekologii, a także digitalizacja oferty i sięganie po nowe technologie. Także w tej grupie aktywności powinny być uwzględniane działania dostępnościowe, które bezspornie powinny być realizowane i uwzględniane w strategiach marketingowych instytucji z sektora kultury.

Zakończenie

Instytucje związane z sektorem kultury coraz świadomiej podejmują działania zwiększające dostępność ich oferty¹¹. Na stronach internetowych instytucji kultury można odnaleźć „Deklaracje dostępności”. W placówkach umieszczone są piktogramy, instaluje się pętle indukcyjne czy korzysta z innych możliwości nowoczesnego oznaczenia przestrzeni¹². Przy okazji remontów stosowane jest projektowanie uniwersalne, tak aby zapewnić dostępność architektoniczną,

11 *Poradnik dla sektora kultury w zakresie zapewniania dostępności*, Warszawa 2021, [online], <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/dostepnosc-plus--poradnik-dla-kultury>, [dostęp: 26.04.2023].

12 Interesującym przykładem działań zwiększających dostępność oferty instytucji kultury może być zastosowanie beaconów, czyli niewielkich urządzeń komunikujących się z kompatybilną z nimi aplikacją za pomocą technologii bluetooth. Beacon, poza funkcją użytkową i komunikacyjną, umożliwia także zbieranie wartościowych danych behawioralnych. Informacje pozyskane w ten sposób umożliwiają aktywne dostosowywanie funkcjonowania instytucji do potrzeb użytkowników. Rozwiązanie jest już stosowane przez Teatr im. J. Słowackiego w Krakowie: placówka posiada dwanaście beaconów zamontowanych wewnątrz budynku, skonfigurowanych z aplikacją YourWay. Jeden z nich zamontowany jest nad drzwiami wejściowymi do budynku i opisuje dokładną ścieżkę do wejścia. Opisana technologia została także zastosowana w aplikacji Wilanów Guide, czyli wirtualnym przewodniku, który prowadzi użytkownika po wystawie, więcej: I. Manczak, M. Bajak, K. Sanak-Kosmowska, *Muzealna aplikacja mobilna a udogodnienia dla osób niepełnosprawnych: przykład Wilanów Guide*, *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, 2021, nr 2; I. Manczak, K. Sanak-Kosmowska, M. Bajak, *Zastosowanie beaconów w komunikacji marketingowej muzeów z osobami niepełnosprawnymi*, *Zarządzanie w kulturze*, 2019, nr 4, s. 551–564.

a przy wydarzeniach gwarantuje się możliwość skorzystania z transkrypcji na żywo lub tłumacza PJM. Przykładowo Muzeum Śląskie w Katowicach przy okazji remontu stworzyło specjalną strefę dla osób niewidzących i/lub autystycznych. Przygotowano tam także plan działania na rzecz dostępności oferty kulturalnej muzeum¹³. Również teatry dostosowują swoją ofertę, przykładowo Teatr im. J. Słowackiego w Krakowie na swojej stronie internetowej udostępnia listę spektakli dostępnych dla niepełnosprawnych (z podziałem na niepełnosprawność ruchu, wzroku i słuchu)¹⁴. Zapewnia audiodeskrypcje, napisy, pętle indukcyjne, proponuje TOUCH TOUR i dedykowane spotkania teatralne i filmowe. Ponadto w biurze informacji i rezerwacji biletów są dostępni pracownicy przeszkoleni do pomocy osobom z niepełnosprawnością, a nad całością działań czuwa koordynatorka do spraw dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

Reasumując, instytucje kultury, w tym teatry, stale wzbogacają swoją ofertę. Prowadzą działalność edukacyjną i społeczną, współpracują z innymi instytucjami kultury, szkołami, urzędami, przedsiębiorcami i organizacjami pozarządowymi. Chętnie korzystają z nowości technologicznych, aby uatrakcyjnić swoją ofertę, ale i poprawić komunikację z odbiorcą. Także w wymiarze artystycznym sięgają po nowe rozwiązania i formy artystycznego wyrazu. Zapraszają do współpracy młodych artystów i adaptują współczesne teksty literackie. Dbając o dostępność instytucji, realizują działania z zakresu CSR i wdrażają założenia zrównoważonego rozwoju. Wszystko to wpływa nie tylko na atrakcyjność oferty kulturalnej, ale i na budowanie marki instytucji oraz rozszerzanie grona odbiorców, przy jednoczesnym utrzymaniu dotychczasowej widowni. Dostępność jest zatem bardzo istotną częścią działalności instytucji kultury i jako taka powinna być wpisana w strategię działań, np. w kontekście budowania i utrzymywania relacji z różnymi grupami interesariuszy.

Bibliografia

- Pluszyńska, A., Kopeć, K., Laberschek, M. (red.). (2022). *Badania w sektorze kultury. Dostępność*. Wydawnictwo Attyka.
- Furtak, R. (2003). *Marketing partnerski na rynku usług*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kwiecień, A. (2019). Marketing w instytucjach kultury – potrzeby i obawy. W: B. Reformat, A. Kwiecień, A. Nocoń (red. nauk.), *Biznes w kulturze – kultura w biznesie. Nowe trendy w otoczeniu jednostek kultury*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.

13 Plan działania na rzecz poprawy dostępności [online], <https://muzeumslaskie.pl/wp-content/uploads/2017/03/Plan-dzia%C5%82ania-na-rzecz-poprawy-dost%C4%99pno%C5%9Bci.pdf> [dostęp: 13.03.2023].

14 Informacje o dostępności w Teatrze im. J. Słowackiego w Krakowie [online], <https://teatrwrakowie.pl/dostepnosc> [dostęp: 27.04.2023].

Manczak, I., Bajak, M., & Sanak-Kosmowska, K. (2021). Muzealna aplikacja mobilna a udogodnienia dla osób niepełnosprawnych: przykład Wilanów Guide. *Przegląd Prawno-Ekonomiczny*, 2: 35–54.

Manczak, I., Sanak-Kosmowska, K., Bajak, M. (2019). Zastosowanie beaconów w komunikacji marketingowej muzeów z osobami niepełnosprawnymi. *Zarządzanie w Kulturze*, 20(4), s. 551–564.

Źródła internetowe

<https://teatrzaglebia.pl>

<https://teatrwwrakowie.pl>

<https://www.narodowy.pl>

<https://muzeumslaskie.pl/>

<https://www.miesiecznik.znak.com.pl/kultura-dostepna-dlawszystkich>

Sytuacje trudne i nieprzyjemne w kontaktach z przedstawicielami ochrony zdrowia w ocenie pacjentów ze szczególnymi potrzebami oraz personelu medycznego – zestawienie ilościowe

Streszczenie

Wstęp.

Wysoki standard usług medycznych to nie tylko dobra jakość i skuteczność świadczeń, ale także dobre kontakty pacjentów z personelem medycznym.

Celem pracy była ilościowa ocena (z obu perspektyw) jakości kontaktów osób ze szczególnymi potrzebami z przedstawicielami ochrony zdrowia – zwłaszcza pod kątem występowania sytuacji trudnych i nieprzyjemnych.

Materiał i metody.

580 osób dobrowolnie – samodzielnie lub z pomocą asystenta – wypełniło anonimowy kwestionariusz, dostępny w wersji online i papierowej. Grupy badanych stanowili: opiekunowie dzieci i osób dorosłych z niepełnosprawnościami i/lub w wieku senioralnym, dorosłe osoby z orzeczoną niepełnosprawnością, seniorzy oraz przedstawiciele ochrony zdrowia. Pytania identyfikujące sytuacje nieprzyjemne dotyczyły głównie okoliczności i rodzaju problemów występujących podczas korzystania ze świadczeń medycznych. Ocenie podlegały też inne elementy – składowe syndromu wypalenia, tj. wyczerpanie i brak zaangażowania – zarówno w grupie opiekunów, jak i u pracowników ochrony zdrowia. W tej drugiej dodatkowo została przeprowadzona samoocena nt. przygotowania do pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Wyniki.

Zdecydowana większość opiekunów i pacjentów (76,55%) doświadczyła sytuacji nieprzyjemnych, w tym: 22,84% raz, 35,19% kilka razy, a 18,52% wielokrotnie. Najczęściej dochodziło do nich w gabinetach lekarskich (159 zdarzeń), na oddziałach szpitalnych (143) oraz w rejestracjach (138). Natomiast w grupie pracowników ochrony zdrowia prawie 1/3 badanych (31,2%) doświadczyła sytuacji nieprzyjemnej, wskazując pacjenta lub jego opiekunów jako źródło konfliktu.

1 Akademia WSB, Dąbrowa Górnicza, Polska, Collegium Medicum – Wydział Medyczny, Instytut Nauk o Zdrowiu

2 Akademia WSB, Dąbrowa Górnicza, Polska, Collegium Medicum – Wydział Medyczny, Instytut Nauk o Zdrowiu

Wnioski.

- 1) Sytuacje nieprzyjemne podczas kontaktów osób ze szczególnymi potrzebami z przedstawicielami ochrony zdrowia są zjawiskiem częstym;
- 2) Miejsca szczególnie „konfliktogenne” to gabinety lekarskie, oddziały szpitalne i rejestracje;
- 3) Grupy najbardziej wrażliwe na wystąpienie sytuacji nieprzyjemnych to opiekunowie młodszych dzieci i starszych dorosłych z niepełnosprawnościami oraz osoby obciążone otyłością – pacjenci, opiekunowie, a także opiekunowie otyłych podopiecznych;
- 4) Występowaniu sytuacji konfliktowych sprzyjać może wyczerpanie – zwłaszcza u pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz asystentek medycznych zatrudnionych w rejestracjach, a także wśród opiekunów osób ze szczególnymi potrzebami;
- 5) Część pracowników ochrony zdrowia przyznaje, że w ich codziennej pracy z pacjentem ze szczególnymi potrzebami towarzyszą im działania o charakterze intuicyjnym;
- 6) Istnieje potrzeba edukacji personelu medycznego w zakresie komunikacji i praktycznego postępowania z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Słowa kluczowe: pacjent ze szczególnymi potrzebami, relacja pracownik ochrony zdrowia – pacjent, syndrom wypalenia zawodowego, zespół stresu opiekuna

Difficult and unpleasant situations in contacts with healthcare professionals in the assessment of patients with special needs and medical staff – quantitative summary

Abstract

Introduction.

A high standard of medical services means not only good quality and effectiveness, but also good patient-medical contact.

The aim of this study was to quantitatively assess (from both perspectives) the quality of contacts between people with special needs and healthcare professionals, particularly in terms of the occurrence of difficult and unpleasant situations.

Material and Methods.

580 individuals voluntarily – independently or with the help of an assistant – completed an anonymous questionnaire, available online and in hard copy. The study groups included: caregivers of children and adults with disabilities and/or seniors, adults with disabilities, seniors, and healthcare professionals. Questions identifying unpleasant situations primarily concerned the circumstances and types of problems encountered when using healthcare services. Healthcare professionals also completed a self-assessment of their preparation for work with patients with special needs. Two components of burnout syndrome – exhaustion and disengagement (OLBI questionnaire) – were also assessed.

Results.

The vast majority of caregivers and patients (76.55%) experienced unpleasant situations – 22.84% once, 35.19% several times, and 18.52% repeatedly. These most frequently occurred in doctor's offices (159 incidents), hospital wards (143), and reception areas (138). Among healthcare workers, 31.2% experienced unpleasant situations, citing the patient or their caregiver as the source of conflict.

Conclusions.

- 1) Unpleasant situations during contacts between patients with special needs and healthcare professionals are common;
- 2) Places that are particularly prone to conflict include doctor's offices, hospital wards, and reception areas;
- 3) Groups most susceptible to unpleasant situations include caregivers of younger children and older adults with disabilities, as well as individuals with obesity – patients, caregivers, and caregivers of obese individuals;
- 4) Conflict situations may be facilitated by exhaustion – especially among nurses, physiotherapists, and medical assistants employed in reception areas, as well as among caregivers of people with special needs;
- 5) Some healthcare workers engage in intuitive activities in their daily work with patients with special needs;
- 6) There is a need to educate medical personnel on communication and practical management of patients with special needs.

Keywords: patient with special needs, health care worker – patient relationship, burnout syndrome, caregiver stress syndrome

Wstęp

Jakość usług opieki zdrowotnej regulują przepisy **ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia** [(m.in. Dz.U.2023.1692, z dn. 24 sierpnia 2023), **zgodnie z którą** jakość udzielanych świadczeń oceniana jest w kontekście standardów lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikacji personelu i norm zatrudnienia. Ewaluacja dla potrzeb akredytacji nie uwzględnia innej oceny pracowników niż formalne zestawienie kompetencji, podczas gdy według oceny świadczeniobiorców wysoki standard usług medycznych wyznaczają również komfortowe warunki kontaktów z personelem medycznym. Wysoki standard zachowań pracowników ochrony zdrowia w kontaktach (interakcjach, relacjach) z pacjentem wyznaczają kryteria etyczne, tj. wzajemne poszanowanie, wyrażane zarówno słownie, jak i w gestach oraz w działaniu. Interakcje te stają się bardziej wymagające, gdy pacjent i/lub towarzysząca mu osoba musi pokonać istniejące wobec niej przeszkody informacyjno-komunikacyjne, cyfrowe czy architektoniczne. Wówczas mamy do czynienia z pacjentem ze szczególnymi potrzebami. Biorąc pod uwagę fakt, że już sama relacja pacjent – pracownik ochrony zdrowia opiera się na interakcji ludzi zajmujących nierówne pozycje, to w przypadku istnienia wspomnianych barier nierówność ta zarysowuje się jeszcze wyraźniej. I choć relacje te, z racji okoliczności oraz specyfiki miejsca, są obciążone emocjonalnie, to często wymagają ścisłej współpracy, bywa że nawet przez długie lata (Kuczyńska, 2001).

Na interakcje (relacje) – zwłaszcza o charakterze konfliktu – trzeba spojrzeć z dwóch stron: z perspektywy pacjenta (i/lub jego opiekuna) oraz pracownika ochrony zdrowia. W obu przypadkach spotęgowanie odczuć negatywnych w relacjach interpersonalnych wynika m.in. z siły i rodzaju czynników (stresorów) działających w bieżącej sytuacji (tu i teraz) oraz tych o oddziaływaniu ciągłym i długotrwałym (w pracy, w rodzinie – do tego momentu). W kontekście podjętego tematu warto też pamiętać, że wymogi pracy z pacjentem oraz trudności życia codziennego – zarówno samych chorych, jak i opiekujących się nimi osób – są zazwyczaj na tyle uciążliwe, że powodują rozwój lub nasilenie istniejących (często przez długie lata) negatywnych objawów natury psychicznej i fizycznej. W konsekwencji u opiekunów rozwija się z czasem zespół stresu opiekuna (ang. *Caregiver Stress Syndrome*, CSS) w swej istocie zbliżony do syndromu wypalenia zawodowego (ang. *burnout syndrome*), obserwowanego u pracowników ochrony zdrowia. Wypaleni pracownicy, oprócz odczuwania wyczerpania fizycznego i emocjonalnego, zazwyczaj dystansują się od swojej pracy, pojawia się u nich cynizm, a także radykalnie zmienia się ich nastawienie do pacjentów – przestają ich szanować i/lub czują awersję do ludzi, którym z założenia mieli pomagać (Solecki, Klepacka, 2017; Pines, 2018).

Żadne z wymienionych wyżej negatywnych zjawisk (i postaw) nie powinno być traktowane jako usprawiedliwienie czy wytłumaczenie występowania niewłaściwych interakcji, lecz powinno być obiektem dalszej, szczegółowej diagnozy i włączenia działań zaradczych – o charakterze edukacyjnym (profilaktyczno-lecznym), terapeutycznym, a w razie potrzeby – pomocowym.

Celem badania była ocena jakości kontaktów osób ze szczególnymi potrzebami z przedstawicielami ochrony zdrowia – zwłaszcza pod kątem częstości występowania sytuacji trudnych i nieprzyjemnych.

MATERIAŁ I METODY

Badana populacja

W badaniach udział wzięło łącznie 580 osób, w tym 324 pacjentów i/lub opiekunów (osoby ze szczególnymi potrzebami) oraz 256 pracowników ochrony zdrowia. Wśród badanych świadczeniobiorców usług medycznych było 84 opiekunów dzieci z niepełnosprawnością do lat 18, 86 opiekunów dorosłych osób (+18) z niepełnosprawnościami i/lub w wieku senioralnym (+65), 82 dorosłe osoby z orzeczoną niepełnosprawnością oraz 72 seniorów. Wśród pracowników ochrony zdrowia było 52 lekarzy różnych specjalności, 41 pielęgniarek, 30 położnych, 38 ratowników medycznych, 53 fizjoterapeutów oraz 42 asystentki medyczne zatrudnione w rejestracjach.

Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Etyki ds. Badań Naukowych działającą w Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej (decyzja AWSB/KE/01/2020). Badania były dobrowolne i anonimowe. Kryteria włączenia do badań w grupie pacjentów ze szczególnymi potrzebami i ich opiekunów stanowiła przynależność do jednej z grup, której było dedykowane badanie oraz dobrowolna zgoda na udział. W grupie pracowników ochrony zdrowia kryterium włączenia do badań stanowiło wykonywanie pracy przebiegającej w stałym i bezpośrednim kontakcie z drugim człowiekiem (potrzebującym pomocy, chorym lub jego opiekunem), co wiązało się z koniecznością wchodzenia w interakcje.

Narzędzia badawcze

Badania miały charakter wywiadu pogłębionego. Realizowano je w formie anonimowej ankiety (wypełnianej samodzielnie lub z pomocą asystenta), dostępnej w wersji online (Google Forms) i papierowej. Kwestionariusz wywiadu składał się z dwóch głównych części. Pierwsza – informacyjna dotyczyła danych socjodemograficznych, tj. wiek i płeć oraz innych danych – specyficznych dla danej grupy badanych. I tak w grupie pacjentów pytano o: typ niepełnosprawności i jej przyczynę, sposób poruszania się, potrzebę pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego, sposób komunikacji oraz towarzyszące stany chorobowe. Z kolei

w grupie opiekunów dodatkowo pytano o stopień pokrewieństwa z podopiecznym, czas sprawowania opieki, stan zdrowia i funkcjonowania opiekuna, a w grupie pracowników ochrony zdrowia o miejsce zatrudnienia i staż pracy. Druga część wywiadu koncentrowała się na wzajemnych relacjach pracowników ochrony zdrowia i pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Główny akcent położono na identyfikację i charakterystykę sytuacji nieprzyjemnych i problematycznych (w tym opis zdarzenia z własnej perspektywy). Dodatkowo, opcjonalnie, opiekunowie i pacjenci mogli przekazać uwagi kierowane do personelu medycznego; mogli też wskazać dobre praktyki, z którymi się zetknęli. Natomiast pracownicy ochrony zdrowia oprócz informacji i uwag dotyczących zdarzenia dokonywali samooceny własnych kompetencji z zakresu pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami, wskazując źródło ich pochodzenia oraz wyrażali swoje opinie na temat zasadności i bieżącej potrzeby prowadzenia szkoleń i/lub warsztatów w zakresie postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami.

Wychodząc z założenia, że opieka nad chorym w domu jest formą pracy, w wyniku której może dojść do wypalenia sił – dla ujednolicenia zastosowanego narzędzia pomiarowego – zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia, jak i w grupach opiekunów dzieci i osób dorosłych ocenie poddano dwa wymiary syndromu wypalenia, tj. wyczerpanie i wycofywanie zaangażowania. Pomiarów dokonano przy użyciu kwestionariusza *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), zawierającego 16 pytań testowych – po 8 do pomiaru każdego z nich (2 podskale). W zakresie każdej podskali 4 stwierdzenia sformułowano w sposób pozytywny, np. „Kiedy pracuję, zwykle czuję się pełna(-y) energii”, oraz 4 w kontekście negatywnym, np. „Czasami robi mi się niedobrze na myśl o pracy”. W wersji przeznaczony dla opiekunów słowo „praca” zostało zamienione na „opieka”.

Pierwszy mierzony wymiar – wyczerpanie – to stan, do którego dochodzi w konsekwencji długotrwałego, intensywnego wysiłku fizycznego oraz towarzyszących mu napięć – psychicznego i emocjonalnego. Jest ono odległym w czasie skutkiem sytuacji stresowych towarzyszących wykonywaniu pracy umysłowej i/lub fizycznej – chronicznego stresu związanego z wymogami pracy (w przypadku opiekunów – długotrwałej opieki nad chorym). Drugi wymiar, czyli wycofywanie zaangażowania, dotyczy z kolei dystansowania się pracownika (opiekuna) do swojej pracy, co przejawia się zmianą podejścia do relacji interpersonalnych oraz brakiem chęci kontynuowania zadań. Oba parametry mierzono w zakresie 1–4, gdzie poszczególnym wariantom odpowiedzi przypisywane są punkty: 1 (zdecydowanie się zgadzam), 2 (zgadzam się), 3 (nie zgadzam się), 4 (zdecydowanie się nie zgadzam). Po przeliczeniu odpowiedzi sformułowanych odwrotnie obliczono średnią dla każdej podskali, a im wyższy uzyskano wynik, tym większe stwierdzono wypalenie – wyczerpanie pracownika lub opiekuna oraz zdystansowanie

wobec pracy/opieki (Demerouti, 2001; Baka, Basińska, 2016; Chirkowska-Smolak, 2018).

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano szczegółowym analizom ilościowym i jakościowym, jednakże dla potrzeb niniejszego opracowania przedstawiono tylko wyniki ilościowe – wartości procentowe, średnie i odchylenia standardowe. Analizy zostały przeprowadzone oddzielnie w grupie pacjentów i opiekunów (grupa osób ze szczególnymi potrzebami) oraz pracowników ochrony zdrowia. Analizie statystycznej podlegały również zależności, jednak te zostaną szczegółowo omówione w innym opracowaniu.

Wyniki

Sytuacje nieprzyjemne i trudne – dane ilościowe.

Zdecydowana większość opiekunów i pacjentów ($N = 248$; 76,55%) doświadczyła sytuacji nieprzyjemnych w kontaktach z personelem ochrony zdrowia, w tym: 74 osoby raz, 114 osób kilka razy, a 60 osób wielokrotnie. W grupie pracowników ochrony zdrowia sytuacja prezentowała się odwrotnie – większość pracowników nie potrafiła jednoznacznie wskazać sytuacji nieprzyjemnej podczas pracy z pacjentem. Tylko niespełna 1/3 tej grupy ($N = 80$; 31,25%) przyznała, że doświadczyła takiej sytuacji podczas pracy, wskazując pacjenta lub jego opiekunów jako źródło konfliktu. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Częstość oraz czas wystąpienia sytuacji problematycznych (z odrębnym uwzględnieniem okresu pandemii SARS-CoV-2)

	Pacjenci i opiekunowie			Pracownicy ochrony zdrowia		
Częstość zdarzeń Czas - od zdarzenia do dnia badania	raz	kilka razy	wielokrotnie	raz	kilka razy	wielokrotnie
Kilka lub kilkanaście lat	48	49	29	10	10	2
Ostatni rok	15	32	21	17	9	2
Ostatni miesiąc	7	12	6	6	10	1
Ostatni tydzień	4	11	4	5	8	0
Okres pandemii (od 2020 do II połowy 2022)	24	43	6	10	9	0

Sytuacje nieprzyjemne i trudne – charakterystyka zdarzenia z perspektywy pacjenta lub opiekuna.

Wśród najczęściej występujących nieprzyjemnych zdarzeń wymieniany był niewłaściwy sposób komunikacji werbalnej (80%). Grupą najliczniej tu wskazywaną byli lekarze, pielęgniarki oraz asystentki medyczne pracujące w rejestracji, a sporadycznie ratownicy medyczni. Nie zabrakło też przejawów dyskryminacji w postaci odbieranie prawa do decydowania o sobie (w gabinetach lekarskich) czy uwag i/lub rozmów na temat pacjentów i/lub ich opiekunów prowadzonych w ich obecności (gabinet, oddział, rejestracja), a także przyglądania się z nieukrywanym zaciekawieniem (odpowiednio 34% i 32%). Szczególnie niepokojącym zjawiskiem, o którym informowali głównie opiekunowie chorych „neurologicznych” oraz w wieku senioralnym, były działania o charakterze przemocowym w postaci groźby przywiązania chorego do łóżka (14%). Relatywnie częstym zjawiskiem była też odmowa wejścia i /lub brak pozwolenia pozostawania na sali chorych w godzinach innych niż przewidują odwiedziny chorych – nawet jeśli chory był sam na sali i gdy był osobą w pełni niesamodzielną (32%). Zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie zwracali uwagę na fakt, że personel medyczny nie radził sobie w pełni z obsługą pacjenta z niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza otyłego lub z rozległymi niedowładami (17%). Do tego typu zdarzeń dochodziło najczęściej podczas przesadzania chorego na fotel stomatologiczny, ginekologiczny lub łóżko szpitalne. Innymi sytuacjami, na które zwracali uwagę zarówno opiekunowie, jak i sami pacjenci, był brak zainteresowania ze strony personelu pielęgniarskiego (głównie na oddziałach szpitalnych, w tym SOR), podczas gdy w tym czasie słychać było rozmowy o charakterze towarzyskim (16,5%). Konsekwencje, jakie wskazywali, były zróżnicowane – od wyziębienia pacjenta po rozwój odleżyn. Szczególnie niepokojącym zjawiskiem był brak pełnego zaznajomienia się personelu medycznego ze stanem funkcjonalnym chorego podczas hospitalizacji. W konsekwencji padały nierealne do osiągnięcia zapewnienia odnośnie efektów prowadzonego postępowania, np. hospitalizowana osoba (po dawno przebytym urazie rdzenia kręgowego, poruszająca na wózku) była zapewniana, że niebawem zacznie chodzić. Natomiast powikłania, do których doszło, oraz konieczność stosowania dodatkowych procedur medycznych i wydłużenie czasu hospitalizacji mogły być efektem nieodpowiednio dobranej terapii, co może być nawet rozpatrywane w kategorii błędów medycznych.

Sytuacje nieprzyjemne i trudne – charakterystyka zdarzenia z perspektywy pracownika ochrony zdrowia.

Przedstawiciele ochrony zdrowia wskazywali najczęściej na dwa powtarzające się aspekty: lekarze wskazywali przede wszystkim na brak współpracy ze strony pacjenta/ewentualnie jego opiekuna (43,2%) oraz sporadycznie określali

pacjenta/opiekuna jako roszczeniowego (42,7%) – często z określonymi, konkretnymi oczekiwaniami lub wymaganiami, zakwestionowanie których budziło negatywne emocje. Tę drugą opinię podzielały asystentki medyczne zatrudnione w rejestracjach (stosunek tych opinii w układzie lekarze: asystentki wynosił ok. 1 : 4). Ratownicy medyczni i lekarze (głównie zespołów ratunkowych) zgłaszali też sytuacje, w których mieli do czynienia z pacjentem agresywnym i/lub pod wpływem alkoholu bądź innych substancji psychoaktywnych (14,1%).

Sytuacje nieprzyjemne i trudne – miejsce zdarzenia.

W grupie pacjentów i/lub opiekunów do sytuacji nieprzyjemnych dochodziło w różnych miejscach – najczęściej były to gabinety lekarskie, oddziały szpitalne oraz rejestracje (wyniki szczegółowe przedstawia tabela 2).

Tabela 2. Miejsca wystąpienia sytuacji trudnych i nieprzyjemnych – zestawienie wyników ilościowych

Gabinet lekarski* (159 zdarzeń)			
Specjalność/charakter	N	% względem podgrupy*	% wszystkich zdarzeń (N = 248)
lekarza rodzinnego	45	28,3	18,15
neurologiczny	25	15,72	10,08
pediatryczny	23	14,47	9,27
ortopedyczny	21	13,21	8,47
stomatologiczny	17	10,69	6,85
okulistyczny	17	10,69	6,85
ginekologiczny	11	6,92	4,44
POBYT w szpitalu – hospitalizacja* (143 zdarzenia)			
Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)	41	28,67	16,53
o. pediatryczny	32	22,38	12,9
o. neurologiczny	31	21,68	12,5
o. chirurgiczny	25	17,48	10,08
o. internistyczny	10	6,99	4,03
o. ginekologiczno-położniczy	4	2,8	1,61

Rejestracje* (138 zdarzeń)			
opieka ambulatoryjna	86	62,32	34,68
opieka szpitalna	52	37,68	20,97
Wizyta domowa* (64 zdarzenia)			
pielęgniarka/położna	26	40,63	10,48
zespół ratunkowy	24	37,5	9,68
Lekarz	14	21,87	5,65
Laboratorium – punkt pobrań* (36 zdarzeń)			
opieka ambulatoryjna	22	61,11	8,87
opieka szpitalna	14	38,89	5,65

* Wartości nie sumują się do 100% z uwagi na skargi dotyczące wielokrotnych zdarzeń.

Warto też zasygnalizować pewną prawidłowość. W uwagach do zgłaszanych zdarzeń pojawiały się stwierdzenia, iż ciągle wyraźnie różni się sposób traktowania pacjenta/opiekuna w placówkach prywatnych (NZOZ) i publicznych. Z uwagi na fakt, że w wywiadzie nie postawiono tak sformułowanego pytania, a były to jedynie dobrowolne, niesugerowane uwagi, nie oszacowano statystycznej istotności różnic takiej oceny.

Syndrom wypalenia.

Pośród przedstawicieli ochrony zdrowia najgorzej pod tym względem wypadły trzy grupy zawodowe – kolejno: pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz asystentki medyczne, zaś najlepiej – położne. Uśrednione wyniki obu ocenianych wymiarów przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Poziom wypalenia zawodowego u przedstawicieli zawodów medycznych

Wymiar (podskala)	Lekarz	Pielęgniarka	Położna	Ratownik medyczny	Fizjoterapeuta	Asystent medyczny
	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)
Wyczerpanie	2,5 (0,52)	2,87 (0,49)	2,35 (0,48)	2,60 (0,53)	2,77 (0,48)	2,70 (0,50)
brak Zaangażowania	2,51 (0,58)	2,72 (0,47)	2,31 (0,45)	2,61 (0,50)	2,62 (0,46)	2,52 (0,43)

Oceniając syndrom wypalenia sił u opiekunów, najgorzej pod tym względem wypadli opiekunowie (rodzice) dorosłych już i starszych dzieci oraz dzieci opiekujące się rodzicem w wieku senioralnym.

Tabela 4. Syndrom wypalenia u opiekunów dzieci i osób dorosłych

Wymiar (podskala)	Opiekun młodsze- go dziecka (do lat 9)	Opiekun starsze- go dziecka (10–18 lat)	Opiekun (rodzic) osoby dorosłej z niepełno- sprawnościami	Opiekun (współmał- żonek lub krewny w zbliżonym wie- ku) osoby w wieku senioralnym	Opiekun (dziecko) oso- by w wieku senioralnym
	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)	Śr (±SD)
Wyczerpanie	2,58 (0,51)	2,84 (0,46)	2,83 (0,45)	2,36 (0,49)	2,75 (0,46)
Brak zaangażowania	2,55 (0,44)	2,7 (0,45)	2,6 (0,44)	2,32(0,46)	2,6 (0,44)

Poziom wyczerpania obserwowany u opiekunów był zbliżony do poziomu wyczerpania pielęgniarzek.

Wśród najczęściej zgłaszanych dodatkowych problemów zdrowotnych występujących u pacjentów oraz opiekunów, którzy doświadczyli sytuacji nieprzyjemnych z pracownikami ochrony zdrowia, pojawiały się: otyłość, zespoły bólowe, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 oraz choroba nowotworowa. Już pobieżna analiza uzyskanych wyników pokazała pewną prawidłowość. W grupach dorosłych pacjentów z niepełnosprawnościami i seniorów, opiekunów (dzieci i dorosłych) oraz podopiecznych (dzieci i dorosłych) bez względu na to, czy do sytuacji nieprzyjemnych dochodziło jedynie podczas kontaktów z pracownikami ochrony zdrowia, czy też łącznie z innymi zdarzeniami w obszarach życia społecznego, najczęściej zgłaszanym dodatkowym problemem zdrowotnym była otyłość (19,5%). Natomiast 8,7% respondentów zaznaczyło wariant odpowiedzi „nie chcę odpowiadać na to pytanie”.

Samooceńa pracowników ochrony zdrowia nt. przygotowania do pracy z pacjentami ze szczególnymi potrzebami.

Dla zdecydowanej większości (85%) przedstawicieli ochrony zdrowia określenie „pacjent ze szczególnymi potrzebami” oznacza pacjenta z niepełnosprawnościami – ruchową, intelektualną lub sprzężoną. Pozostała część tej grupy (13%) katalog szczególnych potrzeb pacjenta rozszerzyła jedynie o problemy funkcjonalne i poznawcze wynikające z procesu starzenia się, a 2% stwierdziło, że każda osoba

zasięgająca porady medycznej z uwagi na jej stan zdrowia lub stan zdrowia podopiecznego zasługuje na miano „osoby/pacjenta ze szczególnymi potrzebami”.

Dokonując samooceny umiejętności praktycznych, ponad połowa pracowników ochrony zdrowia (58,8%) stwierdziła, że praca z pacjentem ze szczególnymi potrzebami (w tym z niepełnosprawnością) jest dla nich codziennością i radzą sobie dobrze. Inni, pracując również na co dzień z takimi pacjentami, przyznali, że albo nie radzą sobie w pełni (6,3%), albo to dla nich sytuacja szczególna (25%), w której nie wiedzą, jak się zachować – wobec czego działają intuicyjnie. Jako główne źródła wiedzy/umiejętności w zakresie postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami były wskazywane programy ukończonych studiów (50%), przy czym w zdecydowanej większości była to edukacja dotycząca komunikacji i/lub pracy z pacjentem na wózku, a u 14% podstawy języka migowego. Spośród innych źródeł wiedzy wskazywane były szkolenia podyplomowe oraz samokształcenie z wykorzystaniem dostępnych treści, m.in. w Internecie. Stwierdzenie istnienia potrzeby prowadzenia szkoleń na temat postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami nie było równoznaczne z zainteresowaniem udziałem w takim szkoleniu, nawet bezpłatnym. Szczegóły przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Informacje na temat zasadności organizacji szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia nt. postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami a deklaracje udziału

	Tak – bardzo		Nie mam zdania	Nie
Czy szkolenie dotyczące postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami jest potrzebne?	N = 211 (82,42%)		N = 29 (11,33%)	N = 16 (6,25%)
Zainteresowanie bezpłatnym szkoleniem nt. postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami	Tak, teoretyczno-praktyczne	Tak, szkolenie tylko praktyczne	Tak, szkolenie tylko teoretyczne	Nie
	N = 45 (17,58%)	N = 43 (16,8%)	N = 41 (16,02%)	N = 127 (49,6%)

DYSKUSJA

Sytuacje trudne i nieprzyjemne o znamionach konfliktu wpisane są niejako w relacje na linii pacjent – pracownik ochrony zdrowia. Nie oznacza to jednak przyzwolenia na zachowania tego typu i trudno zaakceptować je jako obowiązujące

normy. Ten specyficzny obszar napięć interpersonalnych uwarunkowany jest zapewne wieloma czynnikami. Są to m.in. osobowość i temperament reagujących emocjonalnie stron (z rozróżnieniem pacjenta trudnego, roszczeniowego oraz wymagającego), a także ich kultura osobista, tj. sposób zachowania się wyrażany słowem, gestem czy działaniem/zaniechaniem. Istotny jest też osobniczy sposób reagowania na nieprzewidziane sytuacje stresowe, zwłaszcza w powiązaniu ze swoim „ciężarem gatunkowym” zdarzenia. Kolejnym uwarunkowaniem może być dotychczasowy przebieg (historia) stosunków pomiędzy stronami oraz istniejąca współzależność. Ta ostatnia zazwyczaj stawia pacjenta i/lub jego opiekuna w roli „petenta”, a ewentualne dodatkowe problemy związane z pokonywaniem barier o charakterze informacyjno-komunikacyjnym, cyfrowym czy architektonicznym klasyfikują odbiorcę usług medycznych jako pacjenta ze szczególnymi potrzebami często potrzebującego dodatkowej pomocy (Kuczyńska, 2001). Z kolei ten fakt może nie tylko wydłużać procedury, ale też – w zależności od rodzaju ograniczeń/stopnia dostępności placówki i przygotowania personelu w tym obszarze – wpływać na ocenę (poziom satysfakcji) pacjenta. Sytuację dodatkowo komplikować mogą uwarunkowania systemowe, tj. ograniczony dostęp do nieodpłatnych procedur leczniczych, wyrażony np. zakresem świadczonych usług czy wydłużeniem czasu oczekiwania na poradę/terapię/hospitalizację), brak pełnej dostępności placówki, a nawet brak uniwersalnego wzorca zachowań komunikacyjnych.

Mimo że uzyskane wyniki potraktować należy jako wstępne (częstkowe) m.in. z uwagi na liczebność poszczególnych podgrup badanych, to już na tym etapie dane ilościowe dotyczące występowania zdarzeń nieprzyjemnych i trudnych w grupie opiekunów i pacjentów ze szczególnymi potrzebami budzą niepokój. Zdecydowana ich większość (ponad 3/4) doświadczyła sytuacji nieprzyjemnych w kontaktach z personelem ochrony zdrowia, a o tym, że nie były to zjawiska incydentalne, świadczyła ich powtarzalność (174 zdarzenia spośród 248 zgłoszonych określone zostały jako kilkukrotne lub wielokrotne). O skali omawianego zjawiska świadczyć może też liczba skarg kierowanych do biura Rzecznika Praw Pacjenta. Analiza zgłoszonych spraw wskazała, że niezmiennie na przestrzeni lat najczęściej skargi dotyczą łamania prawa dostępności do świadczeń zdrowotnych. Powołując się na *Dziennik Gazetę Prawną* z początku 2023 roku, stwierdzić można, że skargi tego typu zgłasza rocznie ponad 1000 osób ze znaczną niepełnosprawnością. A to jest tylko jedna z grup „pacjentów ze szczególnymi potrzebami”. Zestawiając ilościowe dane zgłoszonych sytuacji w obu grupach – pacjentów i pracowników ochrony zdrowia – widzimy pewien dysonans. Pracownicy ochrony zdrowia zdecydowanie rzadziej (niespełna 1/3) ich zdaniem doświadczali sytuacji nieprzyjemnych. Czy tego typu ocena jest wynikiem odpowiedniej edukacji w obszarze komunikacji z pacjentem i były to reakcje podyktowane większym

poziomem empatii, czy też decydujący wpływ miały inne czynniki? Na tym etapie badań pytanie to nadal pozostaje otwarte.

Analizując uzyskane wyniki pod kątem miejsca zdarzenia, zaobserwowano dwie prawidłowości. Częściej do sytuacji nieprzyjemnych dochodziło w miejscach, do których trafiał pacjent/opiekun na wstępnym etapie rozwiązywania problemu (gabinet lekarza pierwszego kontaktu, szpitalny oddział ratunkowy, rejestracja). Możliwe, że z jednej strony to wysoki poziom stresu wyzwał reakcje emocjonalne, z drugiej zaś – przebieg wydarzeń dodatkowo stres ten mógł nasilać. Bowiem nawet tak błahy problem, jakim jest kilkusobowa kolejka, na oddziale ratunkowym nabiera zupełnie innego wymiaru. Ogólnie wiadomo, że pacjenci nie lubią kolejek (Pągowska, 2020), ale szczególnie wyraźnie widać to u osób w wieku senioralnym oraz opiekunów najmłodszych dzieci.

Druga prawidłowość odnosi się do specyfiki miejsca – relatywnie najwięcej zdarzeń odnotowano zarówno w gabinetach, jak i na oddziałach neurologicznych i pediatrycznych oraz ortopedycznych/chirurgicznych. Może to mieć związek z tzw. syndromem wypalenia personelu, w którego spektrum wpisane są wręcz sytuacje konfliktowe (Wilczek-Rużyczka, 2014). Wielu autorów (Peterson et al., 2008; Ogińska, Żuralska, 2010; Basińska, Wilczek-Rużyczka, 2011; Kurowska, Witkowska-Zuza, 2011; Kędra, Sanak, 2013; Solecki, Klepacka, 2017; Wilczek-Rużyczka, Zaczyk, 2018; Wrzesińska, Rasmus, Wicherska & Krukowska, 2015) wskazuje na powszechne występowanie tego zjawiska głównie u pielęgniarek i fizjoterapeutów zatrudnionych na tych oddziałach szpitalnych, gdzie przebywają pacjenci w najcięższym stanie (neurologia, chirurgia, ortopedia, onkologia). Warto przypomnieć, że poziom wyczerpania obserwowany u opiekunów był zbliżony do poziomu wyczerpania pielęgniarek, co sprawia, że obie strony (grupy) miały w różnym stopniu zaburzone relacje interpersonalne i w związku z tym szczególnie łatwo mogło dochodzić do sytuacji nieprzyjemnych.

Grupami najbardziej wrażliwymi na wystąpienie sytuacji nieprzyjemnych okazali się opiekunowie młodszych dzieci (pacjenci gabinetu/oddziału pediatrycznego i neurologicznego) oraz starszych dorosłych z niepełnosprawnościami. Inną ciekawą obserwacją była swoista „nadreaktywność” osób otyłych – pacjentów, opiekunów, a także opiekunów podopiecznych obarczonych otyłością. Z doniesień innych autorów wynika, że otyłość jest nie tylko objawem wielu chorób, ale często prowadzi do różnie nasilonych trudności w funkcjonowaniu społecznym, ograniczając również możliwości współpracy z personelem medycznym (Derkacz, Chmiel-Perzyńska & Marczewski, 2010; Juruć, Bogdański, 2010; Lech, Ostrowska, 2017). Ten drugi aspekt szczególnie dobrze wybrzmiał w uzyskanych wynikach własnych – grupa lekarzy często wskazywała na brak współpracy ze strony pacjenta/jego opiekuna jako źródło konfliktu, z kolei pacjenci i ich opiekunowie podkreślali, że personel medyczny nie radził sobie w pełni z obsługą

otylego pacjenta z niepełnosprawnością ruchową i/lub z rozległymi niedowładami. Co ciekawe, uwagi i obserwacje pacjentów pozostawały w sprzeczności z wysoką samooceną umiejętności własnych, jakiej dokonała znaczna część (bo prawie 60%) przedstawicieli ochrony zdrowia. Być może różnica ta wynika z faktu, że zdecydowana ich większość katalog „specjalnych potrzeb” pacjenta ograniczała wyłącznie do niepełnosprawności. Osoby te zazwyczaj nie były zainteresowane udziałem w szkoleniach. Pozostali pracownicy ochrony zdrowia, którzy stwierdzili, że albo nie radzą sobie w pełni, albo nie wiedzą, jak się zachować wobec pacjenta ze szczególnymi potrzebami i działają intuicyjnie, choć zazwyczaj widzieli potrzebę organizacji tego typu szkoleń, to też nie zawsze zgłaszali chęć udziału. Z powyższych obserwacji wynika, że istnieje potrzeba prowadzenia szkoleń z zakresu budowania i doskonalenia warsztatu pracy z pacjentem ze szczególnymi potrzebami – zarówno o charakterze teoretycznym, w tym dotyczącym dostępności różnych usług medycznych i doskonalenia technik komunikacji, jak i zajęć praktycznych – z zakresu projektowania uniwersalnego z elementami ergonomicznych aspektów pracy. Odrębny problem (w przeprowadzonym badaniu zgłoszony głównie przez ratowników medycznych) stanowi postępowanie z pacjentem agresywnym (w tym pod wpływem leków, alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych), gdzie dochodzić może wręcz do sytuacji niebezpiecznych (Mikos, Kopacz, & Żurowska, 2018; Pękala et al., 2019).

Mając na uwadze prawa pacjenta, obowiązujące normy etyczne oraz dbałość o wysoki standard usług medycznych, zdaniem autorów nie tylko trzeba monitorować poziom satysfakcji pacjentów, ale także bardziej szczegółowo identyfikować sytuacje konfliktowe oraz testować różne typy rozwiązań. Między innymi po to, by możliwe stało się wypracowanie skutecznych procedur o charakterze zaradczym, włączając w to odpowiednią (i permanentną) edukację personelu medycznego.

Wnioski

Analiza uzyskanych wyników pozwala stwierdzić, że w ocenie odbiorców świadczeń zdrowotnych sytuacje nieprzyjemne podczas kontaktów osób ze szczególnymi potrzebami z przedstawicielami ochrony zdrowia są zjawiskiem częstym (stanowisko 3/4 badanych).

Pracownicy ochrony zdrowia zdecydowanie rzadziej relacje z pacjentami określają jako nieprzyjemne (mniej niż 1/3 badanej grupy).

Miejsca szczególnie „konfliktogenne” to gabinety lekarskie, oddziały szpitalne i rejestracje, a grupy najbardziej wrażliwe na wystąpienie sytuacji nieprzyjemnych to opiekunowie młodszych dzieci i starszych dorosłych z niepełnosprawnościami

oraz osoby obciążone otyłością – pacjenci, opiekunowie, a także opiekunowie otyłych podopiecznych.

Występowaniu sytuacji konfliktowych sprzyja wyczerpanie. Wśród pracowników ochrony zdrowia najwyraźniej zależność tę widać w grupach zawodowych pielęgniarek w wieku +40, fizjoterapeutów +50 oraz asystentek medycznych zatrudnionych w rejestracjach, a po stronie świadczeniobiorców usług medycznych – u opiekunów sprawujących opiekę nad przewlekle chorymi/niepełnosprawnymi dziećmi i dorosłymi. Poziom wyczerpania obserwowany u opiekunów jest zbliżony do poziomu wyczerpania pielęgniarek.

Samoocena pracowników ochrony zdrowia w zakresie przygotowania do pracy z pacjentem ze szczególnymi potrzebami pokazała istniejące braki w wyszkoleniu, którym w codziennej pracy zawodowej towarzyszą działania o charakterze intuicyjnym. Choć zdecydowana większość badanych wskazywała na potrzebę prowadzenia szkoleń w zakresie postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami, to być może z racji ograniczania katalogu „specjalnych potrzeb” wyłącznie do niepełnosprawności nie wyraziła chęci uczestnictwa w takim szkoleniu, uznając programy ukończonych studiów oraz dostępne źródła internetowe za wystarczające.

Istnieje potrzeba kompleksowej edukacji w zakresie postępowania z pacjentem ze szczególnymi potrzebami.

Piśmiennictwo

- Baka, Ł., Basińska, B. A. (2016). Psychometric properties of the Polish version of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 67(1), 29–41. doi:10.13075/mp.5893.00353.
- Basińska, B., Wilczek-Rużyczka, E. (2011). Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. *Przegląd Psychologiczny*, 54(1), 101–114.
- Chirkowska-Smolak, T. (2018). Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory). *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 6(3), 27–47. DOI: 10.18559/SOEP.2018.3.2
- Derkacz, M., Chmiel-Perzyńska, I., Marczewski, K. (2010). Otyłość jako interdyscyplinarny problem medyczny (część I). *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 16(1), 25.
- Juruć, A., Bogdański, P. (2010). Otyłość i co dalej? O psychologicznych konsekwencjach nadmiernej masy ciała. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 1(4), 210–219.
- Kędra, E., Sanak, K. (2013). Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne*, 3(2), 119–132.

- Kuczyńska, A. (2001). Modele kontaktu lekarza z pacjentem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kurowska, K., Witkowska-Zuza, A. (2011). Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Nowiny Lekarskie*, 80(4), 277–282.
- Lech, M., Ostrowska, L. (2017). Psychologiczne aspekty otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 8(2), 63–70.
- Mikos, M., Kopacz, P., Żurowska, M. (2018). Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego. *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka*, (2), 57–65.
- Ogińska, J., Żuralska, R. (2010). Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Problemy Pielęgniarek*, 18(4), 435–422.
- Pągowska, E. (2020). *Psychiatrzy. Sekrety polskich gabinetów*.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal Advanced Nurses*, 62, 84–95, <http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.15.2.153>
- Pękała, K., Rośniak, E., Lipert, A., Machała, W., & Rasmus, P. (2019). Charakterystyka zachowań agresywnych przejawianych wobec ratowników medycznych w czasie wykonywania obowiązków służbowych. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 13(1), 18–22.
- Pines, A. M. (2012). Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej. W: *Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie*, red. Sęk H. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Solecki, L., Klepacka, P. (2017). Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej. *Medycyna Środowiskowa*, 20(1), 7–16. DOI:10.19243/2017101
- Wilczek-Rużyczka, E. (2014). *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Wolters Kluwer SA.
- Wilczek-Rużyczka, E., Zaczek, I. (2015). Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań. *Hygeia Public Health*, 50(1), 9–13.
- Wrzesińska, M., Rasmus, P., Wicherska, K., & Krukowska, J. (2015). Wypalenie zawodowe a zmienne demograficzne i psychospołeczne u aktywnych zawodowo fizjoterapeutów. *Public Health and Governance*, (3), 295–301.
- Dz.U.2023.1692, z dn. 24 sierpnia 2023.

Anna Kowalczyk¹
Iwona Nowakowska²
Magdalena Rutkowska³
Zofia Nowakowska⁴

Jakość życia kobiet z nowotworem piersi

Streszczenie

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Dużą rolę przypisuje się zachowaniom zdrowotnym kobiet, na które wpływają: otyłość, spożywanie alkoholu, palenie papierosów, brak aktywności fizycznej itp.

Po zdiagnozowaniu zaawansowanego stadium nowotworu piersi, kobietę czeka długotrwałe i trudne leczenie. Mastektomia może mieć bardzo duży wpływ na zdrowie psychiczne i samoocenę ze względu na poczucie obniżonej atrakcyjności, zmiany w postrzeganiu siebie oraz negatywny wpływ na życie seksualne i funkcjonowanie w życiu codziennym.

Słowa kluczowe: jakość życia, nowotwór piersi, diagnoza, kobieta, atrakcyjność

1 Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

2 Zakład Balneoklimatologii i Odnowy Biologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

3 Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

4 Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Studenckie Koło Naukowe Zakład Balneoklimatologii i Odnowy Biologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z nowotworem piersi.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem piersi w wieku od 36–77 lat (średnia wieku respondentek wyniosła $58,6 \pm 7,6$). Badanie przeprowadzono w formie elektronicznej (z wykorzystaniem portali społecznościowych) oraz stacjonarnej. W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowany kwestionariusz EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 wersja 3.0, w celu pomiaru jakości życia kobiet z nowotworem piersi. Dodatkowo badane kobiety zapytano o wsparcie bliskich, sytuację materialną, przynależność i znaczenie organizacji Amazonek oraz aktywność fizyczną.

W analizie statystycznej posłużono się testami: U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, chi-kwadrat Pearsona i testem korelacji rang Spearmana, przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: 58% respondentek było leczonych operacyjnie. 60% kobiet spośród wszystkich respondentek stwierdziło, że w znacznym stopniu zmniejszyło to ich poczucie kobiecości i atrakcyjności. Analiza wykazała, że kobiety miały przeciętny poziom ogólnego stanu zdrowia i jakości życia (średnia wynosiła 51,50, SD = 15,73) i był on zależny od sytuacji materialnej ($R = 0,241$, $p = 0,0159$, test R Spearmana).

Analiza statystyczna dowiodła, że kobiety aktywne fizycznie przed zachorowaniem istotnie częściej były zrzeszone w Klubach Amazonek w porównaniu z paniami deklarującymi brak aktywności fizycznej ($p = 0,0002$, test chi-kwadrat Pearsona). Aktywność fizyczną przed chorobą deklarowało 80,9% Amazonek.

Wnioski:

1. Jakość życia kobiet po nowotworze piersi jest na przeciętnym poziomie.
2. W badanej grupie kobiet z rakiem piersi leczenie onkologiczne wpłynęło znacznie na poczucie kobiecości i atrakcyjności a samo leczenie chirurgiczne i rodzaj przeprowadzonego zabiegu nie miały znaczenia.
3. Sytuacja materialna jest głównym czynnikiem determinującym jakość życia kobiet podczas leczenia raka piersi.

Quality of life of women with breast cancer

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common malignant tumor among women in Poland. A significant role is attributed to women's health behaviors, which are influenced by various factors such as obesity, alcohol consumption, smoking, lack of physical activity, etc.

After diagnosis of an advanced stage breast cancer, a woman faces a long-term and difficult treatment. Mastectomy may have a relevant impact on mental health and self-esteem due to a perceived decrease in attractiveness, changes in self-perception, a negative impact on sexual life and daily functioning.

Keywords: quality of life, breast cancer, diagnosis, woman, attractiveness

Aim of the work: Assessment of the quality of life in women with breast cancer.

Material and methods: The study included 100 women diagnosed with breast cancer, aged 36–77 (the average age of the respondents was 58.6 ± 7.6). It was conducted remotely (using social networking sites) and stationary during the 3rd Oncological March in Zgorzelec and meetings of the Amazon Association. The study used an proprietary survey questionnaire, supplemented with the standardized EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 version 3.0 questionnaire, to measure the life's quality in women with breast cancer. Additionally, participants were asked about the family support, financial situation, membership and significance of the „Amazonki” Organization and physical activity. Moreover, how do they rate their sense of attractiveness and femininity at the moment? For statistical analysis, the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Pearson's chi-square test, and Spearman's rank correlation test were used, with a significance level of $p < 0.05$.

Results:

58% of respondents underwent surgical treatment. 60% of women reported a significant decrease in their sense of femininity and attractiveness. The analysis showed that the participants had an average level of overall health and quality of life (mean score: 51.50, SD = 15.73), which was correlated with financial situation ($R = 0.241$, $p = 0.0159$, Spearman's correlation test). Statistical analysis demonstrated that women who were physically active before diagnosis were significantly more likely to be members of the „Amazonki” Club compared to those who reported a lack of physical activity ($p = 0.0002$, Pearson's chi-square test). 80.9% of Amazonki members reported engaging in physical activity before their illness.

Conclusions:

1. The quality of life among women after breast cancer is on average level.
2. In the studied group of women with breast cancer, oncological treatment significantly influenced the sense of femininity and attractiveness, while the surgical treatment itself and the type of performed procedure had no impact.
3. The financial situation is the main factor determining the quality of life of women during breast cancer treatment.

Wstęp

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem złośliwym występujący u kobiet w Polsce i na świecie. Ponadto jest jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet w Polsce. Według europejskiego ECIS (European Cancer Information System) na podstawie danych z 2020 roku rak piersi w Polsce zdiagnozowano u 25% spośród 97 465 badanych kobiet (OECD, Polska 2023). Na wybór właściwej metody leczenia wpływa wiele czynników, między innymi: stopień złośliwości nowotworu, jego zaawansowanie kliniczne, a także obecność przerzutów. Leczenie raka sutka jest procedurą wieloetapową, którą można podzielić na leczenie miejscowe i systemowe. Celem leczenia miejscowego jest usunięcie tkanki nowotworowej z piersi i pobliskich węzłów chłonnych. Natomiast leczenie systemowe ma na celu zniszczenie niewykrywalnych klinicznie mikroprzerzutów (Lorek, Boratyn-Nowicka, Nawrocki, Szlachta-Świątkowska, Musiański, Alli-Balogun, 2018; Kachaniuk i in., 2013). Stosuje się zabiegi chirurgiczne, promieniowanie jonizujące, chemioterapię, hormonoterapię i terapię ukierunkowaną molekularnie. Aby poprawić wyniki leczenia oraz zminimalizować ryzyko nawrotu nowotworu, powszechnie stosuje się kojarzenie powyższych metod (Lorek i in., 2018). Biorąc pod uwagę złożoność potrzeb pacjentek, postępowanie lecznicze powinno się koncentrować na multidyscyplinarnym podejściu, które spełnia aspekty onkologiczne, funkcjonalne i psychospołeczne (Chandran, 2024; Falcicchio, 2021; Jassem, 2018).

Zabiegi chirurgiczne są jedną z głównych metod procesu leczniczego. W ciągu ostatnich dekad głównym celem chirurgii stało się zachowanie piersi, pozwalające na lepsze utrzymanie funkcjonalności i estetycznego efektu. Leczenie chirurgiczne obejmuje zabiegi w obrębie piersi i węzłów chłonnych, a stopień zaawansowania klinicznego wpływa na rozległość zabiegu. Najbardziej inwazyjnymi zabiegami są mastektomie, czyli amputacje piersi. Jeśli u pacjentki nie występują przeciwwskazania obecnie w pierwszej kolejności proponuje się leczenie z zachowaniem piersi. Zastosowanie leczenia oszczędzającego jest korzystniejsze nie tylko z uwagi na aspekt estetyczny, ale również ze względu na jakość życia oraz wyleczalność, gdyż tak leczone pacjentki żyją dłużej niż po zastosowaniu mastektomii. Zabieg polega na usunięciu zmiany nowotworowej w obrębie tkanek zdrowych i węzłów pachowych, dzięki czemu większość piersi zostaje nie naruszona (Lorek in., 2018; Fedorczyk, Zmysłowska, 2020). Usunięcie węzłów chłonnych pachowych, czyli zabieg limfadenektomii pachowej, wiąże się między innymi z powikłaniami: ograniczeniem ruchomości w stawie barkowym oraz obrzękiem limfatycznym kończyny górnej, jednak obecnie standardem jest wcześniejsze leczenie systemowe, by uniknąć ubocznych skutków zabiegu (Fedorczyk, Zmysłowska, 2020).

Piersi nie tylko pełnią ważną rolę fizjologiczną na poszczególnych etapach życia kobiety, ale stanowią także kulturowy symbol kobiecości, zmysłowości i seksualności. Kiedy kobieta poddaje się mastektomii z powodu raka piersi, harmonia jej „idealnego ciała” zostaje zakłócona i staje się „niedoskonała”, co prowadzi do szeregu problemów związanych z seksualnością, strukturą psychologiczną, samoświadomością i obrazem siebie (Archangelo, Sabino Neto, Veiga, Garcia, Ferreira, 2019). Operacje odtwórcze piersi zajmują szczególne miejsce w procesie leczenia. Nie tylko pozwalają na zachowanie równoważnego obciążenia po obu stronach kręgosłupa, czy zachowanie odpowiedniego efektu estetycznego, ale również pozytywnie wpływają na psychikę pacjentki. Poprawiają m.in. samoocenę, poczucie atrakcyjności, funkcjonowanie psychoseksualne. Oprócz ogólnej poprawy jakości życia po operacji zmniejsza się także ryzyko wystąpienia depresji. Obecnie zaleca się, aby wszystkim pacjentkom kwalifikującym się do mastektomii zapewniono możliwość omówienia operacji rekonstrukcyjnej i poddania się jej, jeśli pozwala na to postęp leczenia i ogólny stan pacjentki (Fedorczyk, Zmysłowska, 2020). Najpowszechniej stosowaną aktualnie metodą zabiegu po mastektomii jest zastosowanie implantów, są to rekonstrukcje alloplastyczne (Fedorczyk, Zmysłowska, 2020). Stosowane są również techniki hybrydowe, które łączą wykorzystanie tkanki własnej oraz implantów, ekspanderów czy protez ekspansyjnych, w celu uzyskania większej objętości zrekonstruowanej piersi, jak i operacje odtwórcze z wykorzystaniem tkanek własnych pacjentki (Jeziorski, 2023). Niezależnie od wybranego leczenia chirurgicznego, powinno ono być uzupełnione indywidualnym przed- i pooperacyjnym programem fizjoterapeutycznym, który wspomaga osiągnięcie najbardziej satysfakcjonującego efektu wizualnego i funkcjonalnego (Woźniewski, 2020).

Rekonstrukcja piersi dzieli się na operacje jednoczasowe oraz odroczone. Rekonstrukcję jednoczasową wykonuje się u pacjentek w pierwszych dwóch stopniach zaawansowania klinicznego, które nie kwalifikują się do leczenia oszczędzającego. Polega ona na jednoczasowym uzupełnieniu miejsca po amputacji piersi. Zabieg ten wiąże się z wieloma korzyściami, zmniejszając związane z nimi obciążenia fizyczne i psychiczne. Dzięki temu pacjentki nie doświadczają utraty piersi i syndromu niepełnej kobiety (*half women complex*) w przeżywaniu własnej atrakcyjności – deklarują wyższą jakość życia oraz znacznie lepiej funkcjonują seksualnie, niż pacjentki leczone innymi metodami (Jeziorski, 2023; Ulaniecka, 2021; Woźniewski, 2020). Jednak nie u każdej kobiety możliwa jest natychmiastowa rekonstrukcja, wówczas możliwa jest operacja odroczone, wykonywana w ciągu roku po leczeniu zasadniczym, jeśli wykluczono czynny proces nowotworzenia. W niektórych przypadkach zabiegi te wymagają symetryzacji i korekcji kształtu zdrowej piersi. Część pacjentek decyduje się później na odtworzenie kompleksu brodawka–otoczek dla uzyskania najkorzystniejszego

efektu estetycznego, konsekwencją czego jest poprawa jakości życia. (Chen, 2018; Fedorczyk, Zmysłowska, 2020; Jeziorski, 2023; Ośmiałowska, Świątoniowska, Homętowska, 2018; Woźniewski, 2020).

Z każdą metodą leczenia wiążą się różne działania niepożądane, które mogą wpływać na poziom jakości życia pacjentek leczonych z powodu raka piersi (Kordek, Jassem, Potemski, 2024; Woźniewski, 2020). Wraz z ciągłym doskonaleniem metod diagnostycznych i leczniczych, przeżywalność kobiet na raka piersi wzrosła, jednak jakość ich życia nie uległa znaczącej poprawie, prawdopodobnie ze względu na niekorzystne skutki leczenia. Badania wykazały, że w trakcie diagnozy, leczenia i rekonwalescencji chore mogą zgłaszać więcej niż 10 objawów. Objawy te oddziałują na siebie i wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz nieuchronnie obniżają jakość życia pacjentek (Tao i in., 2024). Leczenie operacyjne związane jest u kobiety nie tylko z lękiem przed utratą piersi, zmianą wyglądu, ale również z obniżeniem poczucia atrakcyjności i seksualności. Dodatkowo u młodych kobiet wystąpić mogą zaburzenia sfery emocjonalnej związane z macierzyństwem i prokreacją (Gałka, Świątoniowska, Kolasińska, Hańczyc, 2018; Zdończyk, 2015). W okresie pooperacyjnym pacjentki doświadczają ogólnego osłabienia, zaburzeń snu, a także bólu i ewentualnych zmian w miejscu blizny pooperacyjnej (Ulaniecka, 2021).

Radioterapia może powodować zmęczenie, popromienne reakcje skórne, zaburzenia seksualne (Ulaniecka, 2021). Hormonoterapia z kolei może wywoływać ból i dolegliwości związane z umiejscowieniem nowotworu, zaburzenia seksualne, czasem wymioty i zmiany smaku, a także prowadzić do nadwagi i otyłości (Ulaniecka, 2021). Natomiast chemioterapia może skutkować zmianami w obrazie krwi, zaburzeniami w układzie nerwowym, np. w postaci parestezji, jak i wystąpieniem reakcji alergicznych skóry i utratą włosów. Często występują: osłabienie, nudności, wymioty, biegunki (Ulaniecka, 2021). Niewątpliwie radioterapia wiąże się z wieloma powikłaniami, które obniżają samopoczucie kobiet i powodują większy stres, co wpływa na jakość życia we wszystkich sferach (Jabłoński, Mirucka, Streb, Słowik, Jach, 2019; Cebulska, Koźlak, Kostrzewa, 2019; Ośmiałowska i in., 2018). Warto również podkreślić, że czynności dnia codziennego i podejmowana aktywność pacjentek z uwagi na osłabienie i samopoczucie stają się trudne, wymagają dużych nakładów energii, a czasami są niemożliwe (Cebulska i in., 2019; Słowik, Jabłoński, Michałowska-Kaczmarczyk, Jach, 2016). Towarzysząca chwiejność emocjonalna nie sprzyja leczeniu (Zdończyk, 2015). Leczenie hormonalne jest mniej toksyczne dla organizmu, a także przynosi mniej efektów ubocznych. Hormonoterapię wykorzystuje się u pacjentek z rozpoznaniem raka hormonozależnego, czyli wywołanego przez żeńskie hormony płciowe. Podawanie leków hormonalnych blokuje oddziaływanie estrogenów na komórki guza (Mieszkowski, Pastwik, Stejbach, Przybyłowicz, Pijankowska, 2015).

Obecnie leczenie symptomów nowotworu ewoluowało od leczenia pojedynczego objawu do leczenia wielu powiązanych objawów w ramach jednej grupy. Pojawienie się bólu w reakcji przyczynowo-skutkowej może powodować zaburzenia snu i zmęczenie (Tao i in., 2024). Z kolei reakcje zapalne mogą powodować brak apetytu, obniżyć nastrój czy wywołać podobne reakcje, które wywołuje ból (Tao i in., 2024). Oceniając nasilenie objawów, ważne jest, aby określić, w jakim stopniu wpływają one na jakość życia pacjentki (Chen i in., 2020; Tao i in., 2024).

Choroba nowotworowa zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji i poważnych zaburzeń nastroju u pacjentek. Wiele badań wykazało, że objawy psychospołeczne, zwłaszcza lęk i depresja, utrzymują się przez cały okres leczenia (Gavric, Vukovic-Kostic, 2016; Rzońca, Fronczak, 2017; Szutowicz-Wydra i in., 2016; Tao i in., 2024; Ułaniecka, 2021). Problemy psychiczne dotyczą aż 30–50% chorych. Większość pacjentek jest w stanie odbudować samopoczucie po okresie pierwszego szoku do punktu, w którym są w stanie względnie normalnie funkcjonować (Ułaniecka, 2021). Ważna jest więc wiedza dotycząca problemów, z jakimi pacjentki się mierzą, by personel medyczny mógł na każdym etapie wspierać chore w procesie leczenia i rehabilitacji. Uwzględniając stan psychiczny i powiązane z nim dobre samopoczucie chorej, brak poczucia utraty atrakcyjności odgrywa znaczącą rolę w procesie terapeutycznym (Ułaniecka, 2021; Tao i in., 2024).

Nadmienić można w kontekście występujących zaburzeń i dolegliwości pacjentów onkologicznych o koncepcji obciążenia 5d. Kompleksowo wskazuje ona na wystąpienie problemów: *death* (lęk przed śmiercią, bólem, leczeniem), *dependence* (zależność od rodziny i personelu medycznego), *disfigurement* (oszcpecenie, utrata włosów, bezpłodność, zaburzenie obrazu siebie), *disruptive* (zaburzenie relacji z ludźmi, na co ma wpływ długi pobyt w szpitalu), *disability* (osłabienie, zmęczenie, lecz także zaburzenie osiągnięć, np. sukcesów w szkole, kariery zawodowej) (Ułaniecka, 2021).

W łagodzeniu wszystkich objawów pomocna może być dobrze dobrana aktywność fizyczna. Wykazano, że przynosi ona korzyści zdrowotne na każdym etapie leczenia raka piersi i może w późniejszym czasie ograniczyć możliwość nawrotu choroby nowotworowej. Trudno też pominąć wymierne korzyści ćwiczeń związane z działaniem przeciwozrostkowym i utrzymaniem prawidłowych zakresów ruchomości w stawach oraz poprawienia siły mięśniowej w powrocie pacjentki do szeroko pojętej funkcjonalności. Ponadto ćwiczenia aerobowe są skutecznym sposobem redukcji występującego zmęczenia (Chen i in., 2020; Nurnazahiah, 2020; Yang, Liu, Zhang, 2023).

Z uwagi na to, że w Polsce proces diagnozy i leczenia raka piersi jest na wysokim poziomie, zwraca się szczególną uwagę, aby kobiety, u których kiedykolwiek zdiagnozowano raka piersi, żyły w najlepszym stanie i miały wysoką jakość życia (Fedorczyk, Zmysłowska, 2020; Tao i in., 2024).

Założenia i cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia kobiet po zdiagnozowanym nowotworze piersi.

1. Jaka jest jakość życia kobiet z rakiem piersi?
2. Jak leczenie wpłynęło na poczucie kobiecości i atrakcyjności w badanej grupie?
3. Czy czynniki socjodemograficzne mają wpływ na jakość życia kobiet?

Materiał i metody badań

Charakterystyka materiału

Badaniem objęto 110 kobiet, jednak ze względu na niepoprawnie wypełnioną ankietę do analizy końcowej zakwalifikowano 100 kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem piersi, między 36 a 77 rokiem życia (średnia wieku respondentek wyniosła 58,6, SD = 7,6). Badanie przeprowadzono w formie elektronicznej (z wykorzystaniem portali społecznościowych) oraz stacjonarnej – podczas III Marszu Onkologicznego w Zgorzelcu i spotkań Stowarzyszenia Amazonek w okresie od 1.07.2023 do 1.12.2024. Praca badawcza otrzymała pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach nr BNW/ NWN/0052/KB/131/23. Szczegółową charakterystykę badanych kobiet umieszczono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy kobiet

Zmienna	Min.	Maks.	M	SD	Me	Q1	Q3	P
Wiek [lata]	58,5	77	58,61	7,65	58,5	55	63	0,22936
Ciężar ciała [kg]	50,00	90,00	66,95	9,14	66,50	60,00	74,50	0,08901
Wysokość ciała [m]	1,50	1,80	1,66	0,07	1,66	1,62	1,72	0,41352
BMI	18,78	34,18	24,30	3,53	23,49	21,91	25,50	< 0,0001*
Czas od diagnozy [miesiące]	1,00	15,00	5,00	2,84	5,00	4,00	7,00	< 0,0001*

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimalna wartość, Maks. – maksymalna wartość,
Me – mediana, Q – kwartył, * test normalności rozkładu Shapiro-Wilk

Tabela 2. Charakterystyka badanych kobiet – dane socjodemograficzne

Zmienna		N	%
Wiek	< 49	11	11
	50–59	45	45
	60–69	36	36
	70–79	8	8
Wykształcenie	podstawowe	2	2
	zawodowe	16	16
	średnie	45	45
	wyższe	37	37
Stan cywilny	panna	3	3
	mężatka	73	73
	rozwidziona	7	7
	wdowa	4	4
Typ wykonywanej pracy	związek partnerski	13	13
	bezrobotna	2	2
	fizyczna	5	5
	prowadzenie gospodarstwa domowego	3	3
Miejsce zamieszkania	umysłowa	29	29
	emerytura/renta	61	61
	wieś	14	14
	miasto do 50 tys. mieszkańców	39	39%
Czas od diagnozy	miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców	11	11%
	miasto od 100 tys. do 200 tys. mieszkańców	23	23%
	miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	13	13%
	1–5 miesięcy	51	51
	6–10 miesięcy	39	39
	11–15 miesięcy	10	10

Zostały przyjęte następujące kryteria włączenia do badań: płeć żeńska, zgoda na udział w badaniu, poprawne wypełnienia ankiety, kobiety ze zdiagnozowanym nowotworem gruczołu piersiowego podczas leczenia.

Metody badawcze

W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz ankiety, którego pierwsza część zawierała pytania dotyczące: wieku, masy i wysokości ciała, wykształcenia, stanu cywilnego, rodzaju wykonywanej pracy, miejsca zamieszkania. Druga część ankiety dotyczyła diagnozy i leczenia raka piersi. Dodatkowo badane kobiety zostały zapytane o wsparcie bliskich, sytuację materialną, przynależność i znaczenie organizacji, Amazonek, czy noszą peruki i korzystają z chust lub turbanów. Na końcu zapytano, jak oceniają w obecnej chwili swoje poczucie atrakcyjności i kobiecości.

Do oceny jakości życia posłużono się standaryzowanym kwestionariuszem EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer) QLQ-C30 wersja 3.0. Na jego wykorzystanie otrzymano zgodę od EORTC (Zawisza, Tobiasz-Adamczyk, Nowak, Kulig, Jędryś, 2010). Do formularza QLQ-C30 został dołączony standaryzowany klucz, za pomocą którego odczytano i opracowano wyniki. Kwestionariusz zawierał 30 pytań pozwalających ocenić globalną jakość życia i w poszczególnych jej domenach, jak również stan zdrowia w różnych aspektach, i symptomy towarzyszące chorobie. Pytania poruszały zagadnienia związane z funkcjonowaniem fizycznym, ograniczeniami w wykonywaniu pracy zawodowej, realizowaniu hobby, czy uczestniczeniu w życiu rodzinnym i towarzyskim. Badane kobiety oceniały objawy, takie jak: duszność, ból, bezsenność, osłabienie, brak apetytu, nudności, wymioty, zaparcia, biegunka, zmęczenie. Ponadto poruszały kwestie emocji: napięcie, martwienie się, rozdrażnienie, przygnębienie. Oceniano także wpływ choroby na sytuację finansową. Ostatnie dwa pytania dotyczyły ogólnej oceny stanu zdrowia i jakości życia w tygodniu poprzedzającym badanie, w skali od bardzo złego do doskonałego. Odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu miały przypisaną wartość punktową od 1 do 4 (1pkt – wcale, 2 pkt – trochę, 3 pkt – znacznie, 4 pkt – bardzo), z jakimi trudnościami spotykały się badane w życiu codziennym. Początkowe pytania dotyczyły kwestii zmęczenia związanego z wykonywaniem codziennych czynności, takich jak: dźwiganie ciężkiej torby, krótki spacer, długi spacer. Poruszały również potrzebę odpoczynku w trakcie dnia oraz pomoc w codziennych czynnościach, takich jak jedzenie, mycie się. Następnie ankietowane określały w oparciu o doświadczenia z ostatniego tygodnia ograniczenia, z jakimi się mierzyły w ramach wykonywanej pracy lub innych codziennych czynności oraz realizacji swoich hobby lub innych przyjemności. Oceniały także objawy: osłabienie, brak apetytu, nudności, wymioty, zaparcia, duszności, bóle, potrzebę odpoczynku oraz trudności ze snem. Dla ujednolicenia wyników surowych w zakresie 0–100 została użyta transformacja liniowa. W ocenie globalnego stanu zdrowia – im wynik był wyższy, tym lepsza była ocena tego wskaźnika przez badane. Wysoki poziom funkcjonowania był oznaczany przez wysoki

wynik w skali funkcjonalnej, obejmującej sprawność, pracę, emocje, funkcjonowanie poznawcze i społeczne. Natomiast wysoki wynik w skalach symptomów oznaczał wysoki poziom problemów.

W analizie statystycznej posłużono się testami: dla porównania dwóch prób niezależnych – test U Manna-Whitneya, dla porównania wielu prób test ANOVA Kruskala-Wallisa. W celu zbadania zależności między wybranymi zmiennymi posłużono się testem niezależności chi-kwadrat Pearsona oraz testem korelacji R Spearmana. W opracowaniu statystycznym za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki badań i ich omówienie

Pacjentki, które wzięły udział w badaniu, były w trakcie leczenia uzupełniającego. W 58 (58%) przypadkach była to chemioterapia, natomiast po 21 (21%) pacjentek zadeklarowało, że były w trakcie radioterapii lub hormonoterapii. Jeśli chodzi o rodzaj leczenia chirurgicznego, to ponad połowa 57 (57%) badanych była po całkowitym usunięciu piersi wraz z węzłami chłonnymi. Operację oszczędzającą przeprowadzono u 23 (23%) pacjentek, 4 (4%) pacjentki były po całkowitym usunięciu piersi, ale bez węzłów chłonnych, a u dwóch (2%) pacjentek nastąpiło usunięcie piersi częściowe. Natomiast 14 (14%) kobiet było przed operacją chirurgiczną.

Najwięcej pacjentek, bo 39 (39%), dowiedziało się o zmianach podczas mammografii, 27 (27%) kobiet wyczuło zmiany podczas samobadania piersi, a 21 (21%) podczas badania u ginekologa. Odpowiedź „przypadkowo” zaznaczyło 13 (13%) ankietowanych. Oprócz obecności guza u 60 (60%) pacjentek nie było innych objawów, u 13 (13%) powiększone były węzły chłonne, a 7 (7%) pacjentek miało guzki satelitarne. Zmiany w piersi lewej wystąpiły u 52 (52%) kobiet, a w piersi prawej u 48 (48%).

Ankietowane kobiety w 39 (39%) przypadkach zadeklarowały stosowanie protezy piersi, natomiast na zabieg rekonstrukcji piersi zdecydowało się lub zamierza się zdecydować 15 (15%) pacjentek.

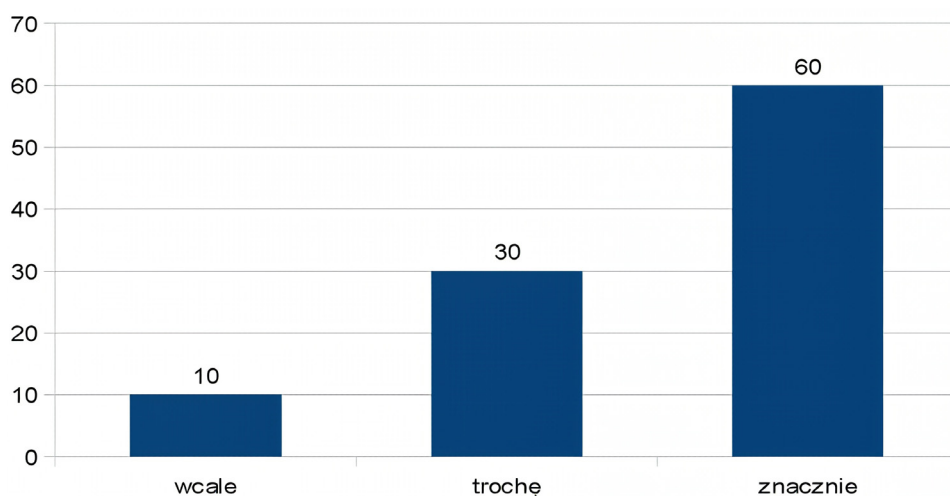
Jakość życia

W ocenie jakości życia w pierwszej kolejności sprawdzono sytuację materialną ankietowanych. 57 (57%) pacjentek oceniło ją jako zadowalającą, 24 (24%) kobiety jako przeciętną, 17 (17%) jako dobrą, a tylko dwie (2%) jako bardzo dobrą. Żadna z kobiet nie oceniła swojej sytuacji materialnej jako poniżej normy. Natomiast zdecydowana większość, bo aż 80 (80%) respondentek stwierdziło, że doszło do pogorszenia sytuacji materialnej w związku z chorobą, a tylko u 20 (20%) kobiet sytuacja materialna nie zmieniła się.

Na wsparcie w czasie choroby ze strony bliskich mogło liczyć 95 (95%) pacjentek, niestety 5 (5%) kobiet nie otrzymało tak potrzebnego wsparcia.

Pacjentki oceniły subiektywnie, w jakim stopniu zmieniło się ich poczucie kobiecości i atrakcyjności. Zmniejszenie w znacznym stopniu poczucia kobiecości i atrakcyjności w wyniku leczenia odczuwała ponad połowa badanych kobiet (wykres 1).

Wykres 1. Zmniejszenie poczucia kobiecości i atrakcyjności u badanej grupy kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego



Podjęto również próbę zbadania zmniejszenia poczucia kobiecości i atrakcyjności w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego. Analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w poziomie poczucia kobiecości i atrakcyjności ze względu na rodzaj zabiegu chirurgicznego $p = 0,7623$ (test Wilcoxona).

Zastosowany kwestionariusz oceny jakości życia QLQ-C30 pozwolił ocenić 5 skal, odnoszących się do: funkcjonowania fizycznego, pełnienia ról społecznych, funkcjonowania emocjonalnego, pamięci i koncentracji, funkcjonowania społecznego. Ponadto 3 skale oceniające objawy chorobowe: zmęczenie, nudności i wymioty oraz ból, a także skalę ogólnej oceny stanu zdrowia. Ankieta zawierała również 6 pozycji oceniających dodatkowe objawy, jakie mogą występować w chorobie nowotworowej (tabela 3).

Tabela 3. Ocena jakości życia badanych kobiet, kwestionariusz jakości życia QLQ-C30

<i>Zmienne</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Q1</i>	<i>Me</i>	<i>Q3</i>
QL2 – globalna ocena stanu zdrowia	51,50	15,73	16,67	83,33	41,67	50,00	66,67
PF2 – sprawność	74,73	20,55	33,33	100,00	60,00	73,33	93,33
RF2 – praca	74,17	19,30	33,33	100,00	66,67	66,67	83,33
EF – emocje	50,42	18,33	0,00	100,00	33,33	41,67	66,67
CF – funkcjonowanie poznawcze	83,50	18,42	33,33	100,00	66,67	91,67	100,00
SF – funkcjonowanie społeczne	76,00	20,28	33,33	100,00	66,67	83,33	100,00
FA – zmęczenie	45,89	20,69	0,00	88,89	33,33	44,44	66,67
NV – nudności i wymioty	40,67	28,56	0,00	100,00	16,67	50,00	66,67
PA – ból	37,17	18,02	0,00	66,67	25,00	33,33	50,00
DY – duszność	15,00	20,85	0,00	66,67	0,00	0,00	33,33
SL – bezsenność	27,67	24,64	0,00	66,67	0,00	33,33	33,33
AP – brak apetytu	21,00	24,46	0,00	66,67	0,00	0,00	33,33
CO – zaparcia	2,67	9,09	0,00	33,33	0,00	0,00	0,00
DI – biegunki	15,67	24,82	0,00	66,67	0,00	0,00	33,33
FI – trudności finansowe	29,00	24,46	0,00	100,00	0,00	33,33	33,33

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimalna wartość, Maks. – maksymalna wartość, Me – mediana, Q1 – kwartył pierwszy, Q3 – kwartył trzeci

W badanej grupie analiza wykazała, że kobiety miały przeciętny poziom ogólnego stanu zdrowia i jakości życia (średnia wynosiła 51,50, SD =15,73, mediana 50,00).

Analiza statystyczna z użyciem testu U Manna-Whitneya udowodniła występujące różnice w poziomie jakości życia kobiet z rakiem piersi ze względu na rodzaj leczenia chirurgicznego. Wykazano istotne statystycznie różnice w poziomie funkcjonowania fizycznego oraz symptomów (tabela 4).

Tabela 4. Ocena jakości życia a rodzaj leczenia chirurgicznego

Zmienna	Rodzaj leczenia chirurgicznego				Z	p
	operacja oszczędzająca (usunięcie guza)		usunięcie piersi częściowe / całkowite			
	M	SD	M	SD		
QL2 – globalna ocena stanu zdrowia	51,45	20,05	53,17	13,67	0,302	0,7623
PF2 – sprawność	67,83	17,94	79,68	20,26	2,478	0,0132*
RF2 – praca	73,91	21,22	76,72	18,58	0,624	0,5324
EF – emocje	50,00	19,94	51,32	17,85	0,634	0,5260
CF – funkcjonowanie poznawcze	81,16	20,29	85,19	17,22	0,771	0,4408
SF – funkcjonowanie społeczne	72,46	22,81	76,19	19,79	0,561	0,5748
FA – zmęczenie	46,38	19,14	43,03	21,54	-0,942	0,3464
NV – nudności i wymioty	21,74	27,26	46,83	26,75	3,420	0,0006*
PA – ból	45,65	19,60	31,75	14,27	-3,322	0,0009*
DY – duszność	13,04	19,43	11,11	17,96	-0,341	0,7327
SL – bezsenność	36,23	22,28	20,63	23,52	-2,527	0,0115*
AP – brak apetytu	23,19	27,40	18,52	23,01	-0,546	0,5848
CO – zaparcia	8,70	14,97	0,00	0,00	-1,844	0,0652
DI – biegunki	14,49	26,26	13,23	22,83	0,029	0,9766
FI – trudności finansowe	28,99	23,15	28,57	26,68	-0,190	0,8491

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

* < 0,05, test U Manna-Whitneya

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano zależność między wiekiem, wskaźnikiem BMI i sytuacją materialną a jakością życia kobiet z rakiem piersi (Tabela 5).

Tabela 5. Ocena jakości życia a czynniki socjodemograficzne

Zmienne	Wiek		Wskaźnik BMI		Sytuacja materialna	
	R	p	R	p	R	p
QL2 – globalna ocena stanu zdrowia	-0,051	0,6170	0,094	0,3544	0,241	0,0159*
PF2 – sprawność	0,101	0,3175	0,094	0,3507	0,123	0,2223
RF2 – praca	-0,030	0,7649	0,143	0,1552	0,170	0,0914
EF – emocje	-0,209	0,0370*	0,116	0,2502	0,162	0,1081
CF – funkcjonowanie poznawcze	-0,102	0,3147	0,060	0,5542	0,064	0,5275
SF – funkcjonowanie społeczne	-0,152	0,1305	0,089	0,3786	0,233	0,0196*
FA – zmęczenie	0,067	0,5084	-0,137	0,1746	-0,129	0,1999
NV – nudności i wymioty	0,050	0,6238	-0,128	0,2057	0,117	0,2447
PA – ból	0,007	0,9446	-0,096	0,3398	-0,193	0,0548
DY – duszność	-0,107	0,2904	-0,178	0,0765	-0,000	0,9988
SL – bezsenność	-0,198	0,0484*	-0,142	0,1580	-0,030	0,7656
AP – brak apetytu	-0,156	0,1201	-0,314	0,0015*	0,156	0,1212
CO – zaparcia	-0,082	0,4183	0,056	0,5830	-0,097	0,3354
DI – biegunki	-0,135	0,1799	-0,332	0,0007*	0,169	0,0927
FI – trudności finansowe	0,1010	0,3168	0,0190	0,8526	-0,4090	< 0,0001*

* < 0,05, test R Spearmana

Analiza wykazała istotne statystycznie zależności między:

- wiekiem a funkcjonowaniem emocjonalnym i symptomem – bezsenność. Wraz z wiekiem zmniejsza się poziom funkcjonowania emocjonalnego oraz bezsenności;
- wskaźnikiem BMI a brakiem apetytu i biegunkami – wraz ze wzrostem wskaźnika BMI zmniejsza się poziom związany z brakiem apetytu oraz wystąpieniem biegunk;
- sytuacją materialną a globalną oceną stanu zdrowia, funkcjonowaniem społecznym i trudnościami finansowymi – wraz z poprawą sytuacji materialnej zwiększa się poprawa globalnej oceny stanu zdrowia, funkcjonowania społecznego, zmniejszają się trudności finansowe.

Analiza statystyczna z użyciem testu ANOVA Kruskala-Wallisa wykazała istotne statystycznie różnice w poziomie jakości życia kobiet z rakiem piersi ze względu na miejsce zamieszkania. Istotne statystycznie różnice wskazano w poziomie zmęczenia ($p = 0,0418$) i duszności ($p = 0,0097$) ze względu na miejsce zamieszkania. Osoby mieszkające na wsi, w małych miejscowościach mają istotny

statystycznie niższy poziom zmęczenia i duszności niż osoby mieszkające w miastach 50 tys. – 100 tys. mieszkańców. Z kolei podobna analiza nie wykazała istotnych statystycznie różnic w poziomie jakości życia kobiet z rakiem piersi z różnym wykształceniem ($p = 0,3113$) oraz uwzględniając stan cywilny ($p = 0,7569$).

Ważnym elementem badania była ocena aktywności fizycznej. Aż 68 (68%) pacjentek było aktywnych fizycznie przed chorobą, a 32 (32%) były nieaktywne fizycznie. Natomiast leczenie onkologiczne spowodowało zmniejszenie aktywności fizycznej u 18 (18%) kobiet, u pozostałych 82 (82%) kobiet nie doszło do zmniejszenia aktywności fizycznej, bądź pozostała na tym samym poziomie.

Analiza z użyciem testu U Manna-Whitneya wskazała istotne statystycznie różnice w poziomie jakości życia kobiet z rakiem piersi ze względu na aktywność fizyczną przed chorobą (tabela 6).

Tabela 6. Aktywność fizyczna respondentek przed chorobą a ich jakość życia

Zmienne	Czy przed chorobą była Pani aktywna fizycznie?				Z	p
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD		
QL2 – globalna ocena stanu zdrowia	54,66	14,06	44,79	17,16	2,653	0,0080*
PF2 – sprawność	82,65	17,47	57,92	16,10	5,505	< 0,0001*
RF2 – praca	77,21	20,14	67,71	15,80	2,575	0,0100*
EF – emocje	52,45	18,94	46,09	16,39	1,918	0,0552
CF – funkcjonowanie poznawcze	86,03	18,12	78,12	18,18	2,021	0,0433*
SF – funkcjonowanie społeczne	76,96	19,32	73,96	22,38	0,584	0,5594
FA – zmęczenie	38,89	18,36	60,76	17,39	-4,633	0,0000*
NV – nudności i wymioty	44,85	27,96	31,77	28,20	1,991	0,0464*
PA – ból	33,82	17,51	44,27	17,25	-2,712	0,0067*
DY – duszność	9,31	17,13	27,08	23,09	-3,425	0,0006*
SL – bezsenność	20,10	24,53	43,75	15,70	-4,337	< 0,0001*
AP – brak apetytu	17,16	21,92	29,17	27,76	-1,888	0,0590
CO – zaparcia	0,98	5,67	6,25	13,22	-1,271	0,2037
DI – biegunki	13,24	23,14	20,83	27,76	-1,127	0,2598
FI – trudności finansowe	25,00	24,69	37,50	22,00	-2,235	0,0254*

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

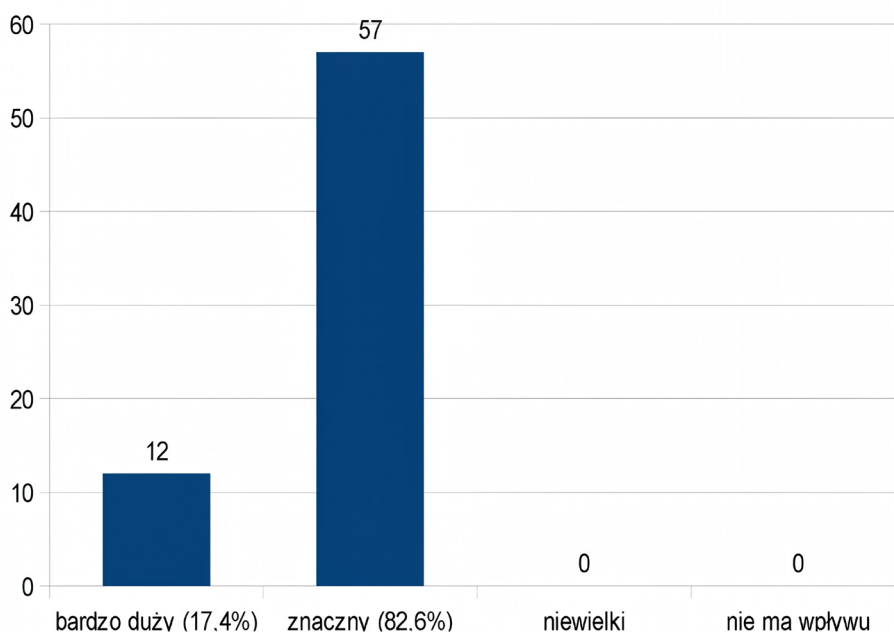
* < 0,05 test U Manna-Whitneya

Analiza wykazała istotne statystycznie różnice w ocenie:

- globalnej stanu zdrowia, sprawności, funkcjonowania w pracy, funkcjonowania emocjonalnego, poznawczego, symptomów takich jak: nudności i wymioty ze względu na aktywność fizyczną przed chorobą – w tych wszystkich aspektach osoby aktywne fizycznie miały wyższą jakość życia niż osoby nieaktywne fizycznie;
- objawów: bezsenność, zmęczenie i ból u kobiet aktywnych fizycznie przed chorobą, które występowały w większym nasileniu. Natomiast kobiety nieaktywne fizycznie przed chorobą częściej zgłaszały duszności i wymioty.

Ponad połowa, bo 69 (69%) ankietowanych należała do Klubu Amazonek, a 31 (31%) nie. Dla wszystkich kobiet przynależność do Klubu Amazonek miała bardzo duży lub znaczny wpływ (wykres 2).

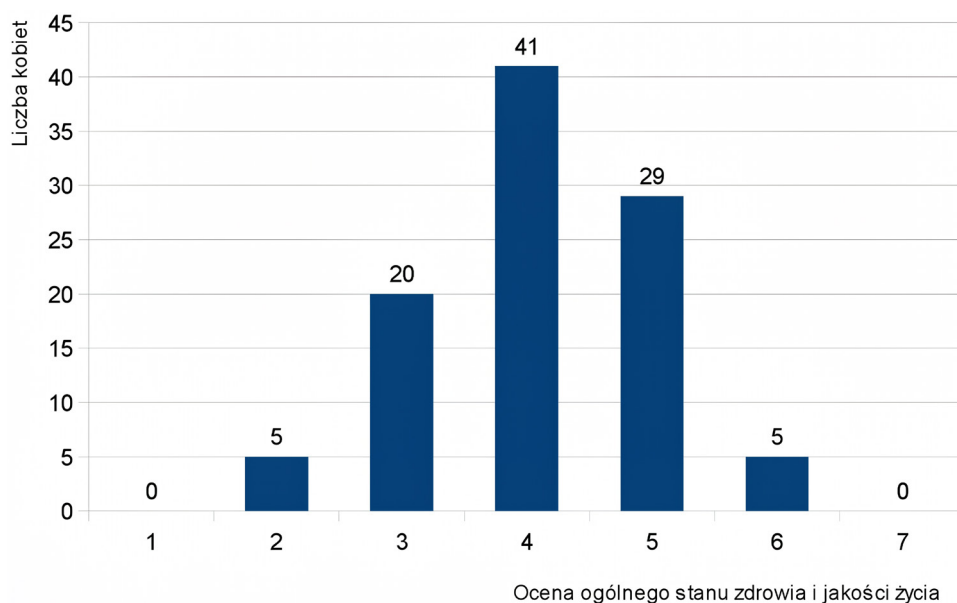
Wykres 2. Znaczenie przynależności do Klubu Amazonek dla badanych kobiet



Analiza statystyczna dowiodła, że kobiety, które deklarowały aktywność fizyczną przed zachorowaniem, istotnie częściej zrzeszały się w Klubach Amazonek w porównaniu z kobietami deklaruującymi brak aktywności fizycznej ($p = 0,0002$, test chi-kwadrat Pearsona). Aktywność fizyczną przed chorobą deklarowało 80,9% Amazonek.

Pacjentki oceniły w takim samym stopniu zarówno ogólny stan swojego zdrowia, jak i ogólną jakość swojego życia w tygodniu poprzedzającym badanie. Ogólna ocena stanu zdrowia i jakości życia przez ankietowane kobiety w skali od 1 (bardzo dobra) do 7 (doskonała) zawierała się między 2 a 6 (wartość średnia wynosiła 4,09, SD = 0,94, mediana 4), co przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Rozkład danych przedstawiający ocenę ogólnego stanu zdrowia i jakości życia kobiet po zdiagnozowaniu raka piersi



Podsumowanie

Leczenie onkologiczne jest długotrwałe i bardzo obciążające dla pacjentek, dlatego ocena jakości życia powinna być kluczowym czynnikiem, systematycznie monitorowanym w czasie i po leczeniu. Pozwala to na wskazanie, w którym obszarze (fizycznym, psychicznym i społeczno-zawodowym) osoby chore powinny uzyskać wsparcie. Wobec czego ocena jakości życia kobiet z powodu nowotworu piersi jest niezbędnym ogniwem procesu leczenia (Cebulska in., 2019; Chen i in., 2018; Gałka i in., 2018; Hurko i in., 2020; Kordek i in., 2024; Ośmiałowska i in., 2018; Puchalska i in., 2011; Prokopowicz i in., 2018; Szadowska-Szlachetka i in., 2016; Szpunar, Karczmarek-Borowska, 2018; Zdończyk, 2015).

Uzyskane dane przyczyniają się również do lepszego zrozumienia procesów adaptacji do choroby nowotworowej raka piersi (Ośmiałowska i in., 2018; Puchalska, Sierko, Sokół, Wojtukiewicz, 2011). Do jej oceny najczęściej

wykorzystywany jest standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ-C30, który został wykorzystany w badaniach własnych. Wiele badań wskazuje, że choroba nowotworowa często obniża jakość życia, wpływając na różne domeny (Cebulska i in., 2019; Ośmiałowska i in., 2018; Puchalska, Sierko, Sokół, Wojtukiewicz, 2011; Kordek i in., 2024; Gałka i in., 2018; Prokopowicz i in., 2018; Chen i in., 2018; Szpunar i in., 2018).

W badaniach własnych kobiety z rakiem piersi miały przeciętny ogólny stan zdrowia i jakość życia. Badane najwyżej oceniły funkcjonowanie poznawcze, na które składa się pamięć i koncentracja, natomiast najniżej oceniły funkcjonowanie emocjonalne. Bardzo podobne wyniki odnotowano w badaniach Cebulskiej i wsp. u pacjentek leczonych cytostatykami, gdzie ogólny stan jakości życia był również na przeciętnym poziomie i najlepiej ocenione zostało funkcjonowanie poznawcze, a najgorzej funkcjonowanie emocjonalne (Cebulska i in., 2019). Według badań Kulig przeprowadzonych w klubach Amazonek i badań Dyszy, kobiety po mastektomii mają obniżoną jakość życia zarówno w sferze fizycznej, jak i psychologicznej. Rekonstrukcja piersi, a także wybór metody leczenia i zakres interwencji nie są obojętne w ocenie jakości życia chorych (Dyszy, 2021; Kulig, Herman, Zyznawska, 2015). Dyszy w analizie piśmiennictwa dotyczącego rekonstrukcji piersi metodą DIEP wskazuje, że pacjentki po tej rekonstrukcji doświadczają znacznej poprawy jakości życia (Dyszy, 2021). Rzońca i Fronczak wykazują, że przeprowadzenie rekonstrukcji piersi w znacznym stopniu podwyższyło ogólną jakość życia kobiet. Operacja ta miała wpływ na poprawę wyglądu, co przekładało się na zwiększenie samoakceptacji oraz własnego wizerunku pacjentek. Wiązało się to również z poprawą relacji w związku oraz z większą satysfakcją płynącą z życia seksualnego kobiet (Rzońca, Fronczak, 2017). Siqueira i wsp. podkreślają, że brak zabiegu rekonstrukcji może negatywnie wpłynąć na jakość życia kobiet, szczególnie wtedy, gdy kobiety wyrażają chęć zrekonstruowania piersi. W badaniach podkreślono, że brak rekonstrukcji piersi w badanej grupie wpływał negatywnie nie tylko na ogólną jakość życia, ale także na aspekty relacji fizycznych i społecznych (Siqueira i in., 2020). Z kolei Zhong i wsp. wykazali, że mastektomia z natychmiastową rekonstrukcją piersi może chronić pacjentki z rakiem piersi przed okresem cierpienia psychospołecznego, niezadowolenia z wyglądu i z życia seksualnego w porównaniu do kobiet, które przeszły rekonstrukcję oddaloną w czasie (Zhong i in., 2016).

Nie bez znaczenia pozostaje czas, w którym dokonuje się oceny jakości życia kobiet, co w przypadku badań własnych mogło mieć szczególne znaczenie, gdyż większość badanych była krótko po leczeniu onkologicznym i bez wykonanej rekonstrukcji piersi, co w konsekwencji mogło wpłynąć na niższą ocenę jakości życia. Trudno jednoznacznie zweryfikować to w odniesieniu do badań własnych, gdyż 57% badanych kobiet było przed zabiegiem rekonstrukcji. Słowik i wsp. oraz

Michałowska i wsp. wskazują również na poprawę samopoczucia i wyższą samoocę pacjentek po rekonstrukcji piersi. Kobiety po zabiegu częściej zgłaszają poprawę w sferach takich jak: odpoczynek i sen, zdolność do pracy, odczuwanie negatywnych emocji oraz zasoby finansowe. Zadowolenie z efektu rekonstrukcji i uzyskania symetrii w wyglądzie piersi ma kluczowe znaczenie dla poprawy jakości ich życia (Michałowska, 2021; Słowik i in., 2016). W badaniach własnych stwierdzono, że rodzaj techniki operacyjnej nie wpływa na ogólną jakość życia kobiet. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Słowik i wsp., gdzie u kobiet leczonych różnymi metodami operacyjnymi pacjentki uzyskały średni poziom ogólnej jakości życia (Słowik in., 2016). Badania prowadzone przez Szadowską-Szlachetkę i wsp. wśród pacjentek w trakcie radioterapii dowiodły, że choroba nowotworowa pogarsza jakość życia we wszystkich sferach.

Kobiety nisko oceniały funkcjonowanie w zakresie postrzegania obrazu własnego ciała, funkcjonowanie i satysfakcję seksualną oraz perspektywę na przyszłość. W badaniach Gangane i wsp. młody wiek, brak wykształcenia i brak partnera były zmiennymi socjodemograficznymi negatywnie wpływającymi na jakość życia badanych. Z kolei zatrudnienie, wyższe wykształcenie, wysokie wynagrodzenie i wysokie poczucie własnej skuteczności pozytywnie wpływało na jakość życia (Gangane i in., 2017). Pogorszenie sytuacji materialnej w związku z chorobą dotknęło znacznej większości kobiet. W badaniach Puchalskiej i wsp. do pogorszenia sytuacji materialnej doszło u niecałej połowy respondentek (Puchalska i in., 2011). Kurowska i wsp. zaobserwowały, że najwyższą akceptacją choroby wykazały się panny, a najniższą rozwódki i wdowy. Także kobiety aktywne zawodowo lepiej przystosowywały się do choroby niż emerytki (Kurowska, Splerewska, 2012). W badaniach własnych, jak i Musiał i wsp. wykazano, że stan cywilny oraz wykształcenie nie miały wpływu na ogólną ocenę jakości życia kobiet z nowotworem piersi (Musiał, Sendek, Zalewska-Puchała, 2013).

Warto podkreślić szczególnie trudną sytuację młodych kobiet związaną z obawami o płodność, dzieci i powiązane z tym kwestie finansowe, a także z organizacyjnymi trudnościami i poczuciem izolacji społecznej. Również aspekt wizualny szczególnie ważny jest dla pacjentek w młodszym wieku. W badaniu własnym najwięcej było kobiet w wieku 50–59 lat i starszych, które nie zdecydowały się na zabieg rekonstrukcji piersi. Ponadto wiele kobiet odmówiło wypełnienia ankiety. Wśród nich mogły być kobiety w złej kondycji psychicznej, fizycznej oraz w depresji, co zazwyczaj wiąże się z odmową udziału w badaniu (Szutowicz-Wydra i in., 2016).

Ankietowane kobiety w 39% zadeklarowały stosowanie protezy piersi. Natomiast ze względu na małą liczbę respondentek po rekonstrukcji piersi w badaniach własnych nie można było stwierdzić lepszej jakości życia tych kobiet w porównaniu z paniami, które nie przeszły rekonstrukcji. Jednak badania Gałki i wsp.

dowodzą, że pacjentki po mastektomii piersi były najmniej zadowolone z obrazu swojego ciała, a kobiety po mastektomii piersi z jednoczesną rekonstrukcją miały znacznie lepsze wyniki (Gałka i in., 2018). Badania Trybulec i wsp. wykazały, że spośród wszystkich domen najniższą jakość życia odnotowano dla domeny związanej z perspektywą na przyszłość, obrazem ciała oraz stresem związanym z wypadaniem włosów (Trybulec, Georgiew, Borowiec-Trybulec, 2019).

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że ocena obniżenia przez ponad połowę pacjentek poczucia kobiecości i atrakcyjności w znacznym stopniu ma związek z procesem leczenia onkologicznego, a nie tylko z rodzajem przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego. Niestety, tylko 10% kobiet stwierdziło, że zmniejszenie poczucia kobiecości i atrakcyjności u nich nie nastąpiło. Oznacza to, że kobiety nie akceptują swojego wyglądu. Badania Zdończyka również wykazały, że mastektomia oraz skutki uboczne leczenia wpływają negatywnie na postrzeganie obrazu własnego ciała, co przekłada się na ogólną samoocenę i poczucie wartości. Pomimo znaczącego postępu leczenia raka piersi kobiety w dalszym ciągu kojarzą zabieg chirurgiczny z okaleczeniem ciała (Zdończyk, 2015).

Wiele badań podkreśla znaczenie aktywności fizycznej w leczeniu i rekonwalescencji w chorobie nowotworowej. Spośród ankietowanych 68% kobiet zadeklarowało, że przed chorobą były aktywne fizycznie. W związku z tym ocena funkcjonowania fizycznego u tych pacjentek osiągnęła wartość powyżej 80 punktów, co wskazuje na dobre poczucie globalnej oceny stanu zdrowia. Sprawność u tych kobiet jest znacznie lepsza niż u pacjentek nieaktywnych fizycznie przed chorobą, które uzyskały wynik prawie 58 punktów. W badaniach własnych duża część respondentek udzielała odpowiedzi podczas spotkania Klubu Amazonek, a także podczas marszu onkologicznego, co może wiązać się z wystarczającym poziomem deklarowanej aktywności fizycznej w badanej grupie. W badaniach Prokopowicz i wsp. stwierdzono, że aktywność fizyczna ma kluczowe znaczenie w utrzymaniu sprawności fizycznej i bezpośrednio wpływa na jakość życia. Badania wykazały również, że choroba nowotworowa piersi motywuje pacjentki do uczestniczenia w zajęciach ruchowych, a także do zmiany stylu życia (Prokopowicz i in., 2018). Yang i wsp. podkreślają rolę aktywności fizycznej w okresie przedoperacyjnym na utrzymanie lub powrót funkcji kończyn górnych po zabiegu chirurgicznym (Yang, Sokolof, Gulati, 2018). Jednak naistotniejszą rolę aktywności fizycznej przypisuje się w zakresie zmniejszenia ryzyka zachorowania, jak i nawrotu choroby nowotworowej (Szpunar i in., 2018).

Nie bez znaczenia pozostaje przynależność do Klubu Amazonek, która może dać wiele korzyści w postaci wsparcia, motywacji i uczestnictwa w różnych zajęciach, w tym aktywności fizycznej. Przykładem mogą być zajęcia nordic walking, które poprawiają ogólną wydolność organizmu, usprawniają funkcje kończyn górnych i dolnych (Yang i in., 2018; Sprod, Drum, Bentz, Carter, Schneider,

2005). W badaniach własnych ponad 82% respondentek przynależało do Klubu Amazonek. W związku z tym można przypuszczać, że przynależność do tych organizacji przekłada się na większą aktywność fizyczną kobiet.

Wnioski

1. Jakość życia kobiet po nowotworze piersi jest na przeciętnym poziomie.
2. U badanej grupy kobiet z rakiem piersi leczenie onkologiczne wpłynęło znacznie na poczucie kobiecości i atrakcyjności, a samo leczenie chirurgiczne i rodzaj przeprowadzonego zabiegu nie miało znaczenia.
3. Sytuacja materialna jest głównym czynnikiem determinującym jakość życia kobiet podczas leczenia raka piersi.

Literatura

- Archangelo, S., Sabino Neto, M., Veiga, D., Garcia, E., & Ferreira, L. (2019). Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*, 74: e833.
- Boratyn-Nowicka, A., Nawrocki, S., Szlachta-Świątkowska, E., Musiański, P., & Allibalogun, A. (2018). *Chirurgia onkologiczna. Skrypt dla studentów wydziału lekarskiego*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 9: 60–73.
- Chandran, G., Tang, N., Ngo, E., Huang, S., Tong, S., Ong, J., & Chew, E. (2024). Comparing the efficacy of a multi-dimensional breast cancer rehabilitation programme versus a home-based exercise programme during adjuvant cancer treatment. *BMC Cancer*, 24(1): 361.
- Chen, I., Wang, C., Wang, S., Cheng, S., Yu, T., & Kuo, S. (2020). Mediating effects of shoulder-arm exercise on the postoperative severity of symptoms and quality of life of women with breast Cancer. *BMC Women's Health*, 20(1), 101.
- Chen, W., Lv, X., Xu, X., Gao, X., & Wang, B. (2018). Meta-analysis for psychological impact of breast reconstruction in patients with breast cancer. *Breast Cancer*, 25(4): 464–469.
- Dyszy, S. (2021). Jakość życia po zabiegu rekonstrukcji piersi metodą DIEP – analiza piśmiennictwa. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2: 74–76.
- Falcicchio, C., Di Lallo, D., Fabi, A., Bonucciego, A., Perrone M., Pac, A., Corti, A., Giacomelli, L., & Pugliese, P. (2021). Use of rehabilitation pathways in women with breast cancer in the first 12 months of the disease: a retrospective study. *BMC Cancer*, 21(1): 311.
- Fedorczyk, A., Zmysłowska, M. (2020). *Audyt leczenia raka piersi w Polsce 2010–2020. Warunki dalszego postępu. Rozmowy na dziesięciolecie PARS*. Wyd. Polskie Amazonki Ruch Społeczny.

- Gałka, A., Świątoniowska, N., Kolańska, J., & Hańczyc, P. (2018). Ocena jakości życia kobiet z rakiem piersi w zależności od zastosowanej metody leczenia chirurgicznego. *Palliative Medicine in Practice*, 12(2): 76–85.
- Gangane, N., Khairkar, P., Hurtig, A., & San Sebastián M. (2017). Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. *Asian Pac J Cancer Prev*, 18(12): 3325–3332.
- Gavric, Z., Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Glob J Health Sci.*, 8(9): 52792.
- Hurko, Ż., Owłasiuk, A., & Malesińska, M. (2020). Opieka nad pacjentką z rakiem piersi. W: *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, t. VI (ss. 286–308). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Jassem, J., Krzakowski, M., Bobek-Billewicz, B., Duchnowska, R., Jeziorski, A., Olszewski, W., Senkus-Konefka, E., Tchórzewska-Korba, H., & Wysocki, P. (2020). Breast cancer. *Oncol Clin Pract*, 16(5): 207–260.
- Jeziorski, A., Maciejewski, A. (red.). (2023). *Biblioteka chirurga onkologa. Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna w onkologii* (s. 55–57), t. 25. Via Medica.
- Kachaniuk, H., Stanisławek, A., Bartoszek, A., Kocka, K., Szadowska-Szlachetka, Z., & Charzyńska-Gula, M. (2013). An analysis of selected health behaviours of women as breast cancer risk factors. *Przegląd Menopauzalny*, 6(6): 453–458.
- Kulig, K., Herman, R., Zyznawska, J. (2015). *Jakość życia po mastektomii*. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kurowska, K., Splerewska, B. (2012). Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Piel Chir Angiol*, 3: 114–122.
- Michałowska, S. (2021). *Psychologiczne komponenty funkcjonowania kobiet z mutacją genetyczną BRCA1 i/lub BRCA2 w kontekście decyzji o wykonaniu operacji profilaktycznych – mastektomii i adnektomii*. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie.
- Mieszkowski, J., Pastwik, M., Stejbach, K., Przybyłowicz, M., & Pijankowska, E. (2015). Kompleksowe postępowanie lecznicze nowotworów gruczołu sutkowego. *Journal of Education, Health and Sport*, 5(7): 314–342.
- Musiał, Z., Sendecka, W., & Zalewska-Puchała, J. (2013). Jakość życia kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(1): 38–46.
- Nurnazahiah, A., Shahril, M., Nor Syamimi, Z., Ahmad, A., Sulaiman, S., & Lin Lua, P. (2020). Relationship of objectively measured physical activity and sedentary behaviour with health-related quality of life among breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*, 23, 222.
- OECD (2023). Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles. OECD Publishing.
- Ośmiałowska, E., Świątoniowska, N., & Homętowska, H. (2018). Quality of life in patients diagnosed with breast cancer. *Palliative Medicine in Practice*, 12(3): 143–150.

- Prokopowicz, K., Kozdroń, E., Prokopowicz, G., Molik, B., Berk, A., & Mucha, J. (2018). Uwarunkowania aktywności fizycznej kobiet po przebytych leczeniu operacyjnym raka piersi. *Hyg. Pub. Health*, 53(1): 100–105.
- Puchalska, M., Sierko, E., Sokół, M., & Wojtukiewicz, M. (2011). Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(3): 341–347.
- Rzońca, A., Fronczak, A. (2017). Wpływ rekonstrukcji piersi na jakość życia kobiet po przebytej mastektomii. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(4), 481–488.
- Siqueira, H., Teixeira, J., Filho, R., Hora, E., Brasileiro, F., Souza Borges, K., Abreu Costa Brito, E., Lima, M., Marques, A., Moura, A., Figueiredo Júnior, T., Oliveira, T., Vasconcelos, A., & Lima, C. (2020). Patient satisfaction and quality of life in breast reconstruction: assessment of outcomes of immediate, delayed, and nonreconstruction. *BMC Res Notes*, 13: 223.
- Słowik, A., Jabłoński, M., Michałowska-Kaczmarczyk, A., & Jach, R. (2016). Badanie jakości życia kobiet z rakiem piersi, ze szczególnym uwzględnieniem satysfakcji seksualnej i perspektyw na przyszłość oraz obrazu ciała w zależności od zastosowanej metody leczenia operacyjnego. *Psychiatr. Pol.*, 56: 1–18.
- Sprod, L. K., Drum, S. N., Bentz, A. T., Carter, S. D., & Schneider, C. M. (2005). The effects of walking poles on shoulder function in breast cancer survivors. *Integr Cancer Ther*, 4(4): 287–93.
- Szadowska-Szlachetka, Z., Kapitan, J., Pietraszek, A., Janczaruk, M., Stanisławek, A., & Łuczyk, M. (2016). Funkcjonowanie pacjentek chorych na raka piersi leczonych metodą radioterapii. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9): 489–497.
- Szpunar, J., Karczmarek-Borowska, B. (2018). Aktywność fizyczna w chorobie nowotworowej. *Problemy Nauk Stosowanych*, 8: 185–192.
- Szutowicz-Wydra, B., Wydra, J., Kruszewski, W. J., Ciesielski, M., Szajewski, M., Walczak, J., & Hansdorfer-Korzon, R. (2016). Jakość życia kobiet w Polsce z rakiem piersi leczonych mastektomią i rekonstrukcją piersi jest taka sama jak po leczeniu oszczędzającym piersi. *Polski Przegląd Chirurgiczny*, 88(5): 464–474.
- Tao, L., Lv, J., Zhong, T., Zeng, X., Han, M., Fu, L., & Chen, H. (2024). Effects of sleep disturbance, cancer-related fatigue, and psychological distress on breast cancer patients' quality of life: a prospective longitudinal observational study. *Sci Rep*, 14(1): 8632.
- Trybulec, A., Georgiew, F., & Borowiec-Trybulec, K. (2019). Ocena jakości życia pacjentek leczonych onkologicznie z powodu raka piersi. *Health Promotion & Physical Activity*, 4(9): 14–20.
- Ulaniecka, N. (2021). *Doświadczenie choroby nowotworowej. Aspekty psychospołeczne* (ss. 43–46, 244–245). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Woźniewski, M. (2020). *Fizjoterapia w onkologii* (ss. 147–155). PZWL.

- Yang, A., Sokolof, J., & Gulati, A. (2018). The effect of preoperative exercise on upper extremity recovery following breast cancer surgery: a systematic review. *Int J Rehabil Res*, 41(3): 189–196.
- Yang, H., Liu, L., & Zhang, X. (2023). Exercise interventions on body composition and quality of life of overweight/obese breast cancer survivors: a meta-analysis. *BMC Women's Health*, 23(1): 484.
- Zawisza, K., Tobiasz-Adamczyk, B., Nowak, W., Kulig, J., & Jędrys, J. (2010). Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QLQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekol Pol*. 81: 262–267.
- Zdończyk, S. (2015). Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego. *Pom J Life Sci*, 61(2): 199–206.
- Zhong, T., Hu, J., Bagher, S., Vo, A., O'Neill, A., Butler, K., Novak, C., Hofer, S., & Metcalfe, K. (2016). A Comparison of Psychological Response, Body Image, Sexuality, and Quality of Life between Immediate and Delayed Autologous Tissue Breast Reconstruction: A Prospective Long-Term Outcome Study. *Plast Reconstr Surg*, 138(4): 772–780.

dr n. med. Anna Kowalczyk¹

dr n. o zdr. Magdalena Rutkowska²

dr n. o zdr. Iwona Nowakowska³

Zofia Nowakowska⁴

Jakość życia pacjentów ze stomią jelitową

Streszczenie

Wstęp: Stomia jest chirurgicznym wytworzeniem połączenia między światłem jelita a powierzchnią skóry. Wyróżnia się stomie wyłonię czasowo oraz wytworzone na stałe. W przypadku układu pokarmowego stomia może być wyłonię na jelicie grubym lub cienkim, jest to odpowiednio kolostomia oraz ileostomia. Rak jelita grubego jest najczęstszym nowotworem złośliwym przewodu pokarmowego i to właśnie on jest uważany za główną przyczynę wyłonięcia stomii jelitowej – stanowi około 77% przypadków. Fizjoterapia i aktywność fizyczna są ważnym elementem w procesie zdrowienia i poprawie jakości życia.

Słowa kluczowe: ileostomia, kolostomia, jakość życia, aktywność fizyczna, fizjoterapia

Cel: Celem pracy była ocena jakości życia i fizjoterapii u pacjentów ze stomią jelitową.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono u 84 osób ze stomią jelitową – ileostomia (58% badanych) i kolostomia (42% badanych). Kobiety stanowiły 65% (n = 55) badanych, a mężczyźni 35% (n = 29), średnia wieku wynosiła 43,08 (SD = 14,28) lat. W badaniach posłużono się dwoma kwestionariuszami ankiety. Pierwszy, własnego autorstwa, składający się z 24 pytań i drugi, standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Poziom istotności dla wszystkich analiz przyjęty został jako $p < 0,05$.

Wyniki: Wśród badanych 36% swój stan zdrowia w subiektywnej ocenie uznało jako dobry. Podobne wyniki uzyskano z użyciem kwestionariusza SF-36. Analiza wykazała, że u 56% badanych nie było wdrożonej fizjoterapii. Uprawianie aktywności fizycznej deklarowało 62% badanych.

Wnioski: Jakość życia pozostaje na dobrym poziomie i pogarsza się wraz z wiekiem u pacjentów z wyłoniętą stomią. Pomimo braku fizjoterapii po wyłonieniu stomii jelitowej wśród badanych, większość deklarowała regularną aktywność fizyczną. Dane socjodemograficzne nie miały wpływu na wdrożenie fizjoterapii.

1 Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

2 Zakład Kinezyterapii i Metod Specjalnych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

3 Zakład Balneoklimatologii i Odnowy Biologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

4 Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Studenckie Koło Naukowe Zakład Balneoklimatologii i Odnowy Biologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Quality of life of patients with intestinal stoma

Abstract

Introduction: A stoma is a surgical creation of a connection between the intestinal lumen and the skin surface. We distinguish temporary and permanent stomas. The type of stoma is related to its location. The exteriorization can involve the small bowel (ileostomy) or large bowel (colostomy). Colorectal cancer is the most common malignant tumor of the digestive tract and is considered the main cause of intestinal stoma – it accounts for approximately 77% of cases. Physiotherapy and physical activity is an important element in the recovery process and improving the quality of life.

Objective: The aim of the study was to assess the quality of life and implementation of rehabilitation in patients with intestinal stoma.

Material and methods: The study was conducted on 84 people with an intestinal stoma – ileostomy (58% of respondents) and colostomy (42% of respondents). Women constituted 65% (n = 55) of the respondents and 35% (n=29) were men. The average age of the surveyed people was 43,08 (SD = 14,28) years. The research tools were two survey questionnaires, one of our own design consisting of 24 questions and the other a standardized SF-36 quality of life assessment questionnaire. The significance level for all analyzed was $p < 0.05$.

Results: The majority of respondents (36%) assessed their health as good. The results of the SF-36 questionnaire showed that respondents also assessed their quality of life as good. The analysis showed that no physiotherapy was implemented in 56% of the respondents. 62% of the respondents declared engaging in physically active.

Conclusions: The quality of life remains good and deteriorates with age in patients with a stoma. Despite the lack of physiotherapy after the creation of an intestinal stoma, the majority declared regular physical activity. Sociodemographic data did not influence the implementation of physiotherapy.

Wprowadzenie

Nowotwory jelita często wiążą się z koniecznością resekcji zmienionej chorobowo tkanki – stomia niejednokrotnie jest jedyną możliwością na dalsze życie. Pacjenci muszą na nowo zaakceptować siebie i sytuację, w jakiej się znaleźli, nauczyć się radzić sobie z emocjami. Zabieg wyłonienia stomii jelitowej znacząco wpływa na sferę psychiczną, fizyczną i społeczno-zawodową pacjenta. Cenne jest wsparcie bliskich osób, ich akceptacja i zrozumienie (Dziedzic i in., 2019; Glińska i in., 2013).

W Polsce chorzy ze stomią nie byli poddani badaniom epidemiologicznym, dlatego można odnosić się tylko do danych orientacyjnych. Najbardziej wiarygodne informacje pochodzą z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – wynika z nich, że w Polsce przeprowadzanych jest rocznie 6000–7000 zabiegów operacyjnych wyłonienia stomii (Cierzniańska, Szewczyk, 2018). Ze względu na coraz większą zachorowalność na choroby przewodu pokarmowego, stwierdza się, że w Polsce ze stomią jelitową żyje około 40 tysięcy osób (Bednarek, Włodarczak, 2018; Szpilewska i in., 2018). Biorąc pod uwagę złożone w NFZ wnioski o refundację zaopatrzenia stomijnego w 2012 roku wynika, że skorzystało z nich 47 981 osób. Większość – 72% dotyczyła pacjentów z kolostomią, a 15% – z ileostomią. Najczęściej chorowali pacjenci w województwie wielkopolskim, a najrzadziej w małopolskim (Cierzniańska i in., 2018).

Stomia jest chirurgicznym wytworzeniem połączenia między światłem jelita a powierzchnią skóry. Zabieg wyłonienia stomii jelitowej polega na przecięciu powłok brzusznych, śluzówka jelita zostaje wywinięta i zszyta ze skórą (Urbanik, Pachocka, 2015). Wyróżniamy stomie wyłonięte czasowo (gdy jest szansa na wyleczenie i ciągłość jelita zostanie odtworzona) oraz wytworzone na stałe (gdy nie ma możliwości odtworzenia). Rodzaj stomii związany jest z umiejscowieniem wyłonienia. Ileostomia wykonywana jest na jelicie cienkim jako zespolenie z jelitem krętym. Kolostomia wykonywana jest na jelicie grubym jako zespolenie z okrężnicą (wstępującą, zstępującą, esicą bądź okrężnicą poprzeczną), (Ambe i in., 2018; Bednarek i in., 2018; Przyszlak, Żmuda-Trzebiatowska, 2016).

Główną przyczyną wyłonienia stomii jelitowej jest rak jelita grubego (77% przypadków), (Cierzniańska i in., 2018; Bednarek i in., 2018). Inne wskazania do tego zabiegu obejmują: choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), mnogą polipowatość rodzinną, chorobę uchyłkową jelit, niedrożność przewodu pokarmowego, zapalenie otrzewnej, martwicę ścian w przebiegu niedokrwienia, uszkodzenia w wyniku urazu, perforacje jelita, obarczenie jelita i wady wrodzone (Cierzniańska i in., 2018; Urbanik i in., 2015; Hermann, Banasiewicz, 2017). Prawidłowo przeprowadzony zabieg wyłonienia przetoki jelitowej – dokładność i precyzyjność chirurga, technika zabiegu

jest najlepszym sposobem na uniknięcie powikłań (Biskup, 2015; Cierzniałowska i in., 2018; Mickiewicz, Czadek, Szlagatys-Sidorkiewicz 2016). Wpływ ma także zaawansowanie choroby, sposób odżywiania (pacjenci niedożywieni mają większą skłonność do powikłań pooperacyjnych) oraz przepływ krwi (Mickiewicz i in., 2016). Powikłania leczenia operacyjnego mogą wystąpić na wczesnym etapie (do 30 doby po operacji) lub po 30 dniach od wykonanej operacji, jako powikłania późne, i mogą mieć charakter metaboliczny, chirurgiczny czy dermatologiczny (Bednarek i in., 2018; Biskup, 2015). Wśród nich najczęściej wymienia się: obrzęk, niedokrwienie, martwicę, krwawienie, wciągnięcie, zarośnięcie, wypadanie stomii, przepuklinę okołostomijną i powikłania skórne (Biskup, 2015; Majewska, 2016; Skibiński i in., 2015).

Dbanie o higienę i przestrzeganie zasad pielęgnacji stomii znacząco poprawia funkcjonowanie pacjenta oraz minimalizuje ryzyko powikłań. Samodzielna wymiana sprzętu stomijnego nie jest trudna, a odpowiednie przeszkolenie i wiedza przekazana przez pielęgniarkę stomijną zmniejsza strach i poprawia komfort życia pacjenta. Na rynku dostępnych jest wiele dodatkowych akcesoriów stomijnych, których znaczenie trudno przecenić (Bednarek i in., 2018; Jankowska-Puzio, 2019).

Jakość życia jest pojęciem nacechowanym wieloma zmiennymi. Zależna jest przede wszystkim od indywidualnych wartości danej osoby, dlatego można ją nazywać oceną subiektywną (Szymańska-Pomorska i in., 2015). Oceniana jest pod kątem zarówno pozytywnym, jak i negatywnym w sferze psychicznej, emocjonalnej, fizycznej oraz społeczno-zawodowej. Często do pogorszenia jakości życia dochodzi w momencie pojawienia się różnego rodzaju chorób, szczególnie choroby przewlekłej, z którą pacjenci muszą nauczyć się żyć. Niejednokrotnie wiąże się to ze zmianą dotychczasowego trybu życia, zmianą pracy i dostosowaniem się do zalecanej farmakoterapii oraz korzystania ze specjalistycznego sprzętu medycznego (Ciećko, Bandurska, Zarzeczna-Baran, Siemińska, 2017; Glińska i in., 2014; Zhang, Xian, Yang, Zhang, Wang, 2019).

Zabiegi operacyjne, w tym zabieg wyłonienia stomii jelitowej, mogą mieć wpływ na obniżenie jakości życia. Zazwyczaj towarzyszą im emocje, takie jak: strach, niepewność, smutek i bezradność. Holistyczne podejście do pacjenta, uwzględniające wszystkie sfery życia człowieka: medyczną, psychiczną, fizyczną i społeczno-zawodową oraz dobre stosunki z rodziną, bliskimi, znajomymi, a także z personelem medycznym towarzyszącym w procesie zdrowienia, pozytywnie wpływają na jakość życia osoby chorej (Dziki, Szymczak, Glińska, Dziki, 2016; Szpilewska i in., 2018).

Sfera fizyczna człowieka opisuje przede wszystkim jego aktywność fizyczną, która towarzyszy mu przez całe życie. W jednostkach chorobowych aktywność fizyczna połączona jest z rehabilitacją – ruchową, psychospołeczną i seksualną. Duży wpływ na intensywność i rodzaj aktywności ma sytuacja zdrowotna,

dlatego rehabilitacja ruchowa powinna być rozpoczęta przed planowanym zabiegiem i kontynuowana po zabiegu, zwiększając swoją intensywność (Czyżewski i in., 2018; Ławnik, 2015).

Fizjoterapia pacjentów po zabiegu wyłonięcia stomii składa się z dwóch faz: przedoperacyjnej i pooperacyjnej. Faza przedoperacyjna zaczyna się w momencie uświadamiania i przekazywania informacji na temat stomii, poczynając od informacji ogólnych poprzez naukę czynności higienicznych i pielęgnacyjnych. Fizjoterapia zawiera także ćwiczenia oddechowe i naukę efektywnego kaszlu w celu uniknięcia powikłań. Ćwiczenia oddechowe torem piersiowym minimalizują obciążanie na tłocznię brzuszną, a tym samym ból pooperacyjny w miejscu rany (Ławnik, 2015; Woźniewski, 2020a). Fizjoterapia oddechowa powinna opierać się na krótkich, głębokich wdechach nosem, i długich, głębokich wydechach ustami. Stosunek długości wdechu do wydechu powinien wynosić 1:2 lub 1:3, a w serii powinno wykonać się 3–4 oddechy (Woźniewski, 2020a, 2020b). Ćwiczenia te powinny być kontynuowane również w fazie pooperacyjnej. W pierwszych godzinach po zabiegu należy je połączyć z ćwiczeniami krążeniowymi lub ćwiczeniami biernymi oraz z pozycjami ułożeniowymi. Po konsultacji z lekarzem rozpoczynana jest pionizacja pacjenta, najczęściej w drugiej lub trzeciej dobie po operacji. Zaczyna się wraz z asekuracją od siadu z podparciem, siadu ze spuszczonego nogami z łóżka oraz stopniowo w pozycji pionowej, najpierw z wykorzystaniem np. balkonika, dążąc do samodzielnego utrzymania tej postawy, pokonania kilku kroków i spaceru. Po wypisaniu ze szpitala pacjent w domu nie powinien nadwężać tłoczni brzusznej, dlatego wskazane jest chodzenie w pozycji lekkiego zgięcia tułowia, co zmniejsza może ból pooperacyjny. Całkowite wyprostowanie sylwetki powinno nastąpić około czwartego, piątego tygodnia od zabiegu (Ławnik, 2015).

Po zakończonym czasie rekonwalescencji dąży się, aby pacjenci uzyskali sprawność fizyczną podobną do okresu sprzed zabiegu. Należy wówczas kontynuować fizjoterapię oddechową oraz włączyć ćwiczenia wzmacniające, szczególnie mięśnie brzucha i dna miednicy. Wskazane jest także systematycznie wykonywanie ćwiczeń ogólnokondycyjnych (Ławnik, 2015).

Rehabilitacja psychospołeczna opiera się na podejściu psychologicznym pacjenta do nowej sytuacji, w jakiej znalazł się po zabiegu oraz na jej społecznych aspektach, jakimi są kontakty z rodziną, znajomymi i praca zawodowa. Po zabiegu wyłonięcia stomii chory musi na nowo zaakceptować swoje ciało i sytuację, w jakiej się znalazł. Pacjenci często odczuwają lęk, niepokój, pesymistycznie oceniają swoją sytuację, a nawet towarzyszy im rozdrażnienie i żal wynikający z bezradności, co może prowadzić do depresji. Ważnym elementem rehabilitacji psychospołecznej jest wsparcie ze strony najbliższych osób – rodziny, przyjaciół, znajomych. Zmniejsza to izolację pacjenta i poprawia kontakty, daje możliwość

rozmowy, także o swoich obawach i problemach. Jeśli pacjent nie może otrzymać takiego wsparcia, to w celu zminimalizowania odizolowania się od społeczności powinien zaangażować się w różnego rodzaju grupy, kluby i towarzystwa wsparcia dla osób ze stomią (Ławnik, 2015). Rozmowy i wskazówki od innych osób będą cennym elementem w utrzymaniu sprawności psychicznej na dobrym poziomie. Istotnym ogniwem rehabilitacji może być także pomoc psychologiczna, która pomoże w akceptacji nowej sytuacji. Wsparcie uzyskuje chory także od pielęgniarki, która sprawuje opiekę nad pacjentem jeszcze w szpitalu, udzielając cennych wskazówek, zachowując spokój i cierpliwość, tłumacząc zasady higieny i pielęgnacji stomii z wykorzystaniem sprzętu stomijnego. Wszystkie te elementy znacząco wpływają na poprawę komfortu psychicznego, dodają odwagi i motywują (Jankowska-Puzio, 2019).

Pacjenci ze stomią jelitową często wycofują się z życia społecznego i aktywności zawodowej. Boją się braku akceptacji i reakcji innych osób na stomię. Unikają wydarzeń kulturalnych, spotkań ze znajomymi, a ich zainteresowania odchodzą na dalszy plan. Dlatego tak ważne jest, aby osoby te nie izolowały się od społeczeństwa. Rehabilitacja psychospołeczna powinna dążyć do uzyskania przez pacjenta dobrostanu w każdej sferze życia. Powinna być oparta na rozwiązywaniu problemów i dołożeniu wszelkich starań, aby pacjent wrócił do pełnej sprawności psychicznej, wyznaczył nowe cele w życiu i z pozytywnym nastawieniem kontynuował swoje pasje (Ayaz-Alkaya, 2019; Nowicki, Farbicka, 2016).

Cel badania

Celem pracy była ocena jakości życia i wdrożenia fizjoterapii u pacjentów ze stomią jelitową. Cel główny uszczegółowiono w postaci pytań badawczych:

1. Jaka jest jakość życia i poszczególnych sfer życia pacjentów ze stomią jelitową?
2. Czy przed lub/i po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej była wdrożona fizjoterapia?
3. Jaka jest aktywność fizyczna pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej?
4. Czy czynniki socjodemograficzne mają wpływ na jakość życia i wdrożenie fizjoterapii?

Materiał i metody

Projekt badawczy zrealizowano w latach 2021–2022. Kwestionariusz ankiety rozprowadzany był poprzez portale społecznościowe w postaci linku do ankiety w grupach osób z wyłonią stomią jelitową. Badania były anonimowe i dobrowolne. Badanym przedstawiono cel badań, zostali też poinformowani o wykorzystaniu wyników wyłącznie do celów naukowych.

Badanie przeprowadzono wśród 90 osób ze stomią jelitową – ileostomią i kolostomią. Kryterium włączenia do badań było aktualne posiadanie stomii jelitowej – kolostomii bądź ileostomii, wiek powyżej 18 lat oraz dobrowolna zgoda pacjenta na udział w badaniu. Kryterium wyłączenia była obecność innego rodzaju stomii niż jelitowa, np. urostomii lub nefrostomii, oraz stan po zespoleniu stomii (gdy stomia była wyłoniona czasowo i przeprowadzono już zabieg zamknięcia stomii). Ostatecznie w analizie uwzględniono 84 osoby (6 zostało wykluczonych ze względu na niekompletnie wypełniony kwestionariusz ankiety). W badanej grupie kobiety stanowiły 65% (n = 55), 35% (n = 29) stanowili mężczyźni. Charakterystykę badanych przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka badanych, n=84

<i>Zmienna</i>	<i>Średnia</i>	<i>Mediana</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Odchylenie standardowe</i>	<i>Współczynnik zmienności</i>	<i>p*</i>
Wiek	43,08	39,50	19,00	76,00	14,28	33,14	0,00097**
Ciężar ciała	70,11	68,00	35,00	118,00	16,70	23,82	0,51141
Wysokość Ciała	167,83	169,00	100,00	188,00	11,68	6,96	<0,00001**

* normalność rozkładu test Shapiro-Wilka

** <0,05

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy, n=84

<i>Zmienne</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Płeć	kobiety	55
	mężczyźni	29
BMI	wyglodzenie	3
	wychudzenie	1
	niedowaga	2
	norma	39
	nadwaga	31
	otyłość I stopnia	6
	otyłość II stopnia	2
	wieś	16
Zamieszkanie	miasto do 50 tys. mieszkańców	21
	miasto od 50 - 100 tys. mieszkańców	22
	miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	25

Zmienne		n	%
Wykształcenie	podstawowe	3	4
	zawodowe	15	18
	średnie	32	38
	wyższe	34	40
Rodzaj stomii	kolostomia	35	42
	ilestomia	49	58
Przyczyna wyłonienia stomii	rak jelita, odbytu	25	30
	wrzodziejące zapalenie jelita grubego	16	19
	choroba Leśniowskiego-Crohna	19	23
	zrosty na jelicie cienkim	1	1
	choroba wrodzona, wady wrodzone układu wydalniczego i pokarmowego	3	4
	nieskuteczna operacja	3	4
	endometrioza	1	1
	zespół krótkiego jelita	1	1
	uchyłkowe zapalenie jelita grubego	1	1
	perforacja jelita (różne przyczyny)	6	7
	stan zapalny jelit	1	1
	wiele polipów wielkości 2,5cm	1	1
	przetoki odbytu	2	2
	przepuklina odbytniczo - pochwowa (rektocele)	1	1
	wiotkość mięśni odbytnicy		
	niedrożność jelit	3	4
Czas, który upłynął od zabiegu wyłonienia stomii	do miesiąca	3	4
	1 – 6 miesięcy	11	13
	7 – 11 miesięcy	8	9
	1 – 2,5 roku	30	36
	3 – 5 lat	16	19
	6 – 8 lat	9	10
	10 – 20 lat	3	4
	powyżej 20 lat	4	5
Choroby współistniejące	tak	34	40
	nie	50	60

Do przeprowadzenia badań wykorzystano kwestionariusze ankiety: autorski kwestionariusz, składający się z 24 pytań, i standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska (*Quality of Life Questionnaire SF-36 – the Polish version*), (Tylka, Piotrowicz, 2009). Na zastosowanie kwestionariusza oceny

jakości życia SF-36 uzyskano zgodę. W autorskim kwestionariuszu były zawarte pytania socjodemograficzne oraz pytania na temat rodzaju stomii, przyczyn wykonania zabiegu i czasu, który upłynął od momentu jej wyłonienia. Respondentów pytano także o choroby współistniejące i ewentualne powikłania. Dalsza część kwestionariusza dotyczyła pytań o uczestnictwo w fizjoterapii i aktywność fizyczną. Ponadto, czy otrzymali wsparcie rodziny w czasie i po wyłonieniu stomii jelitowej. Uwzględniono pytania dotyczące wpływu zabiegu na aktywność zawodową badanych i kontakty społeczne, a także akceptację wyłonienia stomii.

Kwestionariusz SF-36 pozwolił ocenić jakość życia badanej grupy w trzech sferach: fizycznej, psychicznej i społecznej. Sprawdzono funkcjonowanie fizyczne badanej osoby i występowanie ograniczeń związanych ze zdrowiem fizycznym, a także wynikających z problemów emocjonalnych, witalności, samopoczucia, odczuwania bólu i funkcjonowania społecznego. Ponadto określono u badanej osoby ogólne poczucie zdrowia.

Analizy statystyczne wykonano przy pomocy oprogramowania Statistica 13.3. Dane poddano ocenie ilościowej i jakościowej. Wyniki przedstawiono za pomocą średniej, mediany, wartości maksymalnej i minimalnej oraz odchylenia standardowego. Dla określenia związku między zmiennymi zastosowano: współczynnik korelacji R Spearmana, test t-Studenta, test chi-kwadrat Pearsona. Poziom istotności dla wszystkich analiz przyjęty został jako $p < 0,05$.

Wyniki

W pierwszej kolejności analizie poddano wyniki uzyskane z autorskiego kwestionariusza ankiety, które przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Analiza autorskiego kwestionariusza ankiety, $n=84$

Zmienne		n	%
Czy wyłonienie stomii wpłynęło na jakość życia?	tak	65	81
	nie	13	15
	nie mam zdania	6	4
Czy zaakceptowałeś u siebie stomię jelitową?	tak	61	75
	nie	12	14
	nie mam zdania	11	13
Czy miałeś wsparcie rodziny po zabiegu?	tak	79	94
	nie	5	6

Zmienne		n	%
Jakie emocje towarzyszyły Ci po zabiegu? *	niepewność	51	61
	strach	41	49
	smutek	34	40
	bezzadność	20	24
	obojętność	5	6
	obrzydzenie	4	5
	radość z nowego etapy	4	5
	zadowolenie	2	2
	ulga	2	2
	wstyd	2	2
	oszołomienie	2	2
	wściekłość	2	2
Czy zabieg wpłynął na życie zawodowe?	tak, wpłynął	29	35
	nie wpłynął	29	35
	przejście na rentę	19	23
	radzę sobie z tym od dziecka	2	2
	jestem na zwolnieniu lekarskim	2	2
	jestem na rocznym urlopie zdrowotnym	1	1
	pracuję zdalnie ze względu na stan zdrowia	1	1
Czy zabieg wpłynął na życie towarzyskie?	jeszcze nie wiem	1	1
	nie zmieniło się, jest tak jak wcześniej	39	46
	jest trochę ograniczone, unikam pewnych wydarzeń	31	37
Czy uprawiasz sport/aktywność fizyczną?	jest bardzo ograniczone, rzadko wychodzę z domu	14	17
	tak	52	62
Jak często uprawiasz aktywność fizyczną?	nie	32	38
	codziennie	16	19
	4-6 razy w tygodniu	6	7
	1-3 razy w tygodniu	20	24
	sporadycznie	10	12
	nie dotyczy	32	38

Zmienne		n	%
Jaki rodzaj aktywności fizycznej uprawiasz? *	jazda na rowerze	34	40
	ćwiczenia siłowe	13	15
	aerobic	7	8
	bieganie	7	8
	spacery, marsz	7	8
	pływanie	6	7
	joga	6	7
	taniec	4	5
	gimnastyka	2	3
	rolki	3	4
	łyżwy	2	2
	narciarstwo	2	2
	kajakarstwo	2	2
	wędkarstwo	2	2
Czy przed i/lub po zabiegu była prowadzona fizjoterapia?	tak	28	33
	nie	47	56
	nie pamiętam	9	11
Jaki rodzaj fizjoterapii wykonywany był przed zabiegiem wyłonięcia stomii?	ćwiczenia oddechowe	10	12
	ćwiczenia ogólnousprawniające	4	5
	nauka czynności higienicznych i pielęgnacyjnych	8	10
	ćwiczenia mięśni dna miednicy/tłoczni brzusznej	2	2
Jaki rodzaj fizjoterapii wykonywany był po zabiegu wyłonięcia stomii? *	nauka czynności higienicznych i pielęgnacyjnych	32	38
	ćwiczenia oddechowe	24	29
	ćwiczenia ogólnousprawniające	14	17
	ćwiczenia mięśni dna miednicy/tłoczni brzusznej	8	10

* pytanie z możliwością wielu odpowiedzi

W przypadku kwestionariusza SF-36 w globalnej ocenie jakości życia badani uzyskali 69,17 (SD = 35,82) przy maksymalnej liczbie punktów możliwych do zdobycia – 171. Wyższa liczba zdobytych punktów wskazuje na niższą jakość życia. Uzyskane wyniki w poszczególnych domenach oscylują w wartościach poniżej 50% wyniku maksymalnego. Najbardziej zróżnicowaną pozycją w kwestionariuszu były ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych (130,3% zróżnicowania). Ankietowani swoje ogólne poczucie zdrowia ocenili na poziomie

10,68 pkt (maksymalnie 24 pkt – określa niską jakość życia), co pozwala na stwierdzenie, że badani w subiektywnej ocenie swój stan zdrowia określają jako dobry. Sfera psychiczna w kwestionariuszu SF-36, badająca ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych, kształtowała się wśród badanych na poziomie 4,58 pkt (maksymalny wynik 15 pkt. oznacza niską jakość życia) oraz samopoczucie 7,23 pkt. (maksymalnie 25 pkt). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że badana grupa osób dobrze oceniła swoje życie w sferze psychicznej. Strefa fizyczna w kwestionariuszu SF-36, zajmująca się funkcjonowaniem fizycznym chorego, w uzyskanych wynikach kształtowała się na poziomie 18,83 pkt (maksymalnie 50 pkt) oraz ograniczeniami związanymi ze zdrowiem fizycznym – 8,51 pkt (maksymalnie 20 pkt). Do tej sfery zaliczana jest także witalność, która uzyskała 8,63 pkt w badanej grupie (maksymalnie 20 pkt). Uzyskane wyniki także pozwoliły stwierdzić, że jakość życia w sferze fizycznej badanych osób była na dobrym poziomie. W badanej grupie funkcjonowanie społeczne w kwestionariuszu SF-36 średnio uzyskało 3,01 pkt (maksymalnie 8 pkt), natomiast odpowiedzi respondentów na pytanie o częstotliwość występowania bólu i z jaką częstotliwością zakłócał on pracę zawodową i domową, kształtowały się na poziomie 3,49 pkt (maksymalnie 9 pkt). Analiza uzyskanych danych z kwestionariusza SF-36 wykazała, że grupa badanych dobrze oceniła swoją jakość życia w sferze społeczno-zawodowej (tabela 4).

Tabela 4. Analiza kwestionariusza SF-36
w poszczególnych domenach w badanej grupie, $n = 84$

<i>Zmienne</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>SD</i>	<i>Współczynnik zmienności</i>
SF-36	69,15	63,50	6,00	150,00	35,82	51,80
Funkcjonowanie fizyczne	18,83	16,00	0,00	50,00	14,80	78,57
Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym	8,51	5,00	0,00	20,00	8,17	95,97
Ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych	4,58	0,00	0,00	15,00	5,97	130,30
Witalność	8,63	8,50	0,00	16,00	4,00	46,37
Samopoczucie	7,23	7,00	0,00	20,00	4,37	60,43
Funkcjonowanie społeczne	3,01	3,00	0,00	8,00	2,32	76,88
Odczuwanie bólu	3,49	3,00	0,00	9,00	2,63	75,46
Ogólne poczucie zdrowia	10,68	10,00	0,00	19,00	4,77	44,69

Analizując kwestionariusz SF-36 i pytanie: „Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest...” 7% badanych ($n = 6$) określało swój stan zdrowia jako doskonały, 15% ($n = 13$) jako bardzo dobry, 36% ($n = 30$) jako dobry oraz 24% ($n = 20$) jako zadowolający, stan zdrowia na poziomie niezadowolającym wskazało 18% badanych ($n = 15$). Z kolei na pytanie: „Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku” 7% osób ($n = 6$) określiło swój stan zdrowia jako doskonały, 15% ($n = 13$) jako bardzo dobry, 36% ($n = 30$) jako dobry oraz 24% ($n = 20$) jako zadowolający. Stan zdrowia na poziomie niezadowolającym określiło 18% badanych ($n = 15$).

Następnie sprawdzono, czy rodzaj stomii istotnie różnicuje wyniki testu SF-36. Analiza statystyczna nie dała podstaw do stwierdzenia, że rodzaj stomii istotnie różnicuje wyniki kwestionariusza SF-36 wśród osób poddanych badaniom $p > 0,05$ (tabela 5).

Tabela 5. Wpływ rodzaju stomii na wyniki kwestionariusza SF-36 w badanej grupie (test t-Studenta dla prób niezależnych)

<i>Zmienne</i>	<i>M</i> <i>ileostomia</i>	<i>M</i> <i>kolostomia</i>	<i>SD</i> <i>ileostomia</i>	<i>SD</i> <i>kolostomia</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
SF36	68,22	70,46	33,02	39,88	-0,28	82	0,78
Funkcjonowanie fizyczne	19,00	18,60	15,45	14,05	0,12	82	0,90
Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym	8,06	9,14	8,02	8,44	-0,60	82	0,55
Ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych	4,08	5,29	5,47	6,64	-0,91	82	0,37
Witalność	8,67	8,57	3,63	4,53	0,11	82	0,91
Samopoczucie	7,20	7,26	3,76	5,16	-0,05	82	0,96
Funkcjonowanie społeczne	3,00	3,03	2,04	2,68	-0,06	82	0,96
Odczuwanie bólu	3,43	3,57	2,50	2,84	-0,24	82	0,81

Kolejne analizy miały na celu zweryfikowanie, czy wprowadzenie fizjoterapii miało związek z wybranymi danymi socjodemograficznymi i jakością życia po zabiegu? W tym celu zastosowano do analizy zmiennych jakościowych test niezależności chi-kwadrat Pearsona. Miejsce zamieszkania ($p = 0,22$), płeć ($p = 0,25$) oraz wykształcenie ($p = 0,62$) nie były związane z przeprowadzeniem fizjoterapii przed/po zabiegu wyłonienia stomii.

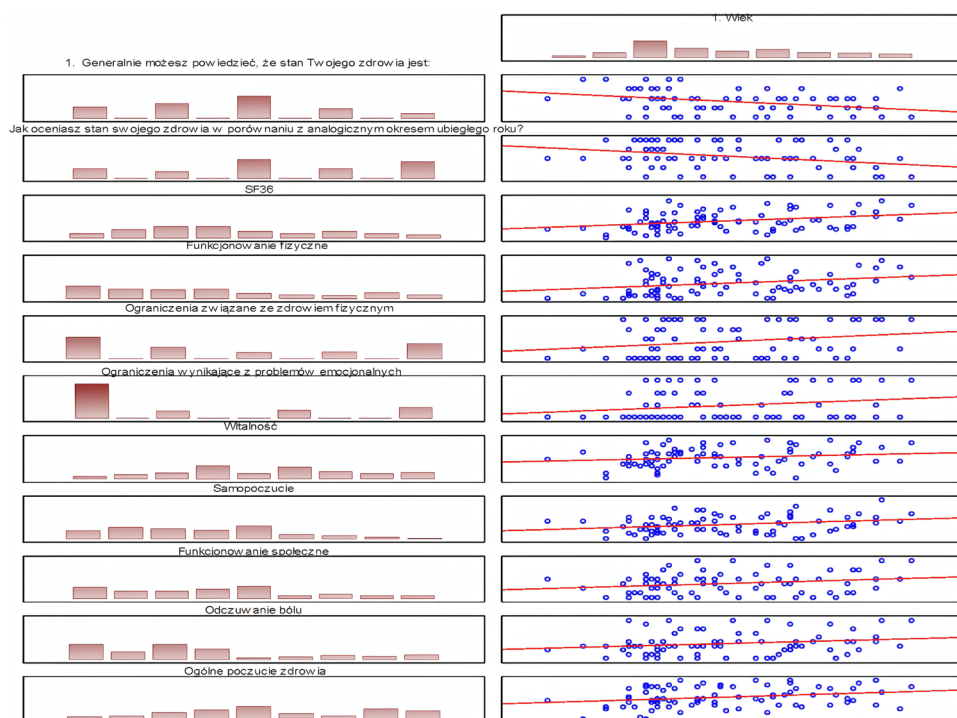
Zbadano również, czy było powiązanie pomiędzy wiekiem a wynikami kwestionariusza SF-36. Analiza wskazała statystycznie ujemne korelacje pomiędzy wiekiem a odpowiedziami na pytania: „Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest...” ($R = -0,37$; $p = 0,001$) oraz „Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku” ($R = -0,28$; $p = 0,009$). Wraz z upływem lat pacjenci ze stomią lepiej oceniali stan swojego zdrowia oraz stan zdrowia w porównaniu z poprzednim rokiem. Globalny wynik kwestionariusza SF-36 był dodatnio powiązany z wiekiem. Dodatnią zależność odnotowano również pomiędzy wiekiem a funkcjonowaniem fizycznym ($R = 0,30$; $p = 0,006$), ograniczeniami związanymi ze zdrowiem fizycznym ($R = 0,23$; $p = 0,037$), samopoczuciem ($R = 0,26$; $p = 0,015$) oraz ogólnym poczuciem zdrowia ($R = 0,26$; $p = 0,016$), (tabela 6, rycina 1).

Tabela 6. Korelacja pomiędzy wiekiem a zmiennymi według kwestionariusza SF36 (korelacja rang Spearmana, $n=84$)

Para zmiennych	R	t	p
Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest & Wiek	-0,37	-3,61	0,001
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku? & Wiek	-0,28	-2,67	0,009
SF36 & Wiek	0,32	3,04	0,003
Funkcjonowanie fizyczne & Wiek	0,30	2,80	0,006*
Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym & Wiek	0,23	2,12	0,037*
Ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych & Wiek	0,21	1,98	0,051
Witalność & Wiek	0,20	1,85	0,068
Samopoczucie & Wiek	0,26	2,47	0,015*
Funkcjonowanie społeczne & Wiek	0,21	1,95	0,055
Odczuwanie bólu & Wiek	0,20	1,83	0,071
Ogólne poczucie zdrowia & Wiek	0,26	2,45	0,016*

* <0,05

Rycina 1. Wykres macierzowy zmiennych kwestionariusza SF-36



Dokonano również porównania pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a zmiennymi kwestionariusza SF-36. W analizach tych nie odnotowano istotnych powiązań pomiędzy miejscem zamieszkania a wynikami kwestionariusza SF-36 (tabela 7).

Tabela 7. Korelacja pomiędzy miejscem zamieszkania badanych a zmiennymi według kwestionariusza SF-36
(korelacja rang Spearmana, $n=84$)

<i>Para zmiennych</i>	<i>R</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest & Miejsce zamieszkania	0,01	0,12	0,90
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku? & Miejsce zamieszkania	0,10	0,89	0,37
SF36 & Miejsce zamieszkania	-0,00	-0,02	0,98
Funkcjonowanie fizyczne & Miejsce zamieszkania	0,03	0,25	0,80
Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym & Miejsce zamieszkania	-0,17	-1,59	0,12
Ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych & Miejsce zamieszkania	-0,01	-0,09	0,93
Witalność & Miejsce zamieszkania	0,02	0,21	0,83
Samopoczucie & Miejsce zamieszkania	0,13	1,18	0,24
Funkcjonowanie społeczne & Miejsce zamieszkania	0,03	0,23	0,82
Odczuwanie bólu & Miejsce zamieszkania	-0,04	-0,33	0,74
Ogólne poczucie zdrowia & Miejsce zamieszkania	-0,10	-0,89	0,38

Analiza powiązań pomiędzy wykształceniem a wynikami kwestionariusza SF-36 wskazała istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wykształceniem a odpowiedzią na pytanie: „Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku” ($R = 0,22$; $p = 0,047$), (tabela 8).

Tabela 8. Korelacja pomiędzy wykształceniem a zmiennymi według kwestionariusza SF36 (korelacja rang Spearman, $n=84$)

Para zmiennych	R	t	p
Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest & Wykształcenie	0,20	1,88	0,064
Jak oceniasz stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku? & Wykształcenie	0,22	2,01	0,047*
SF36 & Wykształcenie	-0,13	-1,19	0,236
Funkcjonowanie fizyczne & Wykształcenie	-0,16	-1,47	0,146
Ograniczenia związane ze zdrowiem fizycznym & Wykształcenie	-0,09	-0,86	0,394
Ograniczenia wynikające z problemów emocjonalnych & Wykształcenie	-0,13	-1,14	0,257
Witalność & Wykształcenie	-0,02	-0,15	0,883
Samopoczucie & Wykształcenie	-0,15	-1,34	0,183
Funkcjonowanie społeczne & Wykształcenie	-0,14	-1,28	0,204
Odczuwanie bólu & Wykształcenie	-0,15	-1,35	0,180
Ogólne poczucie zdrowia & Wykształcenie	-0,11	-0,97	0,336

* <0,05

Dyskusja

Dostępnych jest wiele artykułów, w których autorzy badali jakość życia osób ze stomią jelitową, jednak niewielu z nich podjęło temat oceny aktywności fizycznej i fizjoterapii. Nie da się jednoznacznie porównać uzyskanych wyników z wynikami innych autorów, ponieważ różnią się materiałem i wykorzystanymi w projektach narzędziami badawczymi (Ciećko i in., 2017; Dziedzic i in., 2019; Nowicki, Marciniak, Farbicka, 2015; Piprek, Młynarska, 2018; Szpilewska i in., 2018; Szymańska-Pomorska i in., 2015; Woźniak, Posłuszna-Owczarz, 2018).

Badania własne wskazują, że najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii jelitowej jest rak jelita grubego/odbytu (30%), choroba Leśniowskiego-Crohna (23%), natomiast wrzodziejące zapalenie jelita grubego dotyczyło 19% badanych. Otrzymane wyniki uzyskują potwierdzenie w wynikach przedstawionych przez Piprek i wsp. (2018) oraz Dziki i wsp. (2016). W badaniach Piprek i wsp. respondenci podali, że przyczyną wyłonienia stomii jelitowej była także choroba nowotworowa (88% badanych). Natomiast w badaniach Dziki i wsp. u 60% osób był to rak jelita grubego,

u 11% osób choroba Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejące zapalenie jelita grubego (7% badanych).

W badaniach własnych odnotowano, że pacjentom bezpośrednio po zabiegu wyłonienia stomii głównie towarzyszyła niepewność (61%) i strach (49%) oraz smutek (40%), zaś radość z nowego etapu życia wskazało zaledwie 5% badanych. Zabieg stomii niejednokrotnie wpływa na zmianę stanowiska pracy, czasem wiąże się z przekwalifikowaniem, aby zbyt nie obciążać organizmu. Na rentę musiało przejść 23% badanych, a 35% osób zmieniło stanowisko pracy. U większości badanych (46%) życie towarzyskie nie uległo zmianie, pozostało takie jak wcześniej, a 17% uważa, że jest bardzo ograniczone. W pracy Woźniak i wsp. (2018) 46% badanych odpowiedziało podobnie – że po zabiegu towarzyszył im lęk i strach (28%), pozytywne emocje, tj. wewnętrzny spokój, wskazał tylko 1% badanych. Z kolei pracę na mniej obciążającą zmieniło 6% respondentów, a 35% wróciło na wcześniejsze stanowisko pracy. Na pytanie o kontakty towarzyskie ponad 53% osób odpowiedziało, że wyłonienie stomii spowodowało ich ograniczenie.

Wyniki badań własnych pokazują, że większość badanych mieszkała z kimś bliskim i otrzymała wsparcie rodziny ze strony rodziny (94%), jednak nie ma to istotnego wpływu na samopoczucie chorego. Szymańska-Pomorska i wsp. (2015) w swojej pracy wskazują, że większość badanych także otrzymała wsparcie rodziny (54,8%), i ich bliscy zachowują się wobec nich jak przed operacją (42,4%). Stan po wyłonieniu stomii zaakceptowało 34% respondentów, część ankietowanych sądzi, że właśnie dzięki niej żyje (36,8%). Badania własne pokazują, że większość pacjentów uważa, iż stomia wpłynęła na ich jakość życia (81%), ale także deklarują, że zaakceptowali u siebie stomię jelitową (75%).

Fizjoterapia stanowi ważny element w procesie leczenia pacjentów ze stomią jelitową, poprawia funkcjonowanie chorych, a co za tym idzie – także ich jakość życia. Aktywność fizyczna pacjentów pozwala na szybszy powrót do zdrowia i samodzielnego funkcjonowania. Z analizy otrzymanych danych wynika, że u większości badanych postępowanie fizjoterapeutyczne przed i/lub po zabiegu nie było prowadzone (56%). Spośród osób, które zadeklarowały, że miały przeprowadzoną rehabilitację ruchową przed i po zabiegu, najwięcej wskazało, że były to przede wszystkim ćwiczenia oddechowe. Po zabiegu fizjoterapia najczęściej polegała na nauce czynności higienicznych i pielęgnacyjnych. Pacjenci również wykonywali ćwiczenia ogólnousprawniające. Badania własne pokazują, że posiadanie stomii nie ogranicza pacjentów pod względem uprawiania aktywności fizycznej. Sport uprawiało 62% ankietowanych, 24% z częstotliwością 1–3 razy w tygodniu. Pacjenci ze stomią jelitową najchętniej wybierali jazdę na rowerze (40% badanych) lub ćwiczenia siłowe (15% badanych). W odróżnieniu od badań własnych – w badaniach Beeken i wsp. (2019) oraz Czyżewski i wsp. (2018)

stwierdzono, że u większości pacjentów ze stomią jelitową poziom aktywności fizycznej się zmniejszył. Spowodowane to było obawą o stomię – wystąpienie dyskomfortu i bólu.

W badaniach własnych dokonano także analizy wpływu danych socjodemograficznych na przeprowadzanie fizjoterapii przed/po zabiegu. Zaobserwowano, że miejsce zamieszkania, płeć i wykształcenie nie miały wpływu na wdrożoną fizjoterapię.

Analizując uzyskane wyniki z kwestionariusza SF-36 stwierdzono, że 36% badanych ocenia swój stan zdrowia jako dobry i – co warto podkreślić – 31% ocenia go na podobnym poziomie jak rok wcześniej. Wraz z wiekiem pacjenci oceniają swój stan zdrowia jako lepszy, natomiast pogorszeniu ulega jakość ich życia. Stwierdzono, że badani z wyższym wykształceniem gorzej oceniali stan zdrowia w porównaniu z poprzednim rokiem; w odróżnieniu od badań Nowickiego i wsp. (2015), w których satysfakcja z życia badanych była zależna od wykształcenia. Ankietowani z wykształceniem podstawowym i zawodowym gorzej oceniali jakość swojego życia. Nie wykazano istotnych powiązań między masą i wysokością ciała a wynikami kwestionariusza SF-36.

Postępowanie fizjoterapeutyczne jest jednym z podstawowych i ciągle niedocenionym ogniwem procesu zdrowienia wśród pacjentów po wyłonieniu stomii jelitowej. Możliwość jej indywidualizacji w zakresie doboru środków, form i metod fizjoterapeutycznych daje szerokie możliwości poprawie stanu funkcjonalnego pacjenta, a tym samym może wpływać na poprawę jakości życia pacjentów we wszystkich jej sferach.

Wnioski

1. Zabieg wyłonienia stomii ma wpływ na jakość życia, mimo to nadal pozostaje na dobrym poziomie, pogarsza się wraz z wiekiem badanych.
2. Ankietowani w większości deklarowali brak fizjoterapii po wyłonieniu stomii jelitowej.
3. Większość badanych deklarowała uprawianie aktywności fizycznej kilka razy w tygodniu.
4. Czynniki socjodemograficzne nie miały wpływu na jakość życia chorych i wdrożenie fizjoterapii.

Literatura

Ambe, P., Kurz, N., Nitschke, C., Odeh, S., Möslin, G., & Zirngibl H. (2018). Intestinal Ostomy Classification, Indications, Ostomy Care and Complication Management. *Dtsch Arztebl Int*, 115(11): 182–187.

- Ayaz-Alkaya, S. (2019). Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *Int Wound J*, 16(1): 243–249.
- Bednarek, A., Włodarczak, W. **Oprac. edyt.** Biskup, A. (2018). ABC wiedzy o stomii. *Mag Pielęg Położ*, (1/2): 20–22.
- Beeken, R., Haviland, J., Taylor, C., Campbell, A., Fisher, A., Grimmett, Ch., Ozakinci, G., Slater, S., Wilson, I., & Hubbard G. (2019). Smoking, alcohol consumption, diet and physical activity following stoma formation surgery, stoma-related concerns, and desire for lifestyle advice: a United Kingdom survey. *BMC Public Health*, 19(1): 574.
- Biskup, A. (2015). Powikłania po operacji wyłonienia stomii. *Mag Pielęg Położ*, (9), 14–16.
- Ciećko, W., Bandurska, E., Zarzeczna-Baran, M., & Siemińska A. (2017). Analiza jakości życia pacjentów w zaawansowanej fazie chorób przewlekłych. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 11(2): 84–90.
- Cierzniaowska, K., Szewczyk, M. T. (2018). Stomia – ukryty problem tysięcy Polaków. *Chir Dypl*, 13(6): 26, 28–33.
- Czyżewski, P., Piasta, Ż., Mackiewicz, Ł., Zieliński, T., Klimkowski, M., Szczepkowski, M. (2018). Ocena aktywności fizycznej osób z wyłonioną stomią – badanie pilotażowe. *Nowa Med*, 25(1): 17–29.
- Dziki, Ł., Szymczak, D., Glińska, J., Dziki, A. (2016). Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji. *Probl Pielęg*, 24(1): 8–13.
- Dziedzic, B., Sienkiewicz, Z., Leńczuk-Gruba, A., Idzik, A., Fidecki, W., Wysokiński, M. (2019). Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęg Chir Angiol*, 13(3): 100–106.
- Glińska, J., Jaros, A., Lewandowska, M., Dziki, Ł., Dziki, A., Brosowska, B. (2014). Ocena stopnia satysfakcji z życia u osób ze stomią jelitową w zależności od wybranych czynników demograficznych. *Pielęg Chir Angiol*, 8(3): 128–132.
- Glińska, J., Malesza, M., Lewandowska, M., Miller, R., Dziki, Ł., Dziki, A. (2013). Oczekiwania emocjonalne oraz kontrola emocji pacjentów z rakiem jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej. *Pielęg Chir Angiol*, 7(3): 84–91.
- Hermann, J., Banasiewicz, T. (2017). Wytwarzanie i zamykanie stomii. *Chir Dypl*, 12(1): 15–28.
- Jankowska-Puzio, L. (2019). Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, (2): 74–84.
- Ławnik, A. Rehabilitacja pacjentów ze stomią jelitową. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2015, 21(1): 84–87.
- Majewska, G., Stomia. Powikłania późne. (2016). *Mag Pielęg Położ*, (1/2): 27–30.
- Mickiewicz, D., Czadek, P., Szlagatys-Sidorkiewicz, A. (2016). Stomie wydalinicze u dzieci. *Klin Pediatr*, 24(3): 357–360.

- Nowicki, A., Marciniak, J., Farbicka, P., Banaszekiewicz, Z. (2015). Satysfakcja z życia i akceptacja choroby u chorych ze stomią po operacji raka odbytnicy; wyznaczniki jakości życia? *Pol Prz Chir*, 87(9): 790–805.
- Nowicki, A., Farbicka, P. (2016). Wybrane aspekty psychospołeczne życia chorych ze stomią. *OncoReview*, 16(2): B97-B102.
- Piprek, P., Młynarska, A. (2018). Wpływ akceptacji choroby na jakość życia pacjentów z kolostomią. *Współcz Pielęg Ochr Zdr*, 7(4) 89–92.
- Przyszlak, M., Żmuda-Trzebiatowska, H. (2016). Pielęgnacja skóry u pacjentów z ranami pooperacyjnymi, nietrzymaniem moczu, stomią jelitową oraz żywionych dojelitowo. *Forum Zakazeń*, 7(1): 33–38.
- Skibiński, R., Pasternak, A., Szura, M., Solecki, R., Matyja, M., Matyja, A. (2015). Przepuklina okołostomijna – współczesne metody leczenia. *Pol Prz Chir*, 87(10): 957–967.
- Szpilewska, K., Juzwiszyn, J., Bolanowska, Z., Milan, M., Chabowski, M., Janczak, D. (2018). Akceptacja choroby a jakość życia pacjentów ze stomią. *Pol Prz Chir*, 90(1): 13–17.
- Szymańska-Pomorska, G., Felińczak, A., Misiak, K., Kuriata-Kowalska, K., Śliwińska, M., Pytel, A. (2015). Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. *Pielęg Zdr Publ*, 5(1): 25–31.
- Tylka, J., Piotrowicz, R. (2009). Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiol Pol*, 67: 1166–1169.
- Urbanik, A., Pachocka, L. (2015). Analiza zachowań żywieniowych pacjentów z wyłonią stomią. *Probl Hig Epidemiol*, 96(2): 523–528.
- Woźniak, M., Posłuszna-Owczarz, M. (2018). Jakość życia pacjentów z wyłonią stomią jelitową. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, (2): 40–50.
- Woźniowski, M. (red. nauk). (2020a). *Fizjoterapia w chirurgii*. Wydawnictwo PZWL.
- Woźniowski, M. (red. nauk.). (2020b). *Fizjoterapia w onkologii*. Wydawnictwo PZWL.
- Zhang, Y., Xian, H., Yang, Y., Zhang, X., Wang, X. (2019). Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15–16): 2880–2888.

Onkokosmetologia w aspekcie wsparcia pacjentów onkologicznych

Streszczenie

Od wielu lat zarówno w Polsce, jak i na całym świecie obserwuje się stały wzrost zachorowalności na nowotwory. Leczenie pacjentów onkologicznych jest zazwyczaj inwazyjne i wyniszczające, co wpływa na ogólną odporność całego organizmu, jak i na stan skóry. Należy przełamać stereotyp dotyczący wykluczenia klientów onkologicznych z jakichkolwiek zabiegów kosmetycznych. Osoby chore onkologicznie bardzo potrzebują wsparcia kosmetologów nie tylko ze względu na potrzebę poprawienia swojego wyglądu, ale również samopoczucia. Dlatego celem poniższej pracy jest przedstawienie skuteczności działań onkokosmetologicznych jako formy wsparcia dla pacjentów onkologicznych. Podkreślając wpływ specjalistycznych zabiegów kosmetycznych na stan zdrowia skóry oraz psychospołeczne doświadczenia pacjentów, widzimy znaczną poprawę jakości ich życia w trakcie trudnego procesu leczenia. Kosmetolodzy jednak muszą wykazać się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami, wykluczając przeciwwskazania. Współpraca pomiędzy kosmetologami a pozostałymi członkami zespołu medycznego jest zatem istotnym elementem w procesie leczenia.

Słowa kluczowe: kosmetologia onkologiczna, onkologia, pacjent onkologiczny, gabinet kosmetyczny, onkokosmetologia

1 Collegium Medicum – Wydział Medyczny Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

2 Collegium Medicum – Wydział Medyczny Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

Oncocosmetology in the aspect of supporting oncological patients

Abstract

For many years, both in Poland and around the world, a steady increase in the incidence of cancer has been observed. The treatment of oncological patients is usually invasive and devastating, which affects the overall immunity of the entire body and the condition of the skin. The aim of the following work is to analyze the effectiveness of onco-cosmetological activities as a form of support for oncological patients. It is necessary to break the stereotype regarding the exclusion of oncological clients from any cosmetic treatments. People with oncological diseases are in great need of the support of cosmetologists not only because of the desire to improve their appearance, but also their well-being. By emphasizing the impact of specialist cosmetic treatments on the health of the skin and the psychosocial experiences of patients, we see a significant improvement in the quality of their life during the difficult treatment process. However, cosmetologists must demonstrate appropriate knowledge and skills by excluding contraindications. Cooperation between cosmetologists and other members of the medical team is therefore an important element in the treatment process.

Keywords: oncology cosmetology, oncology, oncology patient, cosmetology practice, oncocosmetology

Wstęp

Bez względu na rodzaj i stadium zaawansowania choroby nowotworowej, ma ona destrukcyjny wpływ również na psychikę, co niejednokrotnie warunkuje skuteczność leczenia. Wygląd odgrywa niezwykle ważną rolę w komunikacji międzyludzkiej. Choroba, jak i samo leczenie wywołują określone defekty kosmetyczne na skórze. Stanowią one specyficzny rodzaj zmian skórnych, które są obszarem wyzwań kosmetologicznych. Pacjenci onkologiczni często zmagają się ze skutkami leczenia nowotworów, manifestującymi się zmianami skórnymi całego ciała, w tym także skóry głowy i paznokci – są natomiast objęci szeroką listą przeciwwskazań, w związku z czym salony kosmetologiczne często mogą zaproponować im tylko zabiegi pielęgnacyjne z zakresu tak zwanej kosmetyki białej.

W pracy z pacjentem onkologicznym ważne jest zrozumienie jego potrzeb pielęgnacyjnych, ale również psychicznych aspektów choroby. Pacjenci onkologiczni często mają zaburzoną samoocenę, dlatego niezmiennie istotna jest umiejętność słuchania, rozmowy i zapewnienia im komfortu fizycznego oraz psychicznego. Choroba lub długotrwałe przyjmowanie leków znacząco zmienia strukturę skóry. Często obserwuje się ścięczenie skóry właściwej, jak i nadmierne rogowacenie naskórka. Dodatkowo występują zaburzenia w składzie naturalnego czynnika nawilżającego NMF (*Natural Moisturizing Factor* – składnik warstwy rogowej skóry pomagający utrzymać prawidłowe nawilżenie skóry) oraz zwiększona utrata wody przez naskórkową barierę wodną TEWL (*Transepidermal Water Loss* – proces parowania wody z powierzchni naskórka). Dodatkowo bardzo częstym problemem jest występowanie stanów zapalnych w organizmie, co znacznie utrudnia zastosowanie intensywnych terapii odmładzających czy wyszczuplających. Do niedawna oczywiste było, że miejscem osoby dotkniętej chorobą nowotworową jest szpital. Obecnie natomiast dużo mówi się o wsparciu, które może jej zaoferować kosmetolog. Przy pracy z pacjentem onkologicznym ważne jest zrozumienie, kim jest pacjent onkologiczny, z czym się zмага, z jakimi problemami (nie tylko skórnymi) walczy, ale również empatia dotycząca psychicznych aspektów choroby.

Nowotwory skóry

Nowotwory skóry to złożona grupa nowotworów, wśród których wyróżniamy zarówno łagodne, jak i złośliwe formacje. Nowotwory skóry klasyfikuje się na podstawie objawów oraz pochodzenia z poszczególnych warstw skóry. Łagodne to te zmiany na skórze, które nie niszczą sąsiadujących tkanek, nie dają przerzutów i rosną powoli w porównaniu do zmian złośliwych. Do zmian łagodnych możemy zaliczyć np. włókniaki, naczyniaki, gruczolaki czy tłuszczaki. Z roku na rok liczba chorych rośnie. Według najnowszych danych Krajowego Rejestru

Nowotworów (KRN) na czerniaka w Polsce w 2020 roku zachorowało ponad 3270 osób, a u blisko 10800 zdiagnozowano inne nowotwory złośliwe. Rzeczywisty wskaźnik zachorowalności jest trudny do określenia, liczby w statystykach są niedoszacowane ze względu na brak dokładnej rejestracji zachorowań. Każdego roku przybywa pacjentów, chorują coraz młodsze osoby. Odsetek śmiertelności jest bardzo wysoki. Wynosi od 40% do nawet 60% u osób powyżej 70. roku życia. Nadmierna ekspozycja na słońce, zwłaszcza w przypadku oparzeń i powstania pęcherzy, jest głównym czynnikiem rozwoju nowotworów złośliwych, jednocześnie nowym zjawiskiem jest zwiększenie zachorowalności u osób z immunosupresją. Promieniowanie UV ze słońca powoduje uszkodzenia DNA w skórze, co może prowadzić do powstania nieprawidłowych komórek i zwiększyć ryzyko wystąpienia nowotworów. Zwłaszcza osoby o jasnej karnacji, które nie korzystają z żadnej formy ochrony przed słońcem, są szczególnie narażone na tego rodzaju choroby. Biorąc pod uwagę niedostateczną profilaktykę oraz problemy klimatyczne wynikające z dziury ozonowej, przez którą na naszą planetę dociera coraz więcej promieni UV, wzrastające statystyki zachorowalności na nowotwory skóry nie dziwią. Pomimo że niebarwnikowe nowotwory skóry występują tak licznie, często są bagatelizowane. O ile zmiany przypominające czerniaka wzbudzają niepokój u większej liczby osób, o tyle zmiany przypominające strupki lub defekty kosmetyczne są często ignorowane.

Niska świadomość profilaktyki nowotworów skóry w Polsce jest problemem, o czym świadczy Badanie Świadomości Czerniaka z 2020 roku: tylko 13% Polaków chroni odkryte części ciała przed słońcem, a 33% używa kremów z filtrem. Dodatkowo, raport „Dlaczego się nie badamy” Profilaktyka Polek i Polaków wskazuje, że tylko 2% respondentów bierze pod uwagę badanie dermatologiczne w diagnozie nowotworów. Zachowanie odpowiednich środków ostrożności wobec ekspozycji na promieniowanie UV jest kluczowe dla prewencji nowotworów skóry. Regularne stosowanie kremów z filtrem UV, unikanie intensywnego słońca w godzinach największego nasłonecznienia i noszenie ochronnej odzieży to ważna strategia zmniejszająca ryzyko. Kampanie edukacyjne na temat zdrowego zachowania na słońcu są istotne dla podniesienia świadomości społeczeństwa i zmniejszenia przypadków nowotworów złośliwych skóry. Ochrona przed szkodliwym działaniem promieni UV nie tylko redukuje ryzyko nowotworów, ale także wspiera ogólną pielęgnację zdrowia skóry.

Metody leczenia nowotworów

Hormonoterapia, operacje chirurgiczne, radioterapia, chemioterapia – to powszechnie stosowane metody leczenia nowotworów, jednak nie pozostają one bez wpływu na zdrowie.

Hormonoterapia

Hormonoterapia inaczej nazywana terapią hormonalną. Jest farmakologiczną metodą leczenia nowotworów, działającą poprzez hamujący wpływ na wzrost nowotworów hormonozależnych. Ponieważ jest niskotoksyczna – daje mniej efektów ubocznych niż np. chemioterapia. Jednak przez to, że jej wpływ jest dużo niższy, proces leczenia trwa znacznie dłużej niż w przypadku zastosowania innych metod. Obecnie hormonoterapie stosuje się do leczenia nowotworów we wczesnym stadium, leczeniu paliatywnym oraz jako leczenie wspomagające. Hormony poruszają się po całym organizmie oraz oddziałują na wiele tkanek i narządów. W związku z tym hormonoterapia ma za zadanie usunięcie źródła hormonów lub uniemożliwienie im działania na komórki nowotworowe, co pozwala na zahamowanie wzrostu komórek nowotworowych hormonozależnych. To odróżnia hormonoterapię od zabiegów które działają tylko miejscowo i tylko na określony obszar ciała, tak jak np. większa część operacji i radioterapii. Leczenie hormonalne stosowane jest często w leczeniu np. raka piersi, raka trzonu macicy, raka endometrium czy raka prostaty. Jak zauważają Kordek i Jassem (2024), hormonoterapia jest lepiej tolerowana przez organizm, przez co daje mniej efektów ubocznych, jednak mimo wszystko mogą się one pojawić. Do najczęstszych skutków ubocznych należą: nudności, wysypki skórne, reakcje alergiczne, bóle głowy, wypadanie włosów oraz zatrzymywanie wody.

Zabiegi chirurgiczne

Zabiegi chirurgiczne są najstarszą i najskuteczniejszą metodą leczenia nowotworów. Leczenie chirurgiczne może okazać się jedyną metodą leczenia, ale często wykorzystywane jest jako początkowy etap terapii. Z powodzeniem może być łączone z innymi metodami – chemioterapią czy radioterapią. Często leczenie chirurgiczne stosowane jest jako element profilaktyki nowotworowej. Stosuje się ją u osób z dużym obciążeniem genetycznym lub w przypadku, kiedy lekarz zauważy podejrzaną zmianę, w której nie stwierdza się komórek nowotworowych, jednak dla leczenia profilaktycznego warto ją usunąć. W leczeniu paliatywnym metodę chirurgiczną stosuje się głównie w celu uśmierzenia bólu. Zdarzają się sytuacje, że jedyną metodą leczenia chirurgicznego pacjenta jest amputacja np. kończyn, czy w przypadku kobiet – piersi. Amputacja piersi, inaczej nazywana mastektomią całkowitą, polega na usunięciu całej piersi, włączając brodawkę sutkową, otoczkę i skórę, a często również węzły wartownicze. W niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie mastektomii radykalnej. Mastektomia radykalna jest najbardziej inwazyjną metodą leczenia, ponieważ oprócz gruczołu piersiowego usuwa się również również leżące pod nim mięśnie piersiowe oraz węzły pachowe po stronie amputowanej piersi. Metody chirurgiczne są najbardziej skutecznymi metodami, jeżeli zmiany nowotworowe zostaną wykryte we wczesnym stadium rozwoju. Po leczeniu operacyjnym mogą wystąpić powikłania. Na wczesnym etapie

może występować ból, krwawienie oraz zakażenie ran pooperacyjnych. Do odległych powikłań, które mogą pojawić się nawet po kilku latach od operacji, można zaliczyć mrowienie, uczucie sztywności w okolicy barku.

Radioterapia

Radioterapia jest jedną z metod leczenia nowotworów, która wykorzystuje promieniowanie jonizujące. Według Tuszyńskiego (2022) ten zabieg może być przeprowadzany w warunkach ambulatoryjnych lub w szpitalu, w specjalnie przystosowanym pomieszczeniu wyposażonym w aparat do radioterapii. W radioterapii najczęściej stosuje się promieniowanie X, które jest rodzajem promieniowania elektromagnetycznego. Jak zauważają Wiśniewski, Graczyk, Szpinda i Brzozowska-Mańkowska (2013), promieniowanie X charakteryzuje się wysoką częstotliwością fal, co powoduje jonizację w tkankach. Podczas radioterapii niezbędna jest specjalistyczna pielęgnacja skóry w obszarze napromieniowania, rozpoczynając od pierwszego dnia leczenia. Skórę należy utrzymywać w czystości, stosując delikatne, obojętne dla skóry środki myjące. Ważne jest nanoszenie cienkiej warstwy kremu dedykowanego dla skóry po radioterapii. Pielęgnację skóry powinno się powtarzać kilkakrotnie w ciągu dnia, w zależności od jej potrzeb, zwłaszcza gdy występuje suchość. Unikać należy ekspozycji na słońce, nadmiernego ogrzewania i wychładzania skóry. Istotne jest również dbanie o prawidłowe odżywianie i nawodnienie. Popromienne zapalenie skóry dotyka około 95% pacjentów poddanych radioterapii, wywołując różne dolegliwości: pieczenie, świąd czy ból w miejscu napromieniowanym. Jak zauważają Demska, Topczewska-Bruns, Maćkowiak-Matejczyk i Filipowski (2011), zmiany w wyglądzie skóry, szczególnie w widocznych obszarach – jak głowa i szyja – mogą wpływać na życie społeczne i zawodowe oraz znacząco obniżać jakość życia osób poddanych radioterapii.

Tabela 1. Wpływ radioterapii na skórę

Radioterapia	Działania niepożądane	Skutki działań niepożądanych
Objawy wczesne	Uszkodzenie gruczołów łojowych i potowych Nadmierna stymulacja komórek barwnikowych Uszkodzenie mieszków włosowych Zwiększony wyrzut cytokin prozapalnych, między innymi interleukiny 1 i 6, TNF- α , TGF- β	Nadmierna suchość skóry Zaburzenia pigmentacji Wypadanie włosów
Objawy późne	Spadek populacji fibroblastów Resorpcja włókien kolagenowych Uszkodzenie śródbłonna naczyń	Zmiany o charakterze atrofii Utrata elastyczności skóry Pojawienie się teleangiektazji

Źródło: D. Kowalski (2013), Zmiany skórne: towarzyszące chemioterapii, terapiom ukierunkowanym molekularnie, popromienne. W: Jassem J., Krzakowski M., Zaucha R. (red.), *Leczenie wspomagające w onkologii praktyczny przewodnik dla lekarzy*. (ss. 128–147), Via Medica.

Przyczyny zmian skórnych po zastosowaniu radioterapii

Radioterapia, jako powszechnie stosowana metoda terapeutyczna w leczeniu nowotworów, niesie potencjalne skutki uboczne, w tym popromienne zapalenie skóry (PPZ). PPZ jest wynikiem działania promieniowania jonizującego na skórę, prowadząc do różnorodnych zmian skórnych, począwszy od rumienia, a skończywszy na owrzodzeniach i martwicy tkanek. Ten złożony proces patofizjologiczny jest rezultatem zakłócenia homeostazy naskórka, w wyniku którego dochodzi do uszkodzenia struktur komórkowych i tkanek skórnych. Skutkuje to reakcjami zapalnymi, apoptozą komórek oraz ograniczeniem zdolności regeneracyjnych skóry. Istnieje wiele czynników wpływających na rozwój i nasilenie PPZ, obejmujących parametry radioterapeutyczne, takie jak: dawka całkowita, frakcjonowanie dawki, wielkość obszaru napromienianego, jak również indywidualne cechy pacjenta: promieniowrażliwość skóry, stan ogólny zdrowia, wiek czy współistniejące choroby przewlekłe. Dla pacjentów onkologicznych doświadczających PPZ odpowiednia pielęgnacja skóry staje się nieodzownym elementem terapii. Prawidłowe zarządzanie PPZ wymaga interdyscyplinarnej współpracy personelu medycznego, w tym radioterapeutów i pielęgniarek onkologicznych. Rzetelna edukacja pacjenta dotycząca właściwej pielęgnacji skóry oraz profilaktycznych działań jest kluczowym elementem leczenia. Wbrew dynamicznemu postępowi technologicznemu w dziedzinie radioterapii, pacjenci wciąż często doświadczają nieprzyjemnych dolegliwości skórnych. Nawet w dobie zaawansowanych urządzeń, które przynoszą nadzieję na skuteczniejsze leczenie, skóra pozostaje jednym z najbardziej wrażliwych obszarów na działanie promieniowania.

Tabela 2. Wczesny odczyn popromienny. Skala RTOG i NCI

Stopień	Skala RTOG	Skala NCI
0	Brak zmian	Brak zmian
I	Plamki i/lub wysypka drobnogrudkowa lub zaczerwienienie, bezobjawowe	Łagodne zaczerwienienie lub suche złuszczenie
II	Łagodne zaczerwienienie lub suche złuszczenie	Łagodne zaczerwienienie lub suche złuszczenie
III	Plamki i/lub wysypka drobnogrudkowa lub silne zaczerwienienie ze świądem	Zlewne złuszczenia na wilgotno w okolicach innych niż fałdy skórne, krwawienia po małym urazie
IV	Złuszczące lub wrzodziejące zapalenie skóry	Martwica i/lub owrzodzenia ze ścięciem skóry, samoistne krwawienia

Źródło: D. Kowalski (2013), Zmiany skórne towarzyszące chemioterapii, terapiom ukierunkowanym molekularnie, popromienne. W: J. Jassem, M. Krzakowski, R. Zaucha (red.), *Leczenie wspomagające w onkologii praktyczny przewodnik dla lekarzy*. Via Medica.

Wystąpienie odczynu popromiennego zależy również od lokalizacji obszaru poddanego radioterapii. Miejsca, w których skóra styka się lub ma cienką warstwę naskórka, takie jak krocze, piersi, twarz czy pachy, mogą wykazywać większe nasilenie reakcji. Wprowadzenie do radioterapii aparatów ortowoltowych zmniejszyło ryzyko popromiennych reakcji skórnych, gdyż minimalizują one dawkę głęboką docierającą do skóry. Współcześnie stosowane wysokoenergetyczne akceleratorzy liniowe przyczyniły się do ograniczenia występowania dolegliwości skórnych. Ocena nasilenia odczynu popromiennego skóry opiera się na cztero-stopniowej skali RTOG/EORTC lub NCI, co umożliwia dokładną kliniczną ocenę stanu skóry pacjenta.

Pielęgnacja skóry po radioterapii

Pielęgnacja skóry po radioterapii powinna być kompleksowa i dopasowana do indywidualnych potrzeb oraz stopnia nasilenia zmian skórnych. Już podczas trwania terapii radiacyjnej należy rozpocząć odpowiednią pielęgnację, kontynuując ją aż do ustąpienia objawów, a czasami nawet przez kilka tygodni po zakończeniu leczenia.

W zależności od nasilenia zmian popromiennych stosuje się leki miejscowe lub, w przypadkach bardziej zaawansowanych, także leki ogólnoustrojowe, takie jak przeciwzapalne, przeciwbólowe czy antybiotyki. Na rynku farmaceutycznym dostępne są specjalistyczne preparaty przeznaczone do pielęgnacji skóry po radioterapii, charakteryzujące się nawilżającymi, natłuszczającymi, ochronnymi i łagodzącymi właściwościami.

Skuteczność pielęgnacji popromiennych zmian skórnych można osiągnąć poprzez zastosowanie kremów lub maści zawierających: wyciąg z nagietka lekarskiego, kwas hialuronowy lub sterydy. Istotne jest również zapewnienie pacjentowi wsparcia psychicznego i fizycznego, ponieważ skóra w obszarze poddanym radioterapii może być źródłem dolegliwości bólowych i zmian w wyglądzie, co może znacząco wpłynąć na komfort pacjenta w trakcie leczenia.

Podczas pielęgnacji należy unikać częstego mycia miejsc poddanych radioterapii, bowiem może to zwiększać nasilenie reakcji zapalnych. Zaleca się stosowanie delikatnych środków myjących o neutralnym pH, pozbawionych mydła i lanoliny, najlepiej przeznaczonych do pielęgnacji skóry dzieci. Dodatkowo pielęgnacja powinna obejmować nawilżanie skóry co najmniej dwa razy dziennie za pomocą emolientów oraz stosowanie maści natłuszczających. Jak sugerują Matuła, Załęska, Lizak, Morawiec, Drąg, Wasylewski (2018) dobór odpowiednich produktów pielęgnacyjnych powinien być dokładnie dostosowany do konkretnych potrzeb skóry pacjenta, uwzględniając jej stan i lokalizację zmian. Należy również regularnie monitorować skórę pod kątem wszelkich zmian, które mogą wskazywać na powikłania i wymagać interwencji. W przypadku skóry

przesuszonej, zniszczonej lub trądzikowej, pielęgnacja powinna być skierowana na odpowiednie regenerowanie i ochronę. Wreszcie, należy pamiętać, że pielęgnacja skóry pacjenta po radioterapii powinna być spersonalizowana i uwzględniać wiek biologiczny skóry oraz ewentualne zmiany wynikające z leczenia onkologicznego. Dlatego dobór odpowiednich kosmetyków i preparatów pielęgnacyjnych powinien być dokładnie dostosowany do indywidualnych potrzeb i problemów skórnych pacjenta.

Podczas leczenia radioterapią istotne jest wprowadzenie kompleksowej pielęgnacji skóry, która nie tylko będzie zapobiegać odczynom popromiennym, ale także będzie wspomagać proces regeneracji tego organu. Profesjonalna opieka kosmetyczna powinna być integralną częścią terapii, rozpoczynającą się już od pierwszego dnia leczenia. Jeśli to niemożliwe, konieczne jest szybkie wdrożenie zaleceń pielęgnacyjnych od momentu pojawienia się pierwszych odczynów, a ich przestrzeganie powinno trwać nawet przez kilka miesięcy po zakończeniu terapii. W przypadku osób leczonych radioterapią zaleca się, aby zabiegi kosmetyczne były powtarzane raz w tygodniu, szczególnie w kontekście szczególnych potrzeb zdrowotnych klienta. Podczas konsultacji kosmetycznych należy skupić się na dostarczeniu klientowi odpowiedniej wiedzy dotyczącej pielęgnacji skóry w domu oraz dostosować odpowiednie produkty do jego potrzeb. Kosmetolog powinien elastycznie reagować na zmieniające się potrzeby skóry, modyfikując podejście w miarę potrzeb. Ponieważ utrata wilgoci w skórze może być niezauważalna na początku radioterapii, konieczne jest użycie specjalistycznej aparatury, takiej jak korneometr lub tewametr, aby dokładnie ocenić stan nawilżenia skóry. Na podstawie takich pomiarów można dostosować intensywną pielęgnację skóry do jej aktualnych potrzeb.

W domowej pielęgnacji skóry po radioterapii szczególnie istotne jest:

- całkowite unikanie ekspozycji skóry na słońce,
- stosowanie wysokich filtrów przeciwsłonecznych chroniących przed promieniowaniem UVA i UVB,
- regularne stosowanie nawilżająco-natłuszczających i regenerujących kremów oraz masek,
- pielęgnowanie skóry delikatnymi i łagodnymi dla skóry preparatami, unikając potencjalnie drażniących substancji.

Wszystkie te działania mają na celu zachowanie zdrowia i komfortu skóry pacjenta oraz wspieranie jej regeneracji po zakończeniu terapii radiacyjnej.

Produkty kosmetyczne do skóry osób w trakcie i po radioterapii

Po radioterapii skóra wymaga szczególnej troski i odpowiedniej pielęgnacji, dlatego wśród produktów kosmetycznych dedykowanych pacjentom po radioterapii znajdują się te, które zawierają substancje o łagodzącym, regenerującym

i ochronnym działaniu. Analizując skład poszczególnych kosmetyków dedykowanych pacjentom onkologicznym, można zauważyć wspólny mianownik w bazie produktu – podstawą każdego preparatu jest składnik o działaniu natłuszczającym skórę oraz ochronnym: wazelina (*Petrolatum*), gliceryna (*Glycerin*), parafina ciekła (*Paraffinum Liquidum*) czy oleje roślinne.

Istotną rolę w łagodzeniu skóry oraz jej nawilżaniu pełnią także: mocznik (*Urea*), alantoina (*Allantoin*) czy pantenol (*Panthenol*). Te substancje wspomagają proces regeneracji skóry, redukując podrażnienia i zapewniając jej odpowiednie nawilżenie. Niektóre preparaty zawierają także składniki o działaniu przeciwutleniającym, takie jak witamina E (*Tocopheryl acetate*), koenzym Q (*Ubiquinone*) czy resweratrol (*Resweratrol*). Warto także zauważyć obecność kwasu foliowego (*Folic acid*), który pełni istotną rolę w regeneracji uszkodzeń w DNA, wspierając procesy naprawcze komórek skóry. Dzięki niemu preparaty kosmetyczne mogą przyczynić się do szybszej regeneracji i gojenia skóry uszkodzonej przez leczenie onkologiczne. Ważne jest, aby produkty do pielęgnacji skóry osób w trakcie i po radioterapii nie zawierały drażniących detergentów, konserwantów, środków zapachowych, barwników i innych substancji potencjalnie alergizujących. Składniki aktywne o działaniu nawilżającym i natłuszczającym są również pożądane, aby wspierać proces regeneracji skóry. Produkty te powinny być podobne do kosmetyków przeznaczonych dla skóry wrażliwej i alergicznej, ale dodatkowo muszą zawierać substancje regenerujące. Kosmetyki dla pacjentów po radioterapii powinny także zawierać filtry przeciwsłoneczne, aby chronić skórę przed promieniowaniem UVA i UVB. W ten sposób zapobiegnie się dodatkowemu uszkodzeniu skóry oraz zmniejszy ryzyko powstania nowych zmian nowotworowych.

Ogólnie rzecz biorąc, produkty kosmetyczne dla pacjentów po radioterapii powinny być delikatne, dobrze tolerowane przez skórę, nawilżające, regenerujące i chroniące przed słońcem. Warto zwrócić uwagę na specjalistyczne linie kosmetyków przeznaczonych dla skóry poddanej radioterapii, zawierające składniki zapewniające kompleksową pielęgnację i wsparcie w procesie gojenia się skóry. Jak zauważa Wszołek (2019), substancje takie jak wazelina, gliceryna i parafina ciekła działają jako bariery ochronne, zapobiegając nadmiernemu odparowywaniu wody z naskórka i utrzymując odpowiednie nawilżenie. Dzięki takim składnikom preparaty kosmetyczne mogą przyczynić się do szybszej regeneracji i gojenia skóry uszkodzonej przez leczenie onkologiczne.

Tabela 3. Składniki produktów do pielęgnacji skóry pacjenta po radioterapii

Składnik	Działanie na skórę pacjenta onkologicznego
Masło murumuru	Zawiera kwasy tłuszczowe (oleinowy, linolowy, mirystynowy, laurynowy), które działają bakterioobójczo, przeciwzapalnie, regenerująco i nawilżająco.
Masło shea (Karite)	Posiada właściwości ochronne, natłuszczające i regenerujące, co może być korzystne dla skóry pacjentów onkologicznych poddawanych radioterapii.
Masło kakaowe	Stanowi źródło przeciwutleniaczy i składników odżywczych, wykazuje działanie zmiękczające, wygładzające i odżywiające skórę, co może pomóc w łagodzeniu skutków popromiennych zmian skórnych u pacjentów onkologicznych.
Masło kokum	Działa nawilżająco i regenerująco, przyspieszając gojenie skóry.
Masło mango	Ma działanie intensywnie nawilżające i odżywcze, wzmacnia i odbudowuje barierę lipidową skóry, co może być korzystne dla skóry pacjentów onkologicznych doświadczających nadmiernego wysuszenia lub uszkodzeń.
Olej z ogórecznika	Nawilża suchą, popękaną skórę oraz poprawia jej elastyczność.
Olej jojoba	Wykazuje właściwości antyoksydacyjne i wzmacnia strukturę skóry, chroniąc ją przed negatywnym wpływem czynników atmosferycznych. Zawiera składniki wspierające zdrową skórę.
Olej arganowy	Wzmacnia barierę naskórkową i poprawia nawilżenie skóry.
Olej babassu	Wykazuje działanie przeciwdrobnoustrojowe i emoliencyjne, co może być korzystne dla pacjentów onkologicznych o wrażliwej skórze.
Witamina B kompleks	– Witamina B1 (tiamina): reguluje metabolizm lipidów, białek i węglowodanów. – Witamina B2 (ryboflawina): wspomaga regenerację skóry. – Witamina B3 (niacyna): poprawia krążenie krwi i procesy naprawy skóry. – Witamina B5 (kwas pantotenowy): ma działanie nawilżające i łagodzące. – Witamina B6 (pirydoksyna): wspiera zdrowy wzrost komórek skóry i funkcję układu nerwowego. – Witamina B7 (biotyna): reguluje metabolizm tłuszczów i węglowodanów, wspomaga zdrowy wzrost komórek skóry. – Witamina B9 (kwas foliowy): bierze udział w procesach naprawy i regeneracji komórek skóry. – Witamina B12 (kobalamina): pomaga w produkcji czerwonych krwinek i wspiera zdrowy wzrost komórek skóry.
Kwas hialuronowy	Skutecznie zmniejsza intensywność i czas trwania niepożądanych reakcji skórnych podczas radioterapii.
Wody termalne	Bogate w minerały, mogą łagodzić podrażnienia i wspomagać regenerację skóry po leczeniu onkologicznym.

Składnik	Działanie na skórę pacjenta onkologicznego
Glinki	Posiadają właściwości przeciwzapalne. Glinki powinny mieć wysoką czystość i gwarancję, że nie zawierają metali ciężkich, które mogą być szkodliwe przy pacjencie onkologicznym.
Algi	Działają nawilżająco, łagodząco i przeciwutleniająco, co może wspierać regenerację skóry pacjentów onkologicznych.

Źródło: J. Topczewska-Bruns, T. Filipowski, M. Demska (2014), Pielęgnacja i ochrona skóry w trakcie i po radioterapii. *Opieka Onkologiczna*, 2.

Według Klonowskiej (2017) dla pacjentów poddawanych radioterapii oraz chemioterapii istnieją specjalnie opracowane kosmetyki, które zapewniają skuteczną pielęgnację skóry w trakcie i po leczeniu. Oto kilka z nich:

1. Aquastop Radioterapia®: preparat jest dedykowany osobom, których skóra jest nadmiernie przesuszona w wyniku radioterapii. Składniki takie jak Petrolatum, Paraffinum Liquidum, czy Allantoin działają łagodząco, natłuszczająco i ochronnie na skórę, zmniejszając przy tym zaczerwienienia i świąd.
2. Radioprotect®: działa naprawczo i ochronnie na skórę uszkodzoną przez promieniowanie jonizujące. Składniki takie jak *Panthenol*, *Glycerin* czy *Squalene* nawilżają i natłuszczają skórę, zmniejszając dolegliwości takie jak świąd i pieczenie.
3. Pharmaceris X-ray liposubtilium®: natłuszcza i nawilża skórę, łagodząc odczyn popromienny i działając ochronnie. Składniki takie jak *Panthenol*, *Glycerin* czy *Folic Acid* wspierają proces regeneracji skóry.
4. Chemodry B6®: dedykowany pacjentom poddawanych chemioterapii, ten preparat działa łagodząco i kojąco na skórę uszkodzoną przez leki przeciwnowotworowe. Składniki takie jak *Olea Europea Fruit Oil*, *Panthenol* czy *Sodium hyaluronate* doskonale nawilżają i natłuszczają skórę, redukując uczucie pieczenia i świądu.

Te specjalistyczne kosmetyki zaprojektowano tak, by zapewniały kompleksową pielęgnację skóry pacjentów onkologicznych, redukując dolegliwości związane z leczeniem oraz wspierając proces regeneracji skóry.

Chemioterapia

Jej wprowadzenie do medycyny to przełomowy moment w historii walki z nowotworami. Choć samo pojęcie *chemioterapia* zyskało na popularności stosunkowo niedawno, to stosowanie substancji toksycznych w leczeniu guzów było znane już w starożytności, głównie w kulturach greckiej i rzymskiej. Niezwykłą ewolucję przeszła ta dziedzina – od wykorzystywania substancji trujących jako bojowych środków chemicznych podczas I wojny światowej po ich wykorzystanie w terapii nowotworów. Istotnym momentem w historii chemioterapii było odkrycie

iperytu azotowego, który w czasie wojny stosowany był jako środek trujący, ale później został wykorzystany w leczeniu różnych chorób, w tym ziarnicy złośliwej. Sukcesem w terapii nowotworów było również wprowadzenie metotreksatu, który okazał się szczególnie skuteczny w leczeniu raka kosmówki. Jak zauważają K. Koper i A. Koper (2023) współczesna chemioterapia to już nie tylko wykorzystanie substancji trujących, ale także precyzyjnie opracowane leki, które działają selektywnie na komórki nowotworowe, minimalizując przy tym szkodliwe działania uboczne. Ta dziedzina medycyny stale ewoluuje, poszukując coraz skuteczniejszych i bardziej bezpiecznych metod leczenia nowotworów.

Wpływ chemioterapii na skórę

Leczenie chorób nowotworowych to złożony proces, który angażuje specjalistów z różnych dziedzin medycyny. W trakcie podejmowania decyzji dotyczących stosowania leków, konieczne jest uwzględnienie bilansu pomiędzy potencjalnymi korzyściami terapeutycznymi a ryzykiem działań niepożądanych dla różnych narządów i układów organizmu. Istotna jest także świadomość powikłań skórnych oraz ich wpływu na skuteczność terapii, co wymaga współpracy między onkologami, dermatologami i kosmetologami. Zrozumienie mechanizmów toksyczności leków stosowanych w chemioterapii oraz terapii celowanej jest kluczowe dla efektywnego zarządzania odczynami skórnymi pacjentów. W tej perspektywie omówienie wpływu chemioterapii na skórę staje się niezbędnym elementem analizy interdyscyplinarnej tego procesu terapeutycznego. W trakcie leczenia chemioterapią skóra na całym ciele doświadcza niekorzystnych efektów ubocznych, głównie ze względu na silne działanie cytostatyków, powodujących jej intensywne wysuszenie. W wyniku tego procesu skóra staje się zaczerwieniona, łuszczy się, co często prowadzi do odczuwania świądu i może skutkować pojawieniem się bolesnych obrzęków i nadżerek. Zmiany zapalne są również powszechne, ponieważ skóra staje się bardziej podatna na infekcje wirusowe, bakteryjne i grzybicze (Kowalska, Kowalik, Gózdź, 2016). Szczególnie narażone na suchość skóry są obszary ciała, które intensywnie się pocą, oraz dłonie i stopy, nie objęte naturalną produkcją łoju. U osób poddawanych chemioterapii skóra na dłoniach i stopach może ulec tak silnemu wysuszeniu, że będzie się boleśnie łuszczyć.

Te działania niepożądane często mają charakter toksyczny, a ich nasilenie może być oceniane na skali od 1 do 4. Jednymi z grup leków, które mogą wywołać reakcje skórne, są inhibitory receptora naskórkowego czynnika wzrostu (EGFR). Powodują one różnorodne zmiany skórne, w tym trądzikopodobną osutkę grudkowo-krostkową, która występuje u znaczącej części pacjentów. Innym lekiem wpływającym negatywnie na skórę jest inhibitor CTLA4, np. ipilimumab, stosowany w leczeniu przerzutowego czerniaka. Może on prowadzić do uogólnionej osutki plamisto-grudkowej oraz vitiligo.

Inne leki stosowane w terapii nowotworowej, takie jak inhibitory BRAF, inhibitory MEK czy inhibitory szlaku hedgehog, również mogą wywoływać różnego rodzaju zmiany skórne. W przypadku inhibitorów BRAF obserwuje się całe spektrum zmian przerostowych, a stosowanie inhibitora szlaku hedgehog może prowadzić do łysienia oraz zaburzeń smaku.

Objawy te mogą obejmować zarówno objawy neurologiczne, jak i skórne, takie jak zmiany rumieniowo-obrzękowe, pęcherze czy ogniska hiperkeratozy. Ponadto leki przeciwnowotworowe mogą być również przyczyną ciężkich chorób skóry, takich jak zespół Stevensa-Johnsona, toksyczna nekroliza naskórka lub zespół DRESS. Według Klonowskiej (2018) w przypadku wystąpienia tych powikłań konieczne może być przerwanie leczenia przeciwnowotworowego.

Zmiany toksyczne wywołane lekami mogą również dotyczyć paznokci i włosów, objawiając się opóźnieniem ich wzrostu, ścieńczeniem płytek paznokciowych lub zaburzeniami wzrostu i struktury włosów. Postępowanie w przypadku tych zmian zależy od stopnia ich nasilenia, a w niektórych przypadkach może być konieczne przerwanie terapii przeciwnowotworowej.

Pielęgnacja skóry w trakcie i po chemioterapii

Podczas i po zakończeniu terapii należy szczególnie zwracać uwagę na kondycję skóry pacjenta. Rozmowa na temat szkodliwości promieniowania UV jest kluczowa, dlatego istotne jest unikanie ekspozycji na słońce i korzystania z łóżek opalających. Skóra pacjentów poddawanych chemioterapii jest szczególnie narażona na promieniowanie UV, które może prowadzić do różnych negatywnych reakcji, w tym powstawania wolnych rodników. W trakcie leczenia i po jego zakończeniu należy regularnie stosować filtry przeciwsłoneczne o wysokim SPF, aby skutecznie chronić skórę przed promieniowaniem UV. Dodatkowo należy pamiętać o zabezpieczeniu skóry w chłodne dni, aby uniknąć pogorszenia jej stanu spowodowanego niskimi temperaturami. Istotne jest stosowanie łagodnych i nawilżających kosmetyków, aby złagodzić wysuszenia skóry, które mogą być skutkiem ubocznym leczenia. Produkty pielęgnacyjne powinny być wolne od drażniących substancji i zawierać składniki nawilżające i regenerujące, takie jak pantenol, alantoina, witamina E, kwas hialuronowy, mocznik, aloes, wyciąg z owsa, ceramidy, kwas foliowy, skwaleń, beta-glukan i oleje lniane, z wiesiołka, ogórecznika oraz awokado. Należy unikać wszelkich zabiegów krioterapeutycznych, które mogą dodatkowo podrażnić skórę. W procesie opieki nad pacjentem poddawany chemioterapii rola kosmetologa nabiera istotnego znaczenia, obejmując zarówno aspekty fizyczne, jak i emocjonalne.

Jak wspomina Dąbrowska (2023), kosmetolog jako specjalista w dziedzinie pielęgnacji skóry odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu kompleksowej opieki i wsparcia pacjentowi w tym trudnym okresie. Podstawowym celem działania kosmetologa jest dostosowanie planu pielęgnacyjnego do indywidualnych potrzeb

i stanu skóry pacjenta. Na etapie konsultacji kosmetolog dokładnie analizuje stan skóry oraz rozmawia z pacjentem na temat jego obaw i oczekiwań. Na tej podstawie opracowuje spersonalizowany plan pielęgnacyjny, uwzględniający specyficzne potrzeby i preferencje klienta. W ramach pielęgnacji skóry poddanej chemioterapii kosmetolog może stosować łagodne zabiegi pielęgnacyjne, takie jak delikatne oczyszczanie, złuszczenie czy aplikacja nawilżających masek. W ten sposób wspomaga proces regeneracji skóry i minimalizuje występowanie niepożądanych objawów. Dodatkowo kosmetolog może wykonywać delikatne masaże, które przynoszą ulgę pacjentowi poprzez redukcję napięcia mięśniowego, łagodzenie bólu oraz poprawę ogólnego samopoczucia. Masaż może być skoncentrowany na obszarach szczególnie dotkniętych skutkami ubocznymi chemioterapii, przynosząc ulgę i komfort pacjentowi. Edukacja pacjenta na temat odpowiednich praktyk pielęgnacyjnych oraz środków bezpieczeństwa stanowi istotny element pracy kosmetologa. Poprzez udzielenie wskazówek dotyczących pielęgnacji skóry oraz informacji na temat skutecznych składników aktywnych w kosmetykach, kosmetolog pomaga pacjentowi w utrzymaniu zdrowia skóry w trakcie i po zakończeniu chemioterapii. Wszystkie te działania mają na celu nie tylko poprawę stanu skóry, ale także wspieranie ogólnego samopoczucia i jakości życia pacjenta w trakcie trudnego procesu leczenia onkologicznego. Dzięki podejściu holistycznemu i spersonalizowanemu kosmetolog daje pacjentowi istotne wsparcie w jego walce z chorobą.

Włosy a chemioterapia: konsekwencje i praktyczne aspekty

Podczas chemioterapii utrata włosów, brwi i rzęs jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń pacjentów, zwłaszcza kobiet. Włosy, brwi i rzęsy są nie tylko atrybutem urody, lecz także symbolem kobiecości i tożsamości. Ich utrata może wywołać głębokie emocje oraz negatywnie wpłynąć na samoocenę i jakość życia pacjenta. Wpływ utraty włosów na psychospołeczne aspekty życia pacjenta jest niezaprzeczalny. Walka z chorobą staje się nie tylko batalią o zdrowie fizyczne, lecz także o integralność i spójność własnego Ja. W trakcie tego trudnego procesu pacjenci muszą zmagać się nie tylko z konsekwencjami fizycznymi leczenia, ale także z przekształceniami w swoim wyglądzie zewnętrznym, co może prowadzić do obniżenia samooceny, poczucia atrakcyjności oraz do izolacji społecznej. Rozważania dotyczące wpływu chemioterapii na utratę włosów, brwi i rzęs wykraczają poza aspekt medyczny, stając się istotnym zagadnieniem psychospołecznym i psychologicznym.

Utrata włosów związana z chemioterapią często objawia się głównie w obszarach czołowych i ciemieniowych skóry głowy. Jest to doświadczenie, które szczególnie dla kobiet stanowi istotne wyzwanie emocjonalne. Jak zauważa Musiał (2022), utrata włosów to nie tylko kwestia głowy. Chemioterapia może również prowadzić do utraty rzęs i brwi, co dodatkowo pogłębia zmiany w wyglądzie

i wpływa na samoocenę pacjenta. Niektórzy pacjenci mogą doświadczyć utraty włosów w innych obszarach ciała, takich jak łono czy pachy.

Mechanizm utraty włosów związany z chemioterapią polega na wpływie cytostatyków na komórki macierzy włosa, które są odpowiedzialne za wzrost włosa. Leki te hamują proces proliferacji keratynocytów, co prowadzi do osłabienia i wypadania włosów w fazie aktywnego wzrostu, zwanej fazą anagenową. Stopień zaawansowania utraty włosów oraz możliwość ich odrostu zależą od toksyczności stosowanych leków. Łysienie o łagodnym przebiegu może być wywołane następującymi cytostatykami:

- cisplastyna,
- karboplastyna,
- kapecytabina w cyklu cotygodniowym,
- fluorouracyl,
- hydroksymocznik,
- tiotepa.

Z kolei łysienie o ciężkim przebiegu może wystąpić po doustnym leczeniu etopozydem, a także w efekcie terapii winblastyną oraz winkrystyną.

Czas wystąpienia wypadania włosów zależy od wielu czynników, takich jak rodzaj leczenia, dawka leków oraz indywidualne cechy organizmu pacjenta. Wypadanie włosów zazwyczaj rozpoczyna się kilka tygodni po rozpoczęciu terapii i utrzymuje się przez cały okres leczenia. Po zakończeniu chemioterapii włosy mogą ponownie zaczynać rosnąć, choć czas ten może się różnić w zależności od pacjenta. Warto również wspomnieć o zjawisku odcinkowego ścięćcia włosa, obserwowanego w niektórych przypadkach. Jest to objaw Pohla-Pinkusa, który może pojawić się wskutek działania chemioterapeutyków na strukturę włosa. Substancje cytotoksyczne, które mogą spowodować całkowite łysienie, to: antybiotyki przeciwnowotworowe, inhibitory topoizomerazy, środki alkilujące oraz inhibitory polimeryzacji mikrotubul. Najczęściej jednak występujące i najbardziej uciążliwe łysienie może być efektem leczenia cyklofosfamidem, docetakselem, doksorubicyną, daunorubicyną, eribuliną, etopozydem, epirubicyną, paklitakselem, ifosfamidem oraz izabepilonem. Ponadto ciężkie łysienie może pojawić się w trakcie chemioterapii łączonej z etopozydem, docetakselem, doksorubicyną lub paklitakselem.

W procesie przygotowania pacjentów na chemioterapię kosmetolodzy odgrywają kluczową rolę, oferując specjalistyczną opiekę i doradztwo dotyczące pielęgnacji skóry głowy i włosów. Przed rozpoczęciem leczenia kosmetolog powinien przeprowadzić dokładną konsultację, oceniając stan skóry i włosów, oraz omówić z pacjentem strategię pielęgnacyjną na czas trwania terapii.

W salonach kosmetyczno/trychologicznych rekomenduje się stosowanie delikatnych produktów pielęgnacyjnych, takich jak szampony bezsiarczowe i bezzapachowe, które są łagodne dla wrażliwej skóry. Ważne jest unikanie

preparatów zawierających składniki chemiczne mogące podrażnić skórę, co jest szczególnie istotne w przypadku pacjentów poddawanych chemioterapii.

Jak sugeruje Klonowska (2018) w przypadku utraty włosów związaną z terapią, kosmetolog może zaproponować alternatywne metody pielęgnacyjne, takie jak delikatne czesanie i szczotkowanie włosów, stosowanie naturalnych barwników, np. naparu z rumianku lub kawy, oraz unikanie agresywnych zabiegów stylizacyjnych, które mogą dodatkowo obciążać osłabione włosy. Zaleca się również pacjentom noszenie nakryć głowy, które nie tylko chronią skórę głowy przed szkodliwymi czynnikami środowiskowymi, ale także mogą być modnym dodatkiem, poprawiającym samopoczucie.

Podsumowanie

W niniejszej pracy przedstawiono kompleksowe spojrzenie na temat nowotworów, ich mechanizmów oraz wpływu terapii onkologicznych na organizm, ze szczególnym uwzględnieniem skóry. Omówiono skutki uboczne leczenia oraz znaczenie specjalistycznej opieki kosmetycznej w ich łagodzeniu. Zrozumienie tych fundamentalnych aspektów jest kluczowe dla właściwego podejścia do terapii onkologicznych oraz wspomagających działań kosmetycznych. Omówiono również metody leczenia nowotworów, w tym radioterapię i chemioterapię, oraz ich skutki uboczne na skórę i ogólny stan zdrowia pacjentów. Skutki te są często złożone i długotrwałe, wymagające specjalistycznej wiedzy kosmetycznej do skutecznego zarządzania nimi. Dlatego należy podkreślić rolę kosmetologa w pracy z klientem onkologicznym, uwzględniając zarówno aspekty zawodowe, jak i emocjonalne. Świadomość tych zagadnień pozwala na skuteczniejsze wspieranie pacjentów w procesie leczenia, poprawiając ich komfort i jakość życia. Przedstawiono nie tylko wyzwania związane z terapią onkologiczną, ale także pozytywne aspekty onkokosmetyologii. Specjalistyczna pielęgnacja skóry w trakcie i po leczeniu nowotworowym może znacząco poprawić komfort pacjentów, wspierając ich samopoczucie oraz jakość życia. Odpowiednio dobrane zabiegi kosmetyczne pomagają zminimalizować skutki uboczne terapii, przyspieszając regenerację skóry i wzmacniając pewność siebie osób chorych. Rola kosmetologa w pracy z pacjentem onkologicznym wykracza poza aspekty estetyczne – to także wsparcie emocjonalne, które daje pacjentom poczucie troski i normalności. Dzięki temu onkokosmetyologia stanowi istotny element holistycznego podejścia do zdrowia i dobrostanu osób zmagających się z nowotworem. Właściwe zrozumienie wpływu tych terapii na skórę pozwala kosmetologom na opracowanie skutecznych strategii pielęgnacyjnych. Korzystanie z usług kosmetycznych w trakcie leczenia onkologicznego może poprawić samopoczucie, przyspieszyć proces zdrowienia i zwiększyć samoocenę osoby chorej.

Bibliografia

- Dąbrowska, A. (2023). Onkokosmetologia: pielęgnacja skóry pacjenta onkologicznego w gabinecie kosmetycznym. *Kosmetologia Estetyczna*, 12(5): 131–133.
- Demska, M., Topczewska-Bruns, J., Maćkowiak-Matejczyk, B., & Filipowski, T. (2011). Pielęgnacja skóry podczas i po zakończeniu radioterapii. *Current Gynecologic Oncology*, 9(4): 272–275.
- Klonowska, J. (2018). Pielęgnacja skóry w trakcie i po zakończeniu radioterapii. *Beauty Inspiration*, (4): 14–18.
- Koper, K. J., Koper, A. (2023). *Pielęgniarstwo Onkologiczne* (ss. 63–65). PZWL.
- Kordek, R., Jassem, J. (2024). *Onkologia: podręcznik dla studentów i lekarzy* (ss. 47–49). Via Medica.
- Kowalska, M., Kowalik, A., & Gózdź, S. (2016). Dermatologiczne objawy uboczne w przebiegu chemioterapii i celowanej terapii przeciwnowotworowej. *Przegląd Dermatologiczny*, 103: 127–138. DOI: 10.5114/dr.2016.59135
- Kowalski, D. (2013). Zmiany skórne: towarzyszące chemioterapii, terapiom ukierunkowanym molekularnie, popromienne. W: Jassem J., Krzakowski M., Zaucha R., (red.), *Leczenie wspomagające w onkologii. Praktyczny przewodnik dla lekarzy* (ss. 128–147). Via Medica.
- Krajowy Rejestr Nowotworów: www.onkologia.org.pl/pl/nawotwory-epidemiologia
- Matuła, A., Załęska, I., Lizak, A., Morawiec, M., Drąg, J., & Wasylewski, M. (2018). Rola kosmetyka w diagnostyce oraz terapii. *Kosmetologia Estetyczna*, 7(4): 445.
- Musiał, C. (2022). *Trychologia kosmetyczna i lekarska* (ss. 33–36). PZWL.
- Topczewska-Bruns, J., Filipowski, T., & Demska, M. (2014). Pielęgnacja i ochrona skóry w trakcie i po radioterapii. *Opieka Onkologiczna*, 2: 56–58.
- Tuszyński, K. (2022). *Pacjent onkologiczny z perspektywy farmaceuty* (s. 49). Wydawnictwo Farmaceutyczne.
- Wiśniewski, M., Graczyk, M., Szpinda, M., & Brzozowska-Mańkowska, S. (2013). Popromienne zapalenie skóry – zasady postępowania. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 7(2): 41–45.
- Wszolek, K., Piotrowska A. (2019). Analiza składu wybranych kosmetyków dedykowanych pacjentom onkologicznym. *Kosmetologia Estetyczna*, 5(8): 575–580.

Ocena barier występujących w gabinetach medycyny estetycznej oraz kosmetologicznych u osób z niepełnosprawnością

Streszczenie

Niepełnosprawność wpływa na wiele stref codziennego funkcjonowania pacjentów. Autorzy, przeprowadziwszy ankietę wśród 120 respondentów, stwierdzili, iż istnieje bardzo wiele niedociągnięć dotyczących barier w organizacji pracy salonów/gabinetów kosmetologicznych oraz medycyny estetycznej, co z kolei może wpływać na zmniejszenie dostępności wyżej wymienionych usług dla osób z niepełnosprawnością. Wdrażane są inicjatywy mające na celu zarówno poprawę dostępności usług z branży beauty dla osób z niepełnosprawnością jak i ich aktywizację zawodową zmierzającą w kierunku poprawy takiej dostępności, ale w dalszym ciągu są one niewystarczające.

Słowa kluczowe: medycyna estetyczna, kosmetologia, niepełnosprawność, bariery architektoniczne, bariery informatyczne

1 Zakład Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

2 Zakład Zintegrowanej Opieki Pielęgniarskiej Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Evaluation of barriers in aesthetic medicine and cosmetology clinics for people with disabilities

Abstract

Disability affects many areas of patients' daily functioning. The authors, conducting a survey among 120 respondents, found that there are many shortcomings regarding barriers in the organization of work in beauty salons/clinics and aesthetic medicine, which in turn may affect the reduced accessibility of the above-mentioned services for people with disabilities. Initiatives implemented to both improve the accessibility of beauty services for people with disabilities and their professional activation aimed at improving such accessibility are still insufficient.

Keywords: aesthetic medicine, cosmetology, disability, architectural barriers, information technology barriers

Wstęp

Niepełnosprawność w dzisiejszych czasach jest tematem niezwykle istotnym i poruszającym bardzo często w publikacjach naukowych, zarówno pod kątem postrzegania osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie, jak i rozlicznych barier, mogących stawać na drodze osób z dysfunkcyjnymi (Machalski, Kołpa, Grochowska, 2019). Warto pamiętać, że niepełnosprawność może być problemem każdego z nas na różnych etapach życia; niejednokrotnie wiąże się ona z wiekiem i ograniczeniami sprawności z nim związanymi, ale może również wynikać z innych przyczyn, takich jak: wypadki, postępujące jednostki chorobowe, choroby przewlekłe mogące pojawić się u człowieka w różnym wieku i przybierać postać czasową, jak i chroniczną (Skóra, 2021). Odsetek osób dotkniętych problemem niepełnosprawności zarówno w Polsce, jak i w innych krajach ciągle rośnie, dlatego tak ważne jest, abyśmy byli w stanie wyodrębnić, z jakimi problemami mogą borykać się osoby z niepełnosprawnością (Borowiecki, 2016). Jakie sfery ich życia mogą być dotknięte różnego rodzaju ograniczeniami oraz jakie potrzeby manifestują osoby z różnorodnymi deficytami. Konieczne jest zatem zwiększanie świadomości społecznej na temat kwestii związanych z ograniczeniami sprawności, przeszkód, które stają na drodze osób z niepełnosprawnością, a także ich wymagań co do poszczególnych sfer codziennego funkcjonowania. Należy zaznaczyć, że osoby z niepełnosprawnością pragną w pełni czerpać z życia, cieszyć się każdą chwilą i korzystać ze swoich ról społecznych. W zależności od posiadanego stopnia niepełnosprawności pacjenta musimy zatem we właściwy sposób próbować dostosować środowisko do jego funkcjonowania (Trębicka-Postrzygacz, 2017).

Bardzo istotnym elementem w przypadku postępowania z osobami z niepełnosprawnością jest to, że powinniśmy respektować ich potrzeby, zwłaszcza potrzebę aktywnego życia społecznego (Nowak, 2014). Dlatego osoby niepełnosprawne są klientami salonów kosmetycznych oraz medycyny estetycznej, ale również stają się niejednokrotnie osobami aktywnymi zawodowo w branży beauty. Warto zatem poddać analizie różne aspekty dostępności wspomnianych usług dla osób z niepełnosprawnością, bowiem podobnie jak w innych usługach również w branży beauty możemy dostrzec rozliczne niedomagania.

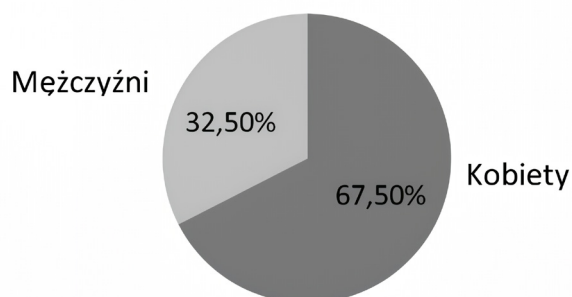
Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na grupie 120 ankietowanych, w październiku i listopadzie 2024 roku. Przed rozpoczęciem wypełniania formularza ankietowani zostali poinformowani o celu badania, dobrowolności udziału w nim oraz o jego anonimowym charakterze. Formularz ankiety składał się z 9 pytań wraz z metryczką,

z podziałem respondentów pod względem płci. Pozyskane dane poddano analizie statystycznej.

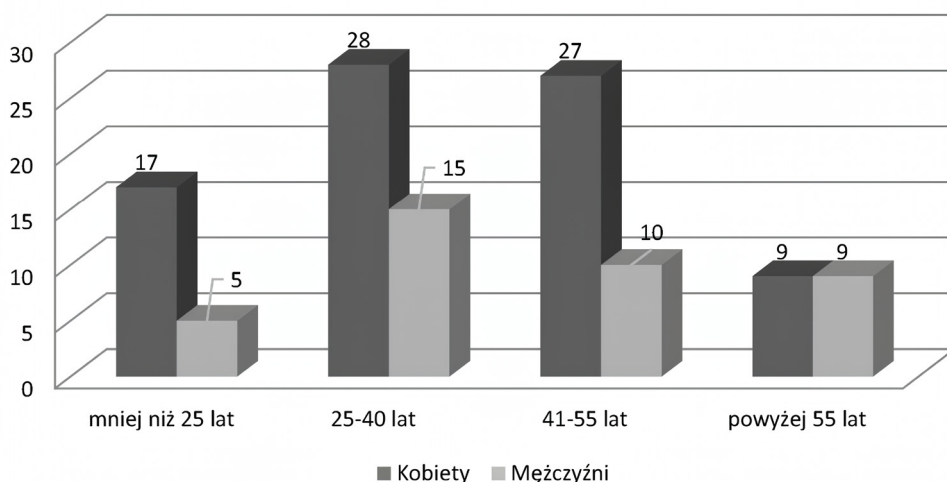
Wyniki:

Wykres 1. Podział badanych ze względu na płeć



Wykres 2. Podział badanych na poszczególne grupy wiekowe

Podział grupy ze względu na wiek

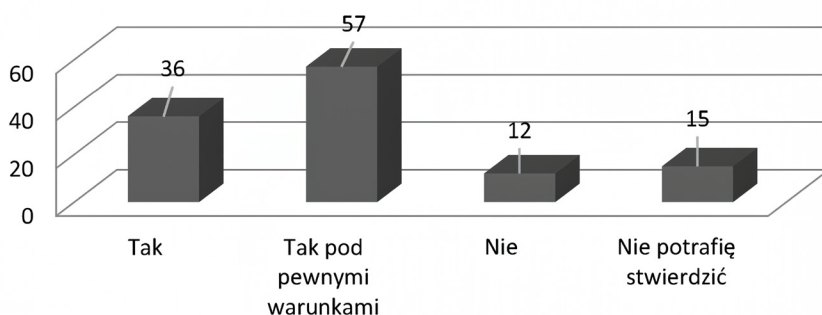


Badaną grupę stanowiło 120 ankietowanych, w tym 81 kobiet oraz 39 mężczyzn, w następujących przedziałach wiekowych:

- mniej niż 25 lat (17 kobiet oraz 5 mężczyzn),
- 25-40 lat (28 kobiet i 15 mężczyzn),
- 41-55 lat (27 kobiet oraz 10 mężczyzn),
- powyżej 55 lat (9 kobiet i 9 mężczyzn).

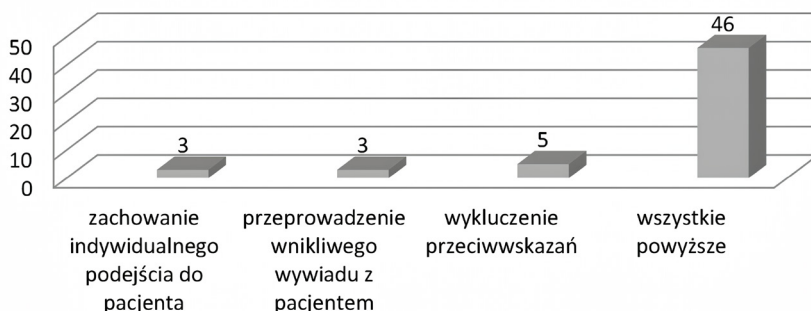
Wykres 3. Opinia respondentów na temat bezpieczeństwa zabiegów medycyny estetycznej oraz kosmetologii w grupie osób z niepełnosprawnością

Czy zabiegi medycyny estetycznej oraz kosmetologii są bezpieczne dla osób z niepełnosprawnością?



Wykres 4. Opinia respondentów na temat koniecznych warunków, aby zabiegi medycyny estetycznej oraz kosmetologii były bezpieczne dla osób z niepełnosprawnością

Jakie warunki powinny być spełnione, aby zabiegi medycyny estetycznej oraz kosmetologii były bezpieczne dla osób z niepełnosprawnością?



Większość respondentów poddanych badaniu twierdziła, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej oraz kosmetologii można bezpiecznie wykonywać u osób z niepełnosprawnością (30% respondentów bezsprzecznie stwierdziło, iż zabiegi beauty są w pełni bezpieczne dla osób niepełnosprawnych), natomiast 47,5% badanych potwierdziło, że powyższe procedury są bezpieczne, aczkolwiek powinny być spełnione pewne warunki. Ponad 80% ankietowanych, którzy na pytanie: czy zabiegi medycyny estetycznej oraz kosmetologii są bezpieczne dla osób z niepełnosprawnością udzieliło odpowiedzi warunkowej, jednogłośnie stwierdziło, iż powyższe procedury mogą być wykonywane u osób z niepełnosprawnością pod warunkiem indywidualnego podejścia do pacjenta, przeprowadzenia wnikliwego wywiadu oraz wykluczenia przeciwwskazań. Porównywalny odsetek ankietowanych wskazał pojedyncze odpowiedzi w postaci: zachowania indywidualnego podejścia do pacjenta oraz przeprowadzenia wnikliwego wywiadu z pacjentem, natomiast 9% respondentów zaznaczyło odpowiedź dotyczącą wykluczenia przeciwwskazań.

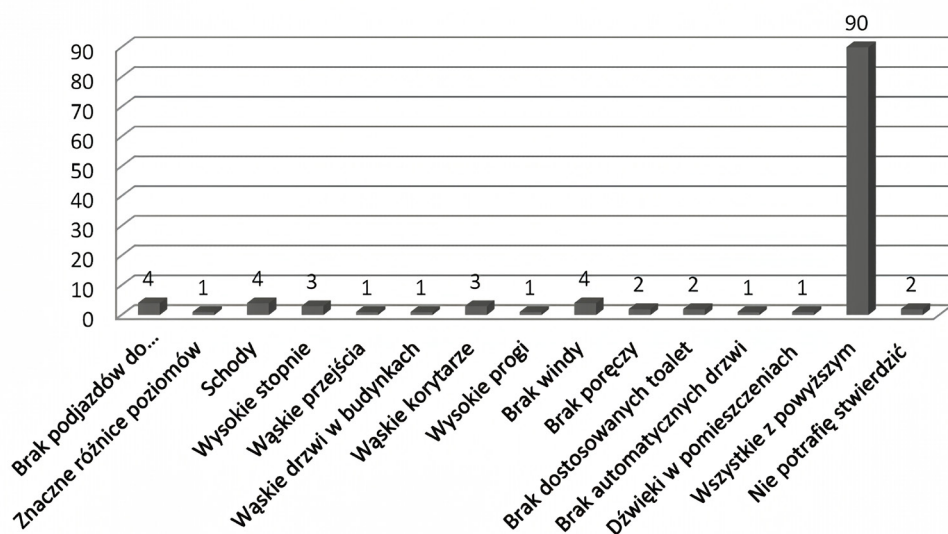
Wykres 5. Opinia respondentów na temat możliwie występujących barier w grupie osób z niepełnosprawnością



Znacząco większy odsetek respondentów zaznaczył właściwie możliwe bariery, z jakimi borykać się mogą osoby z niepełnosprawnością, wskazując: na bariery architektoniczne, bariery ekonomiczne, bariery społeczne, bariery natury psychologicznej, bariery związane z niedostatecznie przeszkoloną kadrą oraz bariery komunikacyjne.

Wykres 6. Opinia respondentów na temat barier architektonicznych, z którymi muszą zmagać się osoby z niepełnosprawnością

Jakie bariery architektoniczne uciążliwe dla osób z niepełnosprawnością mogą występować w branży beauty?



Większość ankietowanych (75%) poprawnie wskazała wszystkie możliwości dotyczące barier architektonicznych przedstawione na wykresie 6. Pojedyncze wskazania ankietowanych zostały przyporządkowane do odpowiedzi:

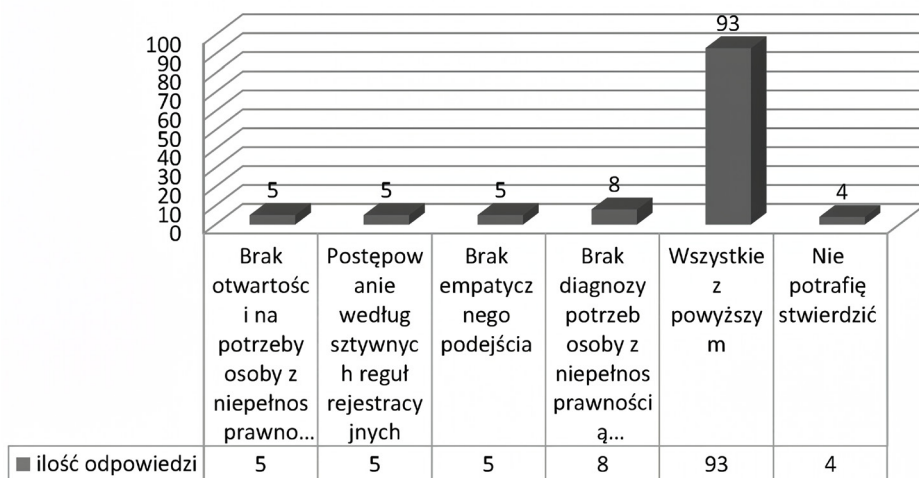
- znaczne różnice poziomów,
- wąskie przejścia,
- wąskie drzwi w budynkach,
- wysokie progi,
- brak automatycznych drzwi,
- dźwięki w pomieszczeniach.

Po dwóch ankietowanych wskazało brak poręczy oraz brak toalet dla osób z niepełnosprawnością. Niemożność wskazania odpowiedzi również podało

dwóch ankietowanych. Odpowiedzi takie jak: wysokie stopnie, a także wąskie korytarze wybrały trzy osoby, natomiast po czterech ankietowanych zaznaczyło braki podjazdów, schody oraz brak windy.

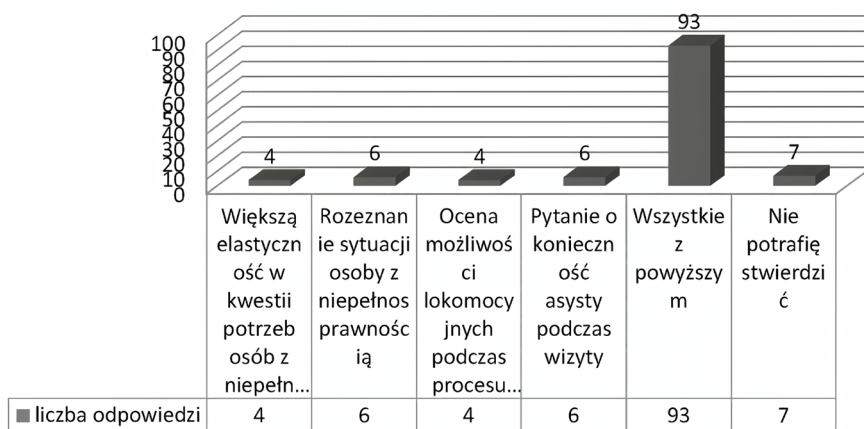
Wykres 7. Opinia respondentów na temat problemów podczas wyznaczania terminu oraz stawienia się na wizytę przez osoby niepełnosprawne

Jakie problemy mogą wystąpić w trakcie wyznaczania terminu oraz podczas stawienia się na wizycie osoby niepełnosprawnej



Wykres 8. Opinia respondentów na temat zmian, jakie należy wprowadzić, aby ułatwić osobom niepełnosprawnym proces rejestracji oraz wizyty w salonach i gabinetach kosmetycznych bądź medycyny estetycznej

Jakie zmiany można wprowadzić w procesie rejestracji i podczas wizyty, aby ułatwić niepełnosprawnym korzystanie z usług salonów oraz gabinetów?



Ankietowani podczas wypełniania formularza zauważyli także problemy mogące pojawiać się już na początku styczności z branżą kosmetyczną, zwłaszcza w trakcie rejestracji terminu. Jak wynika ze statystyki, 77,5% osób poddanych ankiecie wskazało, że już podczas procesu rejestracji osoby z niepełnosprawnością napotykają rozliczne problemy. Trzy pięcioosobowe grupy respondentów wskazały natomiast pojedyncze odpowiedzi kolejno:

- brak otwartości na potrzeby osoby z niepełnosprawnością,
- postępowanie według sztywnych reguł rejestracyjnych,
- brak empatycznego podejścia.

Cztery ankietowane osoby nie potrafiły stwierdzić, czy jakiegokolwiek problemy mogą wystąpić podczas procesu rejestracji oraz wizyty osób niepełnosprawnych w salonie kosmetycznym bądź gabinecie medycyny estetycznej. Niespełna 7% respondentów wskazało natomiast jako jedyną odpowiedź: brak diagnozy potrzeb osoby z niepełnosprawnością podczas rejestracji drogą telefoniczną. Ankietowani zostali następnie zapytani o możliwości wprowadzenia zmian, które w znacznym stopniu ułatwiłyby zarówno rejestrację, jak i odbycie wizyty przez

osoby niepełnosprawne. Prawie 80% ankietowanych wskazało wszystkie możliwości podane w formularzu jako właściwe zmiany. Siedmiu respondentów nie umiało odpowiedzieć na to pytanie. Cztery osoby wybrały pojedyncze odpowiedzi, takie jak: większa elastyczność w kwestii potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz ocenę możliwości lokomocyjnych podczas procesu rejestracji. Sześć wskazań postawiło natomiast na: rozeznanie sytuacji osoby z niepełnosprawnością, a także pytanie o konieczność asystowania podczas wizyty.

Główne problemy mogące występować podczas wizyty w salonach/gabinetach kosmetycznych/medycyny estetycznej w grupie osób z niepełnosprawnością wskazywane przez respondentów zawiera tabela 1.

Tabela 1. Główne problemy mogące występować podczas świadczenia usług w stosunku do osób z niepełnosprawnością

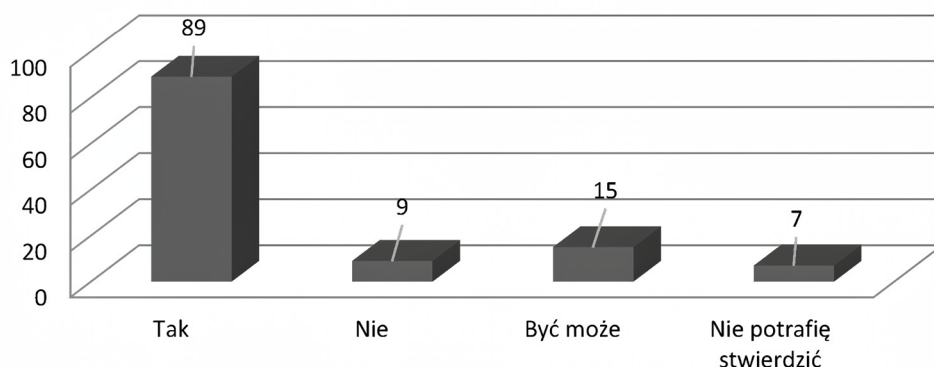
Problem	Liczba odpowiedzi
– Przestrzeń nieprzystosowana do osób z niepełnosprawnością ruchową, brak możliwości manewrowania wózkiem inwalidzkim w przestrzeni zabiegowej	96
– Urządzenia niedostosowane do osób z niepełnosprawnością, brak możliwości zmiany położenia fotela zabiegowego, dostosowania go do klienta	99
– Narzucanie się z nadmierną pomocą przez personel gabinetu/salonu wobec osoby z niepełnosprawnością	87
– Niewłaściwie przekazywane komunikaty osobie z niepełnosprawnością (niedostosowany do osób z niepełnosprawnością sposób przekazywania informacji, zbyt skomplikowany sposób mówienia)	101
– Brak aktywnego słuchania wśród osób obsługujących daną placówkę	88
– Komunikowanie się, zwracanie się bezpośrednio do asystenta, a nie do osoby z niepełnosprawnością	72
– Brak właściwych informacji dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych w formie wizualnej oraz dźwiękowej	67
– Brak właściwych oznaczeń w gabinecie/salonie dostosowanych do różnych rodzajów niepełnosprawności, z którymi borykają się klienci, np. brak oznaczeń alfabetem Braille'a	120
– Brak ulotek, formularzy zabiegowych, informacji pozabiegowych przeznaczonych dla osób z dysfunkcją narządu wzroku	90
– Brak możliwości korzystania z druku powiększonego dla osób z ograniczeniami widzenia	76
– Brak dostępu do pętli indukcyjnych	110
– Niemożność porozumiewania się z pracownikami gabinetu/salonu przy pomocy języka migowego, brak dostępu do możliwości wykorzystania tłumacza online	114

Problem	Liczba odpowiedzi
– Niemożność poruszania się z psem przewodnikiem w salonach/gabinetach	104
– Brak przeszkolenia pracowników w kierunku właściwej asysty osobie niepełnosprawnej w sytuacji, gdy osoba z dysfunkcją przybędzie do placówki bez opiekuna	78
– Brak podnośników umożliwiających transportowanie osób z niepełnosprawnością	89
– Brak przeszkolenia na temat postępowania z pacjentem z ograniczeniami ruchowymi wśród personelu salonu/gabinetu, nieznanomość zasad ergonomii pracy z klientem ze szczególnymi potrzebami	98
– Emocje (takie jak strach), które mogą być wyczuwane przez klientów podczas kontaktu z personelem zarówno obsługującym recepcję, jak i wykonującym zabiegi	112
– Przedmiotowe traktowanie klientów przez personel gabinetu/salonu	87

Jak uwidoczniono w powyższej tabeli, klienci z niepełnosprawnością na swojej drodze do usług z katalogu branży beauty mogą napotkać rozliczne problemy w przestrzeni gabinetowej, co potwierdziły również odpowiedzi ankietowanych.

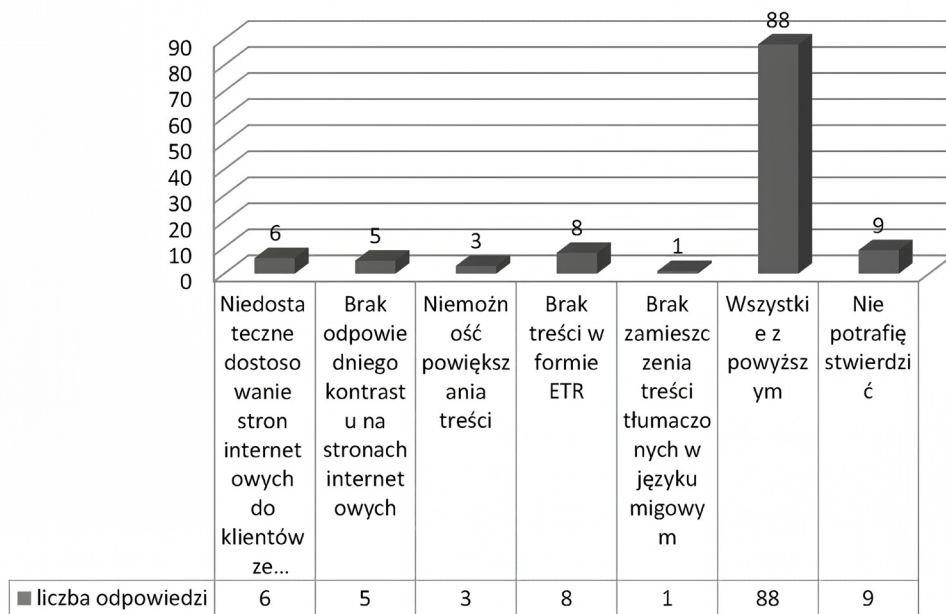
Wykres 9. Opinia respondentów na temat możliwości występowania barier w przestrzeni internetowej

Czy według Pani/Pana osoby niepełnosprawne mogą napotykać bariery w przestrzeni internetowej?



Wykres 10. Opinia respondentów na temat możliwych problemów, z którymi mogą się borykać osoby z niepełnosprawnością w przestrzeni internetowej

Jakie problemy w strefie internetowej mogą napotykać osoby z niepełnosprawnością?



Ponad 70% respondentów odpowiedziało twierdząco na możliwość występowania barier w strefie internetowej, 12,5% osób wahało się w swojej decyzji. Jednoznacznie przeciw było 7,5% ankietowanych, zaś prawie 6% nie potrafiło się wypowiedzieć na ten temat. Uszczegóławiając, ponad 70% respondentów zaznaczyło wszystkie możliwości różnorodnych problemów występujących w strefie internetowej. 5% badanych wskazało: niedostateczne dostosowanie stron internetowych do klientów ze szczególnymi potrzebami, pięcioro respondentów wskazało braki odpowiedniego kontrastu na stronach internetowych, troje –nieemożność powiększania treści, prawie 7% ankietowanych wybrało odpowiedź dotyczącą braku treści w formie ETR, jedna osoba wskazała jako problem brak zamieszczenia treści tłumaczonych w języku migowym, natomiast 7,5% badanych nie potrafiło wybrać żadnej z możliwości.

Dyskusja

Temat różnorodnych barier istniejących w stosunku do osób niepełnosprawnych w społeczeństwie oraz w dostępie do usług na nich ukierunkowanych poruszany jest coraz częściej w literaturze, niemniej jednak tematyka usług z zakresu kosmetyologii oraz medycyny estetycznej nie jest często podnoszona. Wołoskiuk, (2013, s. 69–73) w swojej publikacji zwraca uwagę na bariery występujące w życiu osób niepełnosprawnych wynikające z przyczyn zewnętrznych: bariery architektoniczne, kulturowe, społeczne oraz edukacyjne. Rewera i Ziemia (2012) również w swoim opracowaniu poruszali kwestię barier architektonicznych, które bywają najbardziej uciążliwe dla osób z niepełnosprawnością ruchową, zwracając uwagę na takie utrudnienia jak schody czy brak podjazdów do budynków użyteczności publicznej Szulc (2021) w swojej pracy także odnosi się do trudności, z jakimi mogą się borykać osoby niepełnosprawne w codziennym życiu, szczególnie skupiając się na utrudnionym dostępie do powszechnie pożądanym społecznie dóbr, wskazując także na zmniejszenie poziomu zadowolenia z życia poszczególnych osób. Dalecka (2014) w swoim artykule również podkreśla, że osoby z niepełnosprawnością mają takie same prawa, jak osoby pełnosprawne, i nie powinny być w żaden sposób wykluczane z codziennych aktywności, powinny mieć możliwość realizacji swoich marzeń, pragnień czy też chęci zaspokojenia swoich potrzeb. Nawalna i współautorzy w swojej publikacji zaznaczają małą dostępność architektoniczną oraz brak uniwersalnego projektowania w podmiotach leczniczych, podkreślając fakt niedostosowania budynków do przemieszczania się osób z niepełnosprawnością, na co również zwrócono uwagę w prezentowanej pracy (Nawalna, Baran, Nowak, 2014). Dejnak (2012) w swoim opracowaniu poruszyła natomiast kwestię dostępności strefy internetowej dla osób z niepełnosprawnością, zwracając szczególną uwagę na konieczność dostosowania informacji do osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, jednocześnie przeciwdziałając zjawisku wykluczenia cyfrowego. Tożsamą tematykę odnoszącą się do osób z dysfunkcją wzroku porusza (Bednarczyk (2011), również podkreślając ciągłe deficyty w tej dziedzinie (niedostateczne dostosowanie stron internetowych oraz ograniczony dostęp do informacji w formie cyfrowej). Tożsamych wniosków dowiedziono na podstawie autorskich badań i potwierdzono konieczność poprawy dostępności bazującej na źródłach internetowych.

Wnioski

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe informacje, można stwierdzić, iż istnieje bardzo wiele niedociągnięć dotyczących organizacji pracy salonów/gabinetów kosmetyologicznych oraz medycyny estetycznej, co z kolei może wpływać na zmniejszenie dostępności tych usług dla osób z niepełnosprawnością. Co za tym

idzie – ograniczone zostają również ich możliwości uczestnictwa w określonych formach relaksacji, odnowy biologicznej itp. Warto jednak podkreślić, że cały czas wdrażane są różnorakie inicjatywy mające na celu zarówno poprawę dostępności usług z branży beauty dla osób z niepełnosprawnością, jak i ich aktywizację zawodową właśnie w tym kierunku.

Bibliografia

- Bednarczyk, D. (2011). Pokonywanie barier, czyli zasoby cyfrowe szansą dla osób z niepełnosprawnością wzroku. *Biuletyn EBIB*, 8(126).
- Borowiecki, P. (2016). Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(20): 81–91.
- Dalecka, M. (2014). Sport osób z niepełnosprawnością – przełamywanie barier. *Rocznik Lubuski*, 40(2): 227–234.
- Dejnak, A. (2012). Internet bez barier – accessibility oraz usability a potrzeby osób niepełnosprawnych. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2(3): 37–51.
- Machalski, D., Kołpa, M., & Grochowska A. (2019). Postrzeganie osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. *Health Promotion & Physical Activity*, 4(9): 40–45.
- Nawalna, A., Baran, M., & Nowak, A. (2014). Problemy i bariery w życiu codziennym osób niepełnosprawnych fizycznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 22(2): 178–183.
- Nowak, A. (2014). Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych. *Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych*, 19(2): 21–30.
- Rewera, M., Ziemia, M. (2012). Bariery architektoniczne w Stalowej Woli w opinii osób z niepełnosprawnością ruchową. *Społeczeństwo i Rodzina*, 1(30): 64–89.
- Skóra, M. (2021). Ewolucja pojęcia niepełnosprawności w unijnym i polskim prawie pracy. *Białystok Legal Studies*, 26(2): 189–200.
- Szulc, P. (2021). Bariery w życiu codziennym i ich wpływ na jakość życia osób z niepełnosprawnościami. *Przegląd Krytyczny*, 3(2): 51–64.
- Trębicka-Postrzygacz, B. (2017). O niepełnosprawności w definicjach i regulacjach prawnych w perspektywie inkluzji społecznej. *Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy*, 17(10): 41–53.
- Wołoskiuk, B. (2013). Integracja osób z niepełnosprawnością – możliwości i bariery. *Rozprawy Społeczne*, 7(1): 69–73.

Terapia jękania u dzieci – wyzwania i skuteczne strategie

Streszczenie

Jękanie jest jednym z istotnych wyzwań komunikacyjnych, które może znacząco utrudniać płynność wypowiedzi i skuteczność porozumiewania się (Tarkowski 2007; Góralska 2016; Kostecka 2004). To zaburzenie wpływa na relacje społeczne oraz może obniżać komfort życia (Yaruss, 1998; Błachnio, Przepiórka 2012). Dla osób dotkniętych jękaniem – niezależnie od wieku – stanowi ono trudność w funkcjonowaniu codziennym, oddziałując na kontakty rodzinne, społeczne oraz sytuacje edukacyjne i zawodowe. Ograniczona możliwość swobodnej ekspresji myśli, emocji oraz potrzeb może prowadzić do trudności w budowaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych, a w konsekwencji do niewykorzystania pełni własnych możliwości (Beilby, 2014; O'Connor, 2008; Leary, Kowalski, 2001). Z tego powodu terapia zaburzeń płynności mowy stanowi wyzwanie dla logopedów.

Aby zapewnić skuteczną pomoc, konieczna jest nie tylko wiedza o przyczynach i mechanizmach jękania, lecz także dobór odpowiednich metod terapeutycznych (Woźniak, 2020; Tarkowski, 2005; Boroń, 2018). Skuteczna interwencja wymaga uwzględnienia indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta oraz dopasowania strategii terapeutycznych do konkretnego przypadku. Logopedia, jako dynamicznie rozwijająca się nauka, podlega nieustannym zmianom i udoskonaleniom. Specjaliści z tej dziedziny stale aktualizują swoje podejście, dążąc do podnoszenia standardów diagnostyki i terapii (Dramska, 2001; Grabias, 2008; Ročławski, 2005; Tarkowski, 2005a; 2005b). Współczesna logopedia zwraca uwagę na działania prewencyjne. Holistyczne podejście do opieki logopedycznej nie może pomijać działań profilaktycznych, które odgrywają kluczową rolę w minimalizowaniu ryzyka wystąpienia problemów z mową (Błachnio, 1995, 2001; Słodownik-Rycaj, 2007; Węsierska, 2009). W dobie dynamicznego rozwoju technologii, gdy komunikacja międzyludzka staje się coraz bardziej wymagająca, zapobieganie trudnościom w mowie nabiera szczególnego znaczenia. Systematyczne wdrażanie skutecznej profilaktyki logopedycznej może znacząco wpłynąć na jakość życia wielu osób, dlatego jej kompleksowe opracowanie i realizacja są niezwykle istotne.

Słowa kluczowe: jękanie, terapia jękania, terapia mowy, logopedia, zaburzenia komunikacyjne

1 Uniwersytet Śląski w Katowicach, Koło Naukowe Młodych Logopedów

Stuttering Therapy in Children: Challenges and Effective Strategies

Abstract

Stuttering is a significant communication barrier that can greatly hinder speech fluency and effective interaction (Tarkowski, 2007; Góral-Pórola, 2016, Kostecka, 2004). This disorder affects social relationships and may reduce overall quality of life (Yaruss, 1998; Błachnio, Przepiórka, 2012). For individuals who stutter—regardless of age—it presents challenges in daily life, influencing family and social interactions as well as academic and professional experiences. A restricted ability to express thoughts, emotions, and needs freely may result in difficulties establishing and maintaining interpersonal relationships, ultimately preventing individuals from reaching their full potential (Beilby, 2014; O'Connor, 2008; Leary, Kowalski, 2001). For this reason, treating fluency disorders is a major challenge for speech therapists. Effective intervention requires not only an understanding of the causes and mechanisms of stuttering but also the selection of appropriate therapeutic methods (Woźniak, 2020; Tarkowski, 2005; Boroń, 2018). A successful approach must consider the individual needs and capabilities of each patient, tailoring therapeutic strategies accordingly. As a dynamically evolving discipline, speech therapy is continuously improving and advancing. Specialists in this field regularly update their methods to enhance diagnostic and therapeutic standards (Dramska, 2001; Grabias, 2008; Rocławski, 2005; Tarkowski, 2005a; 2005b). Contemporary speech therapy places strong emphasis on prevention. A holistic approach to speech therapy must include preventative actions, which play a crucial role in reducing the risk of speech disorders (Błachnio, 1995, 2001; Słodownik-Rycaj, 2007; Węsierska, 2009). In today's rapidly evolving technological world, where interpersonal communication is becoming increasingly demanding, the prevention of speech difficulties is of particular importance. The systematic implementation of effective speech therapy prevention can significantly improve the quality of life for many individuals, highlighting the necessity of its comprehensive development and implementation.

Keywords: stuttering, stuttering therapy, speech therapy, speech-language pathology, communication disorders

Przyczyny jąkania u dzieci

Identyfikacja nie płynności mowy u dzieci jest stosunkowo częsta. Badania populacyjne wskazują, że około 5% dzieci w wieku od 2 do 6 lat doświadcza epizodu nie płynności, utrzymującego się przez minimum sześć miesięcy. Spośród nich około 75% przezwycięża trudności w dzieciństwie, zazwyczaj przed ukończeniem siódmego roku życia. Dzieci zmagające się z jąkaniem mogą mieć trudności w regulacji emocji oraz wykazywać zwiększoną wrażliwość na swoją mowę. Świadomość nie płynności może pojawić się już u trzylatków, które są w stanie odróżnić mowę płynną od nie płynnej (Kelman, Nicholas, 2013). We wczesnej fazie nie płynności stosunek liczby chłopców do dziewczynek wynosi 1 : 1. Jednak w grupie dzieci, u których zaburzenie nie ustępuje – zwłaszcza w przypadku jąkania – chłopcy stanowią trzykrotnie lub nawet czterokrotnie większy odsetek niż dziewczynki. Próby wyjaśnienia tej dysproporcji za pomocą czynników genetycznych nie przyniosły jednoznacznych wyników (Felsenfeld, 2002). Jąkanie najczęściej ujawnia się między drugim a piątym rokiem życia (Tarkowski, 1992). Analizy Ehuda Yairiego (1983) wykazały, że przeciętny moment pojawienia się nie płynności przypada na 28. miesiąc życia, przy czym u dziewczynek obserwuje się go średnio trzy miesiące wcześniej. Na tym etapie trudno jednoznacznie określić, czy występująca nie płynność ma charakter jąkania, czy stanowi jedynie przejściową trudność w płynności wypowiedzi. Dziecko może wówczas doświadczać rozbieżności między chęcią przekazania informacji a swoimi aktualnymi zdolnościami językowymi. Rozszerzający się zasób słów, rozwój struktur gramatycznych oraz rosnąca potrzeba komunikacji mogą przewyższać zdolność do płynnego mówienia, co skutkuje trudnościami w formułowaniu wypowiedzi oraz świadomością własnych ograniczeń. Wraz z nabywaniem kompetencji językowych stopień nie płynności maleje, a największą poprawę odnotowuje się w ciągu trzech lat od momentu jej pojawienia się (Dworzyński i wsp., 2007).

Zaburzenia płynności mowy mogą przybrać bardziej nasilony charakter, jeśli u dziecka występują dodatkowe objawy, takie jak mimowolne ruchy (np. kiwanie głową, mruganie, drżenie mięśni twarzy) oraz reakcje wegetatywne, m.in. zaczerwienienie skóry, nadmierna potliwość czy przyspieszone bicie serca (Tarkowski, 1992, 2007). W niektórych przypadkach jąkanie może pojawić się nagle, w pełnej formie, wraz z towarzyszącymi mu od początku skurczami tonicznymi i klonicznymi oraz współwystępującymi ruchami ciała. Gdy dziecko zaczyna dostrzegać różnicę między własną mową a sposobem komunikacji rówieśników, może wykształcić negatywne nastawienie wobec swoich zdolności językowych, a z czasem także krytyczne myśli na swój temat. Im starsze dziecko, tym jego stosunek do własnej mowy staje się bardziej surowy

(Węsierska i wsp., 2014). Badania Yairiego (1983) wykazały różnorodne schematy rozwoju jąkania: u 40% dzieci nasilało się stopniowo, u 33% pojawiło się gwałtownie w ciągu kilku dni, natomiast u 27% wystąpiło niemal natychmiast. Zidentyfikowano także odmienną aktywność jąder w pętli podstawno-wzgórzowo-korowej u osób jākających się w porównaniu do osób płynnie mówiących. Obserwacje te, analizowane w kontekście terapii jąkania, pozwalają lepiej zrozumieć mechanizmy wpływające na płynność mowy, np. poprawę wynikającą z zastosowania technik takich jak: maskowanie słuchowe (stosowanie białego szumu), manipulacja sprzężeniem zwrotnym (echokorekcja) czy zewnętrzna stymulacja słuchowa (metronom).

Do najczęściej obserwowanych objawów jąkania należą: wielokrotne powtarzanie sylab, przedłużanie dźwięków oraz wzmożone napięcie mięśniowe. U większości dzieci (64%) zaburzenie to ma łagodny przebieg, natomiast w 36% przypadków osiąga stopień umiarkowany lub znaczny. Nie wykazano jednoznacznej korelacji między nasileniem niepełności mowy a reakcją emocjonalną dziecka (Vanryckeghem i wsp., 2004). Zdarza się, że mimo znacznych trudności artykulacyjnych emocjonalna odpowiedź dziecka jest stosunkowo łagodna, podczas gdy w innych przypadkach nawet niewielkie zakłócenia płynności mogą wywoływać intensywny stres. W wieku około 4–5 lat kluczowym momentem w rozwoju jąkania jest pojawienie się lęku przed mówieniem. Dziecko zaczyna unikać sytuacji wymagających wypowiedzi oraz przewiduje trudności komunikacyjne, co prowadzi do wzrostu napięcia emocjonalnego i może pogłębiać zaburzenie (Tarkowski, 2003). W kontekście terapii warto podkreślić znaczenie wczesnej interwencji u dzieci z rozpoznany jākaniem. Przy odpowiednim wsparciu środowiskowym (terapia pośrednia) aż 65% przypadków ustępuje na etapie przedszkolnym, natomiast u 74% dzieci jākanie zanika we wczesnym wieku szkolnym, szczególnie w sytuacji wdrożenia bezpośredniej terapii logopedycznej. Efekt ten obserwuje się częściej u dziewczynek niż u chłopców (Guitar, 2005).

Schemat 1. Struktura jękania w ujęciu systemowym



(opracowanie własne na podstawie artykułu *Etiologia jękania wczesnodziecięcego*
Z. Tarkowskiego, E. Humeniuk, J. Dunaj, 2011)

Terapia dzieci jękających się

Leczenie jękania może być prowadzone na różne sposoby – w formie indywidualnej, grupowej, a w ostatnich latach także w modelu online (*telepractice/telehealth*). Każda z tych metod ma określone zalety, ale wiąże się również z pewnymi trudnościami. Terapia indywidualna jest opcją najczęściej wybieraną przez logopedów, ponieważ pozwala na precyzyjne dostosowanie działań terapeutycznych do specyficznych potrzeb pacjenta. Osoby borykające się z jękaniami często początkowo wykazują niechęć wobec terapii grupowej (Yairi, Seery, 2011). Jednak doświadczeni specjaliści dostrzegają jej istotne atuty – interakcje w grupie mogą zapewnić unikalne warunki do rozwoju, które nie są możliwe do uzyskania w terapii indywidualnej. Z tego powodu terapia grupowa skoncentrowana na problemie

jękania stanowi cenne uzupełnienie interwencji indywidualnych, obejmujących zarówno osobę jękającą się, jak i jej bliskich (Ramig, Dodge, 2005). William S. Rosenthal w artykule *Group therapy is better than individual therapy: with special attention to stuttering* (Terapia grupowa jest lepsza niż terapia indywidualna – ze szczególnym uwzględnieniem jękania) podkreśla społeczną naturę komunikacji (Rosenthal, 2004). W terapii indywidualnej, gdzie interakcja ogranicza się do kontaktu między pacjentem a terapeutą, brak jest okazji do doświadczenia pełnego spektrum relacji międzyludzkich, które są obecne w grupie. Rosenthal zwraca również uwagę na kluczowe korzyści terapii grupowej, takie jak zmniejszenie poczucia osamotnienia oraz możliwość przyjęcia roli terapeuty. Proces modyfikacji nawyków, który zachodzi podczas zajęć grupowych, może być wymagający, ale jednocześnie daje uczestnikom szansę na obserwację postępów innych, co może działać motywująco oraz wzmacniać wiarę we własne możliwości poprawy.

Badania naukowe podkreślają wiele zalet terapii grupowej, w tym:

- możliwość ćwiczenia umiejętności w przyjaznym i wspierającym środowisku, które odzwierciedla codzienne interakcje,
- stopniowe osvajanie się z jękaniem, co sprzyja jego akceptacji i normalizacji,
- budowanie poczucia wspólnoty poprzez dzielenie się doświadczeniami, emocjami i refleksjami,
- zmniejszenie poczucia izolacji i osamotnienia,
- wzmacnianie motywacji i zaangażowania w proces terapeutyczny,
- rozwijanie poczucia sprawczości oraz samodzielności,
- tworzenie atmosfery akceptacji i wsparcia, co pozwala uczestnikom poczuć, że nie są sami,
- zachęcanie do wykorzystywania nabytych umiejętności i strategii terapeutycznych w codziennym życiu (Leahy, Collins, 1991; Stewart, Turnbull, 2012; Turnbull, Stewart, 2010).

Terapia grupowa ma również istotne zalety praktyczne – umożliwia jednocześnie objęcie wsparciem większej liczby osób oraz zwiększa atrakcyjność zajęć dla uczestników (Turnbull, Stewart, 2010). Mimo licznych korzyści logopedzi powinni być świadomi wyzwań związanych z jej realizacją (Piekacz i wsp., 2020). Przede wszystkim prowadzenie tego typu terapii wymaga od specjalisty odpowiednich kompetencji oraz doświadczenia w pracy z grupą. Jednym z ograniczeń jest także ograniczona możliwość indywidualnego dostosowania terapii do specyficznych potrzeb każdego uczestnika. Wdrażanie terapii grupowej może wiązać się z trudnościami organizacyjnymi, takimi jak: niedobór specjalistycznych materiałów dydaktycznych dotyczących pracy z osobami jękającymi się (zarówno z dziećmi, młodzieżą, jak i ich rodzicami), ograniczenia lokalowe, trudność w skompletowaniu grupy ze względu na niewystarczającą liczbę chętnych, a także opór niektórych pacjentów wobec uczestnictwa w tego rodzaju zajęciach. Dodatkowym

wyzwaniem są kwestie logistyczne, np. konieczność pokonywania dużych odległości w celu dotarcia na terapię (Lidle i wsp., 2011; Stewart, Turnbull, 2012). Przed zakwalifikowaniem dziecka z jąkaniem do terapii grupowej konieczna jest dokładna ocena kilku kluczowych aspektów. Terapeuta powinien uwzględnić poziom rozwoju psychoruchowego dziecka, charakter zaburzeń mowy oraz to, czy ich specyfika nie utrudni aktywnego uczestnictwa w zajęciach. Istotne jest także określenie, czy dynamika grupy będzie sprzyjać postępom dziecka oraz czy jego kompetencje językowe i komunikacyjne pozwolą na efektywne angażowanie się w terapię (Katz-Bernstein, 2002).

Skuteczne metody terapeutyczne

Grupa terapeutyczna, prowadzona przez wykwalifikowanych specjalistów, wspiera proces utrwalania oraz rozwijania umiejętności zdobytych w trakcie terapii instytucjonalnej (Yaruss i wsp., 2007; Tuchowska, Węsierska, 2017). Z kolei grupa samopomocowa działa niezależnie od instytucji i stanowi formę środowiskowego wsparcia dla osób z niepełnością mowy. Jej uczestnicy wymieniają się doświadczeniami i przeżyciami, a obecność terapeuty nie jest niezbędna (Yaruss i wsp., 2007; Węsierska i wsp., 2013). Tematyka spotkań grupowych zależy zarówno od charakterystyki uczestników (dzieci, młodzież, dorośli, rodzice), jak i od rodzaju grupy – czy ma ona charakter wsparcia, czy samopomocowy. Podstawowa różnica między tymi formami dotyczy ich organizacji i celów funkcjonowania. Przegląd metod terapii jąkania u starszych dzieci oraz młodzieży wskazuje, że oprócz strategii mających na celu poprawę płynności mowy stosuje się również techniki psychologiczne, społeczne oraz poznawczo-behawioralne (Chęciek, 2007; Craig, 2010; Woźniak, 2018). Interesującą obserwacją jest fakt, że mimo różnorodności podejść terapeutycznych stosowanych na świecie repertuar skutecznych metod uzyskiwania płynności mowy pozostaje stosunkowo ograniczony. Dogłębna analiza wskazuje na istotne podobieństwa między wieloma z tych technik. Do najczęściej stosowanych należą:

- technika przedłużonego mówienia,
- technika delikatnego startu mowy,
- technika Smooth Speech,
- technika mówienia rytmicznego,
- techniki oddechowe,
- technika naturalnego rytmu mowy.

Skuteczna terapia jąkania nie ogranicza się jedynie do redukcji niepełności mowy w trakcie sesji terapeutycznych, lecz koncentruje się także na utrwaleniu uzyskanych efektów oraz zapobieganiu nawrotom.

Do kluczowych czynników prognostycznych należą:

1. pozytywne nastawienie pacjenta do terapii oraz wiara w jej efektywność,

2. systematyczne stosowanie wyuczonych technik w różnych sytuacjach społecznych,
3. wsparcie ze strony najbliższego otoczenia,
4. intuicyjność i naturalność wykorzystywanych metod,
5. poczucie kontroli nad własną mową i zachowaniem w rozmaitych kontekstach komunikacyjnych.

Oczywiste jest zatem, że usunięcie jąkania u starszych dzieci i młodzieży zależy od wielu czynników, niezwiązanych wyłącznie z technikami kształtowania płynności mowy. Istotną rolę odgrywają również osobowość terapeuty, włączenie terapii psychologiczno-społecznej oraz wsparcie ze strony rodziny, nauczycieli i przyjaciół. Jednak właściwie dobrana technika pozwalająca na płynność mowy pozostaje fundamentem terapii. Daje pacjentowi poczucie, że jąkanie może być kontrolowane, i stanowi bazę do rozwijania umiejętności komunikacji społecznej. W tym sensie staje się osią postępowania terapeutycznego.

Znaczenie wsparcia społecznego i technologii

Najnowsze wyniki badań naukowych skłaniają do zmiany podejścia zarówno do rozumienia zjawiska jąkania, jak i do wsparcia osób dotkniętych tym problemem. Coraz większy nacisk kładzie się na zwiększanie świadomości społecznej oraz na normalizowanie jąkania w różnych sferach życia. Zmiany, które miały miejsce w ostatnich kilkunastu latach, dotyczą głównie badań naukowych, interwencji terapeutycznych, a także kwestii formalnoprawnych, medialnych i społecznych (Constantino i wsp., 2022). W centrum zainteresowania znalazły się emocje, uczucia i przekonania samych pacjentów oraz wpływ doświadczeń związanych z jąkaniami na jakość ich życia. Korzystając z modelu ICF do analizy wpływu jąkania na funkcjonowanie, terapia uwzględnia wszystkie aspekty trudności – afektywne, poznawcze oraz behawioralne. W terapii coraz większą rolę odgrywa najbliższe otoczenie pacjenta, które aktywnie uczestniczy w procesie wsparcia. Zmniejsza się natomiast nacisk na samą poprawę płynności mowy czy modyfikację jąkania – głównym celem staje się poprawa ogólnego funkcjonowania osoby jąkającej się (Beilby i wsp., 2013; Chun i wsp., 2010; Tichenor i wsp., 2019; Yaruss, 2010). Oprócz tradycyjnych metod pracy nad mową, coraz częściej stosuje się terapie skoncentrowane na redukcji unikania mówienia oraz afirmacji jąkania (DeThorne, Gerlach-Houck, 2023; Reeves i wsp., 2023). Istotnym celem interwencji staje się także przeciwdziałanie ableizmowi, mikroagresjom oraz (samo)stygmatyzacji (Boyle, 2018). Zmieniają się również oczekiwania wobec logopedów – ich rola nie ogranicza się już wyłącznie do terapii indywidualnej. Coraz większe znaczenie ma działalność w przestrzeni społecznej: szerzenie wiedzy o jąkaniu, edukowanie rodziców, nauczycieli, lekarzy, pracodawców oraz społeczeństwa.

Podsumowanie

Jąkanie to poważne zaburzenie komunikacyjne, które negatywnie wpływa na płynność mowy i codzienne funkcjonowanie. Dzieci z jąkaniami mogą wykazywać istotnie spowolniony lub przyspieszony rozwój mowy, któremu mogą towarzyszyć inne zaburzenia o charakterze logopedycznym (Płusajska-Otto, Węsierska, 2010). W konsekwencji może prowadzić do trudności w relacjach społecznych, edukacyjnych i zawodowych, a także obniżać jakość życia. Z tego względu terapia jąkania jest wyzwaniem dla logopedów, którzy muszą stosować indywidualnie dobrane metody terapeutyczne. Wczesne rozpoznanie i odpowiednia terapia mogą zwiększyć szanse na przezwyciężenie trudności. Coraz większy nacisk kładzie się na akceptację jąkania i poprawę jakości życia osób dotkniętych tym problemem, zamiast wyłącznie na eliminację niepełności mowy, a nowoczesne podejście do jąkania podkreśla rolę wsparcia społecznego, redukcji lęku przed mówieniem oraz przeciwdziałania stygmatyzacji. Współczesne badania wskazują na konieczność edukowania społeczeństwa, a rola logopedów wykracza poza terapię – obejmuje również działania informacyjne i wsparcie otoczenia dziecka. Uczeń, który zmaga się z jąkaniami i codziennie doświadcza dużego stresu w związku z sytuacjami komunikacyjnymi, powinien otrzymywać wsparcie i zrozumienie ze strony innych. Jest to kluczowe dla pomyślnego przebiegu jego terapii. Dzięki temu będzie miał szansę rozwijać swoje umiejętności oraz pasję, a szkoła stanie się przestrzenią, w której poczuje się bezpiecznie i radośnie.

Terapia jąkania nie polega jedynie na nauce technik płynnej mowy, ale przede wszystkim na kształtowaniu postawy akceptacji wobec własnych trudności w mówieniu. Dziecko powinno zrozumieć, że jąkanie jest akceptowane. Tylko wtedy jego wypowiedzi staną się swobodne. Bardzo ważne jest także szerzenie wiedzy na temat jąkania, rozpowszechnianie kluczowych informacji o tym zjawisku oraz kształtowanie pozytywnych postaw społecznych. Akceptacja niepełności mowy istotnie wpływa na powodzenie terapii, poprawiając samopoczucie i jakość życia jękanących się osób.

Bibliografia

- Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in Speech & Language*, 35(2): 132–143.
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., & Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders*, 38(1): 14–29.
- Błachnio, A., & Przepiórka, A. (2012). Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań. *Psychologia Jakości Życia*, 11: 211–222.

- Błachnio, A., & Przepiórka, A. (2013). Podejście psychologiczne w terapii jękania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 13: 121–125.
- Boroń, A. (2018). Terapia jękania u dzieci z wykorzystaniem metod Lidcombe Program i Mini KIDS – studia przypadków. *Forum Logopedy*, 26: 36–42.
- Boroń, A., Michta, I., Sakwerda-Grzesiak, A., & Węsierska, K. (2024). Grupowe wsparcie dla jękających się dzieci i ich rodziców. *Journal of Psychological Medicine*, 3(37): 39.
- Boyle, M. (2018). Stuttering therapy: An integrated approach. *Language and Literacy*, 20(1): 61–65.
- Chęciek, M. (2007). *Jękanie. Teoria i praktyka terapeutyczna*. Wydawnictwo UMCS.
- Constantino, C. D., Leslie, P., & Quesal, R. W. (2022). The speaker's experience of stuttering: Measuring spontaneity. *Journal of Fluency Disorders*, 72: 105–115.
- Craig, A. (2010). The association between quality of life and stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3): 159–160.
- Chun, R. Y. S., Mendes, A. J. D., & Fukushima, A. P. (2010). Quality of life: A study comparing people who stutter and people with voice disorders. *Pro-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(4): 567–572.
- Damczyk, K. (1993). *Jękanie u dzieci. Diagnostyka i terapia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- DeThorne, S., Gerlach-Houck, L., Reeves, R., & Sisskin, V. (2023). Recent developments in the treatment of stuttering. *Journal of Speech and Language Therapy*, 56(5): 234–241.
- Dramska, I. (2001). *Terapia jękania u dzieci w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Dworzyński, M., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P., & Plomin, R. (2007). Genetic and environmental influences on stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 37(2): 251–256.
- Dyl, M., Skrzypiec, Ł., & Wilk, B. 2021. Wsparcie ucznia jękającego się w szkole. *MOWY*, 237.
- Felsenfeld, S. (2002). Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: The long and winding road. *Journal of Communication Disorders*, 35(4): 329–345.
- Guitar, B. (2005). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Grabias, S. (2008). *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Wydawnictwo UMCS.
- Katz-Bernstein, N. (2002). *Jękanie: przewodnik dla rodziców i terapeutów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Speechmark Publishing Ltd.
- Kostecka, W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jękających się*. Wydawnictwo AWH.

- Leahy, M. M., & Collins, P. (1991). Management of stuttering in adolescents: A communication skills approach. *European Journal of Disorders of Communication*, 26(2): 159–170.
- Liddle, I., & Macmillan, S. (2011). Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting: A randomised control trial. *Educational Psychology in Practice*, 27(4): 365–378.
- O'Connor, F. (2008). *Frequently Asked Questions about stuttering*. Rosen Publishing Group.
- Piekacz, A., Węsierska, K., & Tuchowska, P. (2020). *Program terapeutyczny dla dzieci jęka-
jących się w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Płusajska-Otto, D., & Węsierska, K. (2010). *Psychosocial and therapeutic considerations in
the treatment of stuttering*. Wydawnictwo Harmonia.
- Ramig, P. R., & Dodge, D. M. (2005). *The Child and Adolescent Stuttering Treatment and
Activity Resource Guide*. Thomson Delmar Learning.
- Reeves, R. & Sisskin, V. (2023). Recent developments in the treatment of stuttering. *Journal
of Fluency Disorders*, 72: 205–213.
- Rocławski, B. (2005). *Zarys fonologii, fonetyki i fonotaktyki współczesnego języka polskiego*.
Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rosenthal, R. (2004). *The Pygmalion Effect: What You Expect Is What You Get*. Crown
House Publishing.
- Słodownik-Rycaj, E. (2007). *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*. Wydawnictwo
Akademickie Żak.
- Sheehan, J., Sisskin, V., & Goldstein, R. (2001). *The Pygmalion Effect: What You Expect is
What You Get*. London: Routledge.
- Stewart, T., & Turnbull, J. (2012). *Working with Dysfluent Children: Practical Approaches
to Assessment and Therapy*. Speechmark Publishing Ltd.
- Tarkowski, Z. (1992). *Rozwój mowy dziecka: Analiza przypadków*. Wydawnictwo UMCS.
- Tarkowski, Z. (2005). Jękanie. W: T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy
neurologopedii* (ss. 693–735). Uniwersytet Opolski.
- Tarkowski, Z. (2005a). *Diagnoza i terapia jękania u dzieci*. Wydawnictwo Harmonia.
- Tarkowski, Z. (2005b). *Program terapii jękania dla dzieci w wieku szkolnym*. Wydawnictwo
Harmonia.
- Tarkowski, Z. (2007). *Psychosomatyka jękania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Turnbull, J., & Stewart, T. (2010). *The School-Age Child Who Stutters: Working Effectively
with Attitudes and Emotions*. Speechmark Publishing Ltd.
- Tuchowska, P., & Węsierska, K. (2017). *Program terapeutyczny dla dzieci jęka-
jących się w wieku szkolnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., Uddin, N., & Van Borsel, J. (2004). A comparative investigation of the speech-associated coping responses reported by adults who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 29(3): 237–250.
- Węsierska, K. (2009). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej* (ss. 25–36). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska, K., Szczeppek, A. J., & Adamski, A. (2014). The effectiveness of the Palin Parent-Child Interaction Therapy with Polish children who stutter and their parents. *Logopedia*, 43: 67–80.
- Woźniak, T. (2018). *Jękanie: diagnoza i terapia*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Woźniak, T. (2019). Techniki kształtowania płynności mówienia jako podstawa kompleksowej terapii jękakających się starszych dzieci i młodzieży. *Logopedia*, 48(1): 203–214.
- Woźniak, T. (2020). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 2, ss. 35–49). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yairi, E. (1983). The onset of stuttering in two- and three-year-old children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48(2): 171–177.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2011). *Stuttering: Foundations and Clinical Applications*. Pearson.
- Yaruss, J. S., Coleman, C., & Quesal, R. W. (2007). Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(4): 356–367.

Bezpieczeństwo osób starszych i osób z niepełnosprawnościami podczas wypraw w góry. Projekt Rescuer

Streszczenie

Niniejszy artykuł poświęcony jest bezpieczeństwu w górach osób starszych i osób z niepełnosprawnościami podczas wycieczek w góry. W części pierwszej autor omawia pojęcie bezpieczeństwa, koncentrując się na dwóch aspektach rozumienia tego terminu: pierwszy to rozumienie bezpieczeństwa jako subiektywnego odczucia stanu bycia „bezpiecznym”, stanu bycia chronionym przed krzywdą lub innym niebezpieczeństwem, drugi odnosi się do kontroli rozpoznanych zagrożeń w celu osiągnięcia akceptowalnego poziomu ryzyka. Uwzględniając powyższe aspekty, w dalszej części artykułu autor omawia proces bezpiecznego organizowania wypraw w góry, uwzględniając trzy podstawowe etapy: planowanie wyprawy, przebieg wyprawy, w tym sytuacje awaryjne, oraz zakończenie wyprawy. W końcowej części tekstu zapoznaje czytelników z realizowanym przez Akademię WSB projektem „Technologie VR dla ratownictwa górskiego zapewniające bezpieczeństwo seniorom i osobom niepełnosprawnym w transgranicznych obszarach górskich” (Rescuer).

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, góry, seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami, Rescuer

¹ Katedra Nauk o Bezpieczeństwie, Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej

Safety of the elderly and people with disabilities during mountain expeditions. The Rescuer Project

Abstract

This article is devoted to the safety of seniors and people with disabilities in the mountains during mountain trips. In the first part of the article, the author discusses the concept of safety, focusing on two aspects of understanding this term: the first is the understanding of safety as a subjective feeling of being "safe", the state of being protected from harm or other danger, the second refers to the control of identified threats in order to achieve an acceptable level of risk. Taking into account the above aspects, in the further part of the article, the author discusses the process of safety during a mountain trip, taking into account three basic stages: planning the trip, the course of the trip, including emergency situations, and the end of the trip. In the final part of the article, the author introduces readers to the project implemented by the WSB Academy "VR technologies for Mountain Rescue Brigades to assure seniors and people with disabilities safety in cross-border mountain areas" (Rescuer).

Keywords: safety, mountains, seniors, people with disabilities, Rescuer

Wstęp

Z roku na rok polskie góry cieszą się coraz większym zainteresowaniem turystów. Dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami wyjazd w góry to doskonały sposób na aktywny wypoczynek, relaks i kontakt z naturą w spokojnym otoczeniu. Według Głównego Urzędu Statystycznego w październiku 2024 roku w turystycznych obiektach udzielono noclegu 7 816 825 turystom (krajowym i zagranicznym). Natomiast według portali: portalspozywczy.pl oraz polsatnews.pl w 2024 roku 5 mln turystów odwiedziło Tatrzański Park Narodowy. Od początku 2024 roku do końca lipca na tatrzańskie szlaki weszło ok. 2,62 mln turystów. Dla porównania, w tym samym okresie 2023 roku było to 2,43 mln osób, a rok wcześniej 2,5 mln. W samym lipcu 2024 Tatry odwiedziło prawie 833 tys. osób (GUS, 2024; portalspozywczy.pl, 2025; polsatnews.pl, 2025). Przytoczone dane wskazują, że najbardziej atrakcyjne szlaki w górach przeżywają w sezonie prawdziwe obłożenie. Choć góry oferują piękno i atrakcje przez cały rok, to warto pamiętać o wyzwaniach (i zagrożeniach), jakie niesie taka wyprawa (Szynowski, 2022a). W dzisiejszych czasach aktywność fizyczna seniorów oraz osób z niepełnosprawnościami przejawia się w różnych formach, jednak tym, co łączy te aktywności fizyczne, jest ich bezpieczeństwo. Może na początku zadajmy sobie pytanie: Co to jest bezpieczeństwo?

Pojęcie bezpieczeństwa

W literaturze przedmiotu możemy spotkać dwa podstawowe sposoby myślenia o bezpieczeństwie: jedno – wąskie i „negatywne”, ujmowane jako zjawisko związane z brakiem zagrożeń, oraz drugie – szerokie i „pozytywne”, traktowane przez dany podmiot jako kształtowanie przez niego warunków dla możliwie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa przetrwania, posiadania i swobód rozwojowych (Cieślarczyk, 2004; Cieślarczyk, 1997). Zdaniem R. Zięby obecnie dominują trzy podejścia przy formułowaniu definicji bezpieczeństwa. Autor wyróżnił podejście tradycyjne (realistyczne), liberalizm (idealizm), konstruktywizm. Podejście tradycyjne skupia się na bezpieczeństwie państwa oraz akcentuje czynnik militarny i zwraca uwagę na działania nakierowane na eliminowanie zagrożeń bezpieczeństwa państwa. Teoria ta koncentruje się na badaniu instrumentów siły w polityce państw oraz równowagi sił w systemie międzynarodowym. Podejście liberalne zakłada, że bezpieczeństwo jest celem różnych uczestników życia społecznego, w tym międzynarodowego, a najlepszą metodą jego zapewniania jest idealizowana pokojowa współpraca. Z kolei według konstruktywistów kluczem do zrozumienia bezpieczeństwa różnych podmiotów jest uchwycenie jego subiektywnych aspektów, które dokonuje się poprzez własne doświadczenie komunikacyjne,

pozwalające nam zrozumieć ich tożsamość, postrzegane zagrożenia i podejmowane działania ochronne i pozytywnie kształtujące ich pewność. Istotne jest, jak podmioty same siebie postrzegają (tożsamość wewnętrzna) i jak są postrzegane przez innych (tożsamość zewnętrzna) (Zięba, 2012).

Należy się zatem zgodzić z opiniami teoretyków, że zagadnienie bezpieczeństwa jest pojęciem bardzo szerokim i wieloznacznym. Pojemność pojęcia „bezpieczeństwo” sprawia, że w literaturze przedmiotu próżno szukać jednej, zwięzłej definicji, a próby jego zdefiniowania stanowią przedmiot wielu publikacji. W opinii J. Marcza jest to trudne ze względu na ogromny, wszechogarniający zakres kategorii bezpieczeństwa, bardzo trudny, a chyba wręcz niemożliwy do zwięzłego opisanie i zdefiniowania (Marczak, 2004). Jak zauważa A. Skrabacz, w praktyce mamy do czynienia z wielorakim rozumieniem bezpieczeństwa, co prowadzi do jego wieloznaczności. Najczęściej przez *bezpieczeństwo* rozumie się: stan niezagrożenia, spokoju, pewności; stan, który daje poczucie pewności i gwarancję jego zachowania oraz szansę na doskonalenie; pewność i brak zagrożenia fizycznego albo ochrona przed nim; rozumny standard życia; naczelną potrzebę człowieka i grup społecznych; podstawową potrzebę państw i systemów międzynarodowych; ciągły proces społeczny, w ramach którego podmioty działające starają się dostosować mechanizmy zapewniające im poczucie bezpieczeństwa; zarazem stan i proces (Skrabacz, 2007).

Bezpieczeństwo można rozpatrywać, stosując różne kryteria: podmiotowe (np. jednostkowe, lokalne, narodowe, międzynarodowe, globalne), przedmiotowe (np. wartości, środki i narzędzia, aktywność państwowa) i procesualne (np. polityka, strategie, współzależności) oraz strukturalno-realizacyjne (np. organizacje, instytucje, działania), a także przestrzenne, według sposobu zorganizowania, według kryterium czasowego, według kryterium funkcjonalnego (procesualne) (Kukułka, 1994; Bobrow, 1997; Zięba, 1999).

Z definicjami jest ten problem, że zazwyczaj w świecie nauki jest ich zbyt wiele dla określenia jednego zjawiska czy pojęcia, np. dla pojęcia *administracja* czy dla pojęcia *zarządzanie*. Podobnie wygląda sytuacja z pojęciem *bezpieczeństwo* – tych definicji jest wiele, a podział bezpieczeństwa w naukach o bezpieczeństwie zależny jest od przyjętego kryterium; możemy mówić o bezpieczeństwie narodowym, międzynarodowym, regionalnym, społecznym, personalnym i tak dalej. Ktoś powie, że bezpieczeństwo to brak zagrożeń, ktoś inny odniesie bezpieczeństwo do własnego samopoczucia, czuje się bezpiecznie, traktując bezpieczeństwo jako istotną potrzebę. Dla mnie bezpieczeństwo to trwanie, przetrwanie i możliwość swobodnego, nieskrępowanego rozwoju: jednostki, grupy osób czy całych państw (Szynowski, 2013).

Chciałbym zwrócić uwagę na dwa aspekty bezpieczeństwa w kontekście omawianego tematu. Pierwszy to rozumienie bezpieczeństwa jako subiektywnego

odczucia stanu bycia „bezpiecznym”, stanu bycia chronionym przed krzywdą lub innym niebezpieczeństwem. Drugi aspekt – bezpieczeństwo może również odnosić się do kontroli rozpoznanych zagrożeń w celu osiągnięcia akceptowalnego poziomu ryzyka. Odnosząc się do pierwszego aspektu, możemy powiedzieć o pewnym postrzeganiu przez nas bezpieczeństwa. Kiedy czujemy się bezpiecznie, a kiedy nie, w jaki sposób możemy postrzegać bezpieczeństwo?

Według Daniela Freia możemy powiedzieć o stanie:

- braku bezpieczeństwa – wówczas gdy występuje duże rzeczywiste zagrożenie, a postrzeganie tego zagrożenia jest prawidłowe;
- obsesji – występuje wtedy, gdy nieznaczone zagrożenie jest postrzegane jako duże;
- fałszywego bezpieczeństwa – ma miejsce, gdy zagrożenie jest poważne, a postrzegane bywa jako niewielkie;
- bezpieczeństwa, które występuje, gdy zagrożenie zewnętrzne jest nieznaczone, a jego postrzeganie prawidłowe (Frei, 1977).

Dla mnie ten ostatni aspekt, czy też stan, jest bardzo istotny w dwóch kwestiach. Mówiąc o bezpieczeństwie seniorów i osób niepełnosprawnych w czasie wycieczek w góry, możemy to bezpieczeństwo odnieść, po pierwsze, do konieczności zaspokojenia potrzeb wyższego poziomu (przynależności, uznania, samo-realizacji), po drugie – bezpieczeństwo rozumiane w aspekcie personalnym (osobistym) osób biorących udział w wyprawie związane z takimi wartościami, jak życie i zdrowie, a wyrażające się w pytaniu: jak zapewnić to bezpieczeństwo? Ja w górach czuję się bezpiecznie, i przywołując wcześniej cytowaną definicję, to jest dla mnie możliwość swobodnego i nieskrępowanego rozwoju, to potrzeba obcowania z naturą, z krajobrazami i otaczającym nas pięknem. Jednocześnie zdaję sobie sprawę z ewentualnych zagrożeń i staram się mieć je pod kontrolą poprzez odpowiednie przygotowanie się na ich wystąpienie. I tutaj możemy się zastanowić, czy w górach jest bezpiecznie. Moja odpowiedź: nie jest bezpiecznie (www.slowacystka.pl, 2019), tak jak na morzu, na rzece, ale biorąc pod uwagę drugi aspekt bezpieczeństwa, czyli kontroli rozpoznanych zagrożeń w celu osiągnięcia akceptowalnego poziomu ryzyka, możemy się do takiej wycieczki w góry odpowiednio przygotować, tak pod względem psychicznym, fizycznym, jak i odpowiedniego wyposażenia (TOPR, 2023).

Bezpieczeństwo w górach zaczyna się jeszcze przed wyruszeniem na szlak

Warto pamiętać, że odpowiednie zaplanowanie wyjścia w góry to połowa sukcesu, a możemy to osiągnąć, dzieląc proces planowania na trzy etapy: przygotowanie się do wycieczki w góry, zachowanie zasad bezpieczeństwa w trakcie wyprawy

i po jej zakończeniu. Ważne jest również nastawienie psychiczne i przygotowanie fizyczne osób wybierających się w góry.

Jak przygotować się do wycieczki w góry? Przygotowanie do wyjścia w góry osób starszych i osób z niepełnosprawnościami rozpoczynamy od konsultacji z lekarzem. Warto zasięgnąć opinii i upewnić się, że nie mamy przeciwwskazań do takiej formy rekreacji. Jeśli odbywamy wycieczkę w grupie, należy pamiętać, aby powiadomić przewodnika lub opiekuna o swojej chorobie i zabrać ze sobą podstawowe leki. Należy również zabezpieczyć się w odpowiednie ubezpieczenie zdrowotne, ponieważ w takich krajach jak Słowacja czy Czechy pomoc ratowników jest odpłatna (Szynowski, 2022b). Należy zrezygnować z wycieczki w każdej sytuacji, która mogłaby zagrozić zdrowiu.

Jak wiemy, ludzka psychika jest związana z emocjami, intelektem, predyspozycjami i doświadczeniem życiowym. Idąc w góry, nigdy nie zakładam, że za wszelką cenę muszę osiągnąć cel, zdobyć jakiś szczyt lub pokonać znaczne odległości w ograniczonym czasie, czy zdobyć kolejną pieczętkę Korony Gór Polskich. Dlaczego? Bo jeśli nie powiedzie się moje założenie – nie osiągnę zamierzonego celu, to mój stan psychiczny ulegnie pogorszeniu i wycieczka w góry straci sens. Wyjście w góry ma sprawiać przyjemność, zaspokoić potrzebę obcowania z przyrodą, pięknem natury i możliwości podziwiania krajobrazów.

A jak z przygotowaniem fizycznym do wyprawy w góry? W literaturze dotyczącej przygotowania fizycznego jest wiele poradników omawiających tę tematykę (opracowanie zbiorowe, 2020; Kosmol, 2021). Wycieczka w góry to wymagająca forma aktywności, do której potrzebne jest przygotowanie. Wiele osób popełnia podstawowy błąd – wychodzi na długi szlak, wcześniej prowadząc siedzący tryb życia. Spięte, nieprzyzwyczajone do wysiłku ciało to prosta droga do kontuzji, a są to najczęściej kontuzje stóp, stawów skokowych czy przeciążenie mięśni. Można jednak podjąć działania, aby zminimalizować ryzyko odniesienia kontuzji podczas wycieczki.

Przygotowanie fizyczne do wyjścia można podzielić na dwa równoległe etapy: trening kondycyjny (lekki bieg, szybki marsz, jazda na rowerze) oraz trening wzmacniaczy (przysiady, wykroki itp.). Ponieważ w górach teren jest zróżnicowany, ważna jest również praca nad równowagą i stabilizacją ciała. Warto rozpocząć takie treningi dużo wcześniej, zaczynając od prostych ćwiczeń, takich jak spacer, jogging czy jazda na rowerze, które pozwolą nam wzmocnić mięśnie i zwiększyć wydolność organizmu. Stopniowo można zwiększać intensywność i czas trwania treningu, aby uniknąć kontuzji i zbytniego przeciążenia. Trzymaj się zasady: chodź po górach własnym tempem i unikaj skrótów.

Kolejnym ważnym elementem planowania jest wybór trasy w górach, który obejmuje: wyznaczenie punktu początkowego i punktu końcowego, zapoznanie się z poziomem trudności trasy (ukształtowanie terenu, przewyższenie terenu).

Przewidywany czas na przebycie wyznaczonej trasy: przyjmuje się, że czas przejścia 1 km to 15 minut po terenie płaskim, plus 10 minut podejścia, zejścia (na każde 100 metrów), plus 10–15 minut odpoczynek, plus rezerwa czasowa. Pomocne mogą okazać się następujące aplikacje: szlaki.net, mapa-turystyczna.pl, Google Maps lub mapy.cz. Warto również zapoznać się z trasami turystycznymi na platformie Progres.media.pl, gdzie przygotowano 500 tras turystycznych dla osób z niepełnosprawnościami w poszczególnych województwach w Polsce. Idąc w grupie, należy pamiętać, aby dostosować tempo marszu do najsłabszego uczestnika. Bardzo ważnym elementem planowania jest sprawdzenie prognozy pogody w aplikacjach pogodowych, zwłaszcza w dniu wyjścia w góry. Typowe strony, gdzie możemy sprawdzić warunki pogodowe to: meteo.pl, mountain-forecast.com, yr.no. W przypadku wyjść grupowych przed wyjściem w góry należy omówić trasę i plan wycieczki, przekazać wszystkim uczestnikom dane kontaktowe do organizatorów i kluczowych osób podczas wycieczki, jak również stale kontrolować liczbę uczestników. Należy również omówić zasady asysty z opiekunami osób z niepełnosprawnościami oraz sposoby wsparcia tych osób z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu. Z wyposażeniem i dostosowaniem specjalistycznego sprzętu górskiego do potrzeb osób z niepełnosprawnościami można zapoznać się na stronie <https://pograniczebb.pl/2024/12/29/fundacja-orlen-dziekujemy/>.

Odpowiednie wyposażenie

Jedna z podstawowych zasad podczas planowania wycieczki w góry brzmi: zabierz tylko to, co jest niezbędne. Należy pamiętać, że w górach każda zbędna rzecz waży podwójnie. Podstawa to odpowiednie buty, a kurtka przeciwdeszczowa jest lepszym rozwiązaniem niż parasolka. Zabierz ze sobą naładowany telefon komórkowy z zapisanym numerem telefonu do służb ratownictwa górskiego oraz wpisaną aplikacją RATUNEK. Zabierz ze sobą apteczkę (leki przyjmowane na stałe, leki przeciwbólowe, materiały opatrunkowe, środek do odkażania, chustę trójkątną, gaziki, plastry, rękawiczki, na kartce ratunkowej wpiszcie też numery ICE (In Case of Emergency, w razie wypadku), picie i jedzenie (np. żele energetyczne), dodatkowe skarpety, płaszcz przeciwdeszczowy, czapkę, pokrowiec na plecak, opaskę SOS dla seniora, latarkę czołówkę, scyzoryk, gwizdek – pomaga ratownikom w lokalizacji turysty w przypadku zejścia z trasy.

Przed spakowaniem plecaka warto zadać sobie cztery pytania: Na jak długo idziecie w góry? Jakie to góry? Czy idziecie sami, czy w grupie? Jaka to pora roku?

O czym należy pamiętać i co spakować w zależności od pory roku:

- wiosna: mata, bidon z wodą, krem z filtrem, dodatkowa warstwa ubrań do ciepłających, kurtka przeciwdeszczowa lub płaszcz przeciwdeszczowy, okulary przeciwsłoneczne;

- lato: krem z filtrem, woda w bidonie i w plecaku, czapka, kapelusz, chusta (również osłona ramion), przekąski „suche”;
- jesień: dodatkowa warstwa docieplająca – kurtka lub bluza, docieplająca czapka, rękawiczki, chusta, gorący napój w termosie, przekąski (wysokokaloryczne), płaszcz przeciwdeszczowy, pokrowiec na plecak, skarpety na zmianę, buty codzienne, które możemy zmieniać w samochodzie na buty górskie;
- zima: warstwę docieplającą: dodatkowa bluza, czapka, rękawiczki, skarpety, gorący napój w termosie, wysokokaloryczne jedzenie, raczki, scyzoryk, zapalniczka, woda, krem z filtrem.

Sytuacje awaryjne

Idąc w góry, musimy brać pod uwagę, że może zdarzyć się sytuacja zagrożenia, w której będziemy potrzebowali pomocy. Jak postępować w takich sytuacjach:

- nagle załamanie pogody: schronić się w możliwie najbliższym bezpiecznym miejscu (np. schronisko, wiata), unikać wysokich punktów i samotnych drzew w przypadku burzy, wyłączyć latarkę, odbłaski lub inne elementy poprawiające widoczność w gęstej mgle;
- zejście z wyznaczonej trasy (zagubienie): zostać w bezpiecznym miejscu, wyraźnie oznaczyć swoją lokalizację (np. sygnały świetlne, dźwiękowe), powiadomić służby ratunkowe (GOPR/TOPR/Horska służba) i podać możliwie dokładne dane o położeniu (aplikacja RATUNEK) – telefony alarmowe: zintegrowany system pomocy w Polsce i u naszych sąsiadów: 112. Dodatkowo: Polska 985 lub (+ 48) 601 100300, Czechy +420 499 433 230 (Karkonosze), Słowacja połączenie alarmowe 18 300;
- wypadek (np. upadek, złamanie, poważne obrażenia): wezwać służby ratownicze, podać dokładną lokalizację, ułożyć poszkodowanego w bezpiecznym miejscu, unieruchomić zranioną kończynę, ograniczyć ruchy osoby rannej, jeśli istnieje podejrzenie złamania lub urazu kręgosłupa, zadbać o komfort termiczny, np. okryć folią NRC lub kocem;
- spotkanie z dzikim i potencjalnie niebezpiecznym zwierzęciem (np. niedźwiedziem): zachować spokój, nie wykonywać gwałtownych ruchów, oddalić się wolno, utrzymując kontakt wzrokowy tylko przez chwilę, aby nie wywoływać agresji, nie zbliżać się do młodych zwierząt, unikać hałaśliwych reakcji i pozostawać w grupie;
- ukąszenie żmii: ułożyć ukąszoną kończynę poniżej poziomu serca, zakryć ranę jałowym opatrunkiem, natychmiast wezwać pomoc medyczną, unikać wyciskania jadu z rany, zachować spokój i ograniczyć ruch osoby ukąszonej;
- zasłabnięcia osoby starszej podczas wycieczki górskiej: zapewnić dostęp do świeżego powietrza i położyć osobę w pozycji bezpiecznej, natychmiast wezwać

pomoc medyczną, podać wodę lub słodki napój, jeśli osoba jest przytomna, sprawdzić, czy osoba przyjmuje codzienne leki;

- utrata przytomności: sprawdzić oddech i tętno osoby nieprzytomnej, jeśli oddycha – ułożyć osobę w pozycji bocznej ustalonej, jeśli nie oddycha – natychmiast rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową, natychmiast wezwać pomoc medyczną (ratowników);
- utrudniona komunikacja z osobami niesłyszącymi (w czasie np. mgły): upewnić się, że osoby niesłyszące rozumieją komunikację wizualną, np. gesty lub sygnały świetlne, utrzymywać bliski kontakt fizyczny, aby prowadzić osoby niesłyszące, oznaczyć miejsce pobytu za pomocą sygnałów wizualnych, upewnić się, że wszyscy uczestnicy wycieczki pozostają razem.

Oczywiście nie są to wszystkie sytuacje awaryjne, z którymi możemy się spotkać podczas wycieczek w górach. Letnie wędrówki niosą zagrożenia w postaci wysokich temperatur, intensywnego nasłonecznienia oraz gwałtownych burz. Ważne jest także unikanie najbardziej nasłonecznionych godzin w ciągu dnia oraz odpoczywanie w cieniu. Zimowe wędrówki po górach wymagają jeszcze większej ostrożności i przygotowania niż letnie wyprawy. Niskie temperatury, śnieg, lód oraz zagrożenie lawinowe to tylko niektóre z wyzwań, z jakimi możemy się spotkać. Reasumując, bezpieczeństwo w górach wymaga zarówno odpowiedniego przygotowania, jak i szybkiego reagowania w sytuacjach stwarzających niebezpieczeństwo.

Projekt RESCUER

W Akademii WSB od wielu lat podejmujemy problematykę bezpiecznego wypoczynku – także w górach – dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Wiele projektów międzynarodowych realizowanych w Akademii adresowanych było do ratowników, seniorów, opiekunów osób z niepełnosprawnościami. Nasz ostatni projekt nosi nazwę „Technologie wirtualnej rzeczywistości w zapewnieniu bezpieczeństwa seniorom i osobom z niepełnosprawnościami w transgranicznych obszarach górskich (RESCUER)”. Kilka słów o tym projekcie.

Skąd wziął się pomysł? Z własnych doświadczeń wyniesionych z wędrówek po górach oraz z dotychczasowych, realizowanych przez autora artykułu, projektów związanych z ratownictwem górskim na obszarach transgranicznych Polski – Czech – Słowacji. W latach 2020–2021 realizowano następujące projekty:

- projekt „Seniorsec: Bezpieczeństwo seniorów z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”. Projekt realizowany przez Akademię WSB (polskiego partnera projektu) we współpracy z Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (partner wiodący projektu). Fundusz Mikroprojektów Euroregionu Beskydy/Beskydy, Programu Interreg V-A Republika Czeska, Polska 2020;

- projekt MREdu: „Pogotowie Górskie – edukacja transgraniczna ratowników górskich w Polsce i na Słowacji”. Projekt realizowany w ramach programu Interreg V-A Polska–Słowacja 2014–2020, dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Projekt realizowany przez Akademię WSB w Dąbrowie Górniczej (partner wiodący projektu) we współpracy z Žilinská univerzita v Žiline (Słowacja).

Głównym celem projektu RESCUER jest opracowanie kursu wirtualnej rzeczywistości (VR), z 4 różnymi scenariuszami (w 5 językach: angielskim, polskim, słowackim, czeskim i niemieckim), dla ratowników górskich, pracujących na transgranicznych obszarach górskich, aby umożliwić im lepsze zapewnienie bezpieczeństwa seniorom i osobom z niepełnosprawnościami podczas wycieczek w górach. Wyróżniliśmy cztery grupy osób: osoby starsze (seniorzy), osoby z niepełnosprawnością ruchową, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i sensoryczną. Akademia WSB jest liderem projektu. Kooperujemy z następującymi partnerami zagranicznymi:

- Europejskim Centrum Kompetencji i Przedsiębiorczości Austria Region Kärnten, miasto Klagenfurt E.C.E.C.E. To najnowocześniejszy międzynarodowy ośrodek badawczy non-profit skupiający się na innowacyjnych działaniach;
- Instytutem EuroSchola, z.u. (E10102953 – CZ) Republika Czeska, Region Moravskoslezský kraj, Miasto Trzinec;
- Gminą Cadca; Cadca to miasto powiatowe w północnej Słowacji, w kraju żylińskim, w historycznym regionie Koszyce.

Projekt wpisuje się w programy i priorytety europejskie mające na celu wprowadzanie innowacji w szkoleniu, transformacji cyfrowej, różnorodności szkoleń. Projekt wpisuje się w priorytet „VET: Przyczynianie się do innowacji w kształceniu i szkoleniu zawodowym”, ponieważ głównym celem jest opracowanie kursu VR (Virtual Reality) z 4 różnymi scenariuszami dla ratowników górskich pracujących na transgranicznych obszarach górskich, aby umożliwić im lepsze zapewnianie bezpieczeństwa seniorom i osobom niepełnosprawnym w górach. Scenariusze VR będą mogły uwzględnić osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz seniorów. Szkolenie podmiotów specjalnych na obszarach górskich wiąże się z wykorzystaniem VR scenariuszy pozwalających sprawdzić, jak czuje się ratujący i jak trudne są dla niego niektóre czynności, jak ratownik może wesprzeć ratującego człowieka, jak ratownik może się kontaktować z osobami z niepełnosprawnościami w czasie sytuacji kryzysowej (np. zagrożenie zdrowia i życia). Projekt jest zgodny z „Horizontal: rozwiązanie problemu transformacji cyfrowej poprzez rozwój gotowości cyfrowej, odporność i wydajność”. Ten adaptacyjny model szkolenia może dostosować się do indywidualnych możliwości uczenia się i zapewnia kompleksowe przygotowanie. Dzięki temu szkoleniu ratownicy będą lepiej przygotowani do rzeczywistych scenariuszy, zmniejszając

ryzyko błędów i zapewniając szybsze i skuteczniejsze akcje ratownicze. Program kursów przewiduje wykorzystanie dronów w celach edukacyjnych.

Projekt wpisuje się także w priorytet „Łączenie i różnorodność w obszarze edukacji, szkoleń”, ponieważ jest adresowany do różnych grup społecznych. Z jednej strony zachęca seniorów i osoby z niepełnosprawnościami do odpoczynku w górach, jednocześnie pozwala na włączenie do przygotowania bezpiecznego wypoczynku dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami oraz edukacji w tym zakresie ratowników górskich, przewodników opiekunów, ale również samorządy, organizacje pozarządowe i przedsiębiorców. Więcej na temat projektu można się dowiedzieć na stronach Akademii WSB (<https://wsb.edu.pl/vr-technologies-for-mountain-rescue-brigades-to-assure-seniors-and-people-with-disabilities-safety-in-cross-border-mountain-areas-rescuer/about-the-project>), do odwiedzenia których zachęcam.

Bibliografia

- Bobrow, D. B., Halizak, E., Zięba, R. (red.). (1997). *Bezpieczeństwo narodowe i międzynarodowe u schyłku XX wieku*. Fundacja Studiów Międzynarodowych.
- Cieślarczyk, M. (1997). *Psychospołeczne i organizacyjne elementy bezpieczeństwa i obronności*. Wydawnictwo AON.
- Cieślarczyk, M. (2004). *Elementy socjologii bezpieczeństwa*. Wydawnictwo AON.
- Frei, D. (1977). *Sicherheit: Grundfragen der Weltpolitik*. Kohlhammer.
- GUS – Główny Urząd Statystyczny, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/turystyka/turysci-w-bazie-noclegowej-pazdziernik-2024-roku,5,147.html> [dostęp: 15.01.2025]
- <https://pograniczebb.pl/2024/12/29/fundacja-orlen-dziekujemy/> [dostęp: 17.01.2025]
- Kosmol, A., Molik, B., & Morgulec-Adamowicz, N. (red.). (2021). *Sport niepełnosprawnych dla fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych*. Wydawnictwo PZWL.
- Kukułka, J. (red.). (1994). *Bezpieczeństwo międzynarodowe po zimnej wojnie w Europie Środkowej*. Wydawnictwo Scholar.
- Marczak, J. (2004). Współczesny charakter, potrzeby i organizacja bezpieczeństwa narodowego. W: *Wojskowe wsparcie władz cywilnych i społeczeństwa – założenia, przygotowania i użycie*. Wydawnictwo AON.
- Opracowanie zbiorowe (2020). *Aktywność fizyczna seniora*. Wydawnictwo Dragon.
- polsatnews.pl, <https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2025-01-04/turysci-stawiaja-na-tatry-polskie-gory-okazaly-sie-prawdziwym-hitem/> [dostęp: 15.01.2025]
- portalspozywczy.pl, <https://www.portalspozywczy.pl/technologie/wiadomosci/tatry-z-rekordowa-liczba-turystow,263259.html> [dostęp: 15.01.2025]

- Skrabacz, A. (2007). *Bezpieczeństwo, obrona narodowa i obronność*. W: K. Jałoszyński, B. Wiśniewski, T. Wojtuszek (red.), *Współczesne postrzeganie bezpieczeństwa*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Administracji w Bielsku-Białej.
- Słowacki trójkąt bermudzki? Legendy i fakty o pogórzu Trybacz. <https://www.slowacystka.pl/2019/03/slowacki-trojkat-bermudzki.html> [dostęp: 17.01.2025]
- Szynowski, R. (2013). *Administracja wojskowa w systemie bezpieczeństwa narodowego*. Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej.
- Szynowski, R. (red.). (2022a). *Ratownictwo górskie. Edukacja transgraniczna ratowników górskich w Polsce i na Słowacji*. Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB.
- Szynowski, R. (red.). (2022b). *Horská záchranná služba. Cezhraničné vzdelávanie horských záchranárov v Poľsku a na Slovensku*. Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB.
- TOPR – Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe. Zestawienie statystyczne działań TOPR w ramach Ratownictwa Górskiego. Wszystkie działania. Data początkowa: 2023-01-01 Data końcowa: 2023-12-31, <https://topr.pl/statystyka/> [dostęp: 15.01.2025].
- Zięba, R. (1999). *Instytucjonalizacja bezpieczeństwa europejskiego. Koncepcje. Struktury. Funkcjonowanie*. Wydawnictwo Scholar.
- Zięba, R. (2012). O tożsamości nauk o bezpieczeństwie. *Zeszyty Naukowe AON*, 1(86): 7–22.

Możliwości zastosowania informatycznych systemów rzeczywistości wirtualnej przez seniorów i osoby z niepełnosprawnościami dla potrzeb poprawy bezpieczeństwa turystyki górskiej

Streszczenie

Artykuł opisuje wykorzystanie technologii rzeczywistości wirtualnej (VR) w poprawie bezpieczeństwa turystyki górskiej, szczególnie dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Przedstawia aplikację RESCUER, która oferuje edukacyjne i symulacyjne moduły VR, umożliwiające użytkownikom zdobycie wiedzy o zagrożeniach oraz skuteczne przygotowanie się do górskich wypraw. System ten działa w środowisku Metawersum, zapewniając immersyjne szkolenia, interaktywne doświadczenia oraz personalizację treści. Artykuł wskazuje na dalszy rozwój technologii VR w kontekście integracji z rzeczywistością rozszerzoną (AR), sztuczną inteligencją oraz danymi meteorologicznymi w czasie rzeczywistym.

Słowa kluczowe: rzeczywistość wirtualna (VR), bezpieczeństwo turystyki górskiej, aplikacja RESCUER, Metawersum, szkolenia immersyjne

1 Katedra Transportu i Informatyki, Wydział Nauk Stosowanych, Akademia WSB

2 Media Connect Sp. z o.o.

Possibilities of applying virtual reality (VR) information systems by seniors and people with disabilities to improve the safety of mountain tourism

Abstract

The article describes the use of virtual reality (VR) technology in improving the safety of mountain tourism, particularly for seniors and people with disabilities. It presents the RESCUER application, which offers educational and simulation VR modules, enabling users to gain knowledge about hazards and effectively prepare for mountain trips. This system operates within the Metaverse, providing immersive training, interactive experiences, and content personalization. The article highlights the further development of VR technology in the context of integration with augmented reality (AR), artificial intelligence, and real-time meteorological data.

Keywords: virtual reality (VR), mountain tourism safety, RESCUER application, Metaverse, immersive training

Popularność systemów rzeczywistości wirtualnej i możliwości jej zastosowania w kontekście turystyki

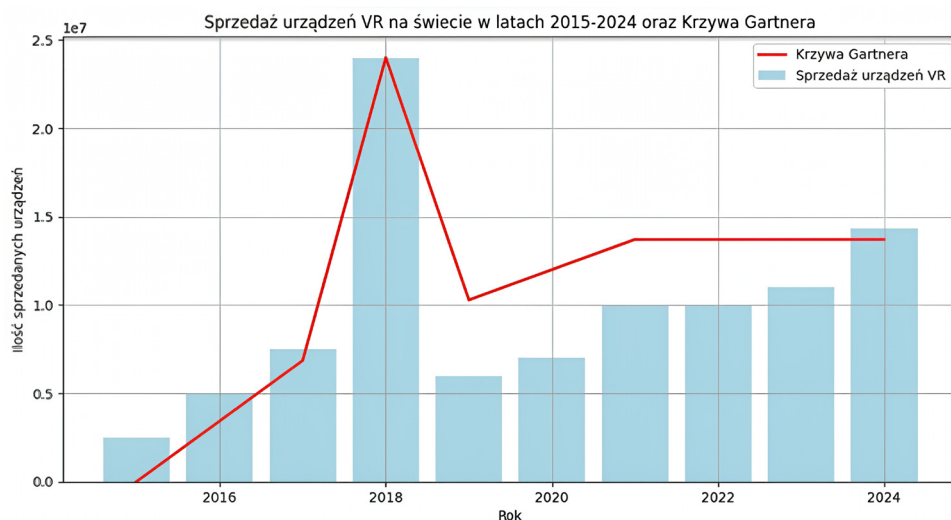
Rozwój systemów rzeczywistości wirtualnej (VR) w ostatnich latach znacząco przyspieszył dzięki postępowi technologicznemu w dziedzinie grafiki komputerowej, mocy obliczeniowej oraz interfejsów użytkownika. Nowoczesne systemy VR oferują coraz bardziej realistyczne i immersyjne doświadczenia, umożliwiając użytkownikom zanurzenie się w wirtualnym środowisku z wysoką jakością obrazu, dźwięku oraz zaawansowaną interakcją. Kluczowe innowacje obejmują rozwój zaawansowanych wyświetlaczy o wysokiej rozdzielczości, śledzenie ruchu w czasie rzeczywistym oraz haptyczne sprzężenie zwrotne, które wzbogaca wrażenia sensoryczne. Wzrost dostępności sprzętu VR, w tym gogli VR, o różnym stopniu zaawansowania i cenie przyczynił się do popularyzacji tej technologii w różnych sektorach, takich jak edukacja, medycyna, przemysł, a także rozrywka i turystyka. Równocześnie prowadzone są badania nad redukcją efektu choroby symulatorowej oraz poprawą ergonomii urządzeń VR, co ma na celu zwiększenie komfortu i czasu użytkowania. W przyszłości rozwój systemów VR będzie prawdopodobnie koncentrował się na jeszcze większej personalizacji doświadczeń, integracji z rzeczywistością rozszerzoną (AR) oraz wykorzystaniu sztucznej inteligencji do dynamicznego dostosowywania środowiska wirtualnego do potrzeb użytkownika. Do analizy stopnia rozwoju systemów rzeczywistości wirtualnej można zastosować analizę opartą o krzywą Gartnera. Krzywa Gartnera, znana również jako Hype Cycle, jest graficzną reprezentacją cyklu życia nowych technologii i innowacji. Składa się z pięciu głównych faz:

- *Technology Trigger* (Wyzwalacz technologii) – początkowy etap, w którym nowa technologia lub innowacja jest wprowadzana. Zainteresowanie i oczekiwania są wysokie, ale rzeczywiste produkty mogą jeszcze nie istnieć.
- *Peak of Inflated Expectations* (Szczyt nadmiernych oczekiwań) – faza, w której zainteresowanie osiąga szczyt, a oczekiwania są często nierealistycznie wysokie. Media i wcześnie adepci promują technologię, co prowadzi do nadmiernych oczekiwań.
- *Trough of Disillusionment* (Dolina rozczarowania) – faza, w której rzeczywistość nie spełnia nadmiernych oczekiwań, a zainteresowanie spada. Wiele projektów kończy się niepowodzeniem, a technologia jest krytykowana.
- *Slope of Enlightenment* (Zbocze oświecenia) – faza, w której technologia zaczyna dojrzywać, a jej rzeczywiste możliwości stają się bardziej zrozumiałe. Firmy zaczynają dostrzegać praktyczne zastosowania i korzyści.

- *Plateau of Productivity* (Płaskowyż produktywności) – ostateczna faza, w której technologia staje się stabilna i szeroko stosowana. Korzyści są dobrze zrozumiane, a technologia jest powszechnie akceptowana i wdrażana.

Krzywa Gartnera pomaga firmom i inwestorom zrozumieć, kiedy warto inwestować w nowe technologie oraz jakie są potencjalne ryzyka i korzyści na różnych etapach cyklu życia technologii. Wizualną reprezentację liczby sprzedanych urządzeń VR z naniesioną krzywą Gartnera przedstawia rysunek 1.

Rysunek 1. Analiza popularności systemów rzeczywistości wirtualnej



(na podstawie portalu Statistica i raportu CCS Insight) metodą Hype Cycle (opracowanie własne)

Według portalu Statista sprzedaż headsetów VR na całym świecie w 2024 roku ma osiągnąć 14,31 mln sztuk. Raport CCS Insight przewiduje, że liczba sprzedanych urządzeń VR i AR wzrosła z 2,5 miliona w 2015 roku do 24 mln urządzeń w 2018 roku. Na podstawie wykresu przedstawiającego sprzedaż urządzeń do rzeczywistości wirtualnej (VR) na świecie w latach 2015–2024 oraz krzywą Gartnera, można wyciągnąć kilka wniosków:

- Wykres pokazuje, że sprzedaż urządzeń VR gwałtownie wzrosła do 2018 roku, co odpowiada szczytowi nadmiernych oczekiwań na krzywej Gartnera. W tym okresie technologia VR była mocno promowana i wzbudzała duże zainteresowanie.
- Dolina rozczarowania: Po 2018 roku sprzedaż urządzeń VR spadła, co może wskazywać na fazę rozczarowania. W tym czasie rzeczywistość nie spełniła nadmiernych oczekiwań, co spowodowało spadek zainteresowania i sprzedaży.

- Zbocze oświecenia: Od 2020 roku sprzedaż urządzeń VR zaczęła ponownie rosnąć, co sugeruje, że technologia zaczęła dojrzewać, a jej rzeczywiste możliwości stały się bardziej zrozumiałe. Firmy i konsumenci zaczęli dostrzegać praktyczne zastosowania i korzyści płynące z VR.
- Płaskowyż produktywności: W 2024 roku sprzedaż urządzeń VR osiągnęła stabilny poziom, co może wskazywać na fazę płaskowyżu produktywności. Technologia VR stała się bardziej stabilna i szeroko stosowana, a jej korzyści są dobrze zrozumiane

Popularność systemów wirtualnej rzeczywistości potwierdzają również badania literaturowe dotyczące zastosowania tej technologii w wielu projektach – również projektach związanych z bezpieczeństwem turystyki górskiej.

Technologia rzeczywistości wirtualnej (VR) stworzyła nowy sposób planowania i projektowania turystyki. Nie tylko pozwala planistom lepiej realizować strategie turystyczne, ale także umożliwia turystom głębsze doświadczanie uroku destynacji turystycznych i atrakcji. Jednak badania dotyczące postrzegania przez planistów wykorzystania VR w planowaniu turystyki są nadal na wczesnym etapie. W oparciu o Model Akceptacji Technologii (TAM) (Shao, 2020) przeprowadzono pogłębione wywiady z pięcioma doświadczonymi planistami turystyki w Chinach, aby zbadać czynniki wpływające na zastosowanie VR w planowaniu turystyki. Wyniki wskazują, że na akceptację VR mają istotny wpływ czynniki, takie jak: postrzegana łatwość użytkowania, postrzegana użyteczność, koszt, przyjemność z użytkowania oraz wrażenia immersyjne. Pierwsze trzy czynniki można podsumować jako wymiar wsparcia technicznego, natomiast dwa ostatnie jako wymiar emocjonalnego sprzężenia zwrotnego.

Rzeczywistość wirtualna (VR) jest popularną technologią, umożliwiającą odtwarzanie scenariuszy przypominających rzeczywistość, w tym także niebezpiecznych, w realistyczny, ale jednocześnie bezpieczny sposób. Dzięki temu potencjałowi badania oparte na VR zostały wykorzystane w psychologii do szkoleń i edukacji dotyczących właściwego postępowania w sytuacjach awaryjnych, takich jak pożary, trzęsienia ziemi, powodzie czy tajfuny. Różne wirtualne scenariusze zostały stworzone w celu obserwacji reakcji ludzi na sytuacje kryzysowe, analizy ich zachowań, poziomu generowanego stresu oraz sposobów na zwiększenie bezpieczeństwa obywateli. Jednak nadal niewiele jest badań pokazujących, w jaki sposób wirtualne środowisko (VE) powinno być projektowane, aby skutecznie przekazywać uczestnikom odpowiednie wskazówki społeczne i psychologiczne. W publikacji (Gamberini, 2021) przedstawiono wyniki serii sesji projektowania środowisk wirtualnych, których celem było zaangażowanie ekspertów w tworzenie wirtualnych scenariuszy mających na celu poprawę jakości życia, percepcji bezpieczeństwa i świadomości ryzyka wśród osób mieszkających w pobliżu rzeki. Powodzie należą do najgroźniejszych

zjawisk klimatycznych, a ze względu na zmiany klimatu przewiduje się ich wzrost w przyszłości.

Na podstawie (Talwar, 2022) odnotowano wzrost aktywności w zakresie turystyki VR, która jest określana jako „turystyka alternatywna” i „ekoturystyka”. Jednak naukowcy wciąż nie ustalili, czy ten trend ma charakter tymczasowy, czy też utrzyma się po zakończeniu pandemii. Nadal pozostają również pytania dotyczące czynników napędzających to zachowanie. Przedstawione w publikacji badania wykorzystują teorię bodziec–organizm–reakcja (SOR), aby zaproponować sekwencyjny mechanizm zależności między czynnikami poprzedzającymi a wynikami, sugerując turystykę VR jako długoterminowe, zrównoważone rozwiązanie dla turystyki przyszłości. Poprzez analizę 359 odpowiedzi zebranych od użytkowników VR za pośrednictwem platformy Prolific Academic, potwierdzono pozytywny związek między wpływem podróży turystycznych na środowisko a lękiem związanym z podróżowaniem podczas pandemii oraz poczuciem winy ekologicznej (*eco-guilt*). Ponadto postawa wobec turystyki VR była pozytywnie skorelowana z gotowością do rezygnacji z przyjemności tradycyjnej turystyki oraz z zamiarami kontynuowania korzystania z VR po pandemii.

Powiązania pomiędzy technologią rzeczywistości wirtualnej a turystyką zostały również zaprezentowane w publikacji (Peštek, Sarvan, 2020). Artykuł identyfikuje i analizuje wpływ technologii VR na branżę turystyki i hotelarstwa poprzez trzy główne obszary: przyszłe planowanie i zarządzanie turystyką, marketing oparty na technologii w zakresie destynacji turystycznych oraz potencjał VR w zmianie wymagań konsumentów. Te koncepcje zostały przeanalizowane w celu zidentyfikowania sił napędzających zmiany oraz proponowania potencjalnych zmian paradygmatów, które dostawcy usług turystycznych i marketerzy powinni wziąć pod uwagę. Obejmują one realistyczne wirtualne zamienniki podróży, znaczenie interaktywnych doświadczeń oraz innowacje w przyszłych systemach turystycznych. Niniejszy artykuł wykorzystuje systematyczny przegląd literatury, aby zilustrować, jak VR może zostać wdrożony do usług turystycznych i hotelarskich, aby sprostać potrzebom turystów. Sugeruje, że VR może i prawdopodobnie fundamentalnie zmieni sposób zarządzania doświadczeniami i wymaganiami turystów.

W kontekście przeprowadzonych analiz można stwierdzić, iż systemy rzeczywistości wirtualnej mają szerokie zastosowanie w problematyce związanej z turystyką i jej bezpieczeństwem. Wzrost zainteresowania technologią VR wśród użytkowników będzie w przyszłości jeszcze bardziej zwiększał tę tendencję. W związku z powyższym realizacja aplikacji edukacyjnej, która będzie skierowana do grup zajmujących się bezpieczeństwem turystyki – w tym turystyki osób starszych – jest uzasadniona.

Założenia realizacyjne środowiska VR aplikacji RESCUER

Aplikacja VR zakłada podzielenie obszaru środowiska wirtualnego na dwa moduły. Pierwszy moduł będzie służył udostępnianiu najważniejszych informacji dla osób zainteresowanych tematyką wypraw górskich (ratownicy, osoby niepełnosprawne, osoby starsze, organizatorzy wycieczek). Drugi moduł ma za zadanie realizację wycieczki górskiej. Jest to swoisty moduł kontrolny, posiadający 4 scenariusze. Każdy scenariusz przygotowuje do wycieczki grupę użytkowników (osoby starsze, ratownicy, osoby niepełnosprawne, organizatorzy wycieczek).

Scenariusz udostępniania danych i informacji o wycieczkach zakłada realizację w środowisku Metawersum przestrzeni wirtualnej – głównego modułu informacyjnego w scenerii bazy wycieczkowej. Cała scena osadzona jest w wirtualnym otoczeniu przypominającym górską bazę turystyczną, zlokalizowaną u podnóża majestatycznych szczytów. Baza jest punktem startowym dla różnych wirtualnych wycieczek, a także centrum dostępu do informacji, map oraz narzędzi planistycznych.

W centrum budynku bazy wycieczkowej będzie dostępny interaktywny panel, który pozwoli na wybranie poszczególnych stref informacyjnych.

- a. Strefa dla Ratowników Górskich. W tej sekcji znajdują się informacje o dobrych praktykach i narzędziach wspierających planowanie akcji ratowniczych:
 - informacje na temat dynamicznych zagrożeń (np. lawiny, burze);
 - zasobów informacji o najnowszym sprzęcie ratowniczym i jego lokalizacji;
 - algorytmów predykcji tras ewakuacyjnych oraz narzędzi do komunikacji z bazą ratowniczą;
- b. Strefa dla Osób Starszych. W tej strefie osoby starsze znajdują:
 - informacje o możliwości selekcji tras dostosowanych do ich możliwości fizycznych, wraz z rekomendowanymi przystankami oraz miejscami odpoczynku;
 - informacje dotyczące bezpieczeństwa, takie jak sposoby minimalizacji ryzyka upadków, czy jak zachować się w sytuacjach kryzysowych;
 - opcje tworzenia indywidualnych planów wycieczek z zaleceniami dotyczącymi tempa marszu i długości trasy;
- c. Strefa dla Osób Niepełnosprawnych. Ta strefa oferuje:
 - informacje na temat wytycznych tras z wymogami dostosowanymi dla osób o ograniczonej mobilności (np. dostępność podjazdów, wyciągów, specjalnych szlaków);
 - informacje o infrastrukturze dostosowanej do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym dostęp do schronisk i toalet;

- wskazówki dotyczące bezpiecznego poruszania się w trudnym terenie oraz rekomendacje dotyczące sprzętu wspomagającego;
- d. Strefa dla Organizatorów Wycieczek Górskich, zawierająca:
 - wytyczne planowania tras grupowych z uwzględnieniem różnych poziomów zaawansowania uczestników;
 - informacje na temat aspektów zarządzania logistyką, jak liczba uczestników, dostępność przewodników oraz zasobów;
 - informacje o dynamicznych zmianach podyktowanych warunkami pogodowymi oraz sugerowane zmiany planu wycieczki w razie wystąpienia nagłych zagrożeń.

Dla każdej ze stref zgromadzone materiały będą dostępne w językach narodowych. Podział jest podyktowany nie tylko różnorodnością językową, ale także różnicami w szczegółach realizacji wycieczki w poszczególnych krajach (np. inne realia obsługi medycznej, ubezpieczenia, baza infrastrukturalna).

Cechy środowiska Metawersum jako platformy uruchomieniowej dla aplikacji RESCUER

Platforma Metawersum jest doskonałym rozwiązaniem dla realizacji aplikacji RESCUER, ponieważ oferuje liczne możliwości technologiczne, które mogą znacząco przyczynić się do zwiększenia efektywności edukacyjnej i bezpieczeństwa planowania wycieczek górskich. Główne powody wyboru platformy Metawersum:

- Interaktywne środowisko edukacyjne Metawersum pozwala na stworzenie immersyjnego, trójwymiarowego środowiska, w którym użytkownicy mogą zdobywać wiedzę w sposób interaktywny. Aplikacja RESCUER w Metawersum może oferować realistyczne symulacje górskich szlaków, scenariusze zagrożeń oraz edukacyjne moduły, które są bardziej efektywne niż tradycyjne metody nauczania. Dzięki temu użytkownicy mogą „zanurzyć się” w środowisku górskim i zdobywać wiedzę w praktyczny sposób.
- Bezpieczne szkolenie i symulacje zagrożeń. Dzięki technologii VR Metawersum umożliwia użytkownikom przećwiczenie różnych scenariuszy zagrożeń w kontrolowanym, bezpiecznym środowisku. Symulowanie sytuacji takich jak zmiana pogody, kontuzje czy zgubienie się na szlaku pozwala uczestnikom nabyć doświadczenie i wiedzę, jak reagować w rzeczywistych sytuacjach, bez konieczności wystawiania się na rzeczywiste ryzyko.
- Interakcja pomiędzy użytkownikami Metawersum umożliwia interakcję pomiędzy użytkownikami w czasie rzeczywistym, co jest kluczowe dla współpracy i nauki grupowej. Uczestnicy mogą spotykać się w wirtualnym świecie, omawiać plany wycieczek, wspólnie ćwiczyć różne scenariusze zagrożeń, a także uczyć się od siebie nawzajem. Organizatorzy wycieczek mogą wykorzystywać

wirtualne spotkania do przygotowania uczestników, co sprzyja budowaniu zespołu i zaufania między jego członkami.

- Personalizowane doświadczenia edukacyjne Metawersum pozwalają na personalizację doświadczeń edukacyjnych, dostosowując treści do poziomu zaawansowania i indywidualnych potrzeb użytkowników.
- Dostępność i wygoda nauki. Platforma Metawersum daje możliwość prowadzenia szkoleń i nauki z dowolnego miejsca, bez konieczności fizycznej obecności w górach. Użytkownicy mogą uczestniczyć w wirtualnych wycieczkach i symulacjach, co sprawia, że proces edukacyjny jest dostępny dla osób, które mają ograniczone możliwości poruszania się lub nie są w stanie podróżować do górskich lokalizacji na regularne szkolenia.
- Wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami. Platforma Metawersum daje możliwość dostosowania środowiska VR do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, zapewniając im pełny dostęp do treści edukacyjnych oraz funkcji planowania wycieczek. Wirtualna rzeczywistość pozwala tym osobom zapoznać się z trasą i przygotować się do wyprawy, a także uczestniczyć w szkoleniach, co zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa i komfortu.
- Motywacja i zaangażowanie użytkowników Metawersum mają potencjał do zwiększenia motywacji i zaangażowania użytkowników dzięki interaktywnym, angażującym formom nauki, takim jak grywalizacja, wyzwania grupowe, zdobywanie wirtualnych odznak i nagród za zaliczenie poszczególnych modułów edukacyjnych. Takie podejście sprawia, że użytkownicy chętniej uczestniczą w procesie nauki i lepiej przyswajają wiedzę.
- Możliwość integracji z innymi technologiami. Metawersum można zintegrować z różnymi technologiami wspierającymi bezpieczeństwo. Taka integracja pozwala na kompleksowe podejście do bezpieczeństwa, gdzie użytkownik nie tylko uczy się teorii, ale w razie potrzeby może także uzyskać pomoc.

Na podstawie wskazanych właściwości środowiska Metawersum można stwierdzić, iż spełnia ono kryteria użytkowania projektowanej aplikacji. Z tego względu do implementacji aplikacji RESCUER wybrano jedno ze środowisk tego typu – platformę spatial.io.

Wybrane aspekty implementacji aplikacji RESCUER

Unity 3D to jedno z najpopularniejszych narzędzi do tworzenia aplikacji rzeczywistości wirtualnej (VR). Dzięki swojej elastyczności, obsłudze różnych platform i szerokiej gamie dostępnych narzędzi Unity umożliwia projektowanie interaktywnych środowisk VR dla wielu branż. Unity jest szeroko stosowane do tworzenia gier VR, zarówno dla platform PC (np. Oculus Rift, HTC Vive), jak i urządzeń mobilnych (np. Meta Quest). Silnik umożliwia

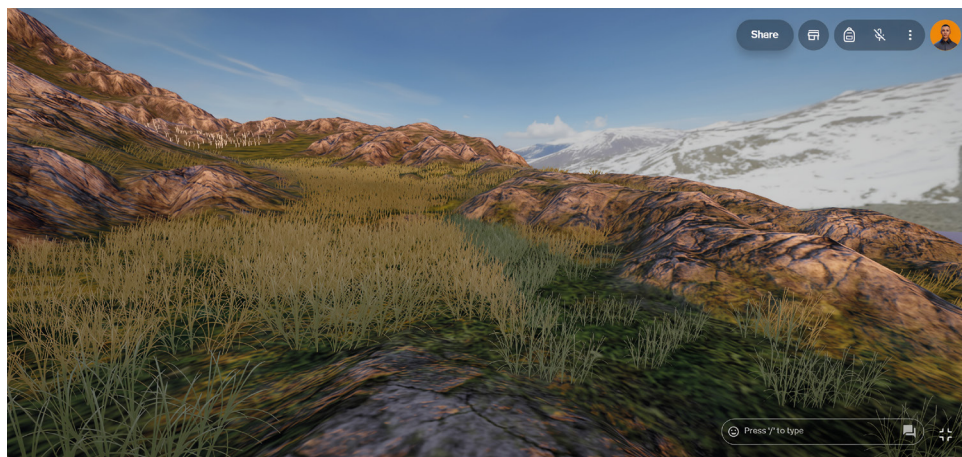
implementację realistycznej fizyki, interaktywnych obiektów oraz zaawansowanych efektów graficznych, co czyni go idealnym narzędziem do produkcji gier VR i aplikacji wizualizacyjnych (Buchwald, 2024). Spatial.io to innowacyjna platforma, umożliwiająca tworzenie i eksplorowanie trójwymiarowych przestrzeni wirtualnych. Dzięki niej użytkownicy mogą spotykać się, współpracować, a nawet organizować wydarzenia takie jak konferencje, wystawy czy koncerty. Platforma obsługuje zarówno urządzenia VR, jak i AR oraz przeglądarki internetowe, co czyni ją uniwersalnym rozwiązaniem dla szerokiego grona odbiorców. Spatial.io pozwala na łatwą personalizację przestrzeni oraz integrację interaktywnych elementów, co czyni każdą wirtualną przestrzeń unikalną. Integracja Unity 3D ze Spatial.io otwiera nowe możliwości dla twórców, pozwalając na tworzenie niestandardowych, interaktywnych przestrzeni, które mogą być następnie eksportowane do platformy Spatial.io. Dzięki narzędziu Spatial Creator Toolkit (SDK dedykowany dla Unity) deweloperzy mają dostęp do zestawu funkcji umożliwiających płynne przenoszenie projektów 3D do wirtualnych środowisk. Na rysunku 2 i rysunku 3 przedstawiono scenę aplikacji Rescuer na platformie spatial.io.

Rysunek 2. Scena środowiska Spatial.io wraz ze spersonalizowanym awatarem



(opracowanie własne na podstawie spatial.io)

Rysunek 3. Scena środowiska Spatial.io wraz ze spersonalizowanym awatarem



(opracowanie własne na podstawie spatial.io)

Dzięki Unity 3D można zaprojektować dowolną przestrzeń – od nowoczesnych biur, poprzez galerie sztuki, aż po wirtualne stadiony. Deweloperzy mogą modelować niestandardowe środowiska, dodawać detale, oświetlenie, a także dynamiczne elementy, które zwiększają realizm i interaktywność. Po ukończeniu projektu, za pomocą Spatial Creator Toolkit przestrzeń może zostać łatwo zaimportowana do platformy Spatial.io, gdzie użytkownicy mogą ją eksplorować w VR, AR lub nawet na ekranie komputera. Unity 3D umożliwia implementację zaawansowanych mechanik interakcji – od prostych animacji po złożone systemy sterowania awatarami. W połączeniu z funkcjonalnościami oferowanymi przez Spatial.io twórcy mogą stworzyć wirtualne środowiska, w których uczestnicy mogą swobodnie poruszać się, wchodzić w interakcje z obiektami, a także uczestniczyć w wydarzeniach na żywo. Możliwość personalizacji przestrzeni oraz awatarów dodatkowo wzmacnia poczucie immersji i realności spotkań w metaverse. Integracja Unity 3D i Spatial.io to nie tylko przestrzeń rozrywkowa. Coraz częściej technologia ta znajduje zastosowanie w edukacji oraz biznesie. Wirtualne laboratoria, sale konferencyjne, symulatory szkoleń czy interaktywne prezentacje produktów to tylko niektóre z możliwości. Dzięki immersyjnym środowiskom uczestnicy mogą uczyć się i pracować w warunkach zbliżonych do rzeczywistości, co znacząco podnosi efektywność szkoleń oraz spotkań biznesowych. Jedną z największych zalet korzystania z Unity 3D i Spatial.io jest wsparcie technologii VR i AR. Użytkownicy mogą zanurzyć się w wirtualnych światach za pomocą head-setów, takich jak Meta Quest czy HTC Vive, a także korzystać z rozszerzonej rzeczywistości, która łączy elementy cyfrowe z otaczającym nas światem. Integracja

Unity 3D ze Spatial.io to potężne narzędzie, które otwiera przed twórcami nowe możliwości w dziedzinie wirtualnej i rozszerzonej rzeczywistości. Dzięki możliwościom, jakie daje Unity 3D, oraz elastyczności platformy Spatial.io deweloperzy mogą tworzyć interaktywne, immersyjne przestrzenie, które znajdują zastosowanie zarówno w rozrywce, jak i w edukacji czy biznesie. W miarę rozwoju technologii VR/AR takie połączenia będą odgrywać coraz większą rolę w kształtowaniu naszego cyfrowego świata, przybliżając nas do epoki pełnej immersyjnych doświadczeń.

Podsumowanie

Artykuł koncentruje się na zastosowaniu technologii rzeczywistości wirtualnej (VR) w kontekście poprawy bezpieczeństwa turystyki górskiej, zwłaszcza dla seniorów i osób z niepełnosprawnościami. Opisuje rozwój systemów VR, ich rosnącą popularność oraz wykorzystanie w edukacji i szkoleniach związanych z bezpieczeństwem. Wskazuje także na dynamiczne zmiany w branży VR, wykorzystując model Krzywej Gartnera do oceny trendów i etapów adaptacji tej technologii. Jednym z kluczowych elementów artykułu jest aplikacja RESCUER, zaprojektowana jako narzędzie edukacyjne dla różnych grup użytkowników, takich jak ratownicy górscy, seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami i organizatorzy wycieczek. Aplikacja RESCUER została zaprojektowana do działania w Metawersum, co umożliwi bardziej immersyjne doświadczenia edukacyjne. Zastosowanie Metawersum daje liczne korzyści, takie jak interaktywne szkolenia, symulacje zagrożeń, możliwość współpracy między użytkownikami w czasie rzeczywistym oraz personalizowane doświadczenia edukacyjne. Dalszy rozwój aplikacji RESCUER i środowiska Metawersum może obejmować:

- Rozszerzenie symulacji VR – dodanie bardziej zaawansowanych scenariuszy awaryjnych, integracja z rzeczywistością rozszerzoną (AR) oraz wykorzystanie sztucznej inteligencji do adaptacji treści do użytkowników (Dawid, Buchwald, 2024).
- Integrację z rzeczywistymi danymi – wprowadzenie dynamicznych prognoz pogody, monitorowania zagrożeń oraz interaktywnych map terenowych w czasie rzeczywistym (Dawid Buchwald, 2023).
- Rozbudowę interakcji społecznych – umożliwienie użytkownikom współpracy i nauki w większych grupach poprzez funkcje komunikacji głosowej i tekstowej w Metawersum (Buchwald, 2024).
- Dostosowanie do różnych grup użytkowników – zwiększenie dostępności poprzez lepsze wsparcie dla osób z niepełnosprawnościami oraz tłumaczenie treści na różne języki (Dawid, Buchwald 2023).

- Rozszerzenie na inne dziedziny – zastosowanie podobnych technologii w szkoleniach ratowniczych, edukacji ekologicznej czy w planowaniu logistycznym dużych wydarzeń turystycznych (Buchwald, Rostański i in., 2019).

Technologia VR w połączeniu z możliwościami Metawersum otwiera nowe perspektywy w zakresie edukacji i bezpieczeństwa w turystyce górskiej. Aplikacja RESCUER stanowi przykład innowacyjnego podejścia do zarządzania ryzykiem, umożliwiając użytkownikom naukę w bezpiecznym, kontrolowanym środowisku. Rozwój tej technologii może przyczynić się do większej świadomości zagrożeń, a tym samym poprawy bezpieczeństwa i komfortu uczestników górskich wypraw.

Literatura

- Buchwald P. (2024). The Use of Metaverse System And Virtual Reality In The Simulation Assesment Of Human behavior during threats inside buildings. *International Scientific Journal Security & Future*. ISSN 2535-0668
- Buchwald, P. (2024). Benefits of Using the Metaverse Environment and Virtual Reality in Simulating the Evacuation of People from Buildings. *Savety & Fire Technology*, 63(1): 6–17. DOI: 10.12845/sft.63.1.2024.1
- Buchwald, P., Rostański, M., & Mączka, K. (2019). *Virtual reality and mobile devices in 3d objects designing and prototyping* (pp. 645–654). Helion Gliwice Publishing.
- Dawid, A., Buchwald, P. (2022). Performance of Modern Video Codecs in Real-Time Communication WebRTC Protocol. In: W. Zamojski, J. Mazurkiewicz, J. Sugier, T. Walkowiak, J. Kacprzyk (eds.), *New Advances in Dependability of Networks and Systems. DepCoS-RELCOMEX 2022*. Lecture Notes in Networks and Systems, vol. 484. Springer, Cham, https://doi.org/10.1007/978-3-031-06746-4_4
- Dawid, A., Buchwald, P. (2023). A validation algorithm of applications designed for people with color vision deficiency. *Procedia Computer Science*, 225: 1388–1396, <https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.10.127>
- Dawid, A., Buchwald, P. (2024). The influence of the grain noise on the recognition of baggage X-ray security check – a digital twin study. *Inżynieria Bezpieczeństwa Obiektów Antropomorficznych 4*: 131–143, <https://www.inzynieriabezpieczenstwa.com.pl/index.php/iboa/article/view/213>
- Gamberini, L., Bettelli, A., Benvegnù, G., Orso, V., Spagnoli, A., & Ferri, M. (2021). Designing “Safer Water.” A Virtual Reality Tool for the Safety and the Psychological Well-Being of Citizens Exposed to the Risk of Natural Disasters. *Frontiers in Psychology*, 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674171>
- Peštek, A., & Sarvan, M. (2020). Virtual reality and modern tourism. *Journal of Tourism Futures*, 7(2): 245–250, <https://doi.org/10.1108/jtf-01-2020-0004>
- Shao, J., Bai, H., Shu, S., & Joppe, M. (2020). Planners’ Perception of Using Virtual Reality Technology in Tourism Planning. *E-Review of Tourism Research*, 17,

https://consensus.app/papers/planners-'-perception-of-using-virtual-reality-technology-shao-bai/59b1c30b56a0563c8b6bd2eb76a4f77d/?utm_source=chatgpt

Talwar, S., Kaur, P., Nunkoo, R., & Dhir, A. (2022). Digitalization and sustainability: virtual reality tourism in a post pandemic world. *Journal of Sustainable Tourism*, 31, 2564–2591, <https://doi.org/10.1080/09669582.2022.2029870>

Niemożliwe zmieniamy w możliwe

Fundacja im. Asi Kułakowskiej „Mniejszy Błękit”

Misja Fundacji – aby uczynić nurkowanie dostępnym dla wszystkich – była naszym priorytetem od samego początku istnienia. W świecie, w którym ograniczenia często definiują możliwości, wpisaliśmy się jako organizacja odmawiająca zaakceptowania słowa niemożliwe.

Fundacja jest dla wielu podróżników impulsem do transformacji, uświadomienia sobie, że granice między sprawnością a niepełnosprawnością powinny zostać rozpuszczone. I my za pomocą wody dokonujemy tego w dziedzinie nurkowania.

Podstawowa działalność Mniejszego Błękitu wykracza poza prostą czynność nauczania nurkowania. Reprezentujemy duże zaangażowanie w przekształcanie postrzegania barier, które do tej pory uniemożliwiały osobom z niepełnosprawnością doświadczenie stanu nieważkości i zachwyty nad podwodną eksploracją.

Prawdziwa magia dzieje się po zanurzeniu. Pod wodą niepełnosprawność fizyczna często staje się mniej istotna, ponieważ wyporność wody tworzy środowisko, w którym ruch może być łatwiejszy i bardziej naturalny. Ta wyjątkowa cecha nurkowania sprawia, że jest to idealna aktywność dla osób z różnymi problemami fizycznymi, oferująca rzadkie poczucie wolności i równości.

Sami musieliśmy podjąć walkę z utartym schematem szkoleń. Dążąc do inkluzywności podczas nauczania i wyjazdów, spotkaliśmy się z wieloma ograniczeniami na swojej drodze.

W 2024 roku stworzyliśmy – we współpracy z International Diving Federation – nowy, otwarty dla wszystkich program szkoleniowy Adaptive. Poprzez starannie ustrukturyzowany program szkoleń przyszłych entuzjastów nurkowania, stworzyliśmy rewolucyjne podejście, które dostosowuje tradycyjne techniki nurkowania do różnych wyzwań fizycznych, udowadniając, że podwodny świat jest naprawdę dostępny dla każdego.

To, co wyróżnia Fundację, to jej wielopoziomowe podejście. Zamiast oferować uniwersalne rozwiązanie, opracowaliśmy nowoczesny program szkoleniowy, dostosowany do różnych poziomów doświadczenia i różnych typów niepełnosprawności. Od kursów wprowadzających dla początkujących po zaawansowane specjalizacje, każdy program jest starannie zaprojektowany, aby zapewnić komfort, jednocześnie promując niezależność.

Metodyka szkolenia kładzie nacisk na indywidualne wsparcie, pozwalając każdemu uczestnikowi na robienie postępów we własnym tempie, jednocześnie rozwijając pewność siebie i umiejętności niezbędne do bezpiecznego nurkowania. Ścisłe współpracujemy z uczestnikami, dostosowując sprzęt i techniki do konkretnych potrzeb, jednocześnie utrzymując najwyższe standardy bezpieczeństwa.

Zaangażowanie Fundacji wykracza daleko poza aspekty szkolenia nurkowego. Rozumiejąc, że podróż może być trudna, zarówno fizycznie, jak i emocjonalnie, zapewniamy uczestnikom wsparcie na każdym etapie ich podróży. Takie podejście pozwala na duży komfort psychiczny i zbudowanie pewności siebie, tworzy relacje między uczestnikami.

Podjęliśmy się działań w celu rozwiązania problemów z dostępnością poza wodą, współpracując z dostawcami usług turystycznych. Nie bez znaczenia jest długofalowa współpraca z ośrodkami nurkowymi i lokalnymi społecznościami. Dbamy o to, aby miejsce wybrane jako cel podróży było jak najbardziej dostępne. Wakacje przecież powinny być przyjemne i relaksujące dla wszystkich uczestników.

Chociaż korzenie Fundacji znajdują się w Polsce, wpływ wykracza daleko poza granice kraju. Dzięki międzynarodowym partnerom jako Mniejszy Błękit staliśmy się światowym liderem w promowaniu dostępnego nurkowania. Dziękując osiągnięciami, metodologią i najlepszymi praktykami, pomagamy tworzyć światowy ruch w kierunku bardziej inkluzywnych społeczności nurkowych.

Budujemy świadomość lokalnych społeczności, że wszyscy mają prawo do korzystania z życia na równym poziomie. Uświadamiamy, że niewielkim nakładem pracy, chociażby likwidując podstawowe bariery architektoniczne, zdobywa się nie tylko wdzięczność, ale propaguje te zachowania dalej, rozwijając w ten sposób społeczeństwo.

Filozofię Fundacji można podsumować prostym, ale silnym przesłaniem: „Bądź odważny i żyj”. Odzwierciedla to nasze przekonanie, że ograniczenia istnieją przede wszystkim w naszych umysłach i mimo że nie zawsze da się zrobić wszystko, to przy odpowiednim wsparciu, determinacji i odwadze każdy powinien próbować realizować swoje marzenia i pasje, nie tylko te podwodne.

Praca Fundacji to coś więcej niż tylko nauka nurkowania. Dla nas to wzmacnianie potencjału i krzewienie siły myślenia inkluzywnego. Przekształcając „nie-możliwe” w „możliwe”, udowadniamy, że niepełnosprawność nie musi wyznaczać

tak drastycznie granic. Dzięki oddanym wysiłkom Wolontariuszy niezliczona liczba osób odkryła nowe perspektywy, zyskała niezależność i znalazła radość w podwodnym świecie.

Patrząc w przyszłość, nasze starania w przełamywaniu barier nie będą się skupiać tylko na środowisku wodnym. Z powodzeniem zrealizowaliśmy wycieczki po szlakach górskich Tatr.

Mnich, szczyt w Tatrach Wysokich, można zdobyć jedynie drogami wspinaczkowymi. Dzięki doświadczeniu naszego Wolontariusza, przewodnika wysokogórskiego i wsparciu doświadczonego zespołu, wysokość 2068 m, zdobyła zdeterminowana uczestniczka z niepełnosprawnością wzroku. To stało się początkiem naszych starań, aby stworzyć bardziej inkluzywne możliwości w sporcie i rekreacji. Aby jeszcze więcej miejsc stało się dostępnych bez względu na występujące ograniczenia.

Akademia WSB
WSB University

Wydawnictwo Naukowe Akademii WSB
ul. Ciepłaka 1c, 41-300 Dąbrowa Górnicza
www.wsb.edu.pl

ISBN 978-83-67673-72-3



9 788367 673723