

ZESZYTY NAUKOWE

PAŃSTWOWEJ AKADEMII NAUK STOSOWANYCH W KOSZALINIE

NR 6/2024

EDUKACJA – ZDROWIE – SPOŁECZEŃSTWO

ZESZYTY NAUKOWE
PAŃSTWOWEJ AKADEMII NAUK STOSOWANYCH
W KOSZALINIE

NR 6/2024

EDUKACJA – ZDROWIE – SPOŁECZEŃSTWO



KOSZALIN 2024

Komitet Naukowy

prof. dr. phil. Helene Ignatzi (Evangelische Hochschule, Nürnberg),
prof. PD dr. theol. Barbara Städtler-Mach (Evangelische Hochschule, Nürnberg),
dr hab. Małgorzata Molęda-Zdziech, prof. nadzw. (Szkoła Główna Handlowa w Warszawie),
prof. dr hab. Maria Laszczyńska (PANS w Koszalinie, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie),
dr hab. Renata Urban, prof. nadzw. (Uniwersytet Szczeciński), dr hab. Jarosław Klejnocki, prof. nadzw.
(Uniwersytet Warszawski), dr Jan Kuriata (prof. PANS w Koszalinie).

Komitet Redakcyjny

dr Danuta Apanel (redaktor naczelny, pedagogika),
dr Monika Pawłowska prof. PANS (z-ca redaktora naczelnego, pedagogika, socjologia),
dr Małgorzata Guzińska (redaktor statystyczny, ekonomia), dr Urszula Sokal (psychologia),
dr Renata Kaczmarek (pedagogika), dr Aleksandra Sajek (nauki o kulturze fizycznej i nauki medyczne),
dr Joanna Krawczyk (nauki medyczne), dr Joanna Łoś (nauki medyczne),
dr Jolanta Kowalska-Bigulak (nauki o zdrowiu), dr Magdalena Łuczowska (nauki o bezpieczeństwie),
dr Adam Czarniecki (nauki o bezpieczeństwie, historia), dr hab. prof. nadzw. UŁ Julia Mazurkiewicz-Sułkowska
(język rosyjski), dr Agnieszka Kühnl-Kinell (język francuski), mgr Joanna Rudecka (język polski),
mgr Alicja Skoczypiec (język niemiecki), mgr Monika Lipiec-Karwowska (język angielski),
mgr Beata Żuber (opracowanie graficzne).

Projekt okładki: Bartosz Żuber

Recenzenci współpracujący

prof. dr hab. Oleksandra Lysenko (Kujawsko-Pomorska Akademia w Bydgoszczy),
dr inż. Grzegorz Zakrzewski prof. PANS w Starogardzie Gdańskim (Starogard Gdański),
prof. dr hab. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska (Gdański Uniwersytet Medyczny), dr hab. Tomasz Maliszewski
prof. AMW (Akademia Marynarki Wojennej w Gdyni), dr Ewa Murawska (Uniwersytet Pomorski w Słupsku),
dr Beata Plitta-Michalak (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie), dr Hanna Sommer (Politechnika
Rzeszowska w Rzeszowie), dr hab. Jolanta Morozińska-Gogol prof. UP (Uniwersytet Pomorski w Słupsku).

ISSN 2657-795X

Przygotowanie do druku i druk

Wydawnictwo WITANET
tel. 601 35 66 75; www.witanet.net; wydawnictwo@witanet.net

Wydawca

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie
ul. Leśna 1, 75-582 Koszalin
www.pans-koszalin.pl

Obj. 15,46 ark. wyd., format B5, nakład 130 egz.

SPIS TREŚCI

I. EDUKACJA – PEDAGOGICZNE INSPIRACJE W PROCESIE OPTIMALIZACJI ROZWOJU UCZNIÓW-WYCHOWANKÓW

AGNIESZKA WIATROWSKA

Środowisko szkolne uczniów a postępy dydaktyczne uczniów 9

JOANNA DAWID

Stymulacja polisensoryczna dziecka w wieku przedszkolnym
i wczesnoszkolnym – zarys problematyki 17

RADOSŁAW PLISZKA

Pozalekcyjna edukacja muzyczna w rozwoju ucznia na przykładzie instytucji
upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie 28

KAROL WIATROWSKI, KINGA WIATROWSKA

Bezpieczeństwo i ochrona w szkole międzynarodowej 49

AGNIESZKA WIATROWSKA

Istota oceny pracy nauczyciela 58

II. ZDROWIE – ROZWAŻANIA WOKÓŁ PROBLEMATYKI UWARUN- KOWAŃ „DOBROSTANU” PACJENTÓW

BARBARA SZPERKA, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Zadowolenie pacjentów z e-usług medycznych wprowadzonych
do podstawowej opieki zdrowotnej 69

EDYTA CZERWIŃSKA, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Analiza porównawcza nastroju, emocji i poczucia zadowolenia z życia
pacjentów przed i po leczeniu sanatoryjnym 103

KATARZYNA ŁASZCZUK, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Wpływ zabiegu implantacji soczewki u chorych na zaćmę
na poprawę stopnia widzenia i ocenę zadowolenia z życia 134

KARINA DMYTERKO

Późna dorosłość w koncepcjach Daniela J. Levinsona i Erica Eriksona 181

ELŻBIETA GZIEŁO, JOANNA KRAWCZYK

Ocena poziomu akceptacji choroby u osób chorujących na stwardnienie rozsiane 187

III. SPOŁECZEŃSTWO – WYBRANE ASPEKTY W PRZESTRZENI BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO

JERZY WIATROWSKI

Początki dowództwa wielonarodowego Korpusu Północno-Wschodniego w Polsce
w 1999 roku. Jubileusz 25-lecia w 2024 r. 195

IRENEUSZ BIENIECKI, IZABELA SZKURŁAT

Bałtycka Brygada Wojsk Ochrony Pogranicza w podsystemie ochrony polskiej granicy
morskiej w świetle „Biuletynu Dyslokacyjnego Wojsk Ochrony Pogranicza” 202

KAJETAN KYCIA

Świat bez bomby atomowej? Działania na rzecz redukcji proliferacji broni
masowego rażenia (BMR) – stan i perspektywa 235

PRZEMYSŁAW SABAT

„Cud gospodarczy na kredyt”. Próba oceny w kontekście obecnej
polityki finansowej państw rozwiniętych 249

ŁUKASZ PAWLIK

Procesy globalizacji 262

**I. EDUKACJA – PEDAGOGICZNE INSPIRACJE
W PROCESIE OPTYMALIZACJI ROZWOJU
UCZNIÓW-WYCHOWANKÓW**

AGNIESZKA WIATROWSKA

Szkoła Podstawowa w Maszewie

ŚRODOWISKO RODZINNE A POSTĘPY SZKOLNE UCZNIÓW

FAMILY ENVIRONMENT AND STUDENTS' SCHOOL PROGRESS

Słowa kluczowe: środowisko rodzinne, postępy szkolne, postępy uczniów

Abstrakt: Artykuł stanowi opis wpływu środowiska rodzinnego na postępy uczniów w szkole i w nauce. Środowisko rodzinne powinno wyzwać pozytywne motywacje do nauki szkolnej. W rodzinie dzieci są wdrażane do odpowiednich form zachowania, ich postępowanie podlega ocenie i kontroli z punktu widzenia wzorców, ze względu na więzi emocjonalne rodziców z dziećmi i stałe kontakty. Zainteresowanie rodziców nauką dziecka stanowi bardzo mobilizujący czynnik do stałego uczestnictwa w lekcjach i wywiązywanie się z obowiązku, jakim jest zdobywanie wiedzy. Opieka rodziców nad dzieckiem, a zwłaszcza jego nauką szkolną nie ogranicza się tylko do kontrolowania prac domowych i ewentualnej pomocy w jej odrabianiu. Jednym z jej głównych elementów są często kontakty ze szkołą. Artykuł oparty jest na analizie materiałów źródłowych oraz wnioskach wynikających z wieloletniej pracy z uczniami szkół podstawowych oraz doświadczeń wynikających z wykonywanego zawodu nauczyciela-wychowawcy.

Keywords: family environment, school progress, student progress

Abstract: The article describes the influence of the family environment on students' progress at school and in learning. The family environment should trigger positive motivations for school learning. In the family, children are introduced to appropriate forms of behavior, their behavior is subject to evaluation and control from the point of view of role models, due to the emotional bonds of parents with children and constant contacts. Parents' interest in their child's learning is a very motivating factor for constant participation in lessons and fulfilling the obligation to acquire knowledge. Parental care for the child, and especially their school learning, is not limited only to monitoring homework and possible help in doing it. One of its main elements is often contact with the school. The article is based on the analysis of source materials and conclusions resulting from many years of work with primary school students and experience resulting from the profession of a teacher-form teacher.

WPROWADZENIE

Środowisko rodzinne ma ogromny wpływ na postępy szkolne uczniów, zwłaszcza klas młodszych. Jest to dziś problemem niezwykle ważnym, trudnym i twórczym. Twórczy jego charakter zależy głównie od tego, w jakim stopniu rodzina pokonuje wszystkie trudności natury materialnej, ekonomicznej i społecznej. To rodzina kształtuje osobowość i charakter wszystkich członków tak, aby każdy mógł pełnić w niej swoją rolę. Rodzina jest podstawowym środowiskiem, w którym rozwija się i dorasta dziecko. Traktowana jest jako podstawowy obszar wpływów oddziałujących na rozwój i funkcjonowanie dziecka w domu, w szkole i w otaczającym go środowisku. To przede wszystkim w rodzinie dziecko nabiera przekonań o świecie, uczy się podstawowych umiejętności życiowych, kształtuje swoją osobowość. To w środowisku rodzinnym kształtuje się tożsamość dziecka tożsamość i wzorce zachowań.

Środowisko rodzinne musi dziś sprostać dynamicznym przemianom, przystosować się do zmieniającej się rzeczywistości, często niekorzystnej, bo uszczuplającej rodzinny budżet. Przemiany te mają wpływ na osiągnięcia szkolne uczniów. Dlatego należy im się przyjrzeć i szukać środków oraz metod zaradczych.

Środowisko rodzinne powinno wyzwalać w dziecku pozytywną motywację do nauki. Dawać satysfakcję z osiągnięć dydaktycznych zarówno dziecku jak i rodzicom, zachęcać do likwidowania niepowodzeń.

RODZINA JAKO ŚRODOWISKO WYCHOWAWCZE

„Współczesna rodzina jest coraz mniej skuteczna i właściwie to należałoby ją czymś zastąpić. Rodzina w tradycyjnym kształcie to organizacja pierwotna, która nie spełnia już należycie swoich funkcji, a z całą pewnością nie spełnia tej najważniejszej – nie wychowuje jak należy dzieci. Rodzicom nie zależy już na dzieciach. Oboje biegają do pracy i siedzą w niej cały dzień. Potem się kłócą, są mocno zaabsorbowani sobą i do tego często się rozwodzą. Komu zatem, jeśli nie rodzicom, powinno zależeć na dobrze wychowanych dzieciach? Otóż powinno na nich zależeć państwu”¹.

Rodzina jest dla dziecka jego pierwszym środowiskiem, w którym się urodziło. To mama, tata i rodzeństwo. To środowisko, w którym się wychowuje, uczy, bawi i zdobywa różne doświadczenia. Dzięki środowisku rodzinnemu przyswajają elementarną wiedzę o świecie, rozwijają własne zainteresowania oraz zaspokajają wiele potrzeb.

Wpływ środowiska na rozwój dziecka dostrzegano od dawna. Podstawowym i największym otoczeniem środowiska wychowawczego dla każdego dziecka jest środowisko rodzinne. Rodzina stanowi podstawowe ogniwo w rozwoju i wychowaniu młodego człowieka. W niej dokonuje się podstawowy proces wychowania dziecka i wprowadzenie go w krąg kontaktów społecznych.

Najczęściej powtarzającymi się społecznymi przyczynami niepowodzeń dzieci w szkole są:

- niski poziom intelektualny/kulturalny rodziny,
- zły wpływ najbliższego otoczenia,
- wielodzietność rodzin,
- praca rodziców na różne zmiany,
- nieodpowiednie warunki w domu do odrabiania lekcji i odpoczynku,
- warunki mieszkaniowe rodziny i dziecka,
- atmosfera wychowawcza w rodzinie,
- stosunek rodziców do dziecka.

Rodzina o wyższym poziomie intelektualnym i wykształcona lepiej przygotowuje dziecko do szkoły. Każda rodzina, bez względu na to, czy zdaje sobie z tego sprawę, czy

¹ T. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, PWN, Warszawa 2011, s. 364.

nie, stwarza podstawy przyszłego rozwoju osobowości dziecka. Wiele więc zależy od tego, czy rodzice są do tych funkcji przygotowani. Główną rolę w procesie wychowania społecznego przypisuje się właśnie rodzinie. Ma ona znaczący wpływ na kształtowanie osobowości dziecka. Szkoła natomiast uczy i rozwija umysł.

PRZEOBRAŻENIA RODZINY I ICH WPŁYW NA POSTĘPY SZKOLNE UCZNIÓW

„Dynamika współczesnej cywilizacji i jej rosnąca złożoność wymagają od młodego człowieka nowych zasobów i umiejętności ciągłego uczenia się, które posłużą mu do odczytywania zmieniających się warunków życia i sprostania nowym wyzwaniom”². Życie współczesnej rodziny zdeterminowane jest w znacznym stopniu szybkimi przemianami, jakie zachodzą zwłaszcza w krajach intensywnie rozwijających się, do których należy też Polska. Wywierają one wpływ bezpośredni i pośredni na organizowanie procesu wychowania w rodzinie.

Obserwuje się znaczne zmiany w strukturze rodziny. Zmniejsza się liczba członków składających się na rodzinę. Typowa staje się rodzina dwupokoleniowa: rodzice i dzieci, którzy mieszkają pod wspólnym dachem do chwili uzyskania samodzielności zawodowej przez dzieci.

Rodzice chcąc umiejętnie i właściwie przekazywać informacje, kierować zainteresowaniami swoich dzieci, uczyć je poczucia własnej wartości, kreowania własnych zainteresowań³, budzić ich wrażliwość na piękno, uczyć oceny etycznej i moralnej na podstawie wspólnego obserwowania otaczającego świata, czy wspólnego przeżywania wydarzeń życiowych – muszą być wzorcem i przykładem dla swojego dziecka, poprzez właściwe wykształcenie i dojrzałość emocjonalno-społeczną. Rodzice o niskim poziomie intelektualnym, nie znający się na technice, sporcie, nie orientujący się w wydarzeniach światowych, tracą w oczach dzieci autorytet. Dzieci szukają wówczas innych partnerów do rozmów o otaczającym ich świecie.

Współczesne rodziny, w których pracują rodzice, mają typowe trudności w racjonalnym organizowaniu trybu życia i kontroli nad dzieckiem. Ze względu na swoją pracę poświęcają mniej czasu dziecku podczas odrabiania przez niego lekcji. Dziecko zostaje z tym same, co często prowadzi do niepowodzeń szkolnych.

Zainteresowanie rodziców nauką dziecka jest mobilizującym czynnikiem do systematycznego uczestnictwa dziecka w lekcjach, w zdobywaniu wiedzy i wywiązywaniu się z obowiązków szkolnych. Brak zainteresowania rodziców nauką dziecka prowadzi do zniechęcenia, opuszczania zajęć lekcyjnych i pogorszenia ocen. W wyniku takich sytuacji szkoła otacza opieką ucznia wprowadzając środki zaradcze.

² J. Bałachowicz, A. Korwin-Szymanowska, E. Lewandowska, A. Witkowska-Tomaszewska, *Zrozumieć uczenie się. Zmienić wczesną edukację*, Wydawnictwo Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2017, s. 7.

³ S. Gwiazdowska-Stańczak, A.E. Sękowski, *Rodzina uczniów zdolnych*, Difin, Warszawa 2018, s. 50-62.

W niższych klasach szkoły podstawowej organizuje się dodatkowe zajęcia dla dzieci mających trudności w nauce. Szkoły i świetlice szkolne organizują rozmaite zajęcia dydaktyczne i wychowawcze, które wspierają działalność opiekuńczo-wychowawczą rodziny.

Obecnie wzrasta zainteresowanie problematyką rodziny. We współczesnych warunkach ekonomiczno-społecznych rodzina podlega daleko idącym przekształceniom. Zmieniają się w niej postawy ekonomiczno-społeczne, zmienia się treść życia rodzinnego, jej struktura wewnętrzna i jej funkcje. Trudności wychowawcze, chuligaństwo, przestępczość nieletnich wiąże się między innymi z tym, że współczesna rodzina nie spełnia należycie funkcji wychowawczej, opiekuńczej i społecznej.

Tworzenie środowiska wychowawczego, sprzyjającego osobowości poprzez bogactwo sytuacji wychowawczych, aktywizujących i usamodzielniających uczniów wzorowane powinno być na rodzinie. W rodzinie wychowuje się przez osobisty przykład, przez wspólne uczestnictwo wychowujących i wychowywanych, we wspólnym tworzeniu, we współpracy i współodpowiedzialności.

PROBLEM RODZINY JAKO ŚRODOWISKA WYCHOWAWCZEGO

Dla każdego dziecka naturalnym i podstawowym środowiskiem wychowawczym jest rodzina. To w niej dziecko wprowadzane jest w kręgi kontaktów społecznych, poznaje procesy wychowania. To rodzina przygotowuje dziecko do życia i ma znaczący wpływ na postępy dziecka w szkole. Dlatego dla prawidłowego funkcjonowania środowiska rodzinnego, ważny jest stan relacji rodzinnej, relacji zachodzącej pomiędzy dorosłymi a ich dziećmi⁴.

Rodzina wprowadza dziecko w świat wartości kulturalnych i społecznych. Rodzice swoim zachowaniem przekazują swojemu dziecku to, co w życiu jest ważne. Stanowią pierwszy i jedyny wzorzec do naśladowania, a ich sposób życia jest pomocą w wychowaniu. Rodzina o wysokim morale, wysokiej kulturze, odpowiednio wysokim stopniu inteligencji lepiej przygotowuje dziecko do pełnienia przyszłych ról społecznych. Rodzice ze średnim i wyższym wykształceniem włożą więcej pracy w przygotowanie swojego dziecka do szkoły, stworzą korzystniejsze warunki do realizacji obowiązku szkolnego. Robią to świadomie, z pełną troską o przyszłość dziecka. W swoich poczynaniach przyświeca im zawsze najwyższe dobro dziecka. Dbają o właściwy dobór przekazywanej wiedzy życiowej, poświęcają swój czas nauce dziecka, a w trudnych sytuacjach służą poradą i pomocą. Dziecko powinno stale obcować i przebywać z rodzicami, ponieważ wpływa to na przyswajanie przez niego stylu życia rodziców. Poprzez bezpośrednią rozmowę z rodzicami dziecko otrzymuje od nich informacje o tym, jak należy zachowywać się w różnych sytuacjach. Przebywanie z dzieckiem, poświęcanie mu dużo czasu i wiele uwagi ma znaczny wpływ na jego szkolne sukcesy.

⁴ E. Rostańska, *Dziecko i dorosły w rozmowie*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2010, s. 47.

OPIEKA RODZICÓW NAD DZIECKIEM

Rodzina określa cel i wartości, do których dzieci mają dążyć, przyczynia się do formowania konkretnych potrzeb i zainteresowań. Rozpatrując postawy emocjonalne rodziców wobec dzieci należy podkreślić, że dziecko musi być akceptowane przez rodziców. Powinno być wychowywane w atmosferze miłości, serdeczności i zainteresowania jego osobą. Dzieci reagują na brak miłości i ciepła ze strony swoich najbliższych bardzo różnie. Jedne są smutne, pełne żalu i tęsknoty, zagubione w świecie, pragną ludzkiej dobroci i czułości. Inne wzrastające w chłodzie stają się oschłe, bezwzględne, niezdolne do przeżywania czegokolwiek. Postawy obojętne wobec wszystkich członków rodziny, a tym bardziej wrogie, rodzice powinni zdecydowanie eliminować z życia rodzinnego. Wypaczają one tak silnie i trwale rozwój moralno-społeczny dziecka, że żadne metody wychowawcze stosowane przez szkołę, pedagoga szkolnego, czy poradnię psychologiczno-pedagogiczną nie są w stanie całkowicie usunąć tych zachowań. Wszelkie tego rodzaju zachowania w życiu dziecka odbijają się ujemnie na przebiegu jego rozwoju, zachowaniu, a przede wszystkim na postępach w nauce.

Dziecko, u którego w domu panuje atmosfera przykra, konfliktowa, pełna napięcia, któremu rodzina nie zapewnia poczucia bezpieczeństwa, ma duże trudności w osiągnięciu dobrych wyników w nauce, nawet wówczas jeżeli wkłada w nią dużo wysiłku i trudu. W sytuacji takiej znajdują się dzieci, których rodzice rozwodzą się lub już są rozwiedzeni.

Rozbicie rodziny związane jest najczęściej z konfliktami między rodzicami. Jeżeli konflikty te są sporadyczne, stabilność rodziny nie musi ulegać poważniejszemu osłabieniu. Gorzej jest, gdy antagonizm między rodzicami ma charakter trwalszy, wówczas również w to zostają uwikłane dzieci. Bezpieczeństwo rodziny zostaje naruszone z chwilą odejścia jednego z rodziców. Dla dzieci jest to bardzo bolesne przeżycie wpływające ujemnie na jego psychikę, zachowanie i wyniki w nauce.

CZYNNIKI WARUNKUJĄCE WYCHOWAWCZE FUNKCJONOWANIE RODZINY

Z wychowawczego punktu widzenia, najlepiej rokuje rodzina pełna i żyjąca we wszechstronnej harmonii. Takiej rodzinie łatwiej przezwyciężyć różnego rodzaju niedostatki i ustalić wspólną drogę postępowania wychowawczego i wszechstronnej opieki. Składa się na to klimat emocjonalny, wzbogacony silną tendencją wzajemnych kontaktów, wspólnymi zainteresowaniami, wspólnym spędzaniem wolnego czasu, ustalonymi zgodnymi zwyczajami postępowania wychowawczego wobec dzieci i wzmożoną uwagą na ich potrzeby.

Życie psychiczne dzieci jest żywe i bogate. Dziecko poszukuje stale nowych wrażeń, zachwyca się poznaczonymi zjawiskami i rzeczami, odkrywa, rozbudza i rozwija swoje zainteresowania. Ta ciekawość rozwijającej się psychiki, ogromna chłonność wszystkiego, co nowe, zmusza otoczenie do stworzenia dziecku odpowiednich warunków rozwoju

jego bogatego życia wewnętrznego. Niezwykle istotnymi czynnikami dostarczającymi dziecku pozytywnych doznań są wzajemne stosunki rodziców i ich postawy emocjonalne. Obustronna miłość i przywiązanie wzmocnione uczuciami to bardzo pozytywny wpływ rodziców na rozwój psychiczny dzieci. Jeżeli dziecko widzi, że rodziców łączy silna więź emocjonalna, każde z nich przeżywa troski i radość drugiego jak swoje, jeżeli jest gotowe do bezpośredniej i natychmiastowej pomocy. Jeżeli rodzice są skłonni do poświęceń i rezygnacji z własnych potrzeb, wówczas dziecko czuje się bezpiecznie i komfortowo. Atmosfera spokojna, pełna wspólnej akceptacji, wolna od nadmiernych napięć, optymistyczna, nacechowana życzliwością dla dziecka wpłynie pozytywnie na postępy dziecka w nauce.

Niekorzystne kontakty psychiczne w rodzinie wprowadzają niepokój, naruszają poczucie bezpieczeństwa, obniżają wydajność pracy dziecka, a tym samym negatywnie wpływają na jego sukcesy szkolne.

Mając na uwadze opiekę rodziców nad dzieckiem, a zwłaszcza jego nauką szkolną, pamiętać należy, że nie ogranicza się ona tylko do kontrolowania prac domowych i ewentualnej pomocy w jej odrabianiu. Jednym z jej głównych elementów powinny być częste kontakty ze szkołą. Okazuje się, że częściej kontaktują się i współpracują ze szkołą rodzice, których dzieci uczą się dobrze i nie ma z nimi problemów wychowawczych. Kontakt ze szkołą rodziców uczniów słabszych, sprawiających kłopoty wychowawcze jest o wiele rzadszy, a często wręcz sporadyczny. Nie przychodzą na szkolne wywiadówki, spotkania i rozmowy indywidualne z wychowawcą⁵. Często bywa tak, że pojawiają się dopiero na pisemne wezwanie wychowawcy klasy, bądź pedagoga szkolnego.

W procesie właściwego funkcjonowania dziecka w szkole, w osiągnięciu przez niego pozytywnych wyników w nauce, musi brać udział rodzic, nauczyciel i uczeń.

ZŁOŻONOŚĆ RODZINY JAKO GRUPY SPOŁECZNO-WYCHOWAWCZEJ

Środowisko rodzinne w okresie szczególnej plastyczności psychicznej dziecka nie konkuruje z innymi grupami mającymi wpływ na dziecko. To środowisko dziecka stanowi zespół czynników wpływających bezpośrednio na jego sukcesy w nauce.

Struktura społeczna rodziny dziecka ma wpływ na jego wyniki w nauce. Dzieci wywodzące się z rodzin inteligentnych cechuje łatwość w wyrażaniu myśli, mają bogaty zasób słownictwa, a tym samym i lepsze wyniki w nauce.

Wykształcenie rodziców to ważny czynnik wpływający na powodzenie dziecka w szkole. W grupie rodziców uczniów dobrych zdecydowanie przeważają rodziny, w których jedno z rodziców lub oboje mają wykształcenie wyższe oraz rodziny, w których jedno lub oboje rodziców mają wykształcenie średnie. Natomiast wśród rodzin uczniów słabszych najwięcej jest takich, w których rodzice mają wykształcenie zasadnicze

⁵ Garstka T., Jaroszek K., Kiełczewska A.K., Węgorska G., Wieczorek E., Żmijska H., Żmijski J. *Współpraca z rodzicami w szkole*, Wydawnictwo Raabe, Warszawa 2012, s. 4.

zawodowe lub podstawowe. Rodzice mający wykształcenie zasadnicze zawodowe lub podstawowe kontaktują się ze szkołą znacznie rzadziej.

Duże znaczenie na powodzenia szkolne dziecka mają warunki mieszkaniowe rodziny. Nie są jednak one dominujące. Stałe miejsce do nauki i wypoczynku dziecka wpływa dodatnio na jego sukcesy szkolne.

Sytuacja materialna rodziny ma także wpływ na wyniki dziecka w nauce. Jest jedną z przyczyn dodatnio lub ujemnie wpływających na losy szkolne ucznia.

Brak bezpieczeństwa psychicznego i harmonii rodzinnej powoduje obniżenie wydajności pracy dziecka.

Istotny wpływ na postępy szkolne uczniów ma opieka rodziców nad dzieckiem i współpraca rodziców ze szkołą. Wielopłaszczyznowa współpraca szkoły i rodziny na zasadach wzajemnego zaufania sprzyja lepszemu kierowaniu procesami wychowania i nauczania, a wzmocnienie więzi opartych na wartościach pomiędzy tymi podmiotami przynosi porozumienie i optymizm oraz pozytywne wyniki w pracy szkolnej ucznia.

PODSUMOWANIE

Istnieją zależności między środowiskiem rodzinnym ucznia, a jego postępami w nauce. Zależności te związane są z następującymi czynnikami środowiska rodzinnego: organizacją życia w rodzinie, więziami między członkami rodziny, postawami rodzicielskimi, stopniem akceptacji i pozycji dziecka w rodzinie. Dokładne poznanie całego środowiska domowego ucznia może dać szkole i nauczycielowi możliwość lepszego kierowania procesami nauczania i wychowania dzieci.

Efektywność pracy dydaktycznej i wychowawczej zależy w znacznym stopniu od form i metod współdziałania szkoły z domem rodzinnym i na odwrót. Szkoła powinna przyjść z pomocą rodzinie, aby między innymi umożliwić dziecku lepszy start w szkole i pozyskiwanie pozytywnych wyników w pracy szkolnej ucznia.

Właściwa diagnoza środowiska rodzinnego pozwala na odpowiednie podejście do uczniów, w szczególności w edukacji wczesnoszkolnej, gdzie dzieci nastawione są na współpracę z nauczycielem i poszukują oparcia w postawie nauczyciela, wychowawcy. Ułatwia to pracę z dzieckiem, zrozumienie rodziców oraz współpracę na linii szkoła-dom. Odpowiednia współpraca w trójkącie: rodzice-uczeń-szkoła pozwala na właściwe relacje, kształtowanie postawy, wychowanie w wartościach oraz sukces w szkole, jak również poza szkołą w przyszłym, samodzielnym życiu w społeczeństwie. To dzięki takiej współpracy można wyzwolić w dzieciach, uczniach, młodzieży postawę aktywną, kreatywną i społeczną, czyli cechy, które pozwolą funkcjonować w dorosłym życiu. Te cechy będą wyznacznikami właściwej postawy absolwentów szkół i wspólnego sukcesu wychowawczego rodziców i nauczycieli.

Bibliografia:

Bałachowicz J., Korwin-Szymanowska A., Lewandowska E., Witkowska-Tomaszewska A., *Zrozumieć uczenie się. Zmienić wczesną edukację*, Wydawnictwo Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2017

Garstka T., Jaroszek K., Kielczewska A.K., Węgorska G., Wieczorek E., Żmijńska H., Żmijński J., *Współpraca z rodzicami w szkole*, Wydawnictwo Raabe, Warszawa 2012.

Janicka I, Liberska H, *Psychologia rodziny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2024.

Gwiazdowska-Stańczak S., Sękowski A.E, *Rodzina uczniów zdolnych*, Wydawnictwo Difin, 2018.

Rostańska E., *Dziecko i dorośli w rozmowie*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2010.

Smogorzewska J., *Środowisko szkolne a rozwój teorii umysłu u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2019.

Stańczak M., *Doświadczenia rodzin w odkrywaniu i rozwijaniu zdolności dzieci. Perspektywa pedagogiczna*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2019.

Szlendak T., *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, PWN, Warszawa 2011.

JOANNA DAWID

Punkt Przedszkolny „Mozaika” w Koszalinie

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

STYMULACJA POLISENSORYCZNA DZIECKA W WIEKU PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM – ZARYS PROBLEMATYKI

POLYSENSORY STIMULATION OF A CHILD OF PRESCHOOL AND EARLY SCHOOL AGE – OUTLINE OF THE PROBLEM

Słowa kluczowe: edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna, stymulacja wielozmysłowa, rozwój dziecka, zmysły.

Abstrakt: Artykuł porusza zagadnienie pobudzania wielozmysłowego dziecka na etapie przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Pobudzanie poszczególnych zmysłów i całej płaszczyzny sensorycznej organizmu rozbudowuje sieć połączeń nerwowych, które są niezwykle istotne w całym procesie rozwoju dziecka. Wybór odpowiedniej metody zależy od nauczyciela, który na danym etapie edukacyjnym pracuje z dzieckiem lub całym zespołem. W poniższym tekście, zwracam uwagę zarówno na zmiany zachodzące w organizmie w wieku przedszkolnym, jak i młodszym wieku szkolnym, na elementy, które wpływają na prawidłowy lub dysfunkcyjny rozwój młodego człowieka, na poszczególne zmysły oraz samą stymulację polisensoryczną. Szczególnie skupiłam się na dwóch metodach, którymi najczęściej posługuję się w mojej pracy dydaktyczno-wychowawczej.

Keywords: preschool and early school education, multisensory stimulation, child development, senses.

Abstract: The article focuses on the multisensory stimulation of a child at the preschool stage and early school education. Stimulating individual senses and the entire sensory plane of the body expands the network of nerve connections which are extremely important in the entire process of the child development. The choice of an appropriate method depends on the teacher who works with the child or the whole team at a given educational stage. In the following text, I draw attention to both the changes occurring in the body at a preschool and early school age, the elements that affect the correct or dysfunctional development of a young person, individual senses and the polysensory stimulation itself. I present the two methods that I most often use in my didactic and educational work.

WSTĘP

Kiedy mówimy o dziecku w różnych etapach jego funkcjonowania, myślimy przede wszystkim o jego rozwoju, o zmianie jaka dokonuje się w małym człowieku. Na różnych etapach życia towarzyszą mu inne osoby. Najpierw są to rodzice, a wraz z nimi najbliższa rodzina, zaraz potem szersze otoczenie – opiekunowie, koledzy, nauczyciele. Razem z nimi, w niektórych sytuacjach, pojawiają się lekarze specjaliści, terapeuci, rehabilitanci i wszystkie osoby otaczające dziecko. Pragną oni, aby z małej istoty powstał wielki człowiek – osoba, która zmierzy się z otaczającą go rzeczywistością, którą będzie poznawała, doświadczała, a w pewnym momencie sama tą rzeczywistość kreowała. To w jaki sposób towarzyszymy dziecku ma niezwykle znaczenie. To, jakie metody wychowawcze stosują

rodzice oraz które metody, formy i środki pracy wykorzystują nauczyciele, odnosi skutek nie tylko w danym momencie rozwoju, ale wpływa na całe życie.

Obecna rzeczywistość oraz rozwój technologii niesie ze sobą możliwości i zagrożenia. Dzieci często są przebodźcowane lub przeciwnie: otrzymują za mało elementów stymulujących prawidłowy rozwój. Ważną rolę pełnią tu nauczyciele spotykający dzieci na różnych etapach edukacyjnych. To do nich należy odpowiednia diagnoza poziomu funkcjonowania dziecka, a co za tym idzie wybór odpowiednich metod pracy. Wszystkie metody polisensoryczne odnoszą się do poszczególnych zmysłów, a przez to mogą dostarczać odpowiednich bodźców lub hamować wpływ innych. Różnorodność możliwości daje duże pole do działania. Niezależnie czy nauczyciel będzie korzystał na swoich zajęciach z sensoplastyki®, ciastoterapii, Treningu Kreatywnego Wspierania Rozwoju Dziecka, plastyki ekspresywnej, integracji sensorycznej, Mindfulness dla Dzieci, elementów jogi, metody Weroniki Sherborn czy z innych metod, które dla niego wydają się na danym etapie najlepsze, będzie obejmował swoją uwagę różne zmysły, a razem z nimi całościowy rozwój dziecka. To właśnie takie podejście przyniesie najlepsze efekty.

ROZWÓJ DZIECKA NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

Obecny rozwój cywilizacji daje nam nowe spojrzenie na dziecko. Jako nauczyciele i pedagodzy chcemy towarzyszyć mu, wspierać, wskazywać różne możliwości, a nie tylko uczyć nowych umiejętności czy dawać określoną wiedzę, która w naszej ocenie jest niezbędna do osiągnięcia celu. W rozwój tej małej istoty wpisana jest zabawa, a zmysły towarzyszą dziecku już od chwili poczęcia. To prawidłowy, wszechstronny rozwój od pierwszej godziny warunkuje odpowiedni wzrost na wszystkich płaszczyznach.

Na początku rodzic, środowisko, a później także nauczyciel nieustannie, świadomie lub nieświadomie dostarczają bodźce, które kształtują nowe umiejętności i utrwalają osiągnięte sprawności, niezależnie czy mówimy o nauce chodzenia czy wprowadzaniu w przedszkolu umiejętności dodawania. W dużym stopniu te warunki zewnętrzne oraz impulsy wpływają na prawidłowy rozwój. Dlatego tak istotne są odpowiednie zabawki, wystrój wnętrza dziecięcego pokoju czy szkolnej klasy, a także formy zabaw i metody pracy jakie stosujemy.

Okres średniego dzieciństwa, w literaturze nazywane także wiekiem przedszkolnym to intensywny okres dla dziecka, który psychologowie umieszczają między 4 a 6 rokiem życia. Młody człowiek opanowuje kilka umiejętności równocześnie. Pod względem motorycznym widzimy to jako głód ruchu, a przy tym związek pomiędzy rozwojem motorycznym, umiejętnościami społecznymi i rozwojem poznawczym.

Następuje wtedy bogaty rozwój na wielu poziomach. Widzimy duży wzrost siły mięśniowej i sprawności ruchowej oraz dojrzewanie Ośrodkowego Układu Nerwowego przez mielinizację komórek nerwowych, rozwój zakończeń aksonów w mózgu,

dendrytyzację oraz wzrost masy mózgowej. Następują zmiany w układzie kostnym. „Wzrasta zdolność rozróżniania barw i odcieni barwnych. [...] Wzrasta wrażliwość słuchowa dzieci i to zarówno w zakresie słuchu muzycznego, jak i fonemowego.” Widoczny jest duży rozwój somatyczny, społeczny oraz intelektualny.

Wiek przedszkolny to w pewnym sensie kluczowy moment w rozwoju społecznym. Niezależnie czy dziecko idzie do przedszkola czy zostaje w domu, częściej wchodzi w świadomą interakcję z dorosłym i innym dzieckiem. Poznaje otaczającą go rzeczywistość w sposób bardziej świadomy i celowy. Warto także pamiętać o formach aktywności dziecka w tym okresie. Dominuje zabawa, która także w pewien sposób kreuje dziecko. Obserwując małe dzieci na placach zabaw czy w przedszkolach widzimy jako aktywność wspólną. Maluch szuka towarzysza do współdziałania w interakcji ruchowej, konstrukcyjnej czy w zabawach tematycznych.

Następnym okresem jest późne dzieciństwo, które nazywamy także młodszym wiekiem szkolnym. Okres ten rozpoczyna się z rozpoczęciem nauki w szkole (6-7 lat), a kończy w okresie dojrzewania (10-12 lat). Jest to o wiele spokojniejszy czas rozwojowy, w pewnym sensie okres ustabilizowania wcześniejszych zmian. Jest to jednak równie ważny czas organizowania odpowiednich bodźców dla dziecka. Należy zwrócić uwagę na ulepszanie ruchów manualnych, gdyż doskonalący się obwodowy układ nerwowy, jak również mięśniowy i stawowy, potrzebują cały czas odpowiedniego pobudzenia dla prawidłowego rozwoju. Nasz podopieczny cały czas jest bardzo ruchliwy i ten element jego aktywności warto wykorzystać w pracy grupowej i indywidualnej.

Jeśli chodzi o formy aktywności w okresie późnego dzieciństwa, widzimy zmianę form zabawy oraz początek planowanego uczenia się. To właśnie umiejętność uczenia się stanowi podstawową działalność w tym czasie. Dziecko rozpoczyna czas rocznego przygotowania przedszkolnego oraz idzie do pierwszej klasy. Zabawa, która cały czas jest ważnym elementem, awansuje jakby na wyższy poziom, przekształcając się w zabawy konstrukcyjne oraz gry i zabawy z regułami.

Jeśli chodzi o rozwój na poziomie poznawczym, staje przed dzieckiem dużo, w pewnym sensie, nowych zadań rozwojowych. Nowy uczeń szkolny musi uporządkować i rozszerzyć posiadaną już wiedzę o otaczającej go rzeczywistości, o samym sobie i o środowisku społecznym, w którym funkcjonuje i do którego wchodzi. Musi nauczyć się, jak zdobywać nową wiedzę oraz zastosować ją w różnych sytuacjach.

EDUKACJA DZIECKA NA ETAPIE PRZEDSZKOLNYM I WCZESNOSZKOLNYM

Na pierwszych poziomach edukacyjnych, zarówno na etapie przedszkolnym, jak i wczesnoszkolnym, stymulacja polisensoryczna odgrywa zasadniczą rolę w kształtowaniu dziecka. We współczesnym świecie, w pewnym sensie, na placówki edukacyjne

spada rola odpowiedniej stymulacji, prowadzącej do prawidłowego rozwoju dziecka. Maluch w XXI w. zasypywany jest kolorowymi i „krzykliwymi” zabawkami, które za mocno, w nieharmonijny sposób, pobudzają organizm. Do gabinetów terapeutów integracji sensorycznej trafiają dzieci przebudzcowane, rozwijające się w niejednorodny sposób, często z nadwrażliwością dotykową czy nadmiernie pobudzone. Co z tego, że rodzice zrezygnowali z chodzików, które nie tylko spowalniają naukę chodzenia, ale i dodatkowo kształtują nieprawidłowy chód, kiedy zastąpili je telefonami, tabletami, „zabawkami edukacyjnymi”, przy których dziecko przestaje myśleć. Jedyne co potrafi zrobić to przyciskanie w odpowiednie miejsca swojej zabawki.

Jednym z wielu zadań należących do nauczyciela jest przekazywanie wiadomości istotnych dla ucznia. Aby dziecko nabywało nowe informacje i umiejętności, potrzebne są połączenia nerwowe, a jedyną drogą do uzyskiwania nowych połączeń jest praca obu półkul mózgowych. Im jest ona lepsza, tym szybsze jest przetwarzanie informacji. Im więcej pobudzonych zostaje zmysłów, tym lepsze jest funkcjonowanie mózgu. Kluczem tu odpowiedni dobór metod i form pracy, które pobudzą równocześnie prawą i lewą półkulę. Jest to w zasadzie jedna z najlepszych dróg do uzyskania różnorodnej stymulacji całego organizmu.

Nauczyciel w swojej codziennej pracy potrzebuje katalogu metod dostosowanych do dzieci na poszczególnych etapach edukacyjnych, warunkujących całościowy, polisensoryczny rozwój organizmu. Jednak to tylko jedna strona medalu. Drugą jest otwartość na działanie, dyspozycyjność i wola aktywności. Nauczyciel jest tą osobą, która czasem musi się ubrudzić, włożyć ręce w różne masy, stworzyć coś, co będzie wykraczało poza tradycyjne schematy, znane ścieżki i poza swoją strefę komfortu.

Warto w tym momencie wspomnieć o kompetencjach nauczyciela, bo to one w pewien sposób wpływają na rozwój dzieci na etapie edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej. Nauczyciel, w ocenie Daniela Hunzikera, ma umiejętność prowadzenia dialogu, jest otwarty na zmiany, cechuje się optymizmem, rozwojem osobistym, zapałem, umiejętnością doradzania, myśleniem całościowym, wolą tworzenia, humorem, daniem impulsu, inicjatywą, innowacyjnością, umiejętnością integracji, współpracą, przekazywaniem wiedzy oraz gotowością do uczenia się. Zauważmy, że te kompetencje wpływają na kompetencje uczniów. Kompetentny nauczyciel nigdy nie przestaje szukać możliwości wspierania i rozwoju dzieci. Z otwartością wchodzi w różnorodne metody wszechstronnie stymulujące zmysły, nie boi się wykorzystać ich w swojej pracy.

ELEMENTY WPLYWAJĄCE NA PRAWDIŁOWY I DYSFUNKCYJNY ROZWÓJ DZIECKA

Rozwój dziecka określony jest w dużej mierze od czynników genetycznych, parag genetycznych i pozagenetycznych. Te pierwsze są dziedziczone lub mogą wynikać z wpływu

odpowiednich bodźców na komórki rozrodcze, zygotę i embrion. Można wskazać tu aberracje chromosomowe strukturalne (np. zespół „miauczącego kota”), aberracje chromosomowe liczbowe (np. zespół Downa) czy mutacje o charakterze monogenowym (np. choroba Bourneville’a) i mutacje o charakterze poligenowym, gdzie oprócz genu musi odpowiednio zadziałać czynnik środowiskowy (np. choroba psychiczna). Czynniki paragenetyczne dotyczą właściwości matki i wpływają na genetykę dziecka. Ostatnie czynniki pozagenetyczne wpływają na choroby i wady wrodzone. Tutaj może zadziałać wirus (np. półpasiec czy grypa), bakteria (np. kiła), pasożyt (np. toksoplazmoza), promieniowanie (np. rtg), toksyny (np. alkohol, antybiotyki), niedotlenienie (np. zaburzone krążenie krwi), niedobory ilościowe lub jakościowe (np. niedobór witaminy A), choroby matki (np. cukrzyca), komplikacje ciąży (np. zatrucie ciążowe) czy stres matki.

Do tej pory wymieniłam elementy wpływające na rozwój dziecka w okresie prenatalnym. Niektóre z nich mają także wpływ na dziecko na etapie rozwoju przedszkolnego i wczesnoszkolnego. Czynnikiemami tymi są nie tylko ciężkie infekcje wirusowe czy bakteryjne, promieniowanie, niedotlenienie, niedobory ilościowe czy jakościowe, ale również wpływ innych czynników mających znaczenie we wzrastaniu fizycznym i psychicznym. Jednym z takich bodźców jest telewizja. W kwietniu 2004 roku opublikowano badanie o zmianach w mózgu spowodowanych przez nadmiar telewizji oglądanej przez małe dzieci. W komentarzu do niego stwierdzono, że „częste oglądanie telewizji przez małe dzieci w ciągu ostatnich trzydziestu lat wywołało obecną «epidemię» ADHD w Stanach Zjednoczonych”.

Pomijając możliwe błędy w wyciąganiu wniosków jeśli chodzi o korelację między dwiema zmiennymi, czy zmienne, które pominięto w badaniu, jak jakość i ilość interakcji między dzieckiem, a rodzicami, jednak z pewną ostrożnością należy spojrzeć na ilość czasu spędzanego przez dzieci przed monitorami zarówno telewizorów, jak i innego rodzaju elektroniki, jak komputery czy tablety. Jest jednak druga strona medalu, czyli oddziaływanie gier wideo, jako pozytywny aspekt. Inne badania stwierdzają poprawę spostrzegania przestrzennego w nauce matematyki.

Na prawidłowy rozwój dziecka bez wątpienia wpływa czytanie książek. Tutaj warto przytoczyć badania przeprowadzone w 2002, iż dzieci w wieku przedszkolnym rozumieją i zapamiętują opowiadanie, które zostało im przeczytane przez osobę dorosłą bardziej, niż tą samą wersję odtworzoną elektronicznie (de Jong, Bus). Zespół badaczy Whitehursta poszła o krok dalej i do czytanych książeczek wprowadzili strategie interakcyjne, zadając pytania, na które dzieci nie mogły odpowiedzieć. Dzieci z grupy badawczej w porównaniu do grupy kontrolnej poszerzyły w ciągu miesiąca swój zasób słów, co świadczy o pobudzeniu rozwoju językowego.

ZMYSŁY

Pojawia się pytanie czy któreś zmysły są ważniejsze? Zauważamy jak ważny jest dotyk, już od pierwszych chwil po urodzeniu dziecka. Brak dotyku czy nieprawidłowy dotyk wpływa negatywnie na organizm, obniża całe funkcjonowanie fizyczne i psychiczne, a w ekstremalnych sytuacjach może doprowadzić nawet do śmierci. Zaraz później myślimy o słuchu, smaku, węchu i wzroku. W dalszym planie pojawi się równowaga (układ przedsionkowy) i propriocepcja (czucie głębokie). Jednak nie wolno nam zapomnieć o interocepcji (odczuciu pochodzące z narządów) czy nocyciepcji (odczuwaniu bólu skóry, stawów). Niektórzy autorzy wskazują na rozwój dotyku, równowagi i propriocepcji jest najistotniejszy, jednak to równomierny rozwój wszystkich zmysłów daje oczekiwany, harmonijny wzrost układu nerwowego. Prawidłowo funkcjonujące zmysły pobudzają całościowo organizm. „To zmysły naszego ciała karmią mózg informacjami z otoczenia, które są potrzebne do zrozumienia świata i z których korzysta się, aby tworzyć nowe możliwości.”

W tych rozważaniach warto najpierw spojrzeć na rozwój zmysłów w okresie prenatalnym. Zwracamy uwagę na kształtujące się zmysły u dzieci, jednak już około 21 dnia powstają pierwsze komórki ośrodkowego układu nerwowego, a z nimi trzy pęcherzyki mózgowe, natomiast pierwsze odruchy nerwowe możemy zauważyć już w 41 dniu ciąży. W ciągu drugiego miesiąca intensywnie rozwija się oko. W 7 tygodniu można zaobserwować wrażliwość na dotyk okolic warg, a w 8 tygodniu rozpoczyna się unerwienie ucha wewnętrznego. W 9 tygodniu na wyższy poziom wchodzi zmysł dotyku i wrażliwość dotykowa okolic twarzy poprzez wypełnienie komórkami nerwowymi cewki nerwowej. Dalej możemy zaobserwować większą powierzchnię czułą na dotyk w 11 tygodniu ciąży. Jeśli chodzi o inne zmysły to przykładowo już w 11 tygodniu tworzą się podstawowe receptory powonieniowe.

Tak duży rozwój zmysłów następuje w pierwszym trymestrze, podobnie jak i w drugim – następuje dalsze intensywne integrowanie bodźców, jakie docierają do poszczególnych zmysłów. W zasadzie możemy już stwierdzić, że w tym czasie już wszystkie zmysły funkcjonują i dziecko odbiera wrażenia zmysłowe. Z każdym następnym tygodniem powierzchnia ciała staje się bardziej wrażliwa na dotyk. Dziecko zaczyna reagować na smak wód płodowych, kończy się mielinizacja nerwów narządu przedsionkowego, pojawiają się odruchy błędnikowe, a dziecko ćwiczy zmysł równowagi, funkcjonują receptory słuchowe, kubki smakowe i widzimy reakcję na silne światło czy dźwięk.

W trzecim trymestrze wszystkie zmysły już funkcjonują. W oparciu o literaturę widzimy, że ich funkcjonowanie odbywa się w takiej kolejności – dotyk, równowaga, węch, smak, słuch oraz wzrok. Na końcu wspomnę jeszcze o zmyśle nanocepcji. Odczuwanie bólu pojawia się już w 7 tygodniu, a kompletnie rejestrowany jest już w połowie życia prenatalnego, nie tylko z powodu bodźców powierzchniowych. Naukowcy wskazują na niedotleniony ból głowy spowodowany czynnym lub biernym paleniem papierosów przez matkę.

STYMULACJA POLISENSORYCZNA

Zmysły to obszar organizmu dziecka, przez które odbiera ono bodźce z otaczającego go świata. Uczy się, poznaje nowe umiejętności oraz możliwości swojego organizmu. Każda osoba wchodząca w interakcję z dzieckiem, niezależnie czy jest jego rodzicem, opiekunem, nauczycielem czy terapeutą, poznaje dziecko i jego możliwości. Warto, aby nauczyciele edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej poznali lepiej indywidualny poziom odczuwania świata przez dziecko, z którym pracują. Na poziomie zmysłowym dziecko, w pierwszej kolejności, poznaje i uczy się otaczającej rzeczywistości. To właśnie spójne, zintegrowane zmysły pozwalają dziecku właściwie funkcjonować w domu, w przedszkolu i w szkole, prawidłowo odbierać informacje napływające do niego, grupować je, przetwarzać i wykorzystywać w odpowiedni sposób.

Podstawowym celem pracy metodami stymulującymi zmysły jest dostarczenie odpowiedniej ilości bodźców, które będą prowokowały organizm do odpowiedniej pracy. Tu czasami spotykamy się z dziećmi, które są za bardzo pobudzone w niektórych obszarach zmysłowych, gdzie została dostarczona im zbyt duża ilość impulsów zmysłowych. Rolą nauczyciela jest odpowiednie poznanie dziecka oraz przygotowanie go, aby wchodząc w nowe płaszczyzny swojego rozwoju, prawidłowo funkcjonował.

O wpływie różnorodnych metod pobudzających zmysły pisze Temple Grandin w swojej książce *Autyzm i problemy natury sensorycznej*. Przywołuje ona badania przeprowadzone z dziećmi z autyzmem oraz zaburzeniami mowy. Autorka przedstawia konkretne badania z dziećmi dysfunkcyjnymi, jednak również dobry wpływ ma stymulacja polisensoryczna na dzieci rozwijające się w normie. W badaniu podzielono dzieci na dwie grupy. Pierwsza z nich, oprócz swojej trwającej już terapii behawioralnej oraz logopedycznej, miała dodatkowe zajęcia terapii sensorycznej. Na każdych dodatkowych zajęciach pobudzano równocześnie dwa układy zmysłowe – przykładowo dotyk i powonienie, jednak codziennie w różnorodny sposób, aby nie wprowadzić powtarzającego się schematu. Grupa kontrolna była pozbawiona ostatnich zajęć. Ciekawe jest to, że zajęcia sensoryczne były bardzo różnorodne, aczkolwiek prowadzone były na powszechnie dostępnych i tanich przedmiotach, które możemy odnaleźć w każdym domu (np. lustro, karton czy koc). W wyniku tych badań dzieci objęte dodatkową terapią sensoryczną wykazały duże postępy w zakresie rozwoju mowy i zachowania, w każdej grupie wiekowej, od czterech do dwunastu lat. Postępy te zauważyli nie tylko naukowcy przeprowadzający badanie, ale również rodzice dzieci.

RÓŻNORODNOŚĆ METOD

Dzieci uczą się w ruchu. Jak wskazuje na to Carla Hannaford w swojej książce *Zmyślone ruchy, które doskonalą umysł – Uczenie się, myślenie, twórczość i inteligencja*

cja to procesy nie tylko mózgu, ale całego ciała. Wrażenia, ruchy, emocje i integrujące funkcje mózgu tkwią w naszym ciele. Ludzkie wartości kojarzone z umysłem nie mogą nigdy zaistnieć w oderwaniu od ciała. Wielu nauczycieli widzi lepsze efekty swojej pracy wprowadzając w codzienne czynności i zajęcia ćwiczenia rozluźniające mięśnie ręki czy umożliwiające dodatkowe sekwencje ruchowe pobudzające obie półkule mózgowe, przykładowo w metodzie Dennissona.

Różnorodne zabawy oraz metody polisensoryczne integrują organizm dziecka. Wybór odpowiedniej metody zależy od wcześniej wspomnianej znajomości dziecka. Poniżej przedstawię dwie metody, z których najczęściej korzystam w swojej pracy terapeutycznej. Obie pobudzają wszechstronnie dziecko, przynosząc różnorodne korzyści w jego rozwoju. Doskonale nadają się do pracy, zarówno indywidualnej, jak i grupowej. Dają dużo radości nie tylko dziecku, ale i samemu nauczycielowi, który szybko zauważa efekty swojej pracy.

SENSOPLASTYKA

Są to zajęcia plastyczne wspierające wszechstronny rozwój dzieci. Zajęcia dotyczą wielu płaszczyzn, gdyż dziecko w pełnej swobodzie wchodzi do sali i w swoim tempie, według swojego pomysłu i swoich możliwości, doświadcza poszczególnymi zmysłami różnych mas, faktur, kolorów, zapachów. Przelewa, łączy, przesypuje, rozsypuje, tworzy i doskonale się bawi. Może nie tylko dotykać swoimi dłońmi, ale chodzić na boso i doświadczać całym ciałem. Chodzi o samodzielność i kreatywność podopiecznego. Z jednej strony celem jest aktywizowanie motoryki małej, a z drugiej umiejętność radzenia sobie ze swoimi emocjami. Nie każde dziecko chce się pobudzić, a jednak prawie każde z zajęć wychodzi brudne. Ważna staje się umiejętność współpracy, komunikowania się z innymi uczestnikami zajęć, a także umiejętność działania w grupie.

Twórcą marki sensoplastyka® jest Izabela Stefańska – pedagog, terapeutka, coach, mama dwójki dzieci, a także założycielka „Szkoly Bosych Stóp”, czyli formy leśnej edukacji. W swoich założeniach sensoplastyka wspomaga budowanie świadomości ciała i przestrzeni. Usprawnia ruchowo na różnych poziomach, wspiera rozwój podstawowych zmysłów – wzroku, słuchu, dotyku, smaku i węchu. Wpływa na rozwój mowy, koordynację wzrokowo-ruchową, pogłębia kontakt emocjonalny nauczyciela z wychowankiem oraz wpływa na rozwój poznawczy. Nauczyciel bardziej towarzyszy i wspiera niż pokazuje. Dzieci uczą się samodzielności, wyzwalają swoją twórczą ekspresję, doświadczają satysfakcji, wychodzą poza utarte schematy, poznają nowe możliwości otaczającej rzeczywistości i przede wszystkim współdziałają.

Jest to na pewno atrakcyjna forma pracy dla dzieci. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że nawet te osoby, które wchodziły z obawami na salę, wychodziły mocno ożywionej podekscytowane. To doskonała zabawa stymulująca wielostronnie organizm.



Fot. 1 Zajęcia sensoplastyki w Punkcie Przedszkolnym „Mozaika” w Koszalinie
Źródło: fotografię wykonała Joanna Dawid

CIASTOTERAPIA

Ciastoterapia doskonale wpisuje się w Podstawę Programową kształcenia na etapie przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Swoim zakresem obejmuje wszystkie obszary pracy – rozwój fizyczny, emocjonalny, społeczny i poznawczy. Autorka zwraca uwagę, że na prawidłowy rozwój wpływa na zdrowy styl życia, a tutaj zasadniczą rolę odgrywa odpowiednia dieta, aktywność fizyczna i odpowiednia stymulacja.

Metodyka ciastoterapii opiera się na czterech filarach: stymulacji zmysłów, zbilansowanej diecie, samodzielności i praktycznym działaniu. Dzieci otrzymują ilustrowany przepis. Następnie samodzielnie, ze wsparciem nauczyciela przygotowują wszystkie składniki. Bohaterem każdego spotkania jest konkretne warzywo, przez co budujemy z dzieckiem pozytywne relacje z jedzeniem. Odbywa się także przez to edukacja prozdrowotna, która wzmacnia przekaz, że zdrowe może być smaczne. Przez całe zajęcia trwa stymulacja polisensoryczna organizmu – dzieci wachają, mieszają, ugniatają, wycinają, posypują, smarują, kroją, obierają... Następuje wielokierunkowy rozwój, gdyż łatwo wykorzystać zabawę kulinarną do matematyki, geografii, biologii. Tworzymy pozytywną komunikację, gdyż nauczyciel nie ocenia, a jedynie wspiera. Czas płynie bardzo szybko, a dziecko wszechstronnie rozwija się. Celem takiej zabawy jest także budowanie relacji z nauczycielem. Czy wreszcie brak barier, bo zajęcia przeznaczone są dla dzieci i małych i dużych, i z trudnościami i bez, nie boimy się bałaganu, a zajęcia mogą odbywać się w każdych warunkach.¹

¹Licencjonowany kurs edukatora Ciastoterapii, 2022



Źródło: fotografię wykonała Joanna Dawid

Twórcą tej metody doświadczania świata przez zmysły jest Magdalena Przybyłka – dietetyk, trener oraz mama dwójki dzieci. Mówi o sobie, że jest prawdziwym łasuchem zdrowych słodkości z warzywami w roli głównej. Podkreśla holistyczne spojrzenia na dziecko w swojej metodzie pracy.

ZAKOŃCZENIE

Jeśli zależy nam na jak najlepszym rozwoju młodego człowieka, należy stworzyć mu miejsce, w którym będzie mógł pobudzać wszystkie swoje zmysły. To właśnie możliwość doświadczania, odczuwania rzeczywistości, odbioru jej wszystkimi zmysłami, pozwala dziecku wszechstronnie rozwijać się w sposób całościowy.

Obecna rzeczywistość dostarcza nam dużą różnorodność bodźców, które czasem robią zamieszanie w ogólnym rozwoju. To, w jaki sposób prowadzona jest edukacja w przedszkolu oraz w początkowych klasach szkoły podstawowej, ma znaczenie w późniejszym życiu. Dziecko rozwija się cały czas, jednak to my mamy wpływ na jakość zmian, jakie zachodzą w organizmie. To, jakie nauczyciel wybiera metody, jakich używa środków w swojej pracy ma duże znaczenie. To od nas zależy jaki stworzymy świat i otaczających nas ludzi.

Stymulacja polisensoryczna, która towarzyszy nam całe życie kształtuje nasze organizmy. Do przedszkoli i szkół trafia coraz więcej dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego. Potrzebujemy poszerzać swoją wiedzę, szukać nowych metod i sposobów, aby jak najlepiej pomagać dzieciom i ich rodzicom. To właśnie pobudzanie wielozmysłowe otwiera nam nowe drzwi do rozwoju naszych podopiecznych.

Bibliografia:

- Andrzejewska Jolanta, Bilewicz-Kuźnia Barbara (red.), *Oblicza edukacji przedszkolnej i szkolnej*, [w:] Sokołowska-Dzioba Teresa, *Wiedza jako podstawa kompetencji nauczyciela*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2020,
- Boyd Denise, Bee Helen, *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2008,
- Cieszyńska Jagoda, Korendo Marta, *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6 roku życia*, Wydawnictwo Edukacyjne Kraków, Kraków 2007,
- Grandin Temple, *Autyzm i problemy natury sensorycznej*, Grupa Wydawnicza Harmonia, Gdańsk 2021,
- Hannaford Carla, *Zmysłne ruchy, które doskonalą umysł*, Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o., Warszawa 1998,
- Harwas-Napierała Barbara, Trempała Janusz *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia* [w:] Kornas Biela Dorota *Okres prenatalny*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2000,
- Licencjonowany kurs edukatora Ciastoterapii, 2022
- Stefańska Izabela Anna, *Sensoplastyka® Trener 1 stopnia*, Inkubator Inspiracji, Lublin 2017,
- Trempała Janusz (red.) *Psychologia rozwojowa człowieka*, [w:] Kielar-Turska Maria, *Średnie dzieciństwo – wiek przedszkolny*, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, Warszawa 2017.

RADOSŁAW PLISZKA

Absolwent Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

Pracownik Urzędu Gminy w Malechowie, instruktor muzyczny Orkiestry w Malechowie

POZALEKCYJNA EDUKACJA MUZYCZNA W ROZWOJU UCZNIA NA PRZYKŁADZIE INSTYTUCJI UPOWSZECHNIANIA KULTURY W SŁUPSKU I KOSZALINIE

EXTRACURRICULAR MUSIC EDUCATION IN THE DEVELOPMENT OF STUDENTS: A CASE STUDY OF CULTURAL INSTITUTIONS IN SŁUPSK AND KOSZALIN

Słowa kluczowe: instytucje kultury, rozwój poznawczy, rozwój społeczny, rozwój emocjonalny.

Abstrakt: Celem pracy jest poznanie pozalekcyjnych zajęć muzycznych w instytucjach upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie oraz ich wpływu na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dzieci. Skupiono się na zdefiniowaniu pozalekcyjnych zajęć i ukazaniu ich najważniejszych celów oraz funkcji. Ponadto, dokonano charakterystyki procesów trzech typów rozwoju człowieka: poznawczy, emocjonalny i społeczny. Zawarto również informacje na temat instytucji upowszechniania kultury, ich typów, celów i funkcji. W dalszej części pracy scharakteryzowano instytucje działające na terenie Słupska i Koszalina.

Przeprowadzone badania pokazały jak wiele różnorodnych zajęć organizowanych jest w instytucjach kultury. Analiza ankiet otrzymanych od pracowników tych instytucji i rodziców dzieci uczęszczających na zajęcia pokazują, że edukacja muzyczna ma ogromny wpływ na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny dzieci, które są bezpośrednimi odbiorcami tych spotkań.

Keywords: cultural institutions, cognitive development, social development, emotional development.

Abstract: The aim of this thesis is to explore extracurricular music activities in cultural institutions in Słupsk and Koszalin and their impact on the cognitive, emotional, and social development of children. The theoretical chapters focus on defining extracurricular activities and presenting their main objectives and functions. Additionally, the characteristics of three types of human development processes are described: cognitive, emotional, and social. Information about cultural dissemination institutions, their types, goals, and functions is also included. In the next part of the thesis, the institutions operating in Słupsk and Koszalin are characterized.

The conducted research showed the variety of activities organized in cultural institutions. Analysis of the questionnaires received from the employees of these institutions and the parents of children attending the activities indicates that music education has a significant impact on the cognitive, emotional, and social development of children who are direct participants in these sessions.

WSTĘP

Pozalekcyjna edukacja muzyczna jest istotnym elementem w całościowym rozwoju dziecka, wpływając na jego rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny. Edukacja szkolna często koncentruje się na osiągnięciach akademickich i standardowych wynikach, nie zważając na ogromny wpływ zajęć muzycznych, oferujących unikalne możliwości rozwijania kreatywności, wrażliwości, empatii oraz umiejętności współpracy. Instytucje upowszechniania kultury, takie jak domy i ośrodki kultury, centra edukacyjne, stanowią

ważny element systemu edukacyjnego, oferując różnorodne formy aktywności artystycznej dla dzieci i młodzieży. Nadrzędnym ich celem jest prowadzenie działań związanych z kulturą, które opierają się na jej upowszechnianiu i ochronie. Jednak instytucje te wypełniają ważną misję w rozwijaniu zainteresowań, zdobywaniu szerszego zrozumienia dla różnorodności kulturowej oraz integrowaniu społeczeństwa.

Edukacja muzyczna i jej wpływ w kształtowaniu się procesów rozwojowych jest często pomijaną kwestią. Lekcje muzyki w szkołach skupiają się zazwyczaj na nauce tekstów piosenek, poznawaniu nut, rodzajów instrumentów muzycznych, autorów muzyki klasycznej. Pojawia się zatem problem, który wiąże się ze zbyt teoretycznym podejściem do tych zajęć, które powinny być możliwością do wyrażania siebie poprzez wspólne muzykowanie.

W pracy pt. „Pozalekcyjna edukacja muzyczna w rozwoju ucznia na przykładzie instytucji upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie” głównym celem jest stwierdzenie jakie znaczenie w rozwoju dzieci ma pozalekcyjna edukacja muzyczna prowadzona przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie.

ZAJĘCIA POZALEKCYJNE, A CZAS WOLNY UCZNIA SZKOŁY PODSTAWOWEJ

Pojęcie czasu wolnego w dzisiejszych czasach interpretowane jest na wiele różnych sposobów. Głównym wyznacznikiem określenia tego czasu jest kryterium obowiązkowości czynności. Wincenty Okoń definiuje czas wolny jako „czas do dyspozycji jednostki po wykonaniu przez nią zadań obowiązkowych; pracy zawodowej, nauki obowiązkowej w szkole i w domu oraz niezbędnych zadań domowych. Czas wolny racjonalnie przeznaczają się na:

- Odpoczynek, tj. regenerację sił fizycznych i psychicznych.
- Rozrywkę, która sprawia przyjemność.
- Działalność społeczną o charakterze dobrowolnym i bezinteresownym.
- Rozwój zainteresowań i uzdolnień jednostki przez zdobywanie wiedzy i amatorską działalność artystyczną, techniczną, naukową czy sportową”¹.

Francuski socjolog Joffre Dumazedier określa czas wolny jako zespół zajęć, które powinny angażować jednostkę w dobrowolnym wyborze ich formy. Powinny skupiać się na odpoczynku, rozrywce, rozwoju własnych zainteresowań oraz bezinteresownemu kształceniu się, których celem jest wyzwolenie się od zawodowych, rodzinnych i społecznych zobowiązań².

Spędzanie czasu wolnego jest ważnym aspektem w procesie kształtowania i wzbogacania osobowości, zaspokajania różnorodnych pragnień oraz rozwijanie zainteresowań.

¹ W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 45.

² J. Dumazedier, *Sociology of Leisure*, Elsevier Science Ltd, Michigan 1974.

Określa się również, że czas wolny to swoisty azyl, w którym regeneracji podlega zdrowie psychiczne i fizyczne. Różnorodność form i sposobów spędzania wolnego czasu wpływa na łatwiejsze nawiązywanie i pielęgnowanie kontaktów międzyludzkich, a także sprzyja odtwórczemu lub twórczemu uczestnictwu kulturalnemu³.

Większą uwagę należy poświęcić na czas wolny dzieci, który powinien być objęty kontrolą, nadzorem i ingerencją rodziców, wychowawców i nauczycieli, co często wynika z ich sytuacji rodzinnej, społecznej, ekonomicznej, braku doświadczenia życiowego. Osoby dorosłe powinny mieć wpływ na formy spędzania czasu wolnego przez dzieci po obowiązku związanym ze szkołą⁴.

Katarzyna Świerżbińska zaznacza, że dzisiaj oferowana jest mnoga liczba sposobów spędzania czasu wolnego. W związku z czym, zadaniem procesu edukacyjnego jest wspieranie dzieci w dokonywaniu odpowiednich wyborów i wartościowania form spędzania czasu wolnego pod względem psychicznym, fizycznym, społecznym i etycznym⁵.

Odpowiednia organizacja czasu wolnego uczniom, oprócz procesu edukacyjnego, powinna być na liście priorytetów placówek oświatowych. Stworzenie bogatej bazy zajęć pozalekcyjnych, poprzez swój dobrowolny charakter uczestnictwa oraz atrakcyjność, zachęca uczniów do odpowiedniego wykorzystania czasu wolnego. Mieczysław Czarniewicz wskazuje zadania, które powinny spełniać zajęcia pozalekcyjne w szkole, których głównym celem jest rozszerzanie zainteresowań, rozwijanie talentów i pasji, dostarczanie okazji do samodzielności i kreatywności⁶.

ZAJĘCIA POZALEKCYJNE – USTALENIA TERMINOLOGICZNE

Zajęcia pozalekcyjne stanowią element systemu dydaktyczno-wychowawczego, których forma i treści ewoluowały wraz z rozwojem szkolnictwa. Zmiany te skupiały się przede wszystkim na poszukiwaniu nowych rozwiązań w sferach nauczania i wychowania. W organizacji zajęć pozalekcyjnych wyróżnić należy dwa odrębne kręgi aktywności dzieci. Pierwszy z nich odnosi się do nieobowiązkowego charakteru uczestnictwa dzieci w aktywności pozaszkolnej / szkolnej obowiązkowej, zaś drugi określa zajęcia pozalekcyjne odbywające się w czasie zajęć, które pomimo, iż nie ograniczają się wyłącznie do obszaru szkoły, organizacyjnie wchodzi w skład zajęć szkolnych. Rzecz można więc, iż zajęcia pozalekcyjne są zarówno zajęciami czasu wolnego i zajęciami szkolnymi⁷.

³ J. Raczkowska, *Znane i nowe problemy czasu wolnego*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2000, nr 5 s. 205-210.

⁴ K. Przeclawski, *Czas wolny dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1978, s. 23.

⁵ K. Świerżbińska, *Czas wolny to problem pedagogiczny*, „Edukacja i Dialog” 2004, nr 2, s. 37-41.

⁶ M. Czarniewicz, *Praca pozalekcyjna i pozaszkolna*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1953.

⁷ M. Żelazkiewicz, *Skuteczność wychowania innowacji w zajęciach pozalekcyjnych*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1980, s. 13.

Zajęcia pozalekcyjne uznawane są za nieobowiązkową formę spędzania czasu wolnego przez uczniów w różnych środowiskach: szkole, świetlicy, kołach zainteresowań, sali gimnastycznej, boisku czy w ogrodach szkolnych. Realizowane mogą być również poprzez działalność w organizacjach młodzieżowych. Celem tych zajęć jest poszerzenie oraz pogłębianie wiedzy i zainteresowań różnymi aspektami życia społecznego⁸. Okoń uważa również, że zajęcia pozalekcyjne organizowane są bezpośrednio dla celów wychowawczych, których ważnym aspektem jest ukierunkowanie toru pracy o nowe i właściwe wartości, z reguły nie przekazywane podczas zajęć obowiązkowych.

Jacek Węgrzynowicz scharakteryzował zajęcia pozalekcyjne jako „zajęcia dzieci i młodzieży szkolnej, organizowane przy czynnym udziale uczestników, przez szkołę, instytucje wewnętrzne, wybrane przez nich dla spędzenia czasu wolnego, przynoszącego wypoczynek i rozrywkę, kształcące i doskonalące wewnętrznie, dające okazję do społecznego działania, a równocześnie uczące samodzielnego gospodarowania czasem pozostającym po wypełnieniu obowiązków związanych z lekcjami i innych”⁹.

Marek Żelazkiewicz przedstawił następującą definicję: „Zajęcia pozalekcyjne to zajęcia dzieci i młodzieży organizowane przez szkołę, przy czynnym udziale uczniów, wybrane przez nich dla spędzenia wolnego czasu, dodając rozrywkę i wypoczynek oraz doskonalące poprzez rozwijanie zainteresowań w różnych dziedzinach nauki, techniki, sztuki, sportu, wyrabianie umiejętności i nawyków, stosowanie wiedzy w praktyce, rozwijanie talentów i uzdolnień oraz rozwijanie aktywności, samodzielności i umiejętności życia w szkole”¹⁰.

CELE I FUNKCJE ZAJĘĆ POZALEKCYJNYCH.

Szkoła w dzisiejszych czasach nie pełni wyłącznie roli nauczającej, której celem jest edukowanie i wyposażanie w wiedzę dzieci i młodzież. Pojawiła się nowa, dodatkowa funkcja, która opiera się na rozwijaniu oraz kształtowaniu zainteresowań i postawy społecznej uczniów, kreowaniu jego osobowości i przygotowanie do sprawnego funkcjonowania w społeczeństwie¹¹. Osiągnięcie tych celów wspomagane jest poprzez organizację różnorodnych zajęć pozalekcyjnych, które w dużym stopniu wpływają na rozwój jednostki. Podstawowymi funkcjami zajęć pozalekcyjnych według J. Węgrzynowicz są:

- kształcąca – odnosi się do pracy nad doskonaleniem osobowości człowieka w sześciu sferach: intelektualnej, motywacyjnej, emocjonalnej, moralnej, estetycznej i społecznej.

⁸ W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Żal, Warszawa 2007, s. 147.

⁹ J. Węgrzynowicz, *Zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1971, s. 122.

¹⁰ M. Żelazkiewicz, *Skuteczność wychowania innowacji...*, s. 13.

¹¹ A. Panek, *Zajęcia pozalekcyjne w reformowanej szkole. Oczekiwania a rzeczywistość*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2002.

- popularyzacyjna – jej zadaniem jest rozpowszechnianie wiedzy teoretycznej i praktycznej, ściśle związanych z treścią prowadzonych zajęć.
- adaptacyjna – opiera się na działaniach polegających na kształtowaniu prawidłowych postaw, odpowiednich umiejętnościach i nawyków, których przyswojenie wspomogą funkcjonowanie dzieci i młodzieży w zmieniającym się świecie.
- integracyjna – polega na umacnianiu, pogłębianiu i podtrzymywaniu więzi koleżeńskich i przyjacielskich.
- profilaktyczna – zadaniem tej funkcji jest zaspokojenie potrzeb psychofizycznych takich jak: ruch, ekspresja i wyładowanie energii uczniów. Czynności te przyczyniają się do niwelowania negatywnych zjawisk społecznych.
- terapeutyczna – zajęcia pozalekcyjne powinny być okazją do przyswojenia przez dzieci i młodzież z problemami wyrażania siebie i frustracji postawy otwartości. Prawidłowe wdrożenie tej funkcji wspomogą uczniów w przystosowaniu społecznym.
- kompensacyjna – polega na niwelowaniu zaległości oraz wyrównywaniu braków w edukacji szkolnej. Rola ta realizowana jest w formie zajęć wyrównawczych.
- kulturotwórcza – przyczynia się do wykształcenia prawidłowych wzorców zachowania i norm, poprzez kreowanie nowych wyznaczników kultury duchowej.
- rekreacyjno-rozrywkowa – jej celem jest poprawa samopoczucia uczniów, dostarczenie im pozytywnych wrażeń i emocji, a przede wszystkim likwiduje zmęczenie po zajęciach szkolnych¹².

A. Panek uwzględniła również działania zwiększające atrakcyjność zajęć pozalekcyjnych oraz przyczyniających się do prawidłowego spełniania funkcji dydaktyczno-wychowawczej¹³

M. Żelazkiewicz dostrzegł ogromny wpływ oddziaływania pozalekcyjnych zajęć na uczniów. Twierdzi, że szkoła, pełniąc rolę najsilniejszej instytucji oświatowo-wychowawczej, musi stać się dla środowiska lokalnego centrum atrakcyjnego spędzania wolnego czasu dla dzieci i młodzieży. Stwierdzenie to jest kluczową rolą szkoły jako organizatora zajęć pozalekcyjnych. Opracował pięć zasad, którymi powinni się kierować realizatorzy zajęć pozalekcyjnych:

Dobrowolność uczestnictwa i dowolność wyboru zajęć pozalekcyjnych. Zasada ta przeciwstawia się obowiązkowi szkolnemu, który nakazuje uczestnictwa w lekcjach. Dobrowolnością nazywa niewymuszone chęci bycia uczestnikiem wybranych przez siebie zajęć, które przyczynią się do rozwijania własnych zainteresowań, wzbogacenie wiedzy i nabycie nowych umiejętności, atrakcyjne spędzanie czasu wolnego¹⁴.

¹² J. Węgrzynowicz, *Zajęcia pozalekcyjne...*

¹³ A. Panek, *Zajęcia pozalekcyjne w reformowanej szkole...*

¹⁴ M. Żelazkiewicz, *Skuteczność wychowania innowacji...*

Dostosowanie działalności pozalekcyjnej do potrzeb i zainteresowania uczestników oraz ich sposobności psychofizycznych. Zasada ta, z wychowawczego punktu widzenia, podkreśla znaczenie prawidłowości: „im pełniejsze zaspokojenie i kształtowanie potrzeb wychowanków powoduje wychowawca, tym ma większe możliwości osiągnięcia efektów osobotwórczych”¹⁵.

Następnie przystępuje się do planowania zakresu i struktury zajęć pozalekcyjnych, które odpowiadają realnym potrzebom określonej grupy. Zasada ta wymaga od szkół corocznego formułowania programu zajęć pozalekcyjnych.

Atrakcyjność zajęć pozalekcyjnych dla uczniów. Określa niezbędność uzyskania waloru zajęć, jakim jest atrakcyjność, odbieraną przez wychowanka. Stanowi ona nieodzowny element dla skuteczności wychowawczej. Zasada ta określa atrakcyjność jako nie tylko spełnienie motywów i dążeń dziecka, ale również o czynienie zajęć atrakcyjnymi poprzez wykreowanie różnorodnych i nowych motywów względem nowych obiektów.

Wszechstronna aktywizacja uczniów, która zakłada, że „człowieka biernego nie sposób wychować”. Człowiek kształtuje się podczas własnej aktywności oraz pod wpływem warunków, które sprzyjają tej aktywności. Wszechstronne angażowanie wychowanka w różnorodne formy aktywności wpływają na szybszy proces osobotwórczy.

Ukierunkowanie aktywności uczniów w czasie wolnym. Zasada ta realizowana jest poprzez przekazywanie informacji, pobudzanie motywacji oraz dostarczanie środków do działania.

Do osiągnięcia powyższych elementów składowych tej zasady, niezbędny jest kompleks intensywnych zabiegów, zorganizowanych w sposób odpowiedni i przemyślany, które dotyczą informowania, usamodzielniania i propagowania wychowanków w zakresie zagospodarowania czasu wolnego. Zasada ta przejawia logiczny tok postępowania: „najpierw poinformowanie o różnych możliwościach, potem wzbudzenie określonych motywacji, a następnie dostarczenie środków do realizacji zajęć”¹⁶.

RODZAJE I ORGANIZACJA ZAJĘĆ POZALEKCYJNYCH

J. Węgrzynowicz dokonał wyodrębnienia zajęć pozalekcyjnych ze względu na treść. Podział ten zawiera: koła zainteresowań związane z przedmiotami nauczania, zajęcia techniczne, zespoły i koła artystyczne, zajęcia sportowe i turystyczne oraz zajęcia hobbistyczne. Biorąc pod uwagę czas trwania zajęć, wyróżnia następujące zajęcia: w zespołach stałych, krótkie kursy, imprezy (tzw. imprezy masowe), zajęcia zabawowe¹⁷.

M. Żelazkiewicz dokonał innej klasyfikacji i wyróżnił:

- „Świetlice szkolne – podstawowym zadaniem jest tu doraźna pomoc dziecku w nauce, otaczanie troską i organizowanie pracy kulturalno-oświatowej po lekcjach.

¹⁵ M. Żelazkiewicz, *Skuteczność wychowania innowacji...*, s. 71.

¹⁶ Tamże, s. 71.

¹⁷ J. Węgrzynowicz, *Zajęcia pozalekcyjne...*

- Koła zainteresowań – zasadnicze zadanie kół to wykorzystanie nabytej wiedzy w praktyce. W szkołach organizowane są różne typy kół ze względu na różnorodność zainteresowań młodzieży.
- Koła przedmiotowe – rozwijają i zaspakajają konkretne zainteresowania dzieci np. z dziedziny matematyki czy języków obcych.
- Koła sportowe – SKS – zajęcia o charakterze treningów sportowych. Zajęcia te zapewniają harmonijny rozwój organizmu dziecka¹⁸.

J. Węgrzynowicz uważa, że „zajęcia pozalekcyjne mogą być realizowane w trzech formach: praca masowa, praca grupowa (koła zainteresowań), zajęcia indywidualne”. Praca masowa polega na organizacji zajęć kulturalnych, imprez o różnej tematyce, często imprez rozrywkowych, do których autor zalicza: poranki, pogadanki, odczyty, referaty, wieczory dyskusyjne lub literacko-artystyczne, wystawy, pokazy, spotkania, imprezy sportowe, prace społeczno-użyteczne, wspólne wyjścia do kin i teatrów. Koła zainteresowań natomiast powinny być organizowane przez dłuższy okres na podstawie określonego planu i programu, którego celem jest rozwijanie indywidualnych uzdolnień i zainteresowań uczniów¹⁹.

Franciszek Bereźnicki uważa, że im większy wachlarz organizowanych zajęć pozalekcyjnych w szkole, tym uczniowie mają lepsze możliwości dalszego rozwoju i kształcenia indywidualnych zainteresowań. Do najczęściej występujących form zajęć zalicza koła przedmiotowe, zrzeszające uczniów o podobnym zainteresowaniu daną dziedziną. Dlatego Bereźnicki podkreśla ważność oraz ogromne znaczenie kół przedmiotowych. „Koła techniczne mają na celu zdobycie przez uczniów praktycznych umiejętności i sprawności, zaznajomienie z różnymi dziedzinami techniki oraz budzenie zainteresowań naukowo-technicznych. Koła artystyczne skupiają młodzież, która dysponuje pewnymi umiejętnościami i wiadomościami w określonej dziedzinie i pragnie je doskonalić poprzez różne rodzaje twórczości artystycznej. Mogą to być koła dramatyczne, muzyki, malarstwa, rzeźby, tańca, żywego słowa, rysunku, śpiewu, gry orkiestralnej itp. Koła sportowe mają na celu rozwój fizyczny młodzieży oraz podniesienie jej zdrowotności. Mogą to być koła lekkiej atletyki, kolarstwa, narciarstwa, żeglarstwa, gier sportowych itp. Indywidualna praca pozalekcyjna może sprowadzać się wykonywania albumów, opracowania referatu, konstruowania modeli, wykonywania pomocy naukowych, dekoracji itp.”²⁰. W dobie wszechobecnego dostępu do Internetu, koła przedmiotowe mogą być organizowane za gośćrednictwem.

¹⁸ M. Żelazkiewicz, *Skuteczność wychowania innowacji...*, s. 20.

¹⁹ J. Węgrzynowicz, *Zajęcia pozalekcyjne...*, s. 45.

²⁰ F. Bereźnicki, *Dydaktyka kształcenia ogólnego*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2001, s. 363.

POZALEKCYJNA EDUKACJA MUZYCZNA – CELE, FORMY I FUNKCJE

Edukacja muzyczna uważana jest za jedną z nielicznych form kształcenia, która łączy wiele form aktywności, takich jak: śpiewanie, wykonywanie ruchów przy muzyce (w tym taniec), słuchanie muzyki, gra na instrumentach, tworzenie muzyki (improwizacja). Celem tych aktywności jest wykształcenie i rozwój elementarnych zdolności muzycznych oraz pozytywny wpływ na wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży²¹. Innym celem odnoszą się do wykształcania świadomości korzystania i czerpania z kultury muzycznej rodzimej i światowej, twórczego uczestnictwa w życiu muzycznym oraz rozwijania i pobudzania muzycznych zainteresowań, a także uzdolnień²².

Małgorzata Sierszeńska-Leraczyk twierdzi, iż kształcenie muzyczne związane jest z następującymi sferami: sensoryczno-motoryczną, emocjonalno-przeżyciową oraz percepcyjno-intelektualną. Oznacza to, że edukacja muzyczna prócz pobudzania sfery emocjonalno-przeżyciowej poprzez obcowanie z muzyką, kształtuje umiejętność zarządzania emocjami oraz poszerza wiedzę emocjonalną²³.

W wychowawczej roli muzyki skupiono się na trzech jej aspektach. Pierwszy z nich, recepcyjno-pasywny, powiązany jest z przygotowaniem adeptów muzyki do jej odbioru. Drugi, aktywny, odnosi się do zrozumienia wychowawczego znaczenia muzycznej aktywności. Ostatni aspekt, który określono jako wartościujący, odnosi się do rozpatrywania muzyki w sferze estetycznej i moralnej²⁴.

Funkcje edukacji muzycznej określają jej wpływ w procesie rozwoju odbiorców każdej grupy wiekowej. Wyróżniamy zatem funkcje:

- poznawcza i kształcąca, które realizowane są poprzez słuchanie, rozumienie i analizowanie dzieł muzycznych. Edukacja muzyczna wpływa na rozwój spostrzegania, pamięci i podzielności uwagi oraz wyobraźni, kreatywności i inwencji twórczej.
- wychowawcza, odnosi się do rozwoju postaw moralnych oraz powstawania bezinteresownych więzi społecznych.
- estetyczna, uwidacznia się w sytuacji pojawienia się przeżyć, radosnych emocji oraz doznawania przyjemności w obcowaniu z utworami muzycznymi.
- kompensacyjna, czyli możliwość wyrażania siebie poprzez działalność muzyczną oraz doprowadzenie do zaspokojenia potrzeby ekspresji.

²¹ E. Lipska, M. Przychodzińska, *Muzyka w nauczaniu początkowym: metodyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.

²² J. Jemielnik, *W poszukiwaniu nowego wymiaru edukacji muzycznej: idee, potrzeby i realia*, „Sztuka poszukiwania sensu”, Żywe Kamienie, Lublin 2002.

²³ M. Sierszeńska-Leraczyk, *Od czego zależy sukces w muzyce?* W: E. Czerniawska (red.), *Muzyka i my: o różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2012.

²⁴ L. Kataryńczuk-Mania, *Miejsce wychowania muzycznego w procesie edukacji kulturalnej dzieci i młodzieży. Funkcje i cele*. W: B. Idzikowski, E. Narkiewicz-Niedbalec (red.), „Edukacja kulturalna dzieci i młodzieży”, Wydawnictwo Regionalne Centrum Animacji Kultury, Zielona Góra 2000.

- terapeutyczna, dotyczy wpływu muzyki na emocje i samopoczucie, a co ważniejsze, na leczenie defektów rozwojowych oraz korzystnego wpływu na stan zdrowia²⁵.

Kształcenie muzyczne jest zatem ważnym czynnikiem w wychowaniu i rozwoju umysłowym dziecka. Uwrażliwianie na zjawiska dźwiękowe oraz pozyskiwanie umiejętności spostrzegania ich jakości, ruchu (dynamiki, tempa, rytmiki) wpływa na równowagę myślenia konkretnego i abstrakcyjnego.

ROLA EDUKACJI MUZYCZNEJ W ROZWOJU DZIECKA – ROZWÓJ POZNAWCZY, EMOCJONALNY I SPOŁECZNY

Poznawcze teorie rozwoju człowieka odnoszą się do zespołu aktywnych czynności psychicznych, które wpływają na poszerzenie wiedzy człowieka o otaczającym go świecie i sobie samym²⁶. Akcentują ponadto rozwój procesów myślowych takich jak: myślenie, rozumienie, spostrzeganie, uwaga i wrażenie²⁷.

Lidia Wołoszynowa definiuje procesy poznawcze dzieci jako „dynamiczny rozwój, dokonujący się w kierunku wyodrębnienia się i usamodzielnienia czynności umysłowych. Dużą rolę odgrywa w tym systematyczne nauczanie i coraz szersze, pogłębiające się uczestnictwo dziecka w życiu społecznym i kulturalnym jego otoczenia”²⁸.

Jean Piaget, jeden z najbardziej wpływowych psychologów procesów rozwojowych XX wieku, uważał, że struktury psychiczne motywowane były własną aktywnością konstrukcyjną jednostki w interakcjach z otoczeniem. Wskazał w swoich badaniach na istnienie trzech przełomów w procesach poznawczych dziecka:

- „stałości przedmiotu”, które wiąże się ze świadomością dziecka o ciągłym istnieniu czegoś, co tak naprawdę nie jest obecne w jego otoczeniu;
- „stałość cech jakościowych”, czyli kompetencja odróżnienia faktycznych cech przedmiotu w zależności od otoczenia;
- „stałość ilościowa”, odnosi się do rozróżnienia oglądu oraz właściwości przedmiotu²⁹.

W literaturze przedmiotu zauważyć można dwie teorie poznawcze, które stają się tematem częstych rozważań i analiz. Pierwsza z nich, poznawczo-rozwojowa J. Piageta, określa klasyfikację i porządkowanie nowych doświadczeń jako te warunkowane

²⁵ L. Kataryńczuk-Mania, *Miejsce wychowania muzycznego...*

²⁶ M. Lelonek (red.), *Praca nauczyciela i ucznia w klasach 1-3*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.

²⁷ K. M. Czamecki, *Psychologiczne teorie rozwoju człowieka a realizm jego życia psychicznego*. „Nauczyciel i Szkoła”, tom 2 (9), 2000.

²⁸ L. Wołoszynowa, *Młodszy wiek szkolny*, W: M. Żebrowska (red.), *„Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży”*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1982, s. 533.

²⁹ J. Trempała, *Wczesne kompetencje poznawcze w rozwoju dziecka*, Warmińsko Mazurski Kwartalnik Naukowy, 2, 2012.

genetycznie. W myśl tej teorii wprowadzono pojęcie asymilacji (w procesie poznawczym dziecka łączenie nieznanego ze znanym) oraz akomodacji (przekształcenie struktur umysłowych tak, by nowe doświadczenia, napływające z nowego otoczenia, zostały do nich włączone). Teoria ta w całości odnosi się do ważności roli poznawania otoczenia człowieka, w którym przebywa i funkcjonuje w procesie rozwojowym³⁰.

Druga teoria, nazywana przetwarzaniem informacji, skupia się na sposobach nabywania, przyswajania, przechowywania i odtwarzania poznanych informacji oraz nabytych doświadczeń. Pamięć człowieka uważana jest za szczególną zdolność i porównywana jest do działania zbliżonego do komputera³¹.

Anna Jordan-Szymańska uważała, że podejście poznawcze jest kluczową koncepcją w kształceniu muzycznym, ponieważ człowiek w „podejściu poznawczym jest traktowany jako istota myśląca, poznająca świat i siebie samą, ale nie tylko poznaje, aby działać, lecz również działa, aby poznać”³².

Emocje są nieodzownym elementem życia człowieka. Pojawiają się z chwilą narodzin i towarzyszą w każdej jej sferze. Daniel Goleman uważa, że człowiek wyposażony jest w umysł myślący i czujący, które współdziałając kreują jego życie psychiczne. Charakteryzuje emocje jako „poruszenie czy zakłócenie umysłu, uczucia, namiętności, a także każdy stan wzburzenia albo podniecenia psychicznego”³³, czyli doszukuje związku pomiędzy emocjami a powiązаныmi z nimi myślami, stanów psychicznych i biologicznych oraz gotowości do działania.

Pojawienie się emocji spowodowane są przez świadome lub nieświadome odbieranie i ocenianie jakiegoś wydarzenia przez człowieka, które może stanowić dla niego wysoką wartość lub priorytet. Jego pozytywne odczuwanie może sprzyjać w jego interpretacji i w obraniu adekwatnych działań, negatywne zaś powodować będzie utrudnienia³⁴.

W procesie rozwoju dziecka, emocje i uczucia uznawane są za podstawowe motywy zachowania, których wyrażanie jest zazwyczaj czytelne i wyraziste dla otoczenia. „Staje się zdolne do przeżywania trwających dłużej stanów emocjonalnych i nastrojów uczuciowych, które powstają pod wpływem sytuacji i zdarzeń mających bardziej istotne znaczenie dla jego potrzeb i dążeń”³⁵. We wczesnych etapach rozwoju, określone typy

³⁰ J. S. Turner, D. B. Helms, *Rozwój człowieka*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.

³¹ J. S. Turner, D. B. Helms, *Rozwój człowieka*, 1999.

³² A. Jordan-Szymańska, *Problemy percepcji muzyki w ujęciu psychologii poznawczej. Z zagadnień zdolności percepcji i kształcenia muzycznego*, Wydawnictwo Akademii Muzycznej, Kraków 1987, s. 27-38.

³³ D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 2005, s. 32.

³⁴ K. Oatley, J. Jenkins, *Zrozumieć emocje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.

³⁵ A. Skowrońska, *Emocje, uczucia i społeczne zachowania emocjonalne dzieci 6-letnich i 7-letnich (badania własne)*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce: kwartalnik dla nauczycieli”, nr 4, 2007, s. 104.

myślenia są zależne od afektu emocjonalnego. Zatem, optymalny przebieg procesu rozwojowego powinien być poprzedzony zintegrowaniem wcześniej dojrzewającej emocjonalności dziecka z jego funkcjami poznawczymi³⁶.

Nieodzownym elementem emocji w procesie rozwojowym są kompetencje emocjonalne, które oznaczają zdolność do radzenia sobie z własnymi i cudzymi emocjami³⁷. Powinny być one rozwijane u dzieci w sposób umożliwiający bezproblemowe nawiązywanie i radzenie sobie w kontaktach społecznych.

Rozwój emocjonalny człowieka opiera się na trzech stadiach: nabywania (aktywizacji), doskonalenia i transformacji. Pierwsze z nich odnosi się do odruchowej reakcji emocjonalnej, temperamentu oraz nabywania różnorodnych odczuć emocjonalnych. Stadium to określa kształtowanie się u dziecka reagowania na bodźce zewnętrzne w odpowiedni sposób oraz wpływa na jego świadomość i wiedzę na temat danej emocji. W fazie doskonalenia widoczna jest modyfikacja wysyłanych przez jednostkę sygnałów oraz powiązanie reakcji afektu emocjonalnego z danymi ludźmi i wydarzeniami. Ostatnie stadium, transformacji, dotyczy przekształcenia stanów emocjonalnych w procesy uczenia się, myślenia i reagowania. Wzrost świadomości i wiedzy o świecie, nabyte doświadczenie powodują przemiany w procesach emocjonalnych, w wyniku czego dochodzi do wykształcenia się u dziecka określonego i indywidualnego charakteru³⁸.

Rozwój emocjonalny dziecka i jego prawidłowy przebieg w dużej mierze zależny jest od obecności muzyki w tym procesie. Wpływa ona na wykształcenie wyobraźni oraz pobudzenie potrzeby reorganizacji najbliższego otoczenia i kreowania nowych wartości³⁹. Muzyka, w porównaniu do innych sztuk, docierając w głąb psychiki człowieka, wywiera wpływ na odbiorcę, pomimo jego nierozwiniętej umiejętności rozumienia i ujmowania jej w walorach artystycznych⁴⁰

Człowiek jako istota społeczna, od początku swojego życia jest nie tylko przedmiotem interakcji społecznych, ale również ich podmiotem. W procesie rozwojowym ważnym czynnikiem jest jego aktywność w kontaktach z rzeczywistością. Rozwój społeczny najczęściej definiowany jest jako szereg zmian zachodzących w osobowości jednostki,

³⁶ M. T. Greenberg, J. L. Snell, *Rozwój mózgu a rozwój emocjonalny: rola nauczania w kształtowaniu płata czołowego*. W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), „*Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*”, Rebis, Poznań 1999.

³⁷ H. R. Schaffer, *Psychologia rozwojowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.

³⁸ P. Salovey, D. J. Sluyter, *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna. Problemy edukacyjne*, Rebis, Poznań 1999.

³⁹ H. Danel-Bohrzyk, *Muzyka inspiratorem działań plastycznych dziecka w wieku przedszkolnym*, W: H. Danel-Bohrzyk, A. Winiarska (red.), „*Rozwój dziecka i jego stymulacja w instytucjach wychowania przedszkolnego*”, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1995.

⁴⁰ K. Krasoń, B. Mazepa-Domagala, *Przestrzenie sztuki dziecka*, Librus, Katowice 2003.

które kształtują jej zdolność do uczestniczenia w życiu i działalności społeczeństwa, co z kolei kształtuje zdolność pełnienia różnorodnych ról społecznych⁴¹.

Maria Tyszkowa definiuje rozwój społeczny jako proces kształtowania się osobistych regulatorów zachowań społecznych, motywacji postępowania, prospołecznych schematów działań oraz nawyków, który zachodzi podczas socjalizacji środowiska społecznego. Efektem ich przyswajania przez jednostkę jest osiąganie nowych, następujących po sobie poziomów uspołecznienia, które „przejawia się w postaci tendencji do ujmowania siebie w łączności ze światem i z innymi ludźmi”⁴². Osiągnięcie przez człowieka etapu społecznego prowadzi do wykształcenia się zdolności do rozumienia, spostrzegania, wrażliwości na potrzeby innych, podejmowania działań prospołecznych, współpracy i wspólnego działania w realizacji zadań, akceptacji panujących norm w grupie oraz zajmowanej pozycji.

Rozwój społeczny zatem zachodzi na poziomie interpersonalnym. Przebywanie człowieka w środowisku społecznym oraz poddawanie się jego oddziaływaniom sprzyja zdobywaniu doświadczeń, które określane są „umiejętnościami społecznymi, repertuarem behawioralnym, cechami społecznymi, kompetencjami interpersonalnymi lub wiedzą społeczną”⁴³.

Nieodzownym elementem wpływającym pozytywnie na rozwój społeczny dziecka jest edukacja muzyczna, która wpływa na chęć poznawania otaczającego świata. Zajęcia muzyczne, odbywające się w grupach, uspołecniają, wpływają pozytywnie na poczucie przynależności do danej społeczności oraz ułatwiają relacje i współdziałanie z innymi ludźmi⁴⁴.

INSTYTUCJE UPOWSZECHNIANIA KULTURY – CELE, FORMY, RODZAJE ORAZ INSTYTUCJE DZIAŁAJĄCE W SŁUPSKU I KOSZALINIE.

Instytucja kultury nie została szczegółowo zdefiniowana w przepisach prawa, lecz jej forma prawna została określona w Ustawie z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej⁴⁵. W art. 8 tej ustawy widnieje zapis „Ministrowie

⁴¹ K. Mikołajczyk, *Kompetencje emocjonalne dziecka w późnej fazie dzieciństwa*, W: H. Sowińska (red.) „*Dziecko w szkolnej rzeczywistości. Założony a rzeczywisty obraz edukacji elementarnej*”, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2011.

⁴² M. Tyszkowa, *Badania nad uspołecznieniem i osobowością dzieci jedynych i mających rodzeństwo*, W: M. Tyszkowa (red.), „*Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*”, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1985, s. 13.

⁴³ S. Kowalik, *Rozwój społeczny*, W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 71

⁴⁴ E. Wolińska, *Rola zajęć umuzykalniających w rozwoju dziecka*, „*Konteksty Pedagogiczne*” 1(8)/2017, s. 261-269.

⁴⁵ Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 87).

oraz kierownicy urzędów centralnych organizują działalność kulturalną, tworząc państwowe instytucje kultury, dla których prowadzenie takiej działalności jest podstawowym celem statutowym”, który odnosi się do instytucji kultury prowadzonych przez właściwe Ministerstwa. W art. 9 natomiast mowa jest o instytucjach kultury, które zakładane są i prowadzone przez jednostki samorządowe, które „organizują działalność kulturalną, tworząc samorządowe instytucje kultury, dla których prowadzenie takiej działalności jest podstawowym celem statutowym”⁴⁶. Wskazuje on również na to, iż prowadzenie tych jednostek przez gminy, miasta i województwa jest zadaniem własnym tych jednostek⁴⁷. W związku z powyższym, możemy wyróżnić państwowe i samorządowe instytucje kultury.

Ważnym elementem wpływającym na prawidłowe funkcjonowanie instytucji kultury jest ich finansowanie. Państwowe instytucje kultury otrzymują środki na prowadzenie swoich działań przede wszystkim z budżetu państwa, otrzymując tak zwane dotacje podmiotowe lub celowe. Samorządowe instytucje kultury finansowane są z budżetu samorządu, który jest ich organizatorem, poprzez dotacje podmiotowe i celowe⁴⁸.

Instytucja kultury zostaje utworzona na podstawie aktu założycielskiego, który wydawany jest przez organizatora, który „precyzuje [...] przedmiot działania, nazwę i siedzibę, a także określa, czy dana instytucja kultury jest instytucją artystyczną (teatry, filharmonie, opery, operetki, orkiestry symfoniczne i kameralne, zespoły pieśni i tańca oraz chóralne).

W zależności od podejmowanych zadań, postawionych celów działania, które wiążą się mają z procesem upowszechniania kultury, powstała klasyfikacja instytucji kultury, składająca się z trzech grup:

- I grupa: specjalistyczne instytucje kultury: kina, teatry, filharmonie, galerie, muzea, biblioteki;
- II grupa: fundacje i stowarzyszenia społeczno-kulturalne, które działają w różnych zakresach. Ich działalność może być prowadzona lokalnie, regionalnie lub ogólnokrajowo i dotyczyć najróżniejszych dziedzin kultury;
- III grupa: placówki kulturalno-oświatowe: domy i ośrodki kultury, świetlice, kluby. Zasięg ostatnich dwóch placówek jest skromny, ale pod względem integracji społecznej w lokalnym zakresie, bardzo kluczowy w procesie upowszechniania kultury (Nocuń, 1995).

Celem nadrzędnym instytucji kultury jest prowadzenie działań związanych z kulturą, które opierają się na upowszechnianiu i ochronie kultury. Działania te powiązane są z działalnością kulturalną, która nie jest tożsama z prowadzeniem działalności na

⁴⁶ Tamże, poz. 87.

⁴⁷ Tamże, poz. 87.

⁴⁸ J. Szulborska-Lukasiewicz, *Instytucje kultury w Polsce. Specyfika ich organizacji i finansowania*. „Zarządzanie w Kulturze”, nr 13, z 4, s. 305-328.

rzecz kultury oraz nie stanowi wyłącznie o zarobkowym charakterze tych instytucji. Na podstawie Ustawy o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej, podstawą ich funkcjonowania jest niekomercyjny charakter, który nienastawiony jest na osiągnięcie i maksymalizację zysku⁴⁹.

Instytucje kultury powoływane są w celu upowszechniania szeroko rozumianej kultury. Jednak nie jest to ich jedyne zadanie. Instytucje kultury prowadzą działalność statutową, która opiera się na działaniach takich jak:

- edukacja kulturalna oparta na wychowaniu przez sztukę;
- opieka nad zabytkami;
- umożliwienie rozwoju amatorskiego ruchu artystycznego;
- prowadzenie działań promujących wiedzę artystyczną i sztukę;
- umożliwienie rozwoju folkloru, w tym ludowego rękodzieła;
- „rozpoznanie, rozbudzanie i zaspokajanie potrzeb oraz zainteresowań kulturalnych”⁵⁰.

Nawiązując do społecznej roli instytucji kultury, kluczowym elementem w tym aspekcie jest „relacja z otoczeniem społecznym czy też świadomość miejsca, jakie mogą one w nim zająć”⁵¹. W związku z występowaniem różnych praktyk zarządzania instytucjami kultury, wyróżniono cztery modele funkcjonowania: instytucja zamknięta, otwarta, zaangażowana i partycypacyjna. Oparte są one na dysproporcjach w zarządzaniu oraz różnym podejściu do świadomości społecznej:

- Instytucja zamknięta skupia się wyłącznie na przetrwaniu, a ich działania cechuje bierność oraz niechęć.
- Instytucja otwarta charakteryzuje się dużą świadomością roli otoczenia oraz poszukuje różnych systemów komunikacji, w celu ukazania swojej bogatej oferty.
- Instytucja zaangażowana świadoma ogromnej roli i znaczenia otoczenia społecznego, dlatego wprowadza działania mające na celu „poznać swoje audytorium, kompetencje odbiorców, ich wiedzę, doświadczenie, tożsamość, potrzeby, aspiracje [...], ale również wejść z nimi w relację, mającą prowadzić do rozwoju organizacji”⁵².
- Instytucja partycypacyjna w pełni i świadomie wykorzystuje możliwości społecznej odpowiedzialności, gdyż uważa współuczestnictwo z odbiorcami jako gwarancję rzeczywistej realizacji postawionego celu.

⁴⁹ Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 87).

⁵⁰ M. Jakobiszyn, *Dom kultury jako instytucja upowszechniania kultury wśród osób dorosłych*, „Zarządzanie w Kulturze”, Tom 12, Numer 2, s. 89-90.

⁵¹ A. Pluszyńska, A. Konior, Ł. Gawęł, *Zarządzanie w kulturze. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2020, s. 84.

⁵² Tamże, s. 86.

Gmina Miasto Koszalin, będąc samorządową jednostką terytorialną, jest organizatorem dla pięciu instytucji kultury, które prężnie działają na terenie miasta i poza jego granicami w celu upowszechniania kultury. Na podstawie Ustawy z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej⁵³ powołało następujące instytucje:

- Centrum Kultury 105 w Koszalinie;
- Bałtycki Teatr Dramatyczny im. Juliusza Słowackiego;
- Koszalińska Biblioteka Publiczna im. Joachima Lelewela;
- Filharmonia Koszalińska im. Stanisława Moniuszki;
- Muzeum w Koszalinie⁵⁴.

Wyżej wymienione instytucje działają na podstawie indywidualnych statutów, zawierających podstawowe założenia Ustawy o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej oraz regulaminów organizacyjnych. Ponadto, Miasto Koszalin jest organem prowadzącym dla Pałacu Młodzieży w Koszalinie, będącą placówką oświatowo-wychowawczą, działającą jako centrum edukacji kulturalnej.

Miasto Słupsk jako jednostka samorządu terytorialnego, jest organizatorem dla pięciu instytucji kultury działających na terenie miasta i regionu, których głównym celem jest upowszechnianie kultury:

- Teatr Lalki „Tęcza”,
- Nowy Teatr im. Witkacego,
- Polska Filharmonia Sinfonia Baltica im. Wojciecha Kilara,
- Miejska Biblioteka Publiczna,
- Słupski Ośrodek Kultury.

Ponadto, na terenie Słupska funkcjonują dwie instytucje, które powołane zostały przez Województwo Pomorskie:

- Muzeum Pomorza Środkowego w Słupsku,
- Bałtycka Galeria Sztuki Współczesnej⁵⁵.

Wyżej wymienione instytucje zostały powołane na podstawie Ustawy dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej⁵⁶. Działalność prowadzą na podstawie odrębnych statutów, które regulują główne zadania i cele oraz skupiają się na aspekcie upowszechniania kultury.

⁵³ Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 87).

⁵⁴ www.bip.koszalin.pl, [dostęp: 15.05.2024 r.].

⁵⁵ www.slupsk.pl, [dostęp: 16.05.2024 r.].

⁵⁶ Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 87).

Miasto Słupsk jest również organem prowadzącym Młodzieżowy Dom Kultury w Słupsku, który jest publiczną placówką wychowania pozaszkolnego.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem pracy pt. „Pozalekcyjna edukacja muzyczna w rozwoju ucznia na przykładzie instytucji upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie” jest stwierdzenie jakie znaczenie w rozwoju dzieci ma pozalekcyjna edukacja muzyczna prowadzona przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie. Cel poznawczy został sformułowany następująco: poznanie typów pozalekcyjnych zajęć muzycznych organizowanych przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie. Cel teoretyczny dotyczy pozyskania i opracowania materiału na temat pozalekcyjnych zajęć muzycznych organizowanych przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie. Celem praktycznym jest zwrócenie uwagi na wpływ pozalekcyjnej edukacji muzycznej na rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny dzieci. Przedmiotem badań zaś będzie pozalekcyjna edukacja muzyczna realizowana przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie oraz jej znaczenie w rozwoju uczniów.

Głównym problemem badawczym niniejszej pracy sformułowano pytaniem: Jakie pozalekcyjne zajęcia muzyczne dla dzieci są prowadzone w instytucjach upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie oraz czy te zajęcia korzystnie wpływają na rozwój dzieci?

Natomiast problemy szczegółowe brzmią następująco:

- Jakie rodzaje zajęć muzycznych dla dzieci proponują instytucje upowszechniania kultury?
- Czego uczą się dzieci na wybranych zajęciach muzycznych?
- Jak często odbywają się zajęcia muzyczne i ile trwają?
- Czy zajęcia prowadzone są w grupach, czy indywidualnie?
- Jaka jest grupa wiekowa uczestników zajęć muzycznych?
- W jaki sposób uczniowie/uczestnicy zajęć są motywowani do uczęszczania na zajęcia?
- Jakie opinie na temat wartości tych zajęć wyrażają instruktorzy, rodzice oraz uczestnicy zajęć?

W przeprowadzonym badaniu udział wzięły trzy grupy, które w sposób pośredni lub bezpośredni związane są z instytucjami upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie, organizującymi pozalekcyjną edukacją muzyczną:

- Prowadzący zajęcia muzyczne (36 badanych) – Zostali poproszeni o uzupełnienie kwestionariusza ankiety, zawierającego 21 pytań dotyczących wpływu edukacji muzycznej na rozwój dzieci.;

- Rodzice dzieci uczęszczających na zajęcia muzyczne (45 badanych) – zostali poproszeni o uzupełnienie kwestionariusza ankiety, zawierającego 20 pytań odnoszących się do wpływu edukacji muzycznej na rozwój dzieci;
- Dzieci, które uczestniczą w zajęciach muzycznych (11 badanych) – zostały poproszone o przygotowanie dowolną metodą malarską rysunku, który przedstawia zajęcia muzyczne, na które uczęszczają lub ich emocjonalny odbiór tych spotkań. Prośba dotyczyła również napisania krótkiego tekstu, który opisuje ich stosunek do wybranej pozalekcyjnej edukacji.

IMPLIKACJA PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

Podjęta problematyka badawcza poszukiwała odpowiedzi odnoszącej się do znaczenia pozalekcyjnych zajęć muzycznych prowadzonych w instytucjach upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie dla rozwoju dzieci w trzech aspektach. Pierwszy z nich odnosił się do sfery poznawczej, która związana jest z poznawaniem teorii w zakresie prowadzonych zajęć oraz nabywaniem umiejętności muzycznej. Druga sfera, emocjonalna, dotyczy kształtowania się wrażliwości muzycznej i emocjonalnego jej odbioru oraz wiążącej się z nimi równowagą. Ostatni aspekt odnosił się do sfery społecznej, której głównym determinantem była muzyka i jej wpływ na kształtowanie się umiejętności współpracy z innymi i wzajemnego wsparcia oraz moralnego zachowania dzieci. Wszystkie powyższe rozważania związane są z głównym problemem badawczym niniejszej pracy, który brzmi: Jakie pozalekcyjne zajęcia muzyczne dla dzieci są prowadzone w instytucjach upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie oraz czy te zajęcia korzystnie wpływają na rozwój dzieci?

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

- Instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie są organizatorem różnorodnych typów pozalekcyjnych zajęć, dzięki czemu dzieci mają możliwość rozwijania swoich zainteresowań w różnych dziedzinach. Wskazano zajęcia: muzyczne, taneczne, plastyczne, teatralne, literackie, lekcje biblioteczne i historyczne, informatyczne, fotograficzne, szachowe i kulinarne.
- Biorąc pod uwagę zajęcia muzyczne, dzieci mają możliwość uczestniczyć w lekcjach z komponowania, lekcjach umuzykalniających, rytmiczno-tanecznych, wokalnych i instrumentalnych. Powyższe typy zajęć umożliwiają obcowanie z muzyką już od najmłodszych lat, co ma ogromny wpływ w procesie rozwojowym.
- Zajęcia muzyczne odbywają się regularnie i w zależności od poziomu zaawansowania, wystarczająco długo (od 1 do ponad 3 godzin). Dzięki takiej organizacji spotkań, dzieci mogą ćwiczyć w równomiernych odstępach, co przyczynia się do rozwijania dyscypliny i odpowiedzialności. Kwestią sporną mogą być zajęcia prowadzone raz w tygodniu, ponieważ taka intensywność może wpłynąć na spadek zainteresowa-

- nia i chęci udziału w nich, nie sprzyja rozwojowi artystycznemu u początkujących dzieci i może spowodować zahamowanie u tych zaawansowanych.
- W większości przypadków zajęcia prowadzone są w grupach, co pozytywnie może wpłynąć na ich rozwój społeczny i emocjonalny, ponieważ muzyka uczy współpracy i pracy zespołowej. Uczniowie, grając w zespołach lub orkiestrach, wykształcić mogą umiejętności słuchania innych i synchronizowania swoich działań, a przede wszystkim uczą się szanować wkład wszystkich uczestników. Zajęcia indywidualne z kolei umożliwiają uczniom pełne skupienie na ćwiczoną materiale, które mogłoby być niemożliwe w zajęciach grupowych. Jednak problemem może być nierozwijanie kompetencji społecznych, tj. współpraca, komunikacja i budowanie relacji z rówieśnikami.
 - Uczestnikami pozalekcyjnych zajęć muzycznych są dzieci w wieku od 4 do 18 lat. Świadczy to przede wszystkim o tym, że instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie tworzą oferty zajęć przeznaczone dla każdej grupy wiekowej. Dzięki takim rozwiązaniom dają możliwość rozwijania zainteresowań dzieci, ale przede wszystkim przyczyniają się do ich wieloetapowego rozwoju.
 - Najważniejszym elementem w organizowaniu pozalekcyjnych zajęć jest wypracowanie sposobów motywowania dzieci do czynnej partycypacji. Skupienie się wyłącznie na przekazywaniu wiedzy teoretycznej i praktycznej może spowodować niskie zainteresowanie zajęciami, a w konsekwencji rezygnację. Badani wskazali wiele różnych propozycji, które wpływają na większe zaangażowanie w uczęszczaniu na zajęcia. W mojej ocenie są one bardzo zachęcające, ponieważ pokazują dzieciom, że edukacja muzyczna to także spotkania z profesjonalistami, wyjścia na wydarzenia muzyczne, występowanie na scenie i pokazywaniu swojego talentu. Jednak, najważniejszym wskazanym motywatorem jest tworzenie przyjaznej atmosfery i umożliwianie bycia sobą.
 - Analizując podejście instruktorów i rodziców do wpływu edukacji muzycznej na rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny zauważyć można dużą świadomość opisywanego zjawiska. Udzielone odpowiedzi na temat rozwoju poznawczego wskazują, że uczęszczanie na zajęcia muzyczne stymulują rozwój pamięci, wyobraźni, spostrzegania i koncentracji uwagi. W rozwoju emocjonalnym, muzyka umożliwia wyrażanie emocji i radzenia sobie z nimi, co stanowi podstawę dla zdrowia psychicznego i emocjonalnego. W sferze społecznej, zajęcia muzyczne wpływają na prawidłowy rozwój umiejętności współpracy i komunikacji, co przekłada się na zachowania w innych sytuacjach społecznych.
 - Wszystkie dzieci, które zostały poproszone o nadesłanie prac plastycznych związanych z zajęciami muzycznymi, na które uczęszczają, są bardzo zadowolone z ich prowadzenia. Biorąc pod uwagę ich wiek oraz dojrzałość emocjonal-

ną, zauważyć można, że zajęcia te są dla nich inspiracją i możliwością dalszego rozwoju (wynika to m.in. z planów nauki na innym instrumencie muzycznym). Analizując kolorystykę prac, można śmiało stwierdzić, że zajęcia muzyczną są dla nich bardzo ważną częścią życia, która ich motywuje, uspokaja i inspiruje.

ZAKOŃCZENIE

Pozalekcyjna edukacja muzyczna odgrywa ogromną rolę we wszechstronnym rozwoju dziecka. Muzyka łącząc ze sobą różne formy aktywności, tj. śpiewanie, gra na instrumentach, tworzenie i słuchanie muzyki, wykonywanie ruchów przy muzyce (w tym taniec), uczy dyscypliny, cierpliwości, wrażliwości na emocje oraz współpracy w grupie. Regularne występy sceniczne wzmacniają pewność siebie i umiejętności radzenia sobie ze stresem. Funkcjonowanie instytucji kultury opiera się na bogactwie możliwości uprawiania różnych aktywności artystycznych w zakresie kształtowania zdolności muzycznych i rozwijania osobowości uczniów.

Celem przeprowadzonych badań było stwierdzenie jakie znaczenie w rozwoju dzieci ma pozalekcyjna edukacja muzyczna prowadzona przez instytucje upowszechniania kultury w Słupsku i Koszalinie. Odpowiedni dobór metody badawczej, w tym przypadku sondażu diagnostycznego, przyczynił się do bezproblemowej realizacji celu badań oraz uzyskania odpowiedzi na główne pytanie. Narzędziem badawczym, który wykorzystano w procesie badawczym był kwestionariusz ankiety adresowany do instytucji upowszechniania kultury, w szczególności do osób prowadzących zajęcia i rodziców dzieci, które na te zajęcia uczęszczają. Ponadto zastosowano analizę wytworów – rysunki dzieci, które partycypują w pozalekcyjnej edukacji muzycznej. Analiza zebranych danych z ankiet posłużyła do wysunięcia wniosków, które w pełni odpowiadają na postawione problemy badawcze.

Bibliografia:

Bereźnicki, F. (2001). *Dydaktyka kształcenia ogólnego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Czarnecki, K. M. (2000). *Psychologiczne teorie rozwoju człowieka a realizm jego życia psychicznego*. [w:] *Nauczyciel i szkoła, tom 2 (9)*, s. 23-31.

Czarniewicz, M. (1953). *Praca pozalekcyjna i pozaszkolna*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Danel-Bohrzyk, H. (1995). *Muzyka inspiratorem działań plastycznych dziecka w wieku przedszkolnym*. [w:] H. Danel-Bohrzyk, A. Winiarska (red.), *Rozwój dziecka i jego stymulacja w instytucjach wychowania przedszkolnego*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Goleman, D. (2005). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Greenberg, M. T., Snell, J. L. (1999). *Rozwój mózgu a rozwój emocjonalny: rola nauczania w kształtowaniu płata czołowego*. [w:] P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. Poznań: Rebis. Angielski (Stany Zjednoczone).
- H.R. Schaffer, H. R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Naukowe PWN.
- Jakobiszyn, M. (2011). *Dom kultury jako instytucja upowszechniania kultury wśród osób dorosłych*. „Zarządzanie w Kulturze”, Tom 12, Nr 2, s. 87-101.
- Jemielnik, J. (2002). *W poszukiwaniu nowego wymiaru edukacji muzycznej: idee, potrzeby i realia*. [w:] R. Chyżyński (red.), *Sztuka poszukiwania sensu*. Lublin: Żywe Kamienie.
- Jordan-Szymańska, A. (1987). *Problemy percepcji muzyki w ujęciu psychologii poznawczej*. Kraków: Akademia muzyczna w Krakowie.
- K. Krasoń, K., Mazepa-Domagała B. (2003). *Przestrzenie sztuki dziecka*. Katowice: Librus.
- Kataryńczuk-Mania, L. (2000). *Miejsce wychowania muzycznego w procesie edukacji kulturalnej dzieci i młodzieży. Funkcje i cele*. [w:] B. Idzikowski, E. Narkiewicz-Niedbalec (red.), *Edukacja kulturalna dzieci i młodzieży*. Zielona Góra-Warszawa: Wydawnictwo Regionalne Centrum Animacji Kultury.
- Kowalik, S. (2002). *Rozwój społeczny*. [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Lelonek, M. (red.). (1990). *Praca nauczyciela i ucznia w klasach 1-3*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Lipska, E., Przychodzińska, M. (1991). *Muzyka w nauczaniu początkowym: metodyka*. Warszawa : Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Mikołajczyk, K. (2011). *Kompetencje emocjonalne dziecka w późnej fazie dzieciństwa*. [w:] H. Sowińska (red.) *Dziecko w szkolnej rzeczywistości. Założony a rzeczywisty obraz edukacji elementarnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Nocuń A. W. (1995). *Teoretyczne podstawy pracy kulturalno-oświatowej*. [w:] T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*. Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.
- Oatley K., Jenkins J. (2003). *Zrozumieć emocje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Okoń, W. (1992). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Solovey, P., Sluyter, D. J. (1999). *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna. Problemy edukacyjne*. Poznań: Rebis. Angielski (Stany Zjednoczone).
- Panek, A. (2002). *Zajęcia pozalekcyjne w reformowanej szkole. Oczekiwania a rzeczywistość*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Pluszyńska, A., Konior, A., Gawęł, Ł. (2020). *Zarządzanie w Kulturze. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Przeclawski, K. (1978). *Czas wolny dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Raczkowska, J. (2000). *Znane i nowe problemy czasu wolnego*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 5, s. 205-210.
- Sierszeńska-Leraczyk, M. (2012). *Od czego zależy sukces w muzyce?* [w:] E. Czerniawska (red.), *Muzyka i my: o różnych przejawach wpływu muzyki na człowieka*. Warszawa: Difin.
- Skowrońska, A. (2007). *Emocje, uczucia i społeczne zachowania emocjonalne dzieci 6-letnich i 7-letnich (badania własne)*. „Edukacja elementarna w teorii i praktyce: Kwartalnik dla nauczycieli”, nr 4, s. 103-108.
- Szulkowska-Lukaszewicz, J. (2012). *Instytucje kultury w Polsce. Specyfika ich organizacji i finansowania*. „Zarządzanie w Kulturze”, nr 13, z 4, s. 305-328.
- Świerżbińska, K. (2004). *Czas wolny to problem pedagogiczny*. „Edukacja i Dialog”, nr 2, s. 37-41.
- Trempała, J. (2012). *Wczesne kompetencje poznawcze w rozwoju dziecka*. „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy”, nr 2, s. 9-22.
- Turner, J. S., Helms D. B. (1999). *Rozwój człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Tyszkowa M. (1985). *Badania nad uspołecznieniem i osobowością dzieci jedynych i mających rodzeństwo*. [w:] M. Tyszkowa (red.), *Rozwój dziecka w rodzinie i poza rodziną*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Urząd Miejski w Słupsku. <https://www.slupsk.pl/mieszkaniec/kultura/instytucje-kultury> [dostęp: 16.05.2024 r.].
- Ustawa z dnia 25 października 1991 r. o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 87).
- Węgrzynowicz, J. (1971). *Zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Wolińska, E. (2017). *Rola zajęć umuzykalniających w rozwoju dziecka*. „Konteksty Pedagogiczne” nr 1(8)/2017, s. 261-269.
- Wołoszynowa, L. (1982) *Młodszy wiek szkolny*. [w:] M. Żebrowska (red.), *Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Żelazkiewicz, M. (1980). *Skuteczność wychowawcza innowacji w zajęciach pozalekcyjnych*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Żmudzka, M. (2018). *Wspomaganie kompetencji emocjonalnych i społecznych dziecka w wieku przedszkolnym*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Naukowe WSG.

KAROL WIATROWSKI

Absolwent Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Koszalinie

KINGA WIATROWSKA

Absolwentka Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu w Koszalinie

BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA W SZKOLE MIĘDZYNARODOWEJ

SAFETY AND SECURITY AT THE INTERNATIONAL SCHOOL

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, szkoła, międzynarodowe środowisko, ochrona

Abstrakt: Artykuł stanowi opis sposobów ochrony szkół międzynarodowych oraz bezpieczeństwa ich uczniów. To analiza dwóch systemów zastosowanych w szkołach w Holandii i w Polsce. Autorzy artykułu uczęszczali do szkół międzynarodowych i mieli możliwość obserwacji organizacji bezpieczeństwa w tych szkołach oraz brać udział w systemach zastosowanych w celu ochrony tych szkół. Bezpieczeństwo uczniów tych szkół jest stawiane bardzo wysoko ze względu na możliwość ataku grup terrorystycznych oraz innych przestępców ze względu na uczestnictwo w nauce dzieci i młodzieży pochodzących z różnych państw świata, często wrogo do siebie nastawianych, o różnych poglądach politycznych, religijnych i skonfliktowanych terytorialnie i historycznie. Zachowanie bezpieczeństwa wśród licznej geograficznie grupy uczniów to wyzwanie dla dyrekcji szkoły, instytucji lokalnych i państwa-gospodarza.

Keywords: safety, school, international environment, protection, security

Abstract: The article describes the methods of protecting international schools and the safety of their students. It is an analysis of two systems used in schools in the Netherlands and Poland. The authors of the article attended international schools and had the opportunity to observe the organization of security in these schools and participate in the systems used to protect these schools. The safety of students in these schools is very high due to the possibility of attacks by terrorist groups and other criminals due to the participation in education of children and young people from different countries of the world, often hostile to each other, with different political, religious and territorially and historically conflicted views. Maintaining security among a geographically large group of students is a challenge for the school management, local institutions and the host country.

WPROWADZENIE

Nauka w międzynarodowej szkole zarówno w Polsce, jak i poza granicami państwa polskiego daje możliwość przebywania w wielonarodowym środowisku uczniów z wielu kontynentów oraz wielu państw świata. Nauka w takiej szkole wynika z tego, że wiele państw świata przygotowuje w systemie narodowym specjalny program stypendialny umożliwiający zdolnym uczniom kontynuowanie nauki na poziomie szkoły średniej w dwuletnim programie matury międzynarodowej M – International Baccalaureate. Istnieje również możliwość kształcenia się w takich szkołach na zasadzie prywatnej odpłatności oraz w systemie pokrywania kosztów przez instytucje i organizacje międzynarodowe i narodowe pracujących w nich rodziców, którzy pracują poza granicami państwa a także żołnierzy wysyłanych na 3-letni kontrakt do międzynarodowych

struktur NATO. Rodzice pracujący czasowo i przebywający służbowo poza granicami kraju korzystają z takich przywilejów i posyłają swoje dzieci do anglojęzycznych szkół w trakcie pobytu w tych państwach. Tutaj przykładem będzie United World College w Maastricht, w Holandii i Szczecin International School w Szczecinie, w Polsce.

UNITED WORLD COLLEGE W MAASTRICHT, KRÓLESTWO NIDERLANDÓW

Międzynarodowa szkoła powstała w 2009 roku z połączenia dwóch szkół: International School Maastricht i International Primary School Jopenhoff Maastricht.

Szkoła United World College (UWC) w Maastricht (Niderlandy) jest jedną z 18 szkół, które tworzą zespół Szkół Zjednoczonego Świata (United World Colleges) zlokalizowanych na 4 kontynentach, które zapewniają edukację 10 500 uczniów corocznie. Każda szkoła ma swój specyficzny odrębny charakter i swoją tożsamość, czyli elementy, na które wpływa państwo-gospodarz (Host Nation Support – HNS), własne otoczenie, unikalny kontekst kulturowy i międzynarodową społeczność.

Komitety krajowe rozlokowane w 150 krajach dbają o nabór uczniów do 18 szkół UWC. Dotychczas naukę w Szkołach Zjednoczonego Świata ukończyło ponad 60.000 uczniów. W tej liczbie są uczniowie ze 180 państw świata.

W UWC Maastricht naukę zdobywają uczniowie nominowani przez komitety krajowe, dzieci pracowników zagranicznych, dzieci osób delegowanych służbowo do Holandii, dzieci oficerów NATO oraz w wyjątkowych przypadkach dzieci holenderskie rodziców, którzy pracowali poza granicami państwa holenderskiego.

Szkoła UWC w Maastricht to różnorodna społeczność uczniowska. Ideą tej szkoły jest angażowanie się we wszystkie aspekty nauki zmierzające do wychowania w pokoju, w duchu tolerancji rasowej i religijnej. To również wyrównanie kształcenia przedstawicieli różnych kontynentów w celu zapewnienia im zrównoważonego poziomu kształcenia.

Uczniowie tej szkoły wywodzą się z różnych środowisk kulturowych, reprezentują różne warstwy społeczne i różne poziomy ekonomiczne. Przebywają ze sobą, współpracują, czerpią od siebie naukę o możliwości życia na różnych kontynentach przy podobnym sposobie myślenia, które nastawione jest na pokój, współpracę, rozwój i tolerancję.

Podobne mechanizmy funkcjonują we wszystkich 18 szkołach, na 4 kontynentach należących do wspólnej sieci Szkół Zjednoczonego Świata. To ogromny projekt, który wyzwala w uczniach kreatywność, aktywność i zaangażowanie społeczne w ramach programu CAS (Creativity, Activity, Service). Na czele tej organizacji od roku 1995 jest Królowa Jordanii Noor (Prezydent UWC)¹.

UWC Maastricht to wielokulturowa szkoła, do której uczęszczają uczniowie z ponad 100 różnych narodowości. Działa w ramach holenderskiego publicznego systemu edukacyjnego i jest dotowana przez rząd holenderski. Szkoła została utworzona, aby

¹*United World Colleges Organisation*, Internet, <https://www.uwc.org/schools>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

służyć zarówno potrzebom społeczności międzynarodowej Maastricht, jak i uczniom wybranym przez krajowe komitety UWC na całym świecie. UWC Maastricht przyjmuje uczniów w wieku od 4 do 19 lat. W UWC Maastricht uczy się 900 uczniów.

ANTYRASIZM, RÓŻNORODNOŚĆ, RÓWNOŚĆ I INTEGRACJA

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że dzieci i młodzież ze 100 państw świata, przyjeżdżając na kilka lat edukacji z różnych środowisk, będąc przedstawicielami o różnym pochodzeniu kulturowym i społecznym, często różnorodna etnicznie i z waśnionych lub wrogich państw potrafi w ramach idei wspólnego świata mieszkać, przebywać i uczyć się razem. Tutaj powstają zażyłe przyjaźnie zawierane na całe lata. W tej szkole powstają projekty naukowe i wspólne rozumienie idei współpracy ponad kontynentalnej, światowej w imię pokoju i zrównoważonego rozwoju.

Wyjazd do szkoły UWC to często pierwsza podróż życiowa poza dom, region, państwo i kontynent. Uczniowie muszą dostosować się jako nieletni do warunków europejskich, których często nie znają. Jednocześnie muszą zachować swoją tożsamość. Muszą dostosować się, ale i wyróżnić się ubiorem, kulturą, językiem, tradycją, pożywieniem, sposobem bycia, różnorodnego wyrażania się. Jest to bardzo duże wyzwanie dla młodych ludzi będących bez codziennego, bezpośredniego wsparcia rodziców i opiekunów. Są z dala od osób bliskich – dziadków i rodzeństwa. Stają się szybko osobami odpowiedzialnymi za swoje życie, zachowanie, tworzenie struktur grup międzynarodowych, które łączy wspólny język i wspólny cel. Wykonują swój pierwszy krok do odpowiedzialności, samodzielności i sukcesu. Kolejne kroki to eksploracja międzykulturowa i odkrycia możliwości stojących przed tymi młodymi ludźmi.

Ci młodzi ludzie muszą porzucić uprzedzenia, pozbyć się antyrasistowskich zachowań. Muszą przejść transformację ukierunkowaną na zróżnicowaną, sprawiedliwą postawę, która doprowadzi do łączenia uczniów z różnych środowisk.

Wszyscy uczniowie, bez względu na tożsamość płciową, rasę, religię, niepełnosprawność, płeć, orientację seksualną lub pochodzenie społeczno-ekonomiczne, muszą czuć się bezpiecznie, jednakowo równie cenieni, widziani i słyszani. Wymaga to stałego wysiłku słuchania, samooceny, nauki i uznania.

Dlatego szkoły międzynarodowe aktywnie angażują się w walkę z rasizmem, różnorodnością, w równość i w integrację².

W związku z wysoko rozumianym bezpieczeństwem i ochroną uczniów w szkołach międzynarodowych, przy zróżnicowanej kulturze, tolerancji, różnorodności tradycyjnej i rasowej oraz wysoko stawianym wymaganiom społecznym niedopuszczalne są:

- Spożywanie, posiadanie i/lub dystrybucja narkotyków w celach rekreacyjnych lub innych celach niemedycznych,

² *United World Colleges Polska*, Internet, <https://www.pl.uwc.org/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

- Tytoniu, waporyzacji i innych pokrewnych produktów,
- Alkoholu na terenie szkoły i podczas zajęć sponsorowanych przez szkołę.
- Aktywność seksualna w internatowych pokojach uczniowskich i innych wspólnych lub publicznych przestrzeniach.
- Przemoc jakiegokolwiek rodzaju, w tym znęcanie się, zastraszanie, nękanie lub jakakolwiek inna forma nadużycia.
- Napaść, w tym, ale nie wyłącznie, werbalna, fizyczna i seksualna.
- Kradzież lub „pożyczanie bez pozwolenia”³.

Każde naruszenie tych punktów jest konsekwentnie egzekwowane w postaci zawieszenia w prawach ucznia lub usunięciem ze szkoły.

Poszczególne szkoły międzynarodowe mogą mieć dodatkowe standardy dotyczące tych kwestii, które odzwierciedlają prawa, normy kulturowe i okoliczności kraju, w którym się znajdują.

BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA W UNITED WORLD COLLEGE

Potężnym przedsięwzięciem szkoły, a jednocześnie najważniejszym priorytetem jest bezpieczeństwo i ochrona uczniów oraz wszystkich członków społeczności UWC.

To na państwu-gospodarzu, w przypadku opisywanych tutaj szkół spoczywa obowiązek zapewnienia tych parametrów bezpieczeństwa. To państwo-gospodarz ma za zadanie monitorować wszystkie zagrożenia, eliminować przesłanki zagrożeń, prowadzić ciągle rozpoznawanie zagrożeń terrorystycznych i przedsięwzięć zamachowców.

Każdy uczeń UWC jest chroniony przed nadużyciami, krzywdą lub zaniedbaniami. Uczniowie wiedzą, że mogą zgłosić każdy incydent i zobaczyć, że zostanie on rozwiązany skutecznie i szybko, a także z szacunkiem, współczuciem i dyskrecją⁴.

Szkolenia uczniów w zakresie bezpieczeństwa opierają się na osobistej odpowiedzialności i uczciwości, autonomii i wzajemnej współpracy i wrażliwości, szacunku i czujności. Komitety krajowe, zarządy szkół, nauczyciele i uczniowie są mocno zaangażowani na rzecz bezpieczeństwa i ochrony wszystkich osób przebywających na terenie szkoły, internatów i kampusów szkolnych. Wszystkie dzieci i młodzież mają przekonanie o prawie do ochrony przed wszelkimi formami nadużyć, zaniedbań, eksploatacji i przemocy, zgodnie z Konwencją ONZ o prawach dziecka.

W ramach bezpieczeństwa w szkole UWC Maastricht zapewniono stały nadzór królewskich sił bezpieczeństwa Niderlandów. Oficerowie odpowiedzialni za monitoring sytuacji niebezpiecznych, zagrożeń i zamachów prowadzą stały nadzór nad szkołą. Współpraca ta

³ UWC Maastricht, *UWC Student Code of Conduct (2019)*, Internet, <https://www.uwcmaastricht.nl/wp-content/uploads/2020/03/UWC-Student-Code-of-Conduct.pdf>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

⁴UWC Maastricht, *Safeguarding Policy Effective June 2023*, Internet, <https://www.uwcmaastricht.nl/wp-content/uploads/2023/07/UWC-Maastricht-Safeguarding-Policy-2023.pdf>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

utrzymywana jest też na poziomie współpracy z dyrekcją szkoły i komitetem rodziców. W ramach wysokiego poziomu bezpieczeństwa i ochrony teren szkoły traktuje się jako teren znajdujący się w strefie bezpieczeństwa. Funkcjonuje tam osoba odpowiedzialna za szybkie reagowanie w zakresie bezpieczeństwa. Jest to tak zwana ochrona fizyczna, którą wykonuje administracyjny pracownik szkoły (były żołnierz US Army). Każda próba wejścia na teren szkoły jest kontrolowana i sprawdzana. Istnieje rejestr wejść i wyjść. Uczniowie w trakcie lekcji i w trakcie przerw mają ograniczoną możliwość wyjścia poza teren szkoły. Każda kilkudniowa nieobecność ucznia w szkole zgłaszana jest oficjalnie do odpowiedniego przedstawiciela państwa-gospodarza, w tym przypadku do Królewskiego Oficera Socjalnego w celu wszczęcia postępowania wyjaśniającego i wyciągnięcia konsekwencji w stosunku do rodziców lub opiekunów ucznia. Dłuższa zaplanowana nieobecność musi być poprzedzona wypełnieniem tzw. Żółtej karty urlopowej. Uczeń ma prawo do 5 dni urlopu w semestrze szkolnym. Każda nieobecność ucznia w szkole musi być poprzedzona zgodą dyrekcji szkoły. Każda nieobecność z powodów losowych lub zdrowotnych musi być zakomunikowana szkole drogą mailową z wyprzedzeniem informacyjnym lub natychmiastowym usprawiedliwieniem nieobecności. Na teren szkoły mogą wejść tylko rodzice i opiekunowie uczniów po wcześniejszym umówieniu się z osobą, do której udają się (tzw. appointment). Na terenie szkoły funkcjonuje przeszklone pomieszczenie osoby zajmującej się sprawami administracyjnymi, która w przypadku nagłych wizyt rodzicielskich jest w stanie dopilnować właściwego rozpatrzenia powodu wizyty przy ciągłym towarzyszeniu osobie chcącej załatwić sprawę na terenie szkoły.

Bezpieczeństwo i ochrona szkoły wspomagana jest urządzeniami monitorującymi obiekt.

Uczniowie w trakcie przerw mają obowiązkowo opuszczać pomieszczenia i budynek udając się na powietrze lub na hall. Służy to sprawdzeniu pomieszczeń i obiektu w formie doraźnej. Do szkoły uczniowie mają prawo być wprowadzeni przez nauczycieli-wychowawców tuż przed godziną ósmą, po odpowiednim spotkaniu się w formie zbiórki w wydzielonych miejscach. Obiekt szkolny podlega szczególnej ochronie i uczniowie nie mogą być bez kontroli nauczycielskiej na terenie budynku przed godziną ósmą.

W celu zwiększenia bezpieczeństwa wydzielono oficjalną przestrzeń na powietrzu, gdzie uczniowie mogący palić wyroby tytoniowe spotykają się i palą papierosy. Miejsce to jest bezpieczne i podlega stałej kontroli ppoż. Teren ten jest wydzielony i oznaczony żółtymi liniami.

Biorąc pod uwagę specyfikę przemieszczania się komunikacyjnego w Holandii, po uwzględnieniu ruchu rowerowego wprowadzono w UWC Maastricht przepis wymuszający na uczniach właściwe zachowania w zakresie bezpieczeństwa. Wszyscy uczniowie dojeżdżający do terenu szkoły zobowiązani są zejść z roweru przed bramą ogrodzenia szkolnego i przeprowadzić rower do właściwego miejsca parkingowego dla rowerów na terenie szkoły (są to setki rowerów).

Kierując się łatwą dostępnością używek i środków odurzających w Holandii wprowadzono również przemyślany system bezpieczeństwa w szatniach szkolnych. Szatnie wyposażone są w haczyki ubraniowe połączone z systemem linkowym. Po zdjęciu odzieży i zawieszeniu na haczyku, okrycie wierzchnie poprzez podciągnięcie linki wędruje pod sufit wysokiego pomieszczenia szatniowego i zabezpieczone jest kłódką przez każdego ucznia. Uniemożliwia to dostęp do odzieży innych uczniów, kradzież zawartości kieszeni oraz możliwość podrzucenia materiałów niebezpiecznych.

Dzieci i młodzież dowożona transportem zbiorowym z Dowództwa Joint Forces Command NATO z Brunssum do Maastricht, zakontraktowanym autokarem, odbywa podróż w asyście Oficera Eskortującego odpowiedzialnego za bezpieczeństwo w trakcie przejazdu do szkoły.

SZCZECIN INTERNATIONAL SCHOOL W SZCZECINIE, POLSKA

W roku 2002 powstała szkoła Szczecin International School (SIS). Szkoła miała trzy poziomy nauczania: Szkoła Podstawowa, Gimnazjum i Liceum Ogólnokształcące, kształcące dzieci i młodzież w oparciu o międzynarodowe standardy IBO⁵ (organizacji afiliowanej przy ONZ). Od 2009 roku przy SIS powstał IKS – International Kindergarten of Szczecin⁶.

Szczecin International School zrzesza uczniów z całego świata i uczy ich w języku angielskim. Nauczyciele, którzy nie skupiają się tylko na programie nauczania (bo w dobie nowoczesnych technologii ważne jest, aby uczyć się sposobów interpretacji treści, a nie tylko samej treści), wspierają dzieci w budowaniu relacji i szacunku do innych kultur i historii, a wszystko to w bardzo przyjaznej i pełnej zrozumienia atmosferze.

Szczecin International School skupia w swoim budynku uczniów i nauczycieli z 21 państw świata, z 5 kontynentów.

Uczniowie Szczecin International School po ukończeniu szkoły odnieśli sukcesy akademickie i społeczne. Studiowali na renomowanych uczelniach. W 2002 roku, gdy założono szkołę uczyło się w niej mniej niż 100 uczniów, w większości dzieci oficerów Dowództwa NATO. W roku 2024 w szkole jest ponad 250 uczniów, ze środowiska wojskowego i cywilnego. Szkołę tworzą uczniowie z wielu państw. Jest to społeczność wielonarodowa, oparta na różnicach kulturowych, religijnych i tradycyjnych. Uczniowie przebywając ze sobą uczą się od siebie otwartości umysłu i mają szeroki pogląd na międzynarodową perspektywę, która w przyszłości będzie ich największą wartością, którą będą dzielić się z najbliższym otoczeniem.

⁵ *International Baccalaureate Organisation*, Internet, <https://www.ibo.org/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

⁶ *Szczecin International School*, Internet, <https://www.sis.info.pl/en/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA W SZCZECIN INTERNATIONAL SCHOOL

Kwestie bezpieczeństwa i ochrony uczniów są bardzo wysoko postawione w szczecińskiej szkole.

Prowadzenie działalności dydaktycznej i wychowawczej następuje zgodnie z zasadami pedagogiki, przepisami prawa oraz ideami zawartymi w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, Deklaracji Praw Dziecka oraz Konwencji o Prawach Dziecka.

Szkoła zapewnia wszystkim dzieciom opiekę dydaktyczno-wychowawczą w godzinach od 8:25 do 15:20.

Każda nieobecność ucznia w szkole wymaga pisemnego usprawiedliwienia przez rodzica/prawnego opiekuna i dostarczenie go wychowawcy klasy. Rodzic może wypełnić stosowny formularz (zawarty w Handbooku) lub przesłać usprawiedliwienie przez e-dziennik, najpóźniej w ciągu 3 dni szkolnych po powrocie ucznia do szkoły.

Uczniowie klasy 0-V nie mogą samodzielnie opuszczać budynku szkoły/placu zabaw w ciągu dnia szkolnego. Uczniowie klasy VI-VIII również nie mogą samodzielnie opuszczać budynku/placu zabaw SIS w ciągu dnia szkolnego⁷. Starsi uczniowie z liceum mogą opuścić teren szkoły tylko na długiej przerwie i za zgodą nauczyciela-wychowawcy.

Jeśli rodzice/opiekunowie planują zwolnić dziecko w trakcie zajęć lekcyjnych (np. z powodu umówionej wizyty lekarskiej, etc.), powinni wcześniej poinformować o tym wychowawcę klasy, w formie pisemnej przez e-dziennik. W przypadku konieczności opuszczenia szkoły z powodu zachorowania dziecka lub innych nagłych sytuacji, uczeń powinien najpierw zgłosić ten fakt wychowawcy i wspólnie zgłosić się do sekretariatu (lub samodzielnie), aby zadzwonić do rodzica, który wyraża lub nie zgodę na opuszczenie przez ucznia szkoły.

Wejścia na teren szkoły wymagają wcześniejszego umówienia. Uczniowie i nauczyciele oraz pracownicy szkoły mają dostęp elektroniczny do drzwi szkolnych, które otwierane są za pomocą specjalnych kart identyfikacyjnych, które są jednocześnie kartami dostępowymi.

Budynek jest pod stałym nadzorem firmy ochroniarskiej, która wspierana jest systemem monitoringu.

Dzieci i młodzież dowożona transportem zbiorowym z Dowództwa Wielonarodowego Korpusu Płn.-Wsch., autokarem wojskowym, odbywa podróż w asyście Oficera Eskortującego odpowiedzialnego za bezpieczeństwo w trakcie przejazdu do szkoły.

PODSUMOWANIE

Podstawową misją międzynarodowych szkół jest inspirowanie młodych ludzi do wykorzystania swoich talentów i energii w napędzanie zmian na całym świecie, niezależnie od tego, jaką ścieżkę rozwoju wybiorą.

⁷*Szczecin International School Statutes*, Internet, <https://sis.info.pl/en/szkolne-statuty/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

Właściwe kierowanie bezpieczeństwem w tych szkołach jest istotne ze względu na to, że mogą spotkać się uczniowie zwaśnieni etnicznie, rasowo, regionalnie, religijnie i państwowo, np. mieszkańcy Bałkanów, Grecy z Turkami, Izraelici z Palestyńczykami, Ukraińcy z Rosjanami, Singapurczycy z Chińczykami, przedstawiciele różnych zwaśnionych państw afrykańskich, Irańczycy z Amerykanami i wiele innych takich przypadków narodowych.

Należy pamiętać również o tym, że w szkołach międzynarodowych są uczniowie, którzy mają kilka narodowości po rodzicach, a i rodzice również reprezentują wiele narodowości ze względu na swoje pochodzenie i powiązania rodzinne. Uczniowie w każdej szkole nawiązują przyjaźnie z ludźmi z całego świata i zdobywają głębsze zrozumienie różnych sposobów myślenia.

Inicjatywa na rzecz uchodźców od wielu lat finansuje również pełne stypendia dla młodych ludzi przesiedlonych z obszarów objętych konfliktami.

Edukacja w takich szkołach zachęca uczniów również do zastanowienia się, w jaki sposób mogą aktywnie wspierać swoją społeczność i budować inicjatywy, które uczą pokoju, tolerancji, przywództwa, pracy zespołowej, kreatywności i pewności siebie.

Sieć absolwentów UWC liczy prawie 60 000 osób, a absolwentów można znaleźć w każdym zakątku świata. Każdy absolwent podąża inną ścieżką, opartą na swoich zainteresowaniach i talentach. Jednak każdy z nich kieruje się etosem UWC, wprowadzając duże i małe zmiany poprzez odważne działania, osobisty przykład i bezinteresowne przywództwo.

Podobne wartości reprezentują również absolwenci międzynarodowej szkoły Szczecin International School.

Bibliografia:

Fazlagić J., *Kreatywność w systemie edukacji*, Seria naukowa, Wydawnictwo Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Warszawa, 2019.

Gill M., *The Handbook of Security*, Palgrave Macmillan Ltd., United Kingdom, 2022.

Hargreaves D., *Social Relations in a Secondary School*, Routledge & Kegan Paul, London, 1991.

Koziej S., *Rozmowy o bezpieczeństwie*, Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarskiego, Warszawa, 2016.

Koźuh A., *Kreatywność w pracy nauczyciela i jego uczniów*, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego & Towarzystwo Naukowe „Societas Vistulana”, Kraków, 2021.

Kunikowski J., *Bezpieczeństwo człowieka w świetle współczesnych zagrożeń*, Wydawnictwo Pedagogium, Warszawa, 2008.

Walancik K., *Edukacja wielokulturowa. Strategie edukacyjne*, Akademia WSB, Dąbrowa Górnicza, 2024.

Źródła internetowe:

Szczecin International School Statutes, Internet, <https://sis.info.pl/en/szkolne-statuty/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

Szczecin International School, Internet, <https://www.sis.info.pl/en/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

United World Colleges Polska, Internet, <https://www.pl.uwc.org/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

United World Colleges Organisation, Internet, <https://www.uwc.org/schools>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

International Baccalaureate Organisation, Internet, <https://www.ibo.org/>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

UWC Maastricht, *Safeguarding Policy Effective June 2023*, Internet, <https://www.uwcmaastricht.nl/wp-content/uploads/2023/07/UWC-Maastricht-Safeguarding-Policy-2023.pdf>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

UWC Maastricht, *UWC Student Code of Conduct (2019)*, Internet, <https://www.uwcmaastricht.nl/wp-content/uploads/2020/03/UWC-Student-Code-of-Conduct.pdf>, [dostęp: 20.08.2024 r.]

AGNIESZKA WIATROWSKA

Szkoła Podstawowa w Maszewie

ISTOTA OCENY PRACY NAUCZYCIELA

THE ESSENCE OF TEACHER WORK EVALUATION

Słowa kluczowe: ocena, praca, ocena nauczyciela, ocena pracy, ewaluacja

Abstrakt: Artykuł stanowi opis oceny pracy nauczyciela. Obserwacja rzeczywistości szkolnej dowodzi, że sposoby oceniania pracy nauczyciela umożliwiają pomiar stopnia realizacji zadań dydaktycznych i wychowawczych, wywołują pozytywne motywacje, dają satysfakcję z osiągnięć, zachęcają do likwidowania występujących braków oraz zabezpieczają stały wzrost rangi zawodu nauczycielskiego. Wartościowanie pracy nauczyciela jest zagadnieniem bardzo trudnym i wciąż nowym z uwagi na specyficzny charakter pracy nauczycielskiej. Zawód ten należy do rodzaju zawodów „otwartych, którego czynności nie można dokładnie ustalić, a obiektywnie ocenić jeszcze trudniej z uwagi na różnorodne, złożone strukturalnie i uwarunkowane zewnętrznie działania pedagogiczne i ich wyniki.

Keywords: assessment, work, teacher assessment, work assessment, evaluation

Abstract: The article is a description of the evaluation of a teacher's work. Observation of the school reality proves that the methods of evaluating a teacher's work enable the measurement of the degree of implementation of didactic and educational tasks, trigger positive motivations, provide satisfaction from achievements, encourage the elimination of existing deficiencies and ensure a constant increase in the rank of the teaching profession. The evaluation of a teacher's work is a very difficult and still new issue due to the specific nature of teaching work. This profession belongs to the type of "open" professions, the activities of which cannot be precisely determined, and it is even more difficult to objectively evaluate due to the diverse, structurally complex and externally conditioned pedagogical activities and their results.

WPROWADZENIE

Praca nauczyciela to zawód trudny, wymagający dużego zaangażowania, umiejętności i elastyczności. Jest to praca, w której nauczyciel musi poradzić sobie w różnorodnych sytuacjach. Praca pełna wyzwań, stresu, a czasem nawet i frustracji. Praca nauczyciela nie polega tylko na przekazywaniu wiedzy uczniom, ale także wspiera ich w rozwoju społecznym i emocjonalnym. Ta trudna praca daje nauczycielom radość i satysfakcję, kiedy widzą osiągnięcia i sukcesy wychowanków.

Ze względu na jej ważność, trudność i odpowiedzialność praca nauczyciela powinna być właściwie i rzetelnie oceniana. Dydaktyczna, opiekuńcza i wychowawcza działalność nauczyciela jest skomplikowana. W jej kontrolowaniu i ocenianiu napotyka się na trudności, które nie występują w żadnym innym zawodzie. Wynika to z form i metod, jak i ważności skutków pracy pedagogicznej dla kształtowania przyszłych pokoleń.

Ocena pracy nauczyciela jest bardzo trudna. Nauczyciel oceniany jest według ustalonych kryteriów z obszaru pracy z uczniami, współpracy z rodzicami i nauczycielami, przepisami prawa, swojego rozwoju oraz własnego warsztatu pracy. Stąd ogromne

trudności w opracowaniu racjonalnego sposobu wartościowania działalności dydaktyczno-wychowawczej nauczycieli. Za oceną pracy nauczyciela kryje się człowiek ze swoimi troskami, przeżyciami, dążeniami, dla którego nie jest obojętna wystawiona ocena jego pracy. Praca nauczyciela oceniana jest przede wszystkim przez uczniów, rodziców i środowisko. Dlatego też jest to sprawa ważna na co dzień, jak również z punktu widzenia perspektywicznych planów.

OCENA PRACY NAUCZYCIELI

Każde świadome i celowe działanie człowieka, jeżeli ma być działaniem osiągnięcia założonego celu, powinno być systematycznie kontrolowane i oceniane. Jest to niezbędny warunek wykrywania błędów w pracy nauczyciela-wychowawcy i jego wychowanków oraz dokonywania usprawnień ich wspólnej pracy.

Ocena pracy nauczyciela to zespół administracyjnych czynności z zakresu nadzoru pedagogicznego, przeprowadzany przez dyrektora szkoły¹.

Ocena pracy nauczyciela powinna zachęcać do rozwoju zawodowego w celu osiągnięcia założonych celów.

Ocena pracy nauczyciela ma duże znaczenie zarówno dla samego nauczyciela, jak i szkoły, w której pracuje. Jest dowodem, że dyrektor przejawia zainteresowanie pracą i osobą nauczyciela, uznaje jego indywidualne zdolności. Ocena pracy powinna być dla ocenianego bodźcem do zastanowienia się nad sobą, swoją pracą, stosunkiem do innych nauczycieli oraz pracowników szkoły. Jest to ważny czynnik do dalszego rozwoju własnej osoby.

FUNKCJE OCENY

Ocena pracy spełnia wielorakie funkcje. Stanowi istotny czynnik aktywizujący zachowanie nauczyciela. Pozytywna ocena jest czynnikiem motywującym nauczyciela do pracy, ma wpływ na jego kreatywne działanie oraz jego rozwój zawodowy. Ocena dostarcza informacji o potrzebach szkoły. Ocena ma wpływ na ambicje nauczyciela, jego możliwości oraz pomaga w eliminowaniu błędów popełnianych przy wykonywaniu czynności zawodowych i stylu pracy. Pomaga również w tworzeniu właściwej atmosfery współpracy między przełożonym a podwładnym oraz wzajemnego zaufania.

Prawidłowa, rzetelna ocena pracy ma także istotne znaczenie psychologiczne. Pomaga bowiem w zaspokajaniu podstawowych potrzeb bezpieczeństwa, przynależności, uznania i samorealizacji. Każdy człowiek chce być „widziany”, chwalony, nagradzany i doceniany. Rodzaje uznania, do którego ludzie dążą są różne: podziw, rozmowa, uśmiech, nagroda pieniężna, awans, zażyłe stosunki, zaufanie, itp. W tym podstawową rolę spełnia właściwa, pozytywna ocena.

¹A. Biegańska, *Gromadzenie informacji o pracy nauczyciela*, „Dyrektor Szkoły”, 2006, nr 1, s. 16-17.

Odwrotne działanie ma ocena negatywna. Ocena ta może wyrządzić szkodę nie tylko nauczycielowi, ale i szkole. Zniechęca ona i demotywuje nauczyciela, rodzi uzasadnione niezadowolenie nie tylko u bezpośrednio pokrzywdzonego, ale i u innych współpracowników. Negatywna ocena pracy może mieć wpływ na stosunki między nauczycielem i dyrektorem oraz stosunki między pozostałymi nauczycielami i pracownikami szkoły.

Od 1 września 2022 roku ocena pracy nauczyciela dokonywana jest na podstawie kryteriów określonych w rozporządzeniu, które podzielono na podstawowe i dodatkowe, w formie punktowej. W momencie wyliczenia sumy punktów, dyrektor wystawia ocenę wyróżniającą, bardzo dobrą, dobrą lub negatywną².

Obiektywna, sprawiedliwa i rzetelnie przeprowadzona ocena pracy jest konieczna z uwagi na specyfikę naszego współczesnego społeczeństwa. Wymaga dokładnej obserwacji osoby oceniającej, zapoznania się z jej osiągnięciami oraz zasięgnięcia opinii wśród nauczycieli i pracowników szkoły.

PRACA NAUCZYCIELA A FUNKCJONOWANIE SZKOŁY

Ocena pracy nauczyciela jest jednym z ważniejszych czynników decydującym o powodzeniu funkcjonowania szkoły. Ocena powinna stanowić odzwierciedlenie pracy nauczyciela. Ocena leży również w interesie samego nauczyciela. Chce on wiedzieć, jak pracuje, jakie osiąga wyniki. Pragnie zaspokoić swoją potrzebę sukcesu i powodzenia choćby poprzez porównanie wyników swojej pracy z osiągnięciami innych nauczycieli i szkół. Ocena mobilizuje go do pracy, a połączona z trafną diagnozą, uzupełniona zaleceniami i radami, stanowi niezbędną odpowiedź do ulepszenia i poprawienia stylu pracy nauczyciela.

Szkoła odpowiada za wychowanie powierzonych jej opiece dzieci i młodzieży. Ocena pracy nauczyciela jest więc konieczna ze względu na potrzebę dziecka i społeczeństwa. Instytucja, jaką jest szkoła, umie ocenić i ma wpływ na dobór kadry pedagogicznej, jak również na wyeliminowanie tych, którzy nie nadają się do pracy dydaktyczno-wychowawczej.

Ocena pracy nauczyciela jest zagadnieniem subtelnym, trudnym i wciąż kontrowersyjnym. W każdej ocenie zawarta jest pewna dowolność interpretacji spowodowana indywidualnością osoby oceniającej i dlatego też w każdej ocenie zawarte są elementy subiektywności. Dydaktyczna i wychowawcza działalność nauczyciela jest tak złożona, że przy jej ocenianiu napotyka się na trudności, które nie występują prawie w żadnym innym zawodzie. Niełatwo jest oceniać w sposób jednoznaczny prawidłowość pracy dydaktyczno-wychowawczej. Dokonanie oceny pracy nauczyciela jest rzeczą skomplikowaną ze względu na liczbę kryteriów, które trzeba uwzględnić. Zawód nauczyciela jest jedyny w swoim rodzaju, któremu wyznacza się szczególną rolę społeczną – wychowa-

²Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25.08.2022 r. w sprawie oceny pracy nauczycieli, Dz.U. 2022 r., poz. 1822.

nie młodych pokoleń. Uzasadnione jest więc jego traktowanie jako zawodu wymagającego szczególnych predyspozycji, wysoce odpowiedzialnego, trudnego i obdarzonego przy tym szacunkiem społecznym. Dydaktyczno-wychowawcza działalność jest szczególnie złożona z uwagi na to, że chodzi o kształtowanie osobowości człowieka. Nie jest to zadanie proste. Każde dziecko jest inne, ma inne potrzeby, upodobania i zdolności. Do każdego ucznia należy podejść indywidualnie. Nauczyciel musi dostosować swoje metody nauczania, aby każdy uczeń mógł osiągnąć sukces. Wymaga to od nauczyciela takich zachowań jak: cierpliwość, elastyczność, kreatywność i empatia.

Oceniając pracę nauczyciela niełatwo jest ocenić jego współpracę z rodzicami uczniów. Dzisiejsze czasy pokazują bardzo znikomą chęć współpracy rodziców z wychowawcą i szkołą. Nauczyciele wykazują ogromne zaangażowanie, aby nawiązać z nimi kontakt, zachęcić ich do jakichkolwiek czynności wykonanych na rzecz klasy i szkoły.

Ocena pracy nauczyciela musi być czynnikiem mobilizującym i zachęcającym do dalszego doskonalenia się, a nie czynnikiem destruktywnym, powodującym konflikty i zaognienie.

ZAGADNIENIE OCENY PRACY NAUCZYCIELA W ŚWIETLE PRAWA

Karta Nauczyciela³ i Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej⁴ podaje kryteria pracy nauczyciela, stwierdza, że podstawę oceny pracy nauczyciela stanowi stopień realizacji zadań określonych w „Karcie Nauczyciela”, w ustawie o systemie oświaty, zadań szkoły określonych w jej statucie oraz obowiązków określonych odrębnymi przepisami.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 2022 r., poz 1822 podaje:

Obowiązkowe kryteria oceny pracy nauczyciela obejmują:

1) poprawność merytoryczną i metodyczną prowadzonych zajęć dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych;

2) dbałość o bezpieczne i higieniczne warunki nauki, wychowania i opieki;

3) znajomość praw dziecka, w tym praw określonych w Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. poz. 526, z 2000 r. poz. 11 oraz z 2013 r. poz. 677), ich realizację oraz kierowanie się dobrem ucznia i troską o jego zdrowie z poszanowaniem jego godności osobistej;

4) wspieranie każdego ucznia, w tym ucznia niepełnosprawnego, w jego rozwoju oraz tworzenie warunków do aktywnego i pełnego uczestnictwa ucznia w życiu szkoły oraz środowiska lokalnego;

5) kształtowanie u uczniów szacunku do drugiego człowieka, świadomości posiadanych praw oraz postaw: obywatelskiej, patriotycznej i prospołecznej, w tym przez własny przykład nauczyciela;

³ Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela, Dz. U. z 2023 r. poz. 984 ze zm.

⁴ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25.08.2022 r. w sprawie oceny pracy nauczycieli, Dz.U. 2022 r., poz. 1822.

6) współpracę z innymi nauczycielami w zakresie wynikającym z realizowanych przez szkołę zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych oraz zadań statutowych;

7) przestrzeganie przepisów prawa z zakresu funkcjonowania szkoły oraz wewnętrznych uregulowań obowiązujących w szkole, w której nauczyciel jest zatrudniony;

8) poszerzanie wiedzy i doskonalenie umiejętności związanych z wykonywaną pracą, w tym w ramach doskonalenia zawodowego;

9) współpracę z rodzicami.

Ocena pracy nauczyciela ma charakter opisowy i jest zakończona twierdzeniem uogólniającym:

- ocena wyróżniająca,
- ocena bardzo dobra,
- ocena dobra,
- ocena negatywna.

Nauczyciel nie powinien być biernym obiektem oceny, lecz stać się partnerem w procedurze ocenianego. Każdy nauczyciel zdolny jest do obserwowania przebiegu własnej pracy i kontroli jej wyników oraz samooceny. Samoocena odgrywa bardzo ważną rolę nie tylko w poznaniu siebie, ale i także w kierowaniu swoim zachowaniem oraz w realizacji planów i zamiarów życiowych.

AKSJOLOGICZNE, INSTRUMENTALNE I PSYCHOLOGICZNE ZNACZENIE OCENY PRACY NAUCZYCIELA

Każda ocena jest sądem wartościującym, określającym przydatność osoby do pracy lub też mówiącym o skuteczności czyjśgo działania. Ocena zaspokaja jedną z naturalnych potrzeb psychicznych człowieka: potrzebę poznania własnej wartości. Każdy nauczyciel chce wiedzieć jak pracuje, jakie osiąga wyniki, potrzebuje pewności swojej dobrej pracy. Nauczycielowi potrzebna jest ocena jego wysiłku, ale taka, która inspirowałaby u nauczyciela odkrywcze procesy myślowe, a nie taka, która wyzwałaby protesty i żale. Nauczyciel czuje potrzebę oceny, która ustala jego wartość, przydatność do ustalonego stanowiska, wpływa na samopoczucie, staje się elementem pobudzającym lub hamującym jego poczynania.

Zawód nauczyciela jest trudny, a więc słusznie oczekuje on za swoją pracę należnego mu uznania i potwierdzenia swoich osiągnięć pedagogicznych. Dlatego też na stopień wartościowania swojej działalności reaguje różnie.

Można stwierdzić, że pozytywna ocena jest czynnikiem skłaniającym nauczyciela do poprawy swojej pracy, mobilizuje go do innowacji, skutecznego działania, lepszej pracy nad sobą i kształtowania świadomej dyscypliny.

Ocena pracy nauczyciela stanowi instrument kierowania jego pracą, jego postawą oraz jest jednym z istotnych czynników integrujących nauczycieli w jeden zgodnie i harmonijnie współpracujący zespół. Jest czynnikiem kształtującym stosunki międzyludzkie w szkole. Stanowi podstawę przyznawania nagród, wyróżnień, pochwał, przyznawania medali i odznaczeń oraz awansów zawodowych. Kształtuje długofalową politykę kadrową. Ważny w ocenie pracy nauczyciela jest stosunek: dyrektor – nauczyciel, władze oświatowe – nauczyciel.

Z psychologicznego punktu widzenia sprawiedliwa ocena pracy nauczyciela powinna być czynnikiem wpływającym na podwyższenie efektywności jego pracy z systemem pozytywnej motywacji jako działań, rozwinięciem potrzeb intelektualnych, kulturowych i społecznych, dążeniem do samorealizacji, poczucia pewności i spokoju. Choć nauczyciele na swoją ocenę reagują zadowoleniem, to w gruncie rzeczy bardzo ją przeżywają emocjonalnie. Zdają sobie sprawę, że ocena ustala ich wartość. Stąd to charakterystyczne dla tego zawodu ciągle napięcie emocjonalne.

Obiektywna ocena pracy nauczyciela dostarcza głębokich, miłych emocji, należycie ukierunkowuje jego osobowość, wzbudza zaufanie do kierownictwa, wyrabia pozytywne nastawienia, uczy co jest dobre a co złe, co słuszne i pożądane, a co niewłaściwe i szkodliwe. Obiektywna ocena pracy nauczyciela i jej jakość stanowią niezwykle silny czynnik w kształtowaniu jego postaw zawodowych.

Wartościowanie pracy nauczycieli wymaga szczególnej rozważliwości i ostrożności. Powinien brać to pod uwagę dyrektor oceniający pracę nauczyciela. Podczas jej wartościowania należy stworzyć atmosferę przyjaźni, życzliwości i właściwej troski o poziom jego pracy, o właściwy sposób przeprowadzenia oceny, bo tylko taka może spełnić swoje zadanie.

OBIEKTYWNOŚĆ OCENY ORAZ TRUDNOŚCI, BŁĘDY I NIEDOCIĄGNIĘCIA SYSTEMIE OCENIANIA PRACY NAUCZYCIELA

Pracę nauczycieli oceniano od dawna i robi się to nadal. Należy to do obowiązku dyrektora szkoły. Rozumie się przy tym intuicyjnie, że robi to w granicach dobrej woli sprawiedliwie. Nierzadko zdarzają się zastrzeżenia i odwołania nauczycieli z powodu ocen, ich zdaniem krzywdzących.

Sposoby wartościowania pracy nauczycieli są częściej krytykowane niż ma to miejsce w innych zawodach. Główne źródło niedoskonałości tkwi w materii podlegającej ocenie – trudności w wartościowaniu postaw, poglądów, itp.

Trudno dokonać właściwej oceny pracy nauczyciela, ponieważ nie zawsze praca jaką wykonuje nauczyciel daje pełny obraz działalności dydaktyczno-wychowawczej ocenianego. Bardzo często dodatkową trudność w wartościowaniu jego pracy stwarza wadliwa praktyka oceniania: pośpiech, brak chęci z kompleksowym zapoznaniem się z osiągnięciami osoby ocenianej, formalistyczne podejście ocenającego.

Ocenianemu nauczycielowi towarzyszy uczucie niepewności i zagubienia. Jest zdezorientowany. Jego stan psychiczny stanowi tu dodatkową trudność we właściwej ocenie pracy. Towarzyszy temu lęk przed porażką, następstwem porażek, późniejszymi przeżyciami własnymi i opinią kolegów.

PODSUMOWANIE

Ocena pracy nauczyciela jako jedna z form działalności nadzoru pedagogicznego winna służyć dobrej realizacji zadań oświatowych.

Proces oceniania pracy nauczycieli przebiega według kryteriów, na podstawie których kwalifikuje się pracę nauczyciela jako zasługującą na daną ocenę, a ocena pracy nauczyciela spełnia tylko wówczas swoje założone funkcje, jeżeli jest obiektywna.

Ocena pracy nauczyciela spełnia doniosłe znaczenie w systemie kierowania pracą szkoły. Wymaga od dyrektora szkoły wszechstronnego przygotowania. Ocena jeżeli ma być obiektywna, sprawiedliwa, mobilizująca nauczyciela, musi opierać się na szerokim materiale uzyskanym ze wszystkich dostępnych źródeł informacji o pracy nauczyciela, jej wynikach i warunkach.

Przedmiotem oceny pracy nauczyciela jest działalność dydaktyczna, wychowawcza, opiekuńcza, własne doskonalenie, osobowość i zdolność organizatorska. Wartościowanie jej odbywać się winno na podstawie zróżnicowanych kryteriów dostosowanych do różnego typu szkół. Do zobiektywizowania oceny pracy nauczycieli może przyczynić się usprawnienie pracy nadzoru pedagogicznego oraz włączenie samooceny nauczyciela.

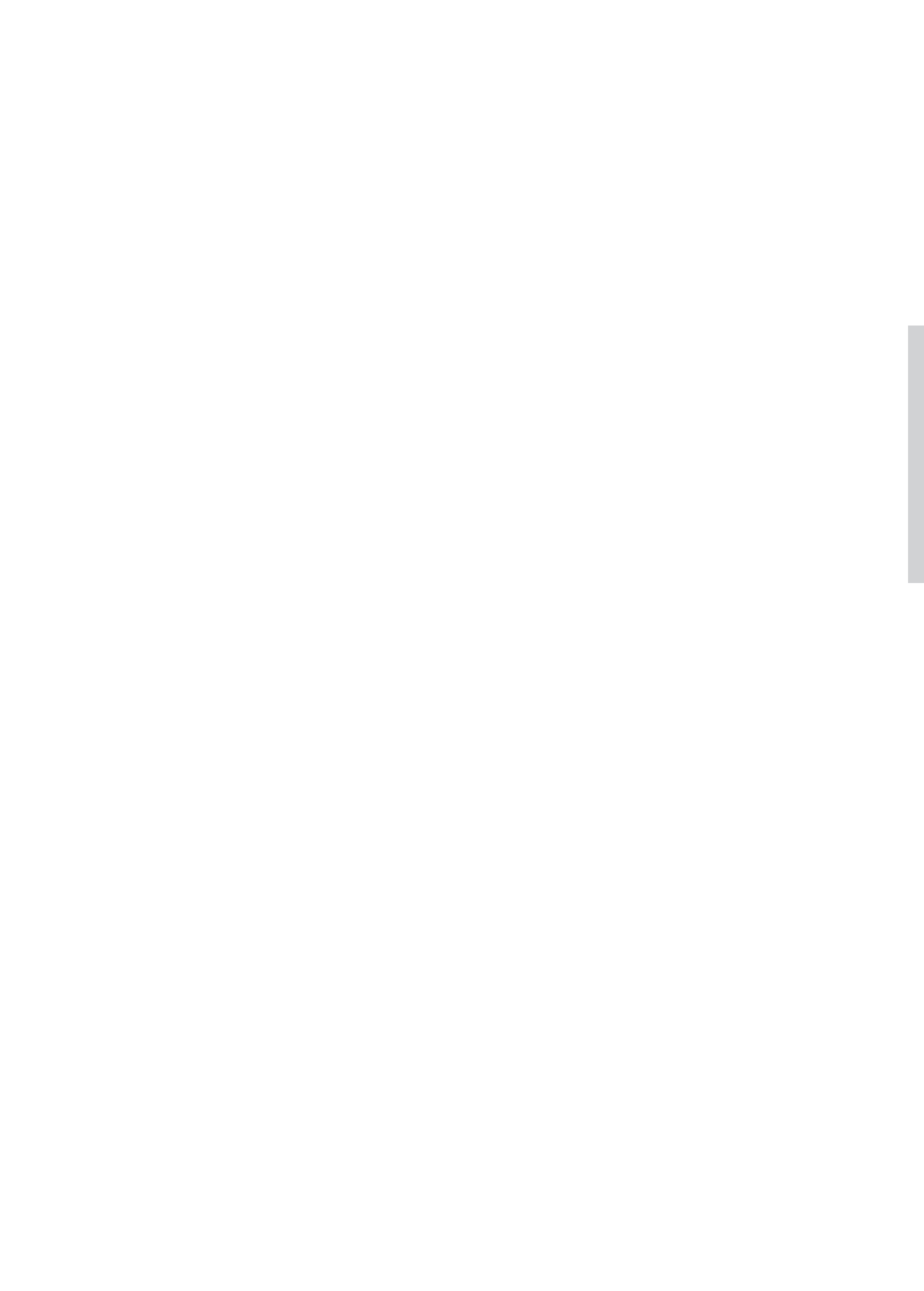
Sposób i forma dokonywania oceny jest podstawowym obowiązkiem dyrektora szkoły. Stanowi więc narzędzie zarządzania o wyjątkowo silnym oddziaływaniu. Dlatego też musi ono sprawnie i rzetelnie spełniać swoje zadania.

Każda ocena pracy nauczyciela, choćby była przeprowadzona zgodnie z przepisami, według określonych kryteriów, zawierać powinna pewien stopień subiektywizmu. Dyrektor szkoły to tylko człowiek ze swoimi prywatnymi przeżyciami, własnym życiem, problemami zarządzania oświatą, który w danej chwili może być różnie ustosunkowany do ocenianego nauczyciela. Oceniany natomiast nauczyciel w danej chwili obarczany stresem, poczuciem odpowiedzialności za przyszłą pracę, obarczony świadomością roli oceny swojej pracy niejednokrotnie odbiera fakt przebiegu oceny jako egzamin i zapewnienie pracy na przyszłe 5 lat. Trudno więc dziwić się obu stronom – przełożonemu i podwładnemu – towarzyszącym im przeżyciom na niekorzyść tego drugiego, czyli nauczyciela, zwłaszcza młodego i niedoświadczonego.

Przełożony nie powinien w ocenie nauczyciela kierować się uprzedzeniami, osobistymi antypatiami i podpowiedziami innych osób. Jego ocena powinna być obiektywna, wyważona, rozważna i sprawiedliwa. Powinna uwzględniać bogaty dorobek zawodowy ocenianego nauczyciela.

Bibliografia:

- Biegańska A., *Gromadzenie informacji o pracy nauczyciela*, „Dyrektor Szkoły”, 2006, nr 1.
- Kowalski M., *Ocena pracy nauczyciela i dyrektora przedszkola krok po kroku dokumenty – wytyczne, przykłady*, Wiedza i Praktyka sp. z o.o., 2022.
- Kowalski M., Wysocka M., *Ocena pracy nauczyciela i dyrektora od 1 stycznia 2019 r.*, Wiedza i Praktyka sp. z o.o., 2019.
- Lewandowski J., Łoskot M., *Nadzór pedagogiczny dyrektora szkoły*, Forum Media Polska, 2022
- Majchrzak M., Zając D., *Obowiązki dyrektora wobec nauczycieli awansujących na nauczyciela dyplomowanego po 1 września 2022 r.*, 2022.
- Michalak D., *Ocena pracy nauczyciela*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce, 2018.
- Zając D., Lewandowski J., *Ocena pracy nauczyciela i dyrektora po zmianach w awansie zawodowym*, Forum Media Polska, 2022.
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. – *Karta Nauczyciela*, Dz. U. z 2023 r. poz. 984 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25.08.2022 r. w sprawie oceny pracy nauczycieli, Dz.U. z 2022 r., poz. 1822.



II. ZDROWIE – ROZWAŻANIA WOKÓŁ PROBLEMATYKI UWARUNKOWAŃ „DOBROSTANU” PACJENTÓW

BARBARA SZPERKA, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

ZADOWOLENIE PACJENTÓW Z E-USŁUG MEDYCZNYCH WPROWADZONYCH DO PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

PATIENTS' SATISFACTION WITH E-MEDICAL SERVICES INTRODUCED TO PRIMARY HEALTH CARE

Słowa kluczowe: pacjent, podstawowa opieka zdrowotna, e-usługi medyczne, wiedza, zadowolenie

Streszczenie: E-usługi są jedną z wielu najszybciej rozwijających się dziedzin medycznych. Wychodząc naprzeciw potrzebom świadczeniodawców oraz pacjentów, rozwijająca się infrastruktura teleinformatyczna jest aktualizowana, ulepszana i dostosowywana do potrzeb odbiorców. Usługi medyczne w postaci elektronicznej wrosły więc w cyber codzienność człowieka. Poruszone w pracy zagadnienia dotyczą wybranych e-usług, a celem badań była ocena zadowolenia pacjentów z ich wprowadzenia w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej.

Keywords: patient, primary health care, e-medical services, knowledge, satisfaction

Summary: E-services are one of the fastest growing medical fields. To meet the needs of healthcare providers and patients, the developing ICT infrastructure is updated, improved and adapted to the needs of recipients. Medical services in electronic form have become a part of people's cyber everyday life. The issues raised in the work concern selected e-services, and the aim of the research was to assess patient satisfaction with their introduction in a primary health care clinic.

WSTĘP

Jednym z głównych założeń rozwoju gospodarczego państwa jest rozwój technologii informatycznych, co nieuchronnie dotarło również do systemu ochrony zdrowia. Zastosowanie nowych rozwiązań ma na celu zwiększenie skuteczności opieki nad pacjentem, jak również dostępności do usług. E-usługi w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) to temat dość nowy. Informatyzacja ochrony zdrowia wprowadzana jest stopniowo, ale dynamicznie się rozwija, dążąc do poprawy infrastruktury teleinformatycznej placówek POZ. Poruszone zagadnienia w pracy dotyczą wybranych e-usług medycznych, takich jak e-wizyta (teleporada, wideo porada), e-recepta, e-zwolnienie, e-skierowania oraz Internetowe Konto Pacjenta.

Pandemia koronawirusa typu drugiego SARS-CoV-2 w doskonały sposób pokazała jak ważne jest zapewnienie i umożliwienie pacjentom dostępu do usług medycznych w postaci e-usług. W znacznym stopniu pandemia przyspieszyła również wprowadzenie wielu rozwiązań. Dzięki szerokiemu wsparciu ze strony Ministerstwa Zdrowia, Funduszy Europejskich i Narodowego Funduszu Zdrowia placówki podstawowej opieki

zdrowotnej usprawniają swoją działalność, co z całą pewnością wpływa na zadowolenie pacjentów oraz ułatwia pracę personelowi medycznemu¹.

Niniejsza praca dotyczy zagadnień informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Dotyka jej problematyki oraz ma na celu wyjaśnienie, jak ważne i postępowe jest wprowadzenie e-usług w opiece zdrowotnej. Zagadnienie jakim jest informatyzacja placówek POZ jest szczególnym obiektem zainteresowań autorek pracy. Dzięki temu badaniu autorki chcą zwiększyć własną wiedzę oraz czytelnika w zakresie świadomości i zadowolenia społeczności wprowadzonych e-usług medycznych, zależnie od ich rodzaju.

INFORMATYZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Informatyzacja systemu ochrony zdrowia w dzisiejszej dobie komputerów i technologii informatycznych wydaje się czymś zupełnie normalnym. Czymś co wpisało się w codzienność pracy wszystkich zawodów medycznych, jak również innych sektorów usług publicznych. Wspomaganie więc tych wszystkich systemów technologią informatyczną (IT, *technologia informacyjna*, ICT, *Information and Communication Technology*) jest nie tyle co wyprzedzeniem konkurencji, a raczej koniecznością nie pozostawiania w tyle. Umiejętność korzystania z tych rozwiązań bez wątpienia ma wpłynąć korzystnie na ich funkcjonowanie i ułatwienie pracy.

Zadaniem jednostek systemu ochrony zdrowia jest opieka nad pacjentem na najwyższym, możliwym poziomie. System informatyzacji można określić jako zbiór reguł, procesów działań i narzędzi służących do pozyskiwania, organizowania, przetwarzania, gromadzenia i analizowania informacji w postaci danych, celem dostarczania wniosków². Jednak, gdy sięgnąć po historie informatyzacji systemu ochrony zdrowia w Polsce, temat jest stosunkowo młody. Barię wprowadzenia takich rozwiązań były przede wszystkim finanse, zakup komputerów oraz zbyt drogi dostęp do Internetu oraz pytanie, kto sfinansuje wszystkie te zmiany. Kolejną przeszkodą był wiek pracowników medycznych, który uniemożliwiał lub utrudniał korzystanie z nowych rozwiązań oraz ich opór przed wdrożeniem się w nowy system. Krótko mówiąc, pracownicy na początku nie chcą, boją się używać nowego systemu komputerowego, widząc w tym dodatkowy obowiązek. Przeszkodę stanowiły inne czynniki, brak dostosowania tych rozwiązań do potrzeb i umiejętności pracowników ochrony zdrowia. Dopiero po wprowadzeniu w życie ustawy regulującej system informacji w ochronie zdrowia, większość zagadnień i obowiązków dla świadczeniodawców i świadczeniobiorców stała się jaśniejsza³. Ustawa opisuje główne elementy systemu oraz zależności między nimi. Wiele podsta-

¹D. Kilańska, H. Grabowska, A. Gaworska-Krzemińska: *E-zdrowie wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

² M. Koenner, A. Malinowska: *Telemedycyna – aspekty prawne*, „AsteriaMed”, Gdańsk 2020.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr. 113, poz. 657).

wowych danych znajdujących się w systemie pochodzą z wielu instytucji, administrowane są przez ministrów zdrowia, spraw wewnętrznych i administracji, rozwoju, finansów, cyfryzacji. Dane pochodzą również z instytucji, takich jak: Główny Urząd Statystyczny, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Istotą budowy sprawnego systemu informacji w ochronie zdrowia jest dostarczenie informacji niezbędnych w danym czasie i miejscu. Dla dalszego rozwoju telemedycyny w Polsce przyjmuje się rok 2015, w którym to został zmieniony tekst ustawy⁴. Umożliwiło to realizację świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności⁵. System podlega ciągłej aktualizacji oraz wprowadzeniu nowych rozwiązań. Ważnym jego elementem jest aspekt związany z bezpieczeństwem danych, dokumentów oraz ich pozyskiwaniem przez pracownika. Powyższe zagadnienia regulowane są ustawą o ochronie danych osobowych oraz dokumentacji medycznej. Ustawy te określają kto, kiedy i w jakim zakresie ma prawo dysponować danymi pacjentów. Wszystko po to, aby pacjent oraz pracownik medyczny wykonujący swoją pracę mógł czuć się bezpiecznie w wirtualnej przestrzeni e-usług medycznych.

POJĘCIE E-USŁUG MEDYCZNYCH

Istnieje wiele mniej lub bardziej rozbudowanych definicji e-zdrowia. W artykułach pojawiających się w piśmiennictwie, w latach 2017-2018 pojęcie „telemedycyny” czy „e-zdrowie” nie zostały wprost określone przez ustawodawcę polskiego ani unijnego. Próby zdefiniowania tych pojęć zostały podjęte przez przedstawicieli nauk medycznych i o zdrowiu oraz organizacji, jak Światowa Organizacja Zdrowia i Komisja Europejska. Mimo braku konkretnego wytłumaczenia e-zdrowia wspólną cechą wszystkich pojęć jest poprawa efektywności systemów ochrony zdrowia, dzięki włączeniu technologii IT⁶.

E-zdrowie jest jednym z elementów polityki zdrowotnej państwa, a jedną z ich składowych są e-usługi, które poszerzyły możliwości opieki nad pacjentem, a także usprawniły pracę medykom. Na ogół pojęcie e-usług, w opinii publicznej utożsamia się z tak zwaną medycyną na odległość, udzielanie pomocy pacjentom za pośrednictwem dobrodziejstw technologii IT (teleporada, telenadzór, e-recepta i inne). Gotowość placówek medycznych do wprowadzenia e-usług poprawiła również wydajność pracowników i przyczyniła się do poprawy przepływu informacji, np.: wyników badań czy konsultacji⁷. Jednym słowem określić można, iż „e-usługi, czy też e-zdrowie to wszelkie

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2015 roku *o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. 2015 pozycja 1991).

⁵ G. Szpor, I Lipowicz, M. Świerczyński, *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, „Wolters Kluwer Polska”, Warszawa 2019.

⁶ G. Szpor, I Lipowicz, M. Świerczyński, *Telemedycyna...*

⁷ Tamże

świadczenia medyczne realizowane na odległość, polegające na bezpiecznej transmisji danych oraz informacji medycznych za pomocą wiadomości tekstowych, dźwięku, obrazów lub innych form wyrażania niezbędnych do celów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, terapeutycznych oraz kontroli stanu zdrowia pacjenta”⁸.

WPROWADZENIE E-USŁUG DO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

Z początkiem 2011 roku weszła w życie ustawa⁹, której głównym celem i założeniem dla placówek systemu ochrony zdrowia było powstanie ogólnopolskiego systemu informacji w ochronie zdrowia, przetwarzającego dane medyczne w określonych celach, zapisanych w Systemie Ochrony Zdrowotnej. Najważniejszą funkcją systemu miał stać się system informacji medycznej, umożliwiając wymianę danych medycznych w formie elektronicznej.

System Informacji Medycznej (SIM) miał obejmować dane osobowe i jednostkowe dane medyczne pacjentów, dane płatników, ceny udzielania świadczeń oraz umożliwiać wymianę danych pomiędzy usługodawcami, a także płatnikami. Miał on być obsługiwany przez 2 platformy¹⁰. Tak opisywane w piśmiennictwie było wprowadzenie do informatyzacji placówek ochrony zdrowia w roku 2012. Na dzień dzisiejszy placówki pracują już w wyżej wymienionym w systemie. Wymiana danych odbywa się przy pomocy Platformy P1 – Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych¹¹. Platforma ta wykorzystywana jest do pozyskiwania danych medycznych swoich pacjentów, o ile dane te są konieczne w procesie leczenia lub postępowania diagnostycznego¹². Wymogiem każdej placówki na ten moment jest posiadanie komputerów oraz bezpiecznego podłączenie do Internetu¹³. Jak również od 01 sierpnia 2014 roku wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, dotyczy dokumentacji powstałej po 31 lipca 2014 roku¹⁴.

W praktyce wygląda to w ten sposób, iż każda placówka medyczna musi posiadać system informatyczny, zdolny do komunikowania się z Platformą P1. Zgodnie z Konstytu-

⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022, poz. 1194).

⁹ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr 113 poz. 657).

¹⁰ D. Kilańska, H. Grabowska, A. Gaworska-Krzemińska: *E- zdrowie ...*

¹¹ *E-zdrowie będzie się rozwijało*, „Portal E-Zdrowie, Strefa dla Pacjenta”. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/artukul/e-zdrowie-bedzie-sie-rozwijalo> [dostęp: 10.12.2023].

¹² *System e-zdrowie (P1)*, „Portal Centrum e-Zdrowie, zakładka Nasze produkty” <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1> [dostęp: 12.12.2023].

¹³ Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. 2017, poz. 2247).

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. 2018 poz. 941).

cją Rzeczypospolitej Polskiej (RP), władze publiczne mają obowiązek zapewnić obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych. Dlatego została zatwierdzona ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa udział władz publicznych w tym zakresie, nakładając konkretne zadania na poszczególne podmioty administracji publicznej¹⁵.

System opieki zdrowotnej w Polsce oparty jest na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Obowiązkowa składka zdrowotna, odprowadzana przez osoby pracujące do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) wynosi obecnie 9% osiągniętych wynagrodzeń. Poprzez ZUS składka przekazywana jest do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Ten fundusz -NFZ, jako jednostka organizacyjna systemu zdrowotnego w Polsce finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki¹⁶. W finansowaniu tych świadczeń biorą również udział takie instytucje jak budżet państwa, Urząd Pracy, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ośrodki Pomocy Społecznej oraz Fundusze Europejskie. Wszystko po to, aby obywatelom umożliwić równy dostęp do wszystkich gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Placówki POZ udzielają świadczeń zdrowotnych w oparciu o finansowanie z NFZ na podstawie umowy o udzielanie świadczeń, tzw. kontrakt. W wielkim uproszczeniu można powiedzieć, iż każda placówka POZ, która ma podpisany kontrakt z NFZ zobligowana jest do posiadania systemu informatycznego, połączonego z Platformą P1, a dane z tego systemu trafiają do NFZ. W dalszej kolejności NFZ wypłaca pieniądze, zgodnie z umową¹⁷. Wszystkie te działania wspomagane są przez Centrum e-zdrowie (CeZ). Instytucja ta świadczy pomoc techniczną dla placówek medycznych w zakresie systemów i baz danych.

Dzięki wsparciu instytucji odpowiedzialnych za finansowanie sektora usług medycznych, możliwe było wprowadzenie e-usług do POZ, takich jak: Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców eWUŚ, e-recepta, e-zwolnienie, e-skierowanie oraz szereg innych świadczeń. Przykłady projektów w obrębie e-zdrowia to wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych, nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Źródłem finansowania jest Program Operacyjny Polska Cyfrowa, wartość takiego projektu to 177 941 279,73 zł. Projekt zakładał wdrożenie następujących usług: przetwarzanie elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), e-zlecenie, e-rejestracja, e-analiza. Odbiorcami projektu są pacjenci, korzystający z usług medycznych na terenie Polski, finansowanych bezpośrednio ze składek na ubezpieczenie społeczne lub innych

¹⁵ Ustawa z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 poz. 1733).

¹⁶ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. (Dz. U. Poz. 1427).

¹⁷ M. Sadowska, W. Lis, *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*. „Redakcja Wolters Kluwer Polska”, Warszawa 2022.

środków publicznych. Projekt realizowany jest w partnerstwie z 52 podmiotami leczniczymi oraz Partnerem Technicznym Centrum e-Zdrowia. Okres realizacji projektu od 01 stycznia 2019 do 30 września 2022 roku¹⁸.

Dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania było do tej pory możliwe m.in. w ramach środków NFZ¹⁹. W 2018 roku NFZ dysponował na ten cel budżetem w wysokości 50 mln zł, a w 2019 roku – 40 mln zł. W obu latach wnioski od świadczeniodawców opiewały na niższe kwoty niż udostępnione finansowanie. W 2020 roku NFZ miał na informatyzację świadczeniodawców zarezerwowany budżet w wysokości 100 mln zł, a w 2021 r. 150 mln zł, tak też pisemnie poinformował Polską Izbę Informatyki Medycznej (PIIM) Więclawik, dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia.

Dużą szansą na realizację inwestycji IT w obszarze ochrony zdrowia będzie nowa perspektywa finansowa na lata 2021-2027, w której w obszarze zdrowia, jako kluczowe działania wskazuje się zwiększenia dostępności do świadczeń, wsparcie infrastrukturalne oraz dalszą informatyzację systemu ochrony zdrowia – zaznacza resort. W okresach poprzedzających wejście w życie kolejnych e-usług zdrowotnych Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia, a także Centrum e-Zdrowia, wspierały świadczeniodawców w procesie transformacji cyfrowej poprzez dofinansowania oraz szkolenia pracowników²⁰.

Z wszelakich dostępnych w ochronie zdrowia e-usług autorki pracy skupiły się na opisie usług, z którymi zarówno pacjent, jak i personel medyczny mają do czynienia w codziennej pracy w POZ.

E-RECEPTA

E-recepta: projekt e-Recepta został wprowadzony do POZ oraz innych placówek systemu ochrony zdrowia w maju 2018 r. Założeniem projektu było usprawnienie pracy personelowi medycznemu, możliwość wglądu w historię recept pacjenta, a to wszystko miało przyczynić się do zwiększenia czasu poświęconemu pacjentowi. Korzyści jakie pacjent miał odnieść z e-recepty to zaoszczędzony czas wizyty oraz kontynuacja leczenia w przypadku stabilnego stanu zdrowia. Kolejnym z aspektów jest poprawa komfortu życia i jakości z usług medycznych dla pacjentów, którzy z powodu choroby muszą pozostać w domach. Nowa forma elektronicznej recepty to czterocyfrowy kod przesyłany

¹⁸ *Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, Fundusze Europejskie dla Zdrowia*, https://www.zdrowie.gov.pl/euslugi/strona-974-o_projekcie.html [dostęp: 15.11.2023].

¹⁹ Zarządzenie Nr 55/2019/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 maja 2019 roku w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2019 roku dofinansowania zakupu oprogramowania dla świadczeniodawców [dostęp: 13.12.2023].

²⁰ *Ministerstwo Zdrowia zapowiada centralne wsparcie informatyzacji POZ. Będą dwa projekty, „Portal Rynek Zdrowia.pl”*, <https://www.rynekzdrowia.pl/E-zdrowie/Ministerstwo-Zdrowia-zapowiada-centralne-wsparcie-informatyzacji-POZ-Beda-dwa-projekty,229667,7.html> [dostęp: 13.12.2023].

pacjentowi na telefon lub zapisany na kartce. Istnieje również możliwość wydrukowania takiej recepty, z takiej formy korzystają w szczególności osoby starsze. Do realizacji e-recepty w aptece pacjent potrzebuje kodu oraz swojego numeru PESEL. Pacjent nie może takiej recepty zniszczyć ani zgubić. W przypadku zgubienia kodu recepty personel przychodni może podać go po raz kolejny, bez konieczności wydawania nowej recepty. Forma elektronicznej recepty, a tym samym dostęp do historii recept pacjenta ma również wpływ na monitorowanie leczenia, zapobieganie polipragmazji oraz kontrolę nad interakcją między lekami. Recepta zawsze będzie czytelna dla farmaceuty, co pozwoli na uniknięcie błędów podczas wydawaniu leków²¹. Na podstawie kodu, który pacjent otrzymał od lekarza na dany leki, w przypadku jego braku w jednej aptece, może go wykupić w innej aptece, bez konieczności robienia odpisu recepty. Czas ważności recepty jest taki sam, jak w przypadku recepty „papierowej”, czyli 7 dni na leki z grupy antybiotyków i 30 dni na pozostałe leki. Dane na recepcie, począwszy od danych pacjenta, rodzaju ubezpieczenia, dodatkowych uprawnień, oddziału NFZ i inne pozostają bez zmian²². Projekt e-recepty poprzedzony był wdrożoną na szeroką skalę akcją umożliwiającą aktywowanie Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Jednak, w codziennej pracy z pacjentem szybko można się zorientować, iż nie wszystkie osoby posiadają dostęp do IKP. Dlatego wiele placówek medycznych wychodząc naprzeciw pacjentom uruchomiło usługę przez program medyczny, która polega na wysyłaniu kodu recepty w postaci SMS na telefon pacjenta. Obecnie lekarze mają wgląd w historię realizacji e-recept i mogą potwierdzić czy pacjent ją zrealizował. W przypadku braku połączenia systemu medycznego w placówce z platformą P1, lekarz ma możliwość wystawienia recepty w formie „papierowej”²³.

Internetowe Konto Pacjenta jest to bezpłatna aplikacja dla pacjentów na portalu „pacjent.gov.pl” i po raz pierwszy uruchomiona w maju 2018 roku. Internetowe Konto Pacjenta może posiadać każda osoba, która posiada numer PESEL. Osoby niepełnoletnie posiadają takie konto w połączeniu z rodzicem lub opiekunem prawnym. Obecnie logowanie może odbywać się za pomocą profilu zaufanego, e-dowodu osobistego, bankowości elektronicznej oraz aplikacji mObywatel. Wychodząc naprzeciw potrzebom pacjentów IKP, umożliwiony jest wgląd dla pacjenta do jego dokumentacji medycznej, historii recept, skierowań, programów profilaktycznych, szczepień, a także złożenie oświadczeń dotyczących wglądu w dokumentację medyczną, udzielanie informacji o stanie zdrowia oraz wyrażenie zgody na udzielanie świadczeń medycznych. Powyższe usługi pomagają po części pacjentom na samodzielne zarządzanie sprawami zdrowotnymi²⁴.

²¹ G. Szpor, I Lipowicz, M. Świerczyński, *Telemedycyna...*

²² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept (Dz.U. 2023 poz. 487).

²³ *E-recepta*, „Portal pacjent.gov.pl”, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta> [dostęp: 13.12.2023].

²⁴ *Internetowe konto pacjenta*, „Portal pacjent.gov.pl”, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta> [dostęp: 7.01.2024].

W drodze rozwoju i udoskonalania aplikacji, pacjenci mogą zamawiać e-recepty, korzystać z programów profilaktycznych dedykowanych do swojego wieku, złożyć wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia, a także zmienić lub aktywować e-deklaracje wyboru pielęgniarki oraz lekarza POZ. Podczas trwania pandemii COVID-19 poprzez aplikację IKP uruchomione zostały skierowania na szczepienie p/COVID-19 oraz certyfikaty potwierdzające posiadanie takiego szczepienia. Założeniem tej aplikacji było umożliwienie wglądu czy też łączenia się z systemem medycznym placówki przez personel medyczny. NFZ wraz z Ministerstwem Zdrowia chcąc w dalszym ciągu realizować potrzeby pacjentów oraz poprawiać jakość e-usług wyszło do placówek medycznych z propozycją zakładania dla pacjentów IKP. W listopadzie 2019 roku taki program został uruchomiony w POZ, w którym zatrudniona jest autorka pracy. Po odpowiednim przeszkoleniu pracownik medyczny uzyskał prawo do zakładania Profilu Zaufanego pacjentom, a tym samym aktywowania IKP. Program ten odbywał się w oparciu o ustawę i rozporządzenie²⁵. Placówka medyczna na podstawie dodatkowej umowy otrzymywała wynagrodzenie w ramach finansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta.

E-ZWOLNIENIE

E-zwolnienie to kolejna z najbardziej oczekiwanych usług e-zdrowia. Wraz z e-receptą, e-zwolnienie jest najbardziej masową potrzebą pacjentów. Lekarz poprzez system medyczny danej placówki, łącząc się z platformą P1 ma możliwość wydania takiego zwolnienia, w formie elektronicznej, potwierdzając je swoim podpisem elektronicznym. Taka usługa może być dokonywana podczas wizyty osobistej lub teleporady. E-zwolnienie w znaczący sposób odciąża pacjentów z posiadania oraz dostarczania pracodawcy papierowej postaci tego dokumentu. E-zwolnienie jest czytelne, zawsze dostępne do wglądu dla pacjenta poprzez aplikację IKP, ZUS PUE oraz w samej przychodni. Dla lekarza skraca to zdecydowanie czas trwania wizyty, pozostawiając personel medyczny: rejestratorka czy pielęgniarki nie muszą już wypełniać druków w rejestracji i prosić lekarza o ich potwierdzenie pieczęcią i podpisem. E-zwolnienie bezpośrednio trafia do ZUS, co odciąża personel medyczny z obowiązku rozliczania oraz pobierania druków ZUS ZLA raz w miesiącu w tej placówce. E-zwolnienie w prosty sposób można poprawić, korzystając z platformy ZUS Platformy Usług Elektronicznych. Wszelkie informacje zawarte na e-zwolnieniu nie uległy zmianie²⁶.

ELEKTRONICZNE ZAPOTRZEBOWANIE NA WYROBY MEDYCZNE

Zapotrzebowanie na wyroby medyczne to kolejna z usług w POZ, która w ostatnich latach przeszła ogromną transformację. Mówiąc o wyrobach medycznych to wszelkie

²⁵ Zarządzenie Nr 154/2019/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta

²⁶ G. Szpor, I Lipowicz, M. Świerczyński, *Telemedycyna...*

potrzebne sprzęty i środki pomocne pacjentowi w codziennym funkcjonowaniu. Wykaz takich wyrobów, refundacja, wysokość limitów, osoby uprawnione do wypisywania zleceń i szereg innych regulacji zapisane jest w aktach prawnych²⁷. Jeszcze kilka lat temu personel pracujący w rejestracji wypełniał dla pacjenta papierową wersję tego dokumentu. Dokument według rozporządzenia zawierał dane pacjenta, kod wyrobu medycznego, ilość oraz czas na jaki zostanie wydane zapotrzebowanie. Pacjent z tymże dokumentem udawał się do najbliższego oddziału NFZ, tam został nadawany numer zlecenia, a następnie można było z tym drukiem udać się do sklepu medycznego celem jego realizacji. Powyższy opis pokazuje, jak długa i skomplikowana była droga realizacji zapotrzebowania na wyroby medyczne.

Warto nadmienić, iż w POZ najczęstszą postacią wypisywanych wyrobów medycznych są pieluchomajtki, wyroby stomijne, cewniki, materace p/odleżynowe, itp. Jasnym staje się, iż taki sprzęt trafia do pacjentów niepełnosprawnych, przewlekle chorych, którzy w większości przypadków z powodu swoich schorzeń muszą pozostać w domach. W owym czasie usługa ta nie wychodziła naprzeciw pacjentom, a raczej utrudniała ich funkcjonowanie. W dalszych krokach powstał portal²⁸, dzięki któremu lekarz czy też uprawniona do tego pielęgniarka mogła wydać takie zlecenie, bez konieczności potwierdzania go w NFZ, ani posiadania wersji papierowej. Do realizacji w sklepie medycznym służył długi kod oraz PESEL pacjenta. Ostatnim krokiem do zreformowania usługi zapotrzebowania na wyroby medyczne i wprowadzenie jej w „świat” e-zdrowia jest połączenie z systemem medycznym palcówki oraz platformą P1. Wdrożenie tego systemu miało miejsce w POZ od września 2023. Dzięki tej innowacji pacjent otrzymuje na telefon wiadomość tekstową z czterocyfrowym kodem. Realizacja zapotrzebowania odbywa się w ten sam sposób jak e-recepty, pacjent okazuje kod zapotrzebowania oraz PESEL²⁹.

TELEMEDYCYNA

Telemedycyna to szeroka gałąź e-usług medycznych, na szeroką skalę używana w POZ. Prawo polskie dopuszcza udzielania teleporad³⁰. Porada telemedyczna odbywa się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych oraz systemów łączności (telefonu lub połączenia multimedialnego). Jest ono równoprawnym świadczeniem zdrowotnym, które odbywa się na tożsamy sposób i zasadach, jak bezpośredni (osobisty)

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2023, poz. 823).

²⁸ Zlecenia Zaopatrzenia, „Portal SZOP”, <https://ezwm.nfz.gov.pl/ap-zz/user/kaasmgr/oprlst@default> [dostęp: 20.12.2023].

²⁹ Ł. Bruski i inni: *E-zdrowie i bezpieczeństwo danych pacjentów*, „Wydawnictwo Wiedza i Praktyka”, Warszawa 2023.

³⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2022, poz. 1194).

kontakt w gabinecie lekarskim. Dzięki teleporadzie pacjent zaoszczędza czas spędzony w placówce, nie naraża się na kontakt z chorymi w przypadku porady profilaktycznej czy kontynuacji leczenia. W dobie pandemii SARS CoV-2 była to preferowana forma kontaktu z placówką medyczną, zarówno dla pacjentów, jak i dla personelu medycznego. Pandemia wymusiła na placówkach medycznych posiadanie dodatkowych linii telefonicznych, dostępnych dla pacjentów, jak również uruchomienie adresów mailowych. Dane przekazywane drogą teleinformatyczną muszą spełniać standardy bezpieczeństwa, co również regulowane jest rozporządzeniami o bezpieczeństwie dokumentacji medycznej, jak i danych osobowych^{31,32}. Dzięki udostępnieniu pacjentom maila do kontaktu z placówką, mogą oni przekazywać zapotrzebowanie na kontynuacje recept, wyrobów medycznych, rejestrować się do lekarza, przysyłać wyniki badań i konsultacji, a także załatwiać wszelkie inne prośby i potrzeby wynikające z obecnego stanu zdrowia. W tym momencie, co zresztą można zaobserwować w opisanych przykładach, widać, iż funkcjonowanie systemu e-zdrowie jest dynamicznie rozwijającą się integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Tworzy ją nie tylko personel medyczny oraz wszelkie jednostki państwowe, ale również sam pacjent.

Etap budowy elementów e-zdrowia jest trwającym od kilkunastu lat procesem. Podlega on ciągłym zmianom, ulepszeniom oraz modyfikacjom. Wszystko po to, aby usprawnić system opieki zdrowotnej, wspomóc personel medyczny w wykonywaniu obowiązków, a z całą pewnością ułatwić pacjentowi dostęp do świadczeń zdrowotnych.

WPLYW INFORMATYZACJI NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Procesu cyfryzacji nie da się zatrzymać, niemalże w każdej dziedzinie. Nie ominął on również systemu opieki zdrowotnej. Wszelkie działania związane z informatyzacją opieki zdrowotnej ma znaczący wpływ na prace personelu medycznego, jak i na jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) podkreśla, iż jakość usług medycznych jest kluczowym elementem wpływającym na zdrowie jednostki oraz priorytetem w działaniach medycznych³³.

W ostatnich latach wdrożenie e-usług pokazało, w jaki sposób porusz się w obszarze e-zdrowia. Jednym z celów informatyzacji ochrony zdrowia było zwiększenie czasu personelu medycznego, poświęconemu pacjentowi. Ale czy tak się stało? Wielokrotnie słyszy się opinie, iż lekarz zamiast skupić się na badaniu pacjenta, kolokwialnie mówiąc „klikła coś w komputerze a nie nawiązuje kontaktu z pacjentem”. Prawdą jest,

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069).

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018, poz. 941).

³³ M. Noppenberg, I. Budys-Cupak, M. Kózka, *Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej*, „Wydawnictwo Lekarskie PZWL”, Warszawa 2022.

iż większość obowiązków związanych z obsługą pacjenta odbywa się za pośrednictwem dobrodziejstw technologii, takich jak komputer oraz systemów operacyjnych danej placówki. Wdrożenie e-dokumentacji medycznej, e-zwolnień, e-recept oraz innych e-usług może sprawiać dla pacjenta wrażenie, iż lekarz nie jest zainteresowany jego stanem zdrowia podczas wizyty, a jedynie czynnościami administracyjnymi. Pacjent może odnieść takie mylne wrażenie, szczególnie grupa starszych pacjentów pamiętająca wizyty lekarskie „starym”, tradycyjnym sposobem. Obecnie dzięki wprowadzeniu e-usług zdrowotnych, lekarz może poświęcić więcej czasu pacjentowi, natomiast ciąży na nim obowiązek prawidłowego sporządzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, a także zabezpieczenia jej przed niebezpieczeństwami cyberprzestrzeni³⁴.

Dzięki e-usługom lekarz może przyjąć większą liczbę pacjentów, co zwiększa wydajność pracy przychodni. Ma większe możliwości w dostępie do badań diagnostycznych pacjenta, co znacząco wpływa na diagnostykę. Każda e-usługa wykonana przez personel medyczny dla pacjenta skraca jego czas oczekiwania w kolejce, pozwala ograniczyć ilość noszonych ze sobą dokumentów oraz stwarza możliwość do powrotu w historii choroby do poprzednich lat.

Pacjent w obecnym czasie to osoba wyedukowana co do swoich praw i obowiązków. Pacjenci dobrze widzą co im się należy podczas wizyty, właśnie dzięki dostępności zasobów Internetu. Pacjent nie jest już biernym uczestnikiem wizyty, dzięki wglądowi w swoją historię leczenia IKP może dyskutować z lekarzem na temat zastosowania i proponowanego leczenia. Dzięki e-skierowaniom ma możliwość diagnozowania się w placówkach na drugim końcu Polski, bez konieczności zawożenia, wysyłania czy osobistego okazywania skierowania. Otrzymując e- zwolnienie pacjent może skupić się na swojej drodze do zdrowia, bez konieczności dostarczania zwolnienia do pracodawcy czy do ZUS.

Pacjenci, jak i personel medyczny mogą odczuwać strach przed wprowadzeniem nowych technologii. Minie jeszcze kilka lat zanim wszyscy oswoją się z tym, iż zdrowie pacjenta jest obecnie nie tylko w rękach lekarzy, ale również w „rękach cyberprzestrzeni”.

CEL BADAŃ, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Celem prowadzonych badań była ocena zadowolenia pacjentów z wprowadzonej informatyzacji usług medycznych w podstawowej opiece medycznej na przykładzie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Na Skarpie” s.c. w Koszalinie.

Problemy badawcze

- Czy pacjenci byli zorientowani o możliwości korzystania z e-usług medycznych w swojej przychodni POZ i od jakich czynników było to zależne?
- Czy wystąpiła zależność między wybranymi czynnikami (wiekiem, płcią,

³⁴ M. Bogusiak, P. Krótka, M. Lipka, K. Polowczyk, M. Pytlarz-Pietraszko i wsp. *Bezpieczeństwo cyfrowych danych medycznych*, „Wydawnictwo Wiedza i Praktyka”, Warszawa 2021.

wykształceniem, statusem zawodowym i miejscem zamieszkania) a rodzajem e-usług medycznych, z których korzystają pacjenci POZ w swojej przychodni?

- Które z wybranych e-usług w POZ wpłynęły na zadowolenie pacjentów i od jakich czynników było to zależne?
- Czy według pacjentów e-usługi mają znaczący wpływ na szybszy dostęp do lekarza w POZ?
- Jaki rodzaj wizyty (teleporada czy osobisty kontakt z lekarzem POZ) wybraliby pacjenci?

Hipotezy badawcze

- Większość pacjentów POZ zorientowana była w zakresie możliwości korzystania z e-usług medycznych w swojej przychodni, szczególnie osoby młode, z wyższym wykształceniem, aktywne zawodowo, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania.
- Zdecydowana większość pacjentów potwierdziła, że wprowadzenie e-usług usprawniło dostępność do lekarza w POZ. Osoby młodsze, z wykształceniem wyższym i średnim, aktywne zawodowo, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania istotnie częściej wybrały korzystanie z e-maila przychodni, teleporady oraz e-recepty, e-zwolnienia itp. aniżeli osoby starsze, z wykształceniem niższym, nieaktywne zawodowo (emeryci, renciści).
- Pacjenci wskazali istotnie zadowolenie z e-usług medycznych w zakresie dostępu do e-maila przychodni, e-recepty i teleporady, w większości byli to pacjenci młodzi, z wykształceniem wyższym i średnim, aktywne zawodowo, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania.
- Osoby młodsze, z wykształceniem wyższym, zamieszkujące w mieście wykazały, że e-usługi mają znaczący wpływ na szybszy dostęp do lekarza w POZ w porównaniu z pozostałymi pacjentami, czyli osobami starszymi, ze średnim i niższym wykształceniem, zamieszkujące na wsi. Nie wykazano zależności między płcią a zadowoleniem z wprowadzenia e-usług.
- Istotnie częściej młodszy pacjenci, z wyższym wykształceniem, aktywne zawodowo, niezależnie od płci i miejsca zamieszkania wybraliby teleporadę niż osobistą wizytę z lekarzem rodzinnym.

MATERIAŁ I METODYKA BADANIA

Badaną grupą byli pacjenci przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Na Skarpie” w Koszalinie, w której jedna z autorek pracy jest pielęgniarką.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, który składał się z trzech części. W pierwszej części zostały zawarte informacje dotyczące tematu i celu pracy. Druga część to tzw. metryczka z pytaniami o: wiek, płeć, wykształce-

nie, status zawodowy, miejsce zamieszkania. W trzeciej części kwestionariusza zawarto zdania pod postacią twierdzeń. Obok każdego twierdzenia wstawiono kafeeteria odpowiedzi w pięciostopniowej skali. Pacjent wybierał tę wypowiedź, która najbardziej odpowiadała jego odczuciom, mógł z twierdzeniem zdecydowanie się nie zgadzać, raczej się nie zgadzać, nie wiedzieć/nie mieć zdania, raczej zgadzać się lub zdecydowanie zgadzać się. Punktacja jest ustawiona według skali Likerta, od 1. do 5. Maksymalnie pacjent mógł uzyskać 55. punktów, przy 11 pytaniach.

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

Badanie przeprowadzono w przychodni POZ NZOZ „Na Skarpie” s.c. w Koszalinie. Liczba pacjentów z aktywną deklaracją to 5799 osób.

Na wstępie badania kierownik przychodni pozytywnie rozpatrzył prośbę i wyraził zgodę na przeprowadzenie sondażu diagnostycznego. Od dnia 01 lipca do 30 września 2023 roku zostały udostępnione dla pacjentów kwestionariusze ankiety. Wydanie kwestionariuszy poprzedzone było plakatem informacyjnym, umieszczonym w przychodni. Kwestionariusze przekazywane były przez personel pracujący w placówce do rąk własnych pacjentów. Wypełnione kwestionariusze, zwrótnie pacjenci wrzucali do urny ustawionej przy okienku rejestracji.

Ankietyzacja do niniejszej pracy prowadzona była w okresie wakacyjnym więc do placówki zgłaszała się mniejsza liczba pacjentów. W związku z tym zgromadzono 213 kwestionariuszy ankiety, z tego 13 kwestionariuszy odrzucono z uwagi na ich nieczytelność. Do analizy statystycznej ostatecznie zakwalifikowano 200 kwestionariuszy.

ZMIENNE I WSKAŹNIKI

Tabela 1. Zmienne niezależne i wskaźniki

| Zmienne niezależne | Wskaźniki |
|---------------------------|--|
| Płeć | kobieta; mężczyzna |
| Wiek | wiek w latach |
| Wykształcenie | podstawowe; zasadnicze zawodowe/ gimnazjalne; średnie; wyższe (licencjat, inżynier, magister) |
| Status zawodowy | studentka/student; pracujący/pracująca; emerytka/emeryt; rencistka/rencista; bezrobotna/bezrobotny |
| Miejsce zamieszkania | wieś/ miasto |

Tabela 2. Zmienne zależne i wskaźniki

| Zmienne zależne | Wskaźniki |
|--|--|
| Zorientowanie pacjenta o możliwości korzystania z e-usług medycznych w swojej przychodni POZ | <ul style="list-style-type: none"> – w placówce POZ jest zamieszczona informacja dla pacjentów o możliwości korzystania z adresu e-maila przychodni lub konta pacjent.gov.pl – na stronie internetowej przychodni POZ, jest udostępniony dla pacjentów adres e-mail do kontaktu z pracownikami przychodni i załatwiania różnych spraw – pracownicy przychodni POZ informują pacjentów o możliwości korzystania z e-usług medycznych |
| Korzystanie pacjenta z e-usług medycznych POZ | <ul style="list-style-type: none"> – pacjenci korzystają z adresu e-mail przychodni POZ lub Internetowego Konta Pacjenta. – pacjenci korzystają z teleporady lekarza rodzinnego POZ. – pacjenci korzystają z e-usług medycznych, między innymi z dokumentacji, jak: e-recepta, e-zwolnienia i inne |
| Zadowolenie pacjenta z e-usług medycznych swojej przychodni | <ul style="list-style-type: none"> – pacjenci mają możliwość zgłaszanie powtórki leków przez adres e-mail przychodni POZ to wygodna metoda, bez wychodzenia z domu – E-recepta, z kodem dostępu to dobra i szybka metoda przesyłania gotowej recepty na leki lub wyroby medyczne – przychodnia POZ umożliwia pacjentom umawianie wizyty poprzez e-maila co zaoszczędza ich czas – teleporada z lekarzem rodzinnym przebiega szybko, sprawnie, a przekazywane informacje są zrozumiałe i jasne. – elektroniczny dostęp do wyników badań diagnostycznych jest szybki i wygodny, z dostępem dla innych pracowników medycznych. |

METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016.

Zmienne typu jakościowego zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych a zmienne ilościowe zostały scharakteryzowane za pomocą średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Istotność różnic pomiędzy więcej niż dwoma grupami sprawdzono testem Kruskala-Wallisa a pomiędzy dwoma grupami testem U Manna Whitneya. W celu stwierdzenia powiązania siły oraz kierunku między zmiennymi zastosowano analizę korelacji obliczając współczynniki korelacji Spearmana. Dla zmiennych jakościowych wykorzystano testy Chi kwadrat.

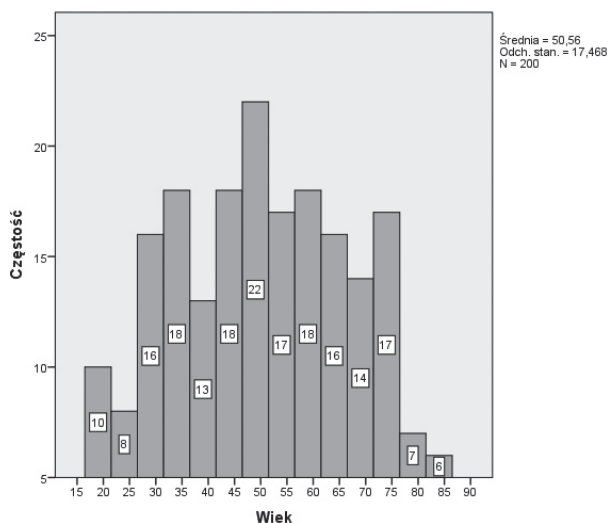
Niniejsza analiza ma na celu opis zmiennych i wystąpień, a także wyliczenie jaki stanowiły one odsetek w analizowanej próbie. W celu weryfikacji, czy te wystąpienia są tendencyjne lub przypadkowe wykonano test Chi Kwadrat dla proporcji (Pearson, 1900). W celu wyliczenia częstości i istotności występowania poszczególnych wartości zmiennych Płeć, Wiek, Stan cywilny, Wykształcenie, Miejsce zamieszkania, Status zawodowy wykonano serię 6 analiz częstości testem Chi Kwadrat. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p \leq 0,05$.

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

Tabela 3. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej Wiek

| Statystyki opisowe | N | Min | Max | M | SD |
|--------------------|-----|-----|-----|-------|-------|
| Wiek | 200 | 19 | 86 | 50,56 | 17,46 |

Rycina 1. Histogram dla zmiennej Wiek



Analiza dla zmiennej Płeć wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Kobieta, Mężczyzna wynosiła odpowiednio 122, 78 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.61, 0.39), co stanowiło sumę 200 wystąpień (100%), tabela 4.

Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2 (1) = 9.68$; $p = 0.002$ (najczęściej występowała wartość Kobieta $n = 122$, a najrzadziej wartość Mężczyzna $n = 78$).

Analiza dla zmiennej Stan cywilny wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Mężatka/Żonaty, Panna/Kawaler, Rozwiedziona/Rozwiedziony, Wdowa/Wdowiec, Związek wolny wynosiła odpowiednio 92, 39, 27, 26, 16 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.46, 0.20, 0.14, 0.13, 0.08), co stanowiło sumę 200 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2 (4) = 91.15$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Mężatka/Żonaty $n = 92$, a najrzadziej wartość Związek wolny $n = 16$), tabela 4.

Analiza dla zmiennej Wykształcenie wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Podstawowe, Średnie, Wyższe zawodowe, Zasadnicze zawodowe wynosiła odpowiednio 9, 61, 79, 51 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.04, 0.30, 0.40, 0.26), co stanowiło sumę 200 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2 (3) = 52.88$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Wyższe zawodowe $n = 79$, a najrzadziej wartość Podstawowe $n = 9$), tabela 4.

Analiza dla zmiennej Miejsce zamieszkania wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Miasto, Wieś wynosiła odpowiednio 174, 26 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.87, 0.13), co stanowiło sumę 200 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2 (1) = 109.52$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Miasto $n = 174$, a najrzadziej wartość Wieś $n = 26$).

Tabela 4. Dane demograficzne

| Zmienne demograficzne | N | % |
|---------------------------|-----|------|
| Płeć | | |
| Kobieta | 122 | 61,0 |
| Mężczyzna | 78 | 39,0 |
| Stan cywilny | | |
| Mężatka/żonaty | 92 | 46,0 |
| Panna/kawaler | 39 | 19,5 |
| Rozwiedziona/rozwiedziony | 27 | 13,5 |
| Wdowa/wdowiec | 26 | 13,0 |
| Związek wolny | 16 | 8,0 |

| | | |
|-----------------------------|-----|------|
| Wykształcenie | | |
| Podstawowe | 9 | 4,5 |
| Średnie | 61 | 30,5 |
| Wyższe zawodowe | 79 | 39,5 |
| Zasadnicze zawodowe | 51 | 25,5 |
| Miejsce zamieszkania | | |
| Miasto | 174 | 87,0 |
| Wieś | 26 | 13,0 |
| Status zawodowy | | |
| Bezrobotny | 8 | 4,0 |
| Emeryt | 48 | 24,0 |
| Pracujący | 128 | 64,0 |
| Rencista | 7 | 3,5 |
| Student | 9 | 4,5 |

Analiza dla zmiennej Status zawodowy wykazała, że liczebność jej poszczególnych poziomów Bezrobotny, Emeryt, Pracujący, Rencista, Student wynosiła odpowiednio 8, 48, 128, 7, 9 (ich odsetek wynosił odpowiednio 0.04, 0.24, 0.64, 0.04, 0.04), co stanowiło sumę 200 wystąpień (100%). Różnice w liczebnościach poziomów tej zmiennej były istotne statystycznie $\chi^2(4) = 272.05$; $p < 0.001$ (najczęściej występowała wartość Pracujący $n = 128$, a najrzadziej wartość Rencista $n = 7$), tabela 4.

WYNIKI BADAŃ

POZIOM ZADOWOLENIA Z E-USŁUG MEDYCZNYCH

Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennych określających poziom zadowolenia z e-usług

| Statystyki opisowe | <i>N</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|----------|------------|------------|----------|-----------|
| W placówce POZ, do której należę jest zamieszczona informacja dla pacjentów o możliwości korzystania z adresu e-maila przychodni lub konta pacjent.gov.pl. | 200 | 1 | 5 | 3,96 | 1,07 |
| Na stronie internetowej przychodni POZ, do której należę jest udostępniony dla pacjentów adres e-mail do kontaktu z pracownikami przychodni i załatwiania różnych spraw. | 200 | 1 | 5 | 3,69 | 1,17 |
| Zostałem/zostałam poinformowany/a przez pracowników POZ w mojej przychodni o możliwości korzystania z e-usług medycznych. | 200 | 1 | 5 | 3,87 | 1,18 |
| Korzystam z adresu e-mail przychodni POZ, do której należę lub Internetowego Konta Pacjenta. | 200 | 1 | 5 | 3,85 | 1,32 |
| Korzystam z teleporad lekarza rodzinnego POZ. | 200 | 1 | 5 | 4,08 | 1,18 |

| | | | | | |
|---|-----|---|---|------|------|
| Korzystam z e-usług medycznych, między innymi z dokumentacji, jak: e-recepta, e-zwolnienia i inne. | 200 | 1 | 5 | 4,45 | 0,91 |
| Zgłaszanie powtórki leków przez adres e-mail przychodni POZ to wygodna metoda, bez wychodzenia z domu. | 200 | 1 | 5 | 4,14 | 1,12 |
| E-recepta, z kodem dostępu to dobra i szybka metoda przesyłania gotowej przepisywanej recepty na leki lub inne środki medyczne. | 200 | 1 | 5 | 4,58 | 0,73 |
| Umawianie wizyty lekarskiej przy użyciu adresu e-mail przychodni POZ, zaoszczędza czas. | 200 | 1 | 5 | 4,09 | 1,15 |
| Teleporada z lekarzem rodzinnym przebiega szybko, sprawnie, a przekazywane informacje są zrozumiałe i jasne. | 200 | 1 | 5 | 4,27 | 1,00 |
| Elektroniczny dostęp do wyników badań diagnostycznych jest szybki i wygodny, z dostępem dla innych pracowników medycznych. | 200 | 1 | 5 | 4,26 | 1,02 |

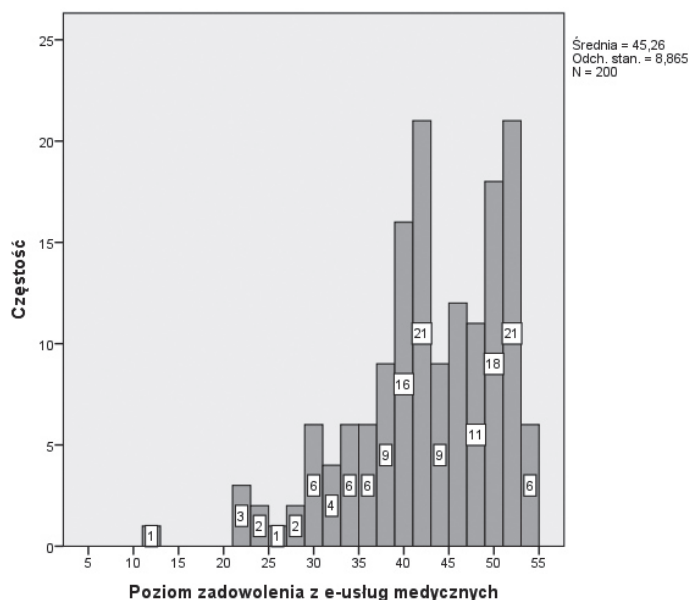
Rycina 2. Średnia ocena poszczególnych e-usług wyrażona w procentach



Tabela 6. Podstawowe statystyki opisowe dla zmiennej Poziom zadowolenia

| Statystyki opisowe | N | Min | Max | M | SD |
|--------------------|-----|-----|-----|-------|------|
| Poziom zadowolenia | 200 | 12 | 55 | 45,25 | 8,86 |

Rycina 3. Histogram dla zmiennej Poziom zadowolenia



W celu zrekodowania zmiennej numerycznej Poziom zadowolenia na zmienną jakościową przeprowadzono procedurę przekształcenia względem wartości 1 odchylenia standardowego od średniej. Wyniki poniżej (powyżej) 1 odchylenia standardowego od średniej wskazują na nasilenie wyników poniżej (powyżej) średniej. Wyniki od - 1 odchylenia standardowego od średniej do 1 odchylenia od średniej wskazują na wyniki przeciętne. Poniższa lista przedstawia wartości średnie i odchylenia standardowe dla przekształconej zmiennej ($M = 45.26$; $SD = 8.86$).

Tabela 7. Rozkład częstości występowania zrekodowanych wartości zmiennej Poziom zadowolenia

| Poziomy zmiennej | N | % |
|-------------------------|-----|------|
| Wyniki poniżej średniej | 31 | 15,5 |
| Wyniki powyżej średniej | 46 | 23,0 |
| Wyniki przeciętne | 123 | 61,5 |

WPŁYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA ZADOWOLENIE Z E-USŁUG MEDYCZNYCH

Płeć respondentów różnicuje ocenę zadowolenia z e-usług medycznych.

W celu ustalenia istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Płeć w zakresie poziomu zmiennych Poziom zadowolenia przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya (Mann, Whitney, 1947). Z metody nieparametrycznej skorzystano ze względu na brak spełnionych założeń dla testów parametrycznych. W badaniu udział wzięło łącznie $N = 200$ obserwacji. Maksymalna liczebność w grupie Kobieta wyniosła $n = 122$, a w przypadku grupy Mężczyzna wyniosła $n = 78$.

W celu ustalenia czy grupy te są równoliczne przeprowadzono test chi-kwadrat dla jednej zmiennej (Pearson, 1900). W wyniku analizy ustalono, że grupy są statystycznie nierównoliczne, $\chi^2(1) = 9.68$; $p = 0.002$. Ocenę sił efektów wykonano za pomocą miary korelacji dwuseryjnej Glassa (Glass, 1965).

Analiza nie wykazała żadnych istotnych różnic.

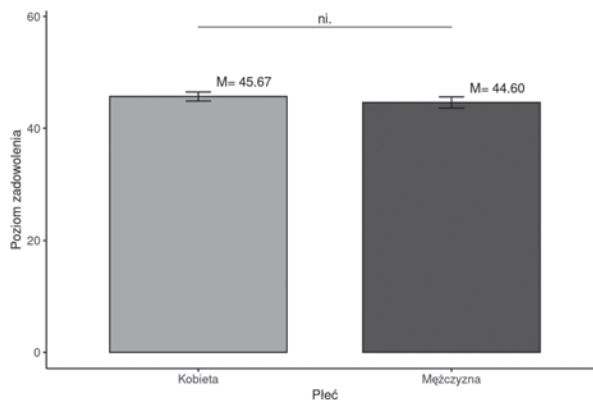
Tabela 8. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Płeć w zakresie poziomu zmiennych Poziom zadowolenia

| Zmienna | Kobieta (a) | | | Mężczyzna (b) | | | U Mann-Whitney test | | |
|--------------------|-------------|-------|------|---------------|-------|------|---------------------|-------|----------------|
| | N | M | SD | N | M | SD | U | p | Różnica a vs b |
| Poziom zadowolenia | 122 | 45.67 | 8.88 | 78 | 44.60 | 8.86 | 4391.50 | 0.356 | a = b |

Nota: Mrang = średnia ranga; U = Statystyka U Manna-Whitneya; p = Istotność statystyczna

Rycina 4. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Płeć w zakresie poziomu zmiennej Poziom zadowolenia

Nota: *, $p < .05$, **, $p < .01$, ***, $p < .001$, ni – wynik nieistotny



Istnieje korelacja pomiędzy wiekiem badanych a ich oceną e-usług medycznych.

W celu weryfikacji zależności między zmiennymi Wiek a Poziom zadowolenia, wykonano serię analiz korelacji metodą Spearmana (Spearman, 1904). Na analizę nieparametryczną zdecydowano się z powodu względnego braku spełnienia założenia o normalności rozkładów wyników w analizowanych zmiennych. Analiza testem Spearmana wykazała, że:

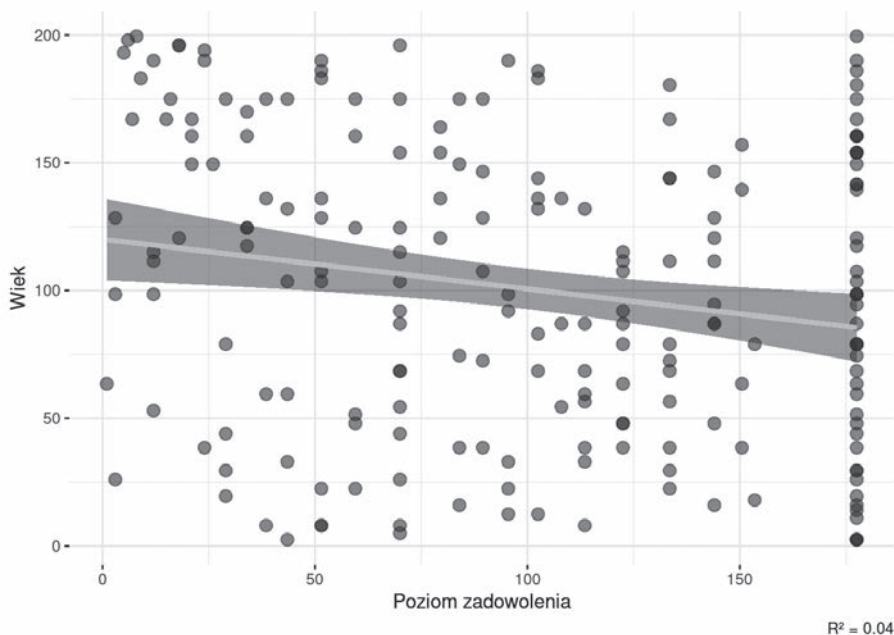
Wzrost wyników zmiennej **Wiek** wiązał się ze spadkiem wyników zmiennej **Poziom zadowolenia** $r(198) = -0.19$; $p = 0.006$ (siła tego związku była statystycznie słaba). Wraz ze wzrostem wieku respondentów malała ocena e – usług medycznych.

Rezultaty analizy przedstawia tabela nr 9 oraz rycina nr 5.

Tabela 9. Wyniki analizy korelacji Spearmana między zmiennymi: Wiek, Poziom zadowolenia

| Wiek | N | r | p |
|--------------------|-----|---------|-------|
| Poziom zadowolenia | 198 | -0.19** | 0,006 |

Rycina 5. Relacja zmiennej Poziom zadowolenia ze zmienną Wiek



Stan cywilny ma wpływ na poziom zadowolenia z e-usług medycznych.

W celu weryfikacji wpływu zmiennej Stan cywilny na zmienną Poziom zadowolenia, przeprowadzono jednoczynnikową analizę porównań w układzie dla prób niezależnych.

W analizie wzięło udział $N = 200$ obserwacji w 5 grupach. W grupie Mężatka/Żonaty, Panna/Kawaler, Rozwiedziona/Rozwiedziony, Wdowa/Wdowiec, Związek wolny, było odpowiednio $n = 92, 39, 27, 26, 16$ badanych obserwacji, co stanowiło następujący% całej badanej próby: 46.00, 19.50, 13.50, 13.00, 8.00.

Ze względu na nieparametryczny charakter analizowanych danych przeprowadzono analizę Kruskala-Wallisa (Kruskal i Wallis, 1952). Analiza wykazała istotny wpływ zmiennej Stan cywilny na wyniki zmiennej Poziom zadowolenia, $H(4) = 13.41$; $p = 0.009$; $\eta^2 H = 0.05$. Współczynnik cząstkowego η^2 dla testu Kruskala Wallisa wykazał, że zmienna Stan cywilny wyjaśniała około 5% zmienności wyników zmiennej Poziom zadowolenia. Dokładna analiza porównań wielokrotnych parami wykonana nieparametryczną metodą Dunna (Dunn, 1964) i współczynnika siły efektu korelacji dwuseryjnej Glassa (Glass, 1965) wykazała jak opisano poniżej:

Różnica między Mężatka/Żonaty a Wdowa/Wdowiec była istotna statystycznie $p = 0.045$. Średnie nasilenie wyników zmiennej Poziom zadowolenia w grupie mężatka/żonaty było statystycznie większe w porównaniu do wyników w grupie wdowa/wdowiec, nasilenie tych wyników wynosiło odpowiednio $Mrang = 104.34$ vs $Mrang = 68.54$ (siła różnic między tymi grupami była słaba, współczynnik siły efektu r wyniósł wartość $r = 0.27$).

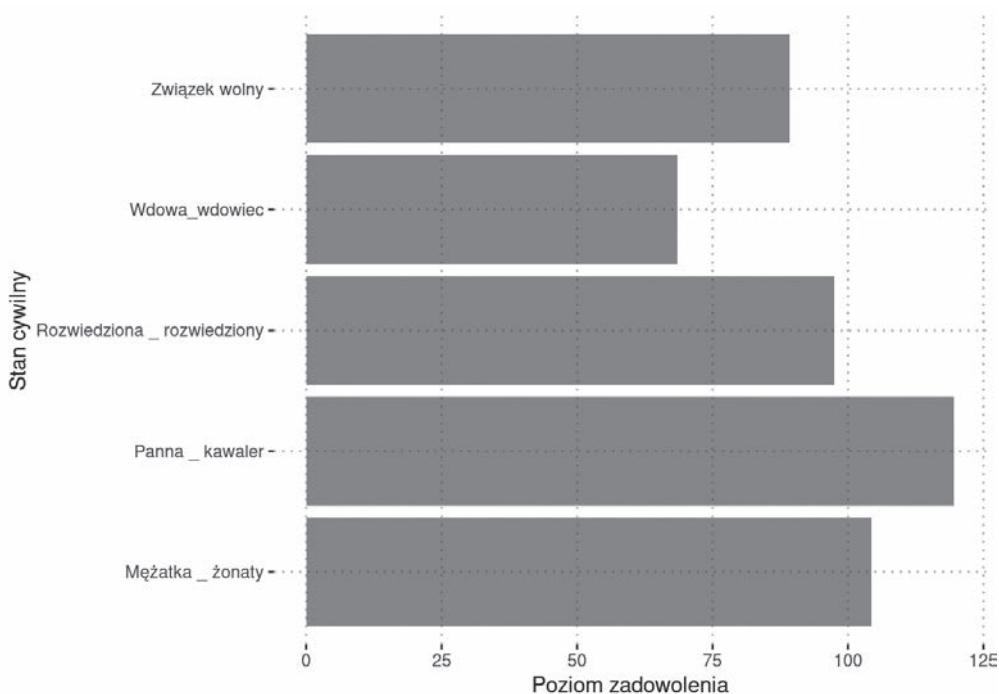
Różnica między Panna/Kawaler a Wdowa/Wdowiec była istotna statystycznie $p = 0.005$. Średnie nasilenie wyników zmiennej Poziom zadowolenia w grupie panna/kawaler było statystycznie większe w porównaniu do wyników w grupie wdowa/wdowiec, nasilenie tych wyników wynosiło odpowiednio $Mrang = 119.51$ vs $Mrang = 68.54$ (siła różnic między tymi grupami była umiarkowana, współczynnik siły efektu r wyniósł wartość $r = 0.40$).

Tabela 10. Statystyki opisowe dla zmiennej Stan cywilny pod względem zmiennej Poziom zadowolenia

| Grupa | <i>n</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>SE</i> | <i>Ranga</i> |
|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|-----------------|------------------|------------------|---------------------|
| Mężatka/żonaty | 92 | 22 | 55 | 46.33 | 7.38 | 0.77 | 104.34 |
| Panna/kawaler | 39 | 29 | 55 | 48.08 | 7.47 | 1.20 | 119.51 |
| Rozwiedziona/ny | 27 | 12 | 55 | 43.63 | 11.78 | 2.27 | 97.44 |
| Wdowa/wdowiec | 26 | 23 | 55 | 39.38 | 10.73 | 2.10 | 68.54 |
| Związek wolny | 16 | 34 | 55 | 44.50 | 6.78 | 1.70 | 89.16 |

Nota: Całkowita ilość badanych obserwacji: $N = 200$; Grupa = zmienna niezależna Stan cywilny; Min = Wartość minimalna; Max = Wartość maksymalna; M = Średnia arytmetyczna; SD = Odchylenie standardowe; SE = Błąd standardowy średniej; Ranga = Średnia ranga dla grupy.

Rycina 6. Oddziaływanie zmiennej stan cywilny na zróżnicowanie wyników zmiennej Poziom zadowolenia



Nota: Wyniki na rysunku przedstawiają średnie oszacowanie rang dla każdej grupy pod względem zmiennej Poziom zadowolenia.

Wykształcenie różnicuje ocenę i poziom zadowolenia z dostępnych e-usług medycznych.

W celu weryfikacji wpływu zmiennej Wykształcenie na zmienną Poziom zadowolenia, przeprowadzono jednoczynnikową analizę porównań w układzie dla prób niezależnych. W analizie wzięło udział $N = 200$ obserwacji w 4 grupach. W grupie Podstawowe, Średnie, Wyższe zawodowe, Zasadnicze zawodowe było odpowiednio $n = 9, 61, 79, 51$ badanych obserwacji, co stanowiło następujący% całej badanej próby: 4.50, 30.50, 39.50, 25.50.

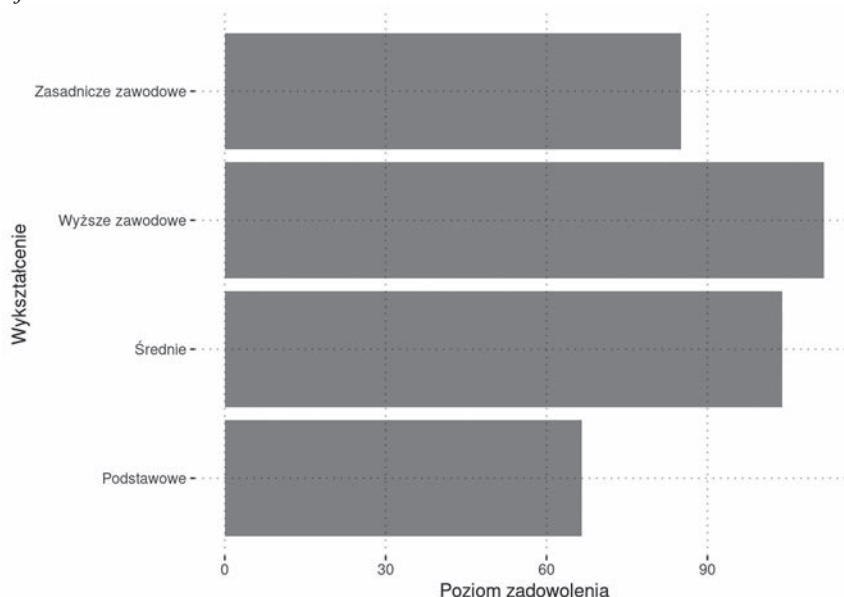
Ze względu na nieparametryczny charakter analizowanych danych przeprowadzono analizę Kruskala-Wallisa (Kruskal i Wallis, 1952). Analiza wykazała istotny wpływ zmiennej Wykształcenie na wyniki zmiennej Poziom zadowolenia, $H(3) = 10.02$; $p = 0,018$; $\eta^2 H = 0.04$. Współczynnik cząstkowego η^2 dla testu Kruskala Wallisa wykazał, że zmienna Wykształcenie wyjaśniała około 4% zmienności wyników zmiennej Poziom zadowolenia.

Tabela 11. Statystyki opisowe dla zmiennej Wykształcenie pod względem zmiennej Poziom zadowolenia

| Grupa | n | Min | Max | M | SD | SE | Ranga |
|---------------------|----|-----|-----|-------|------|------|--------|
| Podstawowe | 9 | 24 | 55 | 40.00 | 9.50 | 3.17 | 66.56 |
| Średnie | 61 | 22 | 55 | 45.48 | 9.49 | 1.22 | 103.93 |
| Wyższe zawodowe | 79 | 12 | 55 | 46.94 | 8.37 | 0.94 | 111.68 |
| Zasadnicze zawodowe | 51 | 23 | 55 | 43.31 | 8.23 | 1.15 | 85.07 |

Nota: Całkowita ilość badanych obserwacji: N = 200; Grupa = zmienna niezależna Wykształcenie; Min = Wartość minimalna; Max = Wartość maksymalna; M = Średnia arytmetyczna; SD = Odchylenie standardowe; SE = Błąd standardowy średniej; Ranga = Średnia ranga dla grupy.

Rycina 7. Oddziaływanie zmiennej Wykształcenie na zróżnicowanie wyników zmiennej Poziom zadowolenia



Nota: Wyniki na rysunku przedstawiają średnie oszacowanie rang dla każdej grupy pod względem zmiennej Poziom zadowolenia.

Różnica między wykształceniem podstawowy a wyższym zawodowym była istotna statystycznie $p = 0,036$. Średnie nasilenie wyników zmiennej Poziom zadowolenia w grupie respondentów z wykształceniem podstawowym było statystycznie mniejsze w porównaniu do wyników w grupie badanych posiadających wykształcenie wyższe zawodowe. Nasilenie tych wyników wynosiło odpowiednio $M_{rang} = 66.56$ vs $M_{rang} = 111.68$ (siła różnic między tymi grupami była słaba, współczynnik siły efektu r wyniósł wartość $r = 0.24$).

Istnieje różnica w ocenie e-usług medycznych pomiędzy mieszkańcami miast a wsi.

W celu ustalenia istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Miejsce zamieszkania w zakresie poziomu zmiennych Poziom zadowolenia przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya (Mann, Whitney, 1947). Z metody nieparametrycznej skorzystano ze względu na brak spełnionych założeń dla testów parametrycznych. W badaniu udział wzięło łącznie $N = 200$ obserwacji.

Maksymalna liczebność w grupie Miasto wyniosła $n = 174$, a w przypadku grupy Wieś wyniosła $n = 26$.

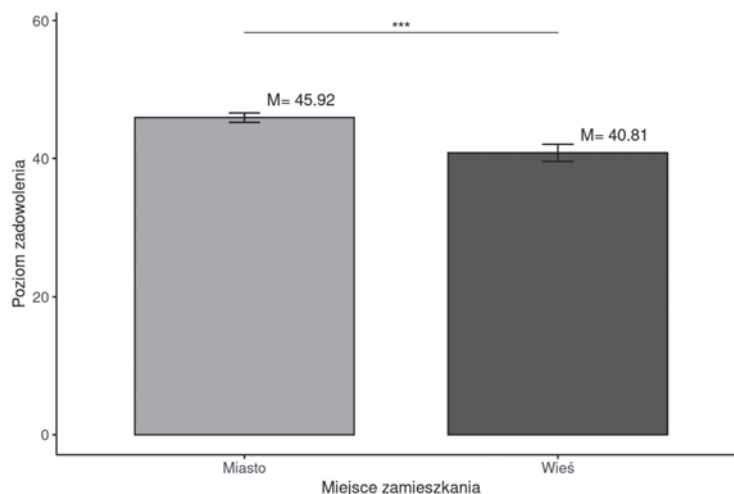
W celu ustalenia czy grupy te są równoliczne przeprowadzono test chi-kwadrat dla jednej zmiennej (Pearson, 1900). W wyniku analizy ustalono, że grupy są statystycznie nierównoliczne, $\chi^2(1) = 109.52$; $p < 0.001$. Ocenę sił efektów wykonano za pomocą miary korelacji dwuseryjnej Glassa (Glass, 1965).

Tabela 12. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Miejsce zamieszkania w zakresie poziomu zmiennych Poziom zadowolenia

| Zmienna | Miasto (a) | | | Wieś (b) | | | U Mann-Whitney test | | |
|--------------------|------------|-------|------|----------|-------|------|---------------------|--------|----------------|
| | N | M | SD | N | M | SD | U | p | Różnica a vs b |
| Poziom zadowolenia | 174 | 45.92 | 9.01 | 26 | 40.81 | 6.36 | 1305.50 | <0.001 | a > b |

Nota: U = Statystyka U Manna-Whitneya; p = Istotność statystyczna;

Rycina 8. Różnice pomiędzy grupami wyróżnionymi na podstawie zmiennej Miejsce zamieszkania w zakresie poziomu zmiennej Poziom zadowolenia



Nota: *, $p < .05$, **, $p < .01$, ***, $p < .001$, ni – wynik nieistotny

Analiza wykazała, że w zakresie zmiennej Poziom zadowolenia różnica była istotna statystycznie $U = 1305.50$; $p < 0.001$ - wyższy wynik zaobserwowano w przypadku grupy Miasto ($M = 45.92$; $SD = 9.01$), a niższy w grupie Wieś ($M = 40.81$; $SD = 6.36$). Siła efektu różnic między grupami pod względem zmiennej Poziom zadowolenia była umiarkowana ($rg = 0.42$).

Status zawodowy znacząco różnicuje ocenę e-usług medycznych wśród badanych respondentów.

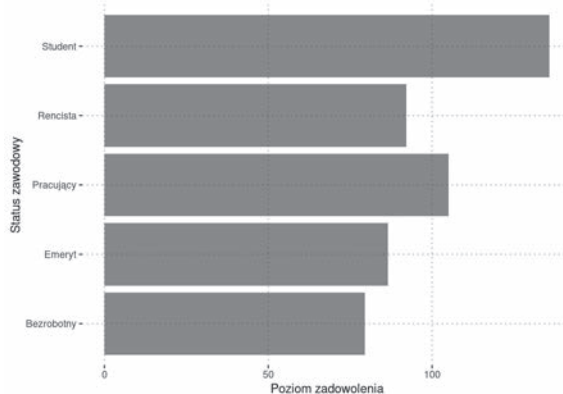
W celu weryfikacji wpływu zmiennej Status zawodowy na zmienną Poziom zadowolenia, przeprowadzono jednoczynnikową analizę porównań w układzie dla prób niezależnych. W analizie wzięło udział $N = 200$ obserwacji w 5 grupach. W grupie Bezrobotny, Emeryt, Pracujący, Rencista, Student, było odpowiednio $n = 8, 48, 128, 7, 9$ badanych obserwacji, co stanowiło następujący% całej badanej próby: 4.00, 24.00, 64.00, 3.50, 4.50.

Tabela 13. Statystyki opisowe dla zmiennej Status zawodowy pod względem zmiennej Poziom zadowolenia

| Grupa | n | Min | Max | M | SD | SE | Ranga |
|------------|-----|-----|-----|-------|-------|------|--------|
| Bezrobotny | 8 | 38 | 51 | 43.62 | 5.15 | 1.82 | 79.50 |
| Emeryt | 48 | 23 | 55 | 42.46 | 10.51 | 1.52 | 86.56 |
| Pracujący | 128 | 12 | 55 | 46.07 | 8.38 | 0.74 | 105.02 |
| Rencista | 7 | 37 | 55 | 44.71 | 7.61 | 2.88 | 92.07 |
| Student | 9 | 40 | 55 | 50.44 | 5.79 | 1.93 | 135.83 |

Nota: Całkowita liczba badanych osób: $N = 200$; Grupa = zmienna niezależna Status zawodowy; Min = Wartość minimalna; Max = Wartość maksymalna; M = Średnia arytmetyczna; SD = Odchylenie standardowe; SE = Błąd standardowy średniej; Ranga = Średnia ranga dla grupy.

Rycina 9. Oddziaływanie zmiennej Status zawodowy na zróżnicowanie wyników zmiennej Poziom zadowolenia



Nota: Wyniki na rysunku przedstawiają średnie oszacowanie rang dla każdej grupy pod względem zmiennej Poziom zadowolenia.

Ze względu na nieparametryczny charakter analizowanych danych przeprowadzono analizę Kruskala-Wallisa (Kruskal i Wallis, 1952). Analiza nie wykazała istotnego wpływu zmiennej Status zawodowy na wyniki zmiennej Poziom zadowolenia, $H(4) = 8.23$; $p = 0.084$; $\eta^2H = 0.02$. Nasilenie wyników zmiennej Poziom zadowolenia były podobne w analizowanych grupach zmiennej Status zawodowy.

DYSKUSJA

E-usługi w sektorze usług medycznych to już codzienność. Jest to nieodłączny element pracy zawodów medycznych, a tym samym pacjentów. Rozwój e-usług w sektorze opieki zdrowotnej stanowi ważny krok w kierunku usprawnienia dostępu do usług medycznych oraz poprawy komunikacji między pacjentami a dostawcami tych usług. W Polsce pierwsze kroki we wprowadzeniu rozwiązań cyfrowych podjęto już blisko 20 lat temu³⁵. Te działania pozwalają na redukcję czasu oczekiwania na konsultacje, a także ułatwia dostęp do specjalistycznej opieki, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. Ponadto, cyfryzacja procesów medycznych przyczynia się do zwiększenia przejrzystości i dostępności informacji zdrowotnych. Rosnące potrzeby pacjentów w tym zakresie napędzają rozwój technologii, a także podnoszą ich świadomość zdrowotną oraz zaangażowanie w proces leczenia. Badania przeprowadzone przez Centrum e-Zdrowie w 2021 roku wykazały, że spośród 5060. respondentów, blisko 56% zadeklarowało stosowanie rozwiązań telemedycznych w świadczeniu usług. Szczególny wzrost oraz rozwój tychże usług można było zaobserwować podczas pandemii SARS-CoV-2. E-usługi były wtedy preferowaną formą kontaktu z placówką medyczną. Badania przeprowadzone wśród pacjentów Medicover wykazały, że 75% z nich potwierdziło, iż udzielona porada telemedyczna pomogła w rozwiązaniu ich problemu zdrowotnego lub skróciła okres jego rozwiązania³⁶.

Analiza i interpretacja wyników przedstawionych w pracy wskazuje na zróżnicowaną akceptację dla różnych form e-usług medycznych, co podkreśla wpływ czynników demograficznych i społecznych na przyjęcie nowych technologii w opiece zdrowotnej. Takie zróżnicowanie może być przypisane do różnic w dostępie do technologii, poziomu umiejętności cyfrowych, a także do indywidualnych preferencji i potrzeb zdrowotnych, które zmieniają się w zależności od wieku, płci, poziomu wykształcenia czy miejsca zamieszkania.

Osoby młodsze, zazwyczaj bardziej zaznajomione z technologiami cyfrowymi, mogą być bardziej skłonne do korzystania z e-usług medycznych, ceniąc sobie przede wszystkim szybkość i wygodę dostępu do opieki. W przeciwieństwie, starsi pacjenci mogą wykazywać pewną rezerwę, wynikającą z mniejszego zaufania do rozwiązań cyfrowych lub trudności w ich obsłudze. Również wykształcenie odgrywa kluczową

³⁵ Ł. Bruski i inni: *E-zdrowie i bezpieczeństwo danych pacjentów*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2023.

³⁶ Ł. Bruski i inni: *E-zdrowie...*

rolę, ponieważ osoby z wyższym poziomem edukacji częściej posiadają umiejętności niezbędne do skutecznego korzystania z e-usług. Lokalizacja geograficzna również ma znaczenie, zwłaszcza w kontekście różnic w dostępie do szybkiego Internetu pomiędzy obszarami miejskimi a wiejskimi, co może wpływać na możliwość korzystania z zaawansowanych usług medycznych online.

W badaniu wzięło udział 213 respondentów, z opisanych w rozdziale 2.4 przyczyn tylko 200 kwestionariuszy nadawało się do analizy statystycznej. Średnia wieku badanych to osoby około 50 roku życia, tabela 3, rysunek 1. Najmłodsza osoba miała 19 lat, najstarsza 86. Zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety, w stosunku 122 do 78 mężczyzn. Większość to osoby pozostające w związku małżeńskim 92, a najmniej w związku nieformalnym 16. Pozostali ankietowani z grupy, tj. wdowcy, rozwodnicy, osoby wolne to około 30 osób na każdą z tych grup. Pod względem wykształcenia analiza wykazała, że do badań przystąpiło 79 osób z wykształceniem wyższym, co stanowi około 45% ankietowanych. Najmniej, bo tylko 9 kwestionariuszy zostało wypełnione przez osoby z wykształceniem podstawowym. Stąd może wynikać fakt, iż największa liczba osób biorących udział w badaniu to osoby czynne zawodowo 128. Drugą co do wielkości grupę stanowili emeryci 48. Wyniki całości opisu, odniesienie w tabeli 4.

Na podstawie wyników badań własnych, które dotyczyły zadowolenia pacjentów/społeczności z poszczególnych e-usług medycznych wprowadzonych do POZ, na prowadzenie wysuwa się usługa jaką jest e-recepta. Przy maksymalnej liczbie 5 pkt, za daną usługę, e-recepta otrzymała od badanych wynik 4,58. Najniżej natomiast respondenci ocenili możliwość korzystania z e-maila, jako możliwość kontaktu z przychodnią 3,69 na 5 pkt, tabela 5, rycina 2. Według danych Ministerstwa Cyfryzacji z 2019 roku, coraz większą popularnością cieszą się właśnie e-recepty. W roku 2019 wystawiono już 5,5 milionów e-recept. Wyraźnie zauważalny był wzrost liczby wystawianych e-recept na przekroju obserwowanego roku. Średnio o 17% tygodniowo rosła liczba recept wystawianych w postaci elektronicznej. Dla porównania, jeszcze w styczniu 2019 roku wystawiano ich kilka dziennie, natomiast w lipcu prawie 80 tys. każdego dnia³⁷.

Uzyskane wyniki badań własnych wskazały, że poziom zadowolenia respondentów z wprowadzonych do POZ e-usług medycznych jest nieco powyżej 45,25, z odchyleniem standardowym 8,85, tabela 6, rycina 3. Nieco powyżej 60% badanej grupy wskazało na przeciętny wynik zadowolenia e-usług medycznych, tabela 7. Nie potwierdzono szczególnych różnic w zadowoleniu pacjentów z e-usług w POZ w odniesieniu do płci, tabela 8, rycina 4. Jednak można wnioskować, iż zadowolenie respondentów maleje wraz ze wzrostem wieku, tabela 9, rycina 5. Może to sugerować, iż osoby starsze mają problem z obsługą oraz dostępnością nowych rozwiązań technologicznych lub

³⁷ *Korzyści, wyzwania, strategia informatyzacji*, „Portal e-zdrowie Ministerstwa Zdrowia”, https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/puls_medycyny_csioz_e_zdrowie_www_5d8ce-9c644aad.pdf, Warszawa, wrzesień 2019 [dostęp: 25.03.2024 r.].

po prostu z przekonaniem się do nich. Warto przetoczyć tu przykład badania Model UTAUT (*Unified Theory of Acceptance and Technology Use*), stanowiącego element dla badania akceptacji technologii, w tym w kontekście e-usług zdrowotnych. Model ten pozwala zrozumieć, jak różne czynniki wpływają na decyzje użytkowników o przyjęciu i korzystaniu z nowych rozwiązań technologii³⁸. W sektorze opieki zdrowotnej, gdzie szybki rozwój e-usług ma kluczowe znaczenie dla poprawy dostępności opieki, a tym samym zadowolenia pacjenta, zrozumienie tych czynników jest niezbędne. Może to stanowić ogromny problem w dobie starzejącego się społeczeństwa, nie tylko na skalę Polski, ale i ogólnosiwiatową. Różnicę stanowi również dobrostan osób starszych, ich role społeczne oraz ogólny stan zdrowia. Badania pokazały, iż e-zdrowie jest postrzegane pozytywnie przez osoby starsze oraz traktowane jako nieuniknione czynnik technologii. Jednak wciąż zbyt mało jest wsparcia oraz narzędzi, aby wykorzystać potencjał osób starszych w korzystaniu z e-zdrowia³⁹.

Różnicę zadowolenia z e-usług medycznych w wynikach własnych, tak jak w przypadku wieku można również zauważyć z uwzględnieniem stanu cywilnego. I tutaj wyniki potwierdzają fakt, że największe zadowolenie wyrażają osoby, które potwierdzają stan paniński lub kawalerski. Natomiast najmniejsze zadowolenie notuje się u wdowców, co może być jednoznaczne z wiekiem badanych, tabela 10, rycina 6. W dalszej analizie danych można zauważyć, że osoby z wykształceniem wyższym są bardziej zadowolone z e-usług niż osoby z wykształceniem podstawowym, tabela 11, rycina 7. Także wyższy poziom zadowolenia, chociaż w zakresie umiarkowanym wskazały osoby mieszkające w mieście niż te zamieszkujące tereny wiejskie, odpowiednio 45,92% do 40,81%, tabela 12, rysunek 8. Ogromne znaczenie w tym przypadku może mieć brak dostępu do Internetu na obszarach wiejskich. Analiza wyników badań nie wykazała, by status zawodowy miał istotny wpływ na zadowolenie z wprowadzenia e-usłu na rynek usług medycznych, tabela 13, rysunek 9

Zrozumienie wprowadzanych do e-usług medycznych zmiennych jest niezbędne dla projektantów i dostawców e- usług zdrowotnych, ponieważ pozwala na tworzenie bardziej intuicyjnych, dostępnych i użytecznych rozwiązań, które mogą być lepiej przyjęte przez użytkowników. Opracowanie e-usług dla potencjalnego użytkownika-pacjenta musi być łatwe w użyciu i dostarczać wymiernej wartości dla tego użytkownika. Wnioski płynące z analizy oraz porównanie badań w kontekście e-usług zdrowotnych podkreślają również znaczenie badań nad zaufaniem do e-usług i postrzeganymi korzyściami z ich używania. W erze cyfrowej, na pierwszy plan wysuwa się obawa

³⁸ A. Sołtysik-Piorunkiewicz, I. Zdonek, *Model UTAUT w świetle badań społeczeństwa informacyjnego w Polsce w obszarze e-podatków*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2015.

³⁹ *Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review*, „Portal BMC Public Health”, <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11623-w> [dostęp: 25.03.2024 r.].

o prywatność i bezpieczeństwo danych wszystkich pacjentów, a zaufanie użytkowników do dostawców e-usług zdrowotnych staje się kluczowym czynnikiem wpływającym na ich decyzję o zaufaniu i akceptacji tych technologii. Dostawcy e-usług muszą więc nie tylko skupić się na aspektach technologicznych swoich rozwiązań, ale również na budowaniu relacji z użytkownikami, opartych na transparentności, bezpieczeństwie danych i jasno określonych korzyściach płynących z oferowanych usług. Zatem rozwój i akceptacja e-usług zdrowotnych wymaga holistycznego podejścia, które uwzględnia zarówno aspekty technologiczne, jak i społeczno-psychologiczne. Z badań zleconych przez Ministerstwo Cyfryzacji, prowadzonych w czerwcu 2019 roku wynika, iż Polacy są gotowi na cyfryzację w ochronie zdrowia. Ponad 80% ankietowanych korzysta z Internetu, a niemal 90% ocenia, że dostęp do sieci ułatwia im życie⁴⁰. Szacuje się, że poszukiwanie informacji zdrowotnych w zasobach Internetu jest jednym z najczęstszych tematów. Z dostępu do Internetu korzystają również medycy. Z przeprowadzonych badań w grupie amerykańskich lekarzy, 41% z nich szuka publikacji wyników najnowszych badań klinicznych przy użyciu Internetu. Około 60% poszukuje materiałów edukacyjnych dla pacjentów, informacji na temat leków oraz poszukują materiałów publikowanych przez towarzystwa naukowe⁴¹. Coraz więcej osób zakłada też profil zaufany, dzięki któremu może podpisywać online pisma i wnioski do wielu urzędów, a także logować się na swoje Internetowe Konto Pacjenta. Resort cyfryzacji poinformował, że do połowy lipca 2019 cztery miliony osób potwierdziło profil zaufany. Dla porównania w 2015 roku posiadało go niespełna 400 tys. osób⁴².

W kontekście rosnącej roli technologii informacyjnych w opiece zdrowotnej, wyniki prezentowane przez autorki w niniejszej pracy rzucają światło na istotne aspekty wprowadzenia e-usług w sektorze opieki zdrowotnej, podkreślając ich pozytywny wpływ na dostępność opieki i efektywność komunikacji między pacjentami a dostawcami usług zdrowotnych. Literatura naukowa w tej dziedzinie potwierdza, że technologie informacyjne nie tylko poprawiają jakość usług zdrowotnych i zadowolenie pacjentów, ale również zwiększają efektywność pracy personelu medycznego, co ma kluczowe znaczenie dla ciągłego doskonalenia systemów opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie e-usług w opiece zdrowotnej przyczynia się do zwiększenia dostępności opieki poprzez umożliwienie pacjentom łatwiejszego i szybszego dostępu do informacji zdrowotnych, konsultacji online oraz zarządzania własnym leczeniem. Dzięki cyfrowym platformom zdrowotnym, telemedycynie i elektronicznym systemom zdrowotnym, pacjenci mogą szybciej uzyskać potrzebną pomoc, co jest szczególnie ważne w obszarach oddalonych lub niedostatecznie obsługiwanych przez tradycyjną

⁴⁰ *Korzyści, wyzwania, strategia...*

⁴¹ R. Rudowski: *Infornatyka medyczna*, „Wydawnictwo Naukowe PWN”, Warszawa 2012.

⁴² *Korzyści, wyzwania, strategia...*

opiekę zdrowotną. Technologie te zmniejszają barierę geograficzną i czasową, co jest zgodne z obserwacjami wielu badaczy podkreślających potencjał e-usług w poprawie dostępności i efektywności opieki zdrowotnej.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto daleko idące wnioski dotyczące zadowolenia pacjentów z e-usług w POZ:

Pacjenci byli w mniejszym stopniu zorientowani co do możliwości korzystania z e-usług medycznych w swojej przychodni niż wstępnie zakładano przystępując do badania. Bariereą stanowić może brak ogólnej informacji dla pacjentów oraz zaniedbania personelu związane z przekazywaniem tych informacji. Czynnikiem wpływającym na wynik analizy po stronie pacjentów mógł być brak zainteresowania oraz osób ankietowanych.

W badaniu przeprowadzonym przez autorki pracy wystąpiły nieznaczące zależności między wybranymi czynnikami a rodzajem e-usług medycznych w przychodni, z której korzystają pacjenci. Analiza wykazała, iż najbardziej zadowolone są osoby młode oraz żyjące poza związkiem małżeńskim czy partnerskim. Zadowolenie wykazała grupa osób z wyższym wykształceniem, co jest równoznaczne z ich wyższą świadomością zdrowotną. Starsze osoby z trudnością podchodzą do korzystania z rozwiązań nowoczesnej technologii. Stąd potrzeba pochylenia się nad rozwiązaniem tego problemu poprzez dostosowywanie technologii do wieku odbiorcy.

Teleporada medyczna, e-zwolnienie oraz e-recepta to najwyżej oceniane e-usługi, które wpłynęły na zadowolenie pacjentów. Czynnikiem tych zależności jest łatwość dostępu, szybkość dostępu oraz ograniczenie tradycyjnych wizyt w przychodni do minimum. Przyspieszenie diagnostyki, brak potrzeby kontaktu z chorymi w przypadku działań profilaktycznych czy przedłużenia leków na receptę.

Zdecydowana większość respondentów oceniła, iż e-usługi przyspieszyły kontakt z placówką medyczną, w tym przypadku lekarza POZ. Uruchomienie maila do kontaktu z przychodnią jest według ankietowanych dodatkowym plusem. Chociaż niewielu z nich wie o takiej możliwości z powodu braku informacji.

Pacjenci ocenili teleporadę jako szybki, sprawny oraz zrozumiały sposób kontaktu z lekarzem POZ. Niemniej jednak większość z nich wybrałaby wizytę w postaci osobistego kontaktu z lekarzem.

Bibliografia:

Pozycje zwarte:

Bogusiak M., Krótka P., Lipka M., Polowczyk K., Pytlarz-Pietraszko M. i wsp. *Bezpieczeństwo cyfrowych danych medycznych*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2021.

Bruski Ł. i inni: *E-zdrowie i bezpieczeństwo danych pacjentów*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2023.

Kilańska D., Grabowska H., Gaworska-Krzemińska A., *E-zdrowie wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.

Koenner M., Malinowska A., *Telemedycyna – aspekty prawne*, AsteriaMed, Gdańsk 2020.

Noppenberg M., Budys-Cupak I., Kózka M., *Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.

Rudowski R., *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

Sadowska M., Lis W., *Bezpieczeństwo zdrowotne w praktyce medycznej*. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2022.

Sołtysik-Piorunkiewicz A., Zdonek I., *Model UTAUT w świetle badań społeczeństwa informacyjnego w Polsce w obszarze e-podatków*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2015.

Szpor G., Lipowicz I., Świerczyński M., *Telemedycyna i e-zdrowie. Prawo i informatyka*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2019.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 13 lipca 2023 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 poz. 1733).

Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 Nr 113 poz. 657).

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2023 r. (Dz. U. Poz. 1427).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. 2018 poz. 941).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2015, poz. 2069).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2015 roku o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2015 poz. 1991).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku *o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. 2011 Nr. 113, poz. 657).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. 2022, poz. 1194).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. 2022, poz. 1194).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept* (Dz. U. 2023 poz. 487).

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2023 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie* (Dz. U. 2023, poz. 823).

Obwieszczenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 listopada 2017 r. *w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych* (Dz. U. 2017, poz. 2247).

Zarządzenie Nr 154/2019/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2019 r. *w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta*.

Zarządzenie Nr 55/2019/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 maja 2019 roku *w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2019 roku dofinansowania zakupu oprogramowania dla świadczeniodawców*.

Źródła Internetowe:

Bariery i ułatwienia w korzystaniu z e-zdrowia przez osoby starsze: przegląd zakresu/ Barriers and facilitators to the use of e-health by older adults: a scoping review, Portal BMC Public Health, <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11623-w> [dostęp: 25.03.2024 r.]

E-recepta, „Portal pacjent.gov.pl”, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/erecepta> [dostęp: 13.12.2023 r.].

E-zdrowie będzie się rozwijało, „Portal E-Zdrowie, Strefa dla Pacjenta”. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/artukul/e-zdrowie-bedzie-sie-rozwijalo> [dostęp: 10.12.2023 r.].

Internetowe konto pacjenta, „Portal pacjent.gov.pl”, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta> [dostęp: 7.01.2024 r.].

Korzyści, wyzwania, strategia informatyzacji, „Portal e-zdrowie Ministerstwa Zdrowia”, Warszawa, wrzesień 2019, https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/

puls_medycyny_csioz_e_zdrowie_www_5d8ce9c644aad.pdf, [dostęp: 25.03.2024 r].
Ministerstwo Zdrowia zapowiada centralne wsparcie informatyzacji POZ. Będą dwa projekty, „Portal Rynek Zdrowia.pl”, <https://www.rynekzdrowia.pl/E-zdrowie/Ministerstwo-Zdrowia-zapowiada-centralne-wsparcie-informatyzacji-POZ-Beda-dwa-projekty,229667,7.html> [dostęp: 13.12.2023 r].
System e-zdrowie (P1), „Portal Centrum e-Zdrowie, zakładka Nasze produkty” <https://www.cez.gov.pl/pl/nasze-produkty/e-zdrowie-p1> [dostęp: 12.12.2023 r].
Wprowadzenie nowoczesnych e-usług w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, „Fundusze Europejskie dla Zdrowia”, https://www.zdrowie.gov.pl/euslugi/strona-974-o_projekcie.html [dostęp: 15.11.2023 r].
Zlecenia Zaopatrzenia, „Portal SZOI”, <https://ezwm.nfz.gov.pl/ap-zz/user/kaasmgr/oprlst@default> [dostęp: 20.12.2023 r].

EDYTA CZERWIŃSKA, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

ANALIZA PORÓWNAWCZA NASTROJU, EMOCJI I POCZUCIA ZADOWOLENIA Z ŻYCIA PACJENTÓW PRZED I PO LECZENIU SANATORYJNYM

COMPARATIVE ANALYSIS OF MOOD, EMOTIONS AND SATISFAC- TION WITH LIFE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER SANATORIUM TREATMENT

Słowa kluczowe: pacjent, leczenie sanatoryjne, nastrój, emocje, satysfakcja z życia

Abstrakt: Wstęp: Pobyt w sanatorium i leczenie sanatoryjne wykazują holistyczny wpływ na organizm człowieka, obejmujący nie tylko poprawę stanu psychicznego, ale również emocjonalnego, fizycznego i duchowego.

Cel pracy: Analiza porównawcza oceny przez pacjentów nastroju i sześciu emocji oraz poczucia satysfakcji z życia przed, jak i po leczeniu sanatoryjnym.

Materiał i metody: Grupą badaną byli kuracjusze przebywający w Sanatorium MSWiA w Kołobrzegu. Narzędziem badawczym były dwa standaryzowane kwestionariusze ankiety, Skala Satysfakcji z Życia oraz Skala Nastroju i Sześciu Emocji.

Wyniki i wnioski: Kuracjusze po pobycie w sanatorium istotnie wyżej ocenili nastrój, pozytywne emocje i satysfakcję z życia niż w momencie przyjazdu na leczenie sanatoryjne.

Keywords: patient, sanatorium treatment, mood, emotions, life satisfaction

Abstract: Introduction: A stay in a sanatorium and sanatorium treatment have a holistic effect on the human body, including improving not only the mental state, but also the emotional, physical and spiritual state.

Aim of the study: Comparative analysis of patients' assessment of mood and six emotions as well as their sense of satisfaction with life before and after sanatorium treatment.

Material and methods: The study group consisted of patients staying at the Sanatorium in Kołobrzeg. The research tool was two standardized survey questionnaires, the Life Satisfaction Scale and the Mood and Six Emotions Scale.

Results and conclusions: After their stay in the sanatorium, the patients assessed their mood, positive emotions and life satisfaction significantly higher than when they arrived for sanatorium treatment.

WSTĘP

Historia lecznictwa uzdrowiskowego sięga XII. Wieku. Pierwsze wzmianki datuje się na 1137 rok i dotyczą Cieplic Śląskich. Rozkwit uzdrowisk w naszym kraju przypada na XVIII. i XIX. wiek i daje początek między innymi takim kurortom jak: Krynica, Busk i Nałęczów. W Polsce większość uzdrowisk zlokalizowana jest na terenach górskich i podgórskich, chociaż część z nich znajduje się również w regionach nadmorskich i w centralnej Polsce.

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi integralną część ochrony zdrowia. Zadaniem przytoczonego podsystemu jest przede wszystkim profilaktyka chorób cywilizacyjnych, kontynuacja rozpoczętego leczenia szpitalnego, a także możliwość przedłużenia leczenia ambulatoryjnego. Lecznictwo uzdrowiskowe jest zatem jednym ze sposobów przeciwdziałania chorobom, regeneracji sił psychicznych i fizycznych, a także odbudowy sfery duchowej. Służy temu okresowa zmiana miejsca pobytu i stylu życia jaką daje wyjazd do sanatorium. Szacuje się, że na koniec 2022 roku, w Polsce działały 254 zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, które w przeciągu roku przyjęły 819,9 tys. kuracjuszy, z tego 742,0 tys. było leczonych stacjonarnie. W 44 istniejących stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej opieką medyczną objęto 74,5 tys. pacjentów. Działalność prowadziło 41 szpitali uzdrowiskowych (w tym 3 dla dzieci), 184 sanatoria uzdrowiskowe (w tym 3 dla dzieci i 1 sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górnictwa), 6 przychodni i 23 zakłady przyrodolecznicze obsługujące kompleksy uzdrowiskowe¹.

TURYSTYKA UZDROWISKOWA I UZDROWISKO

Współcześnie coraz większą uwagę skupia się na turystyce uzdrowiskowej, będącej jednym z rodzajów turystyki zdrowotnej. Zmęczenie, osłabienie czy stres to są schorzenia, które często towarzyszą człowiekowi na co dzień. Problemy te dotyczą nie tylko dorosłych, ale również młodzieży, a także i dzieci. Przyczyn może być wiele. Każdy stara się im zapobiegać, stosując różne metody leczenia lub rehabilitacji².

Definicji turystyki uzdrowiskowej jest wiele. Jedna z nich jest sformułowana przez Wolskiego. Według niego turystyka uzdrowiskowa to celowe i nieprzymuszone udanie się na pewien okres, poza miejsce pobytu stałego, w chwili wolnej od pracy, zamiarem regeneracji ustroju, dzięki aktywnemu wypoczynkowi fizycznemu i psychicznemu³. Januszewska formułuje turystykę uzdrowiskową jako wyjazd powiązany z kuracją rehabilitacyjną, sanatoryjną i leczeniem uzdrowiskowym, gdzie wykorzystane są zabiegi przyrodolecznicze, które udzielane są po przeprowadzonej konsultacji lekarza uzdrowiskowego^{4,5}.

Turystyka uzdrowiskowa zwana jest także turystyką kuracyjną, gdyż na co dzień kuracjusze wykorzystują zabiegi oparte na zasobach naturalnych, które zapewnia lokalne

¹ GUS, *Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2022 roku*, Główny Urząd Statystyczny, Informacje sygnałne, 09,06,2022 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2022-roku,12,7.html> [dostęp: 23.10.2023]

² H. Mała, *Turystyka Uzdrowiskowa w Polsce*, „Zeszyty Naukowe. Turystyka i Rekreacja”, 2016; 2(18): 119-130.

³ K. Krzyżanowska, *Turystyka uzdrowiskowa i jej postrzeganie przez kuracjuszy*, „Turystyka i Rozwój Regionalny”, 2016; tom 6: 69-76.

⁴ K. Karbowski, *Perspektywy rozwoju turystyki uzdrowiskowej w Polsce*, „Europa Regionum”, 2015, tom 24: 233-248.

⁵ K. Krzyżanowska, *Turystyka uzdrowiskowa...*

środowisko, a walorem każdego miasta jest często lokalny klimat⁶. Turystyka ta optymalnie korzysta z lecznictwa i jest ważnym zjawiskiem nie tylko gospodarczym, ale również społecznym, a w Polsce okazała się ona wyspecjalizowaną gałęzią turystyki zdrowotnej. Miejsca, w których odbywają się pobyty lecznicze posiadają nie tylko świetnie rozwiniętą bazę hotelarską, kulturalną, gastronomiczną, ale również rekreacyjną⁷.

Zmiany demograficzne – starzejące się społeczeństwo, rosnąca populacja osób starszych, wzrost czasu wolnego i dochodów, a także zmiany w sposobie myślenia i stylu życia, to ważne czynniki decydujące o znaczeniu rosnącego zainteresowania i rozwoju turystyki termalnej^{8,9,10}.

Historia ludzkości zna wiele przykładów powiązania idei uzdrawiania z wykorzystaniem sił natury. Doceniane i wykorzystywane z pożądanym skutkiem są między innymi: woda mineralna, walory klimatyczne, kąpiele lecznicze, sauna, masaże, terapia borowinowa, walory klimatyczne środowiska naturalnego. Zaobserwowano również pozytywny wpływ czystego powietrza na poprawę funkcjonowania organizmu człowieka. Swoje zastosowanie znalazło również ziołolecznictwo. Dlatego też uznano intuicję i doświadczenie naszych przodków w leczeniu chorób i promowaniu zdrowia^{11,12,13}.

Wraz z rozwojem medycyny klinicznej nastąpiła zasadnicza zmiana w podejściu do leczenia i profilaktyki zdrowotnej. Współczesna medycyna termalna obejmuje terapię kąpielową, kinezyterapię, fizjoterapię, terapię zajęciową i terapię klimatyczną¹⁴.

Uzdrowiska w Polsce posiadają długoletnią tradycję i cieszą się dużym zainteresowaniem. Polska znajduje się w pierwszej dziesiątce rankingu krajów europejskich pod względem liczby uzdrowisk. Rozwój ich w naszym kraju opiera się obecnie na dwóch nurtach: zdrowotnym (wykonywanie usług medycznych w zakresie zabiegów uzdrowskowych) i turystycznym (turystyka krajoznawczo-rozrywkowa)¹⁵.

⁶ K. Dąbrowska-Zielińska, E. Wołk-Musiał, *Turystyka uzdrowskowa w Polsce i na świecie - perspektywy rozwoju SPA i Wellness w Polsce*, „Inżynieria Ekologiczna”, 2021, 30:37.

⁷ S. Królak, *Turystyka uzdrowskowa w Polsce- rozważania nad istotą, determinantami i przyszłością*, „Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna”, 2021, 53: 125-146.

⁸ M. Paszkowska, *Lecznictwo uzdrowskowe jako usługa rynku medycznego* „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, 2017: 7-8: 72-76.

⁹ S. Królak, *Turystyka uzdrowskowa...*

¹⁰ J. Kuciel-Lewandowska, M. Paprocka-Borowicz, *Wpływ terapii uzdrowskowej na obniżenie natężenia odczuwania bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa*. „Pom. J Life Sci”, 2015; 61(3): 257-262.

¹¹ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga balneologii, medycyny fizykalnej i uzdrowskowej*. Tom I, Część ogólna, Wydawnictwo „Aluna”, Konstancin-Jeziorna, 2017.

¹² I. Ponikowska, R. Ossowski, *Psychoterapia w medycynie uzdrowskowej*, „Balneol.Pol. 2008”, L,4, 289-293.

¹³ H. Makąła, *Turystyka Uzdrowskowa...*

¹⁴ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga...*

¹⁵ M. Paszkowska, *Lecznictwo uzdrowskowe...*

Przez uzdrowisko rozumie się obszar należący do regionu turystycznego, uznawany za miasto posiadające korzystne warunki leczenia i zapobiegania chorobom, tj. posiadające zasoby naturalnych składników leczniczych, klimat posiadający właściwości lecznicze oraz odpowiednią infrastrukturę i urządzenia umożliwiające leczenie uzdrowiskowe. Wyjątkowość polskich kurortów polega przede wszystkim na oferowanych przez nie klasycznych formach leczenia uzdrowiskowego, które w połączeniu z wykorzystaniem nowoczesnych metod i sprzętu leczniczego tworzą kompleksowość ich oferty^{16,17}.

Status uzdrowiska lub rezerwatu uzdrowiskowego zapewnia podstawę prawną i organizacyjną do prowadzenia zabiegów uzdrowiskowych oraz działalności turystyczno-rekreacyjnej na danym obszarze. Polskie uzdrowisko działa w oparciu o prawo uzdrowiskowe. Aby uzyskać status uzdrowiska, konieczne jest spełnienie pewnych warunków^{18,19}:

- naturalne i unikatowe bogactwa surowców uzdrowiskowych,
- lokalny klimat o walorach leczniczych,
- zakłady opieki zdrowotnej udzielające świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego przez wysoko wykwalifikowane kadry medyczne,
- urządzenia używane do korzystania z uzdrowiskowych zasobów naturalnych,
- obiekty sanatoryjne i szpitalne z wyposażonym zapleczem, o wysokim standardzie,
- odpowiedni teren pozwalający na wydzielenie stref ochrony uzdrowiskowej,
- wymaganie określone w przepisach prawa o ochronie i kształtowaniu środowiska,
- wystarczającą infrastrukturę techniczną,
- znaczenie ponadlokalne.

Uzdrowiska można pogrupować na:

- uzdrowiska klimatyczno-borowinowe;
- zdrojowiska klimatyczne;
- zdrojowiska borowinowe;
- zdrojowiska klimatyczno-borowinowe²⁰.

W Polsce, na wszystkich obszarach krajobrazowych znajdują się uzdrowiska, z których większość zlokalizowana jest w górach i wzdłuż wybrzeża. Położone są one zazwyczaj w sąsiedztwie obszarów o wysokich walorach geograficznych oraz leczniczych.

¹⁶ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2005 Nr 167 poz. 1399).

¹⁷ H. Makąła, Turystyka Uzdrowiskowa...

¹⁸ K. Karbowski, *Perspektywy rozwoju...*

¹⁹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym...

²⁰ A. Jakubowska, *Charakterystyka lecznictwa uzdrowiskowego w Kołobrzegu – specyfika działania zabiegów z użyciem naturalnych surowców leczniczych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2016, 2(47): 191-197.

Wiele z nich znajduje się w pobliżu parków narodowych lub krajobrazowych. Korzystne usytuowanie ma nie tylko walory lecznicze, ale także turystyczne i rekreacyjne. Większość uzdrowisk do wykonania zabiegów wykorzystuje zasoby wód leczniczych. Przeważają one przede wszystkim w Polsce południowej. Uzdrowiska, które do realizacji procedur lecznictwa uzdrowiskowego wykorzystują borowinę, położone są w większości w Polsce północnej^{21,22,23}.

Uzdrowisko Kołobrzeg jest jednym z największych uzdrowisk w Polsce, o bodźcowym klimacie nadmorskim. Posiada solankę jodkową i bromkową o wysokim stężeniu, ponad 6% oraz wiele złóż borowiny typu niskiego. Kołobrzeg specjalizuje się nie tylko w stosowaniu kąpeli kwasowęglowych i mineralnych, kuracji pitnych wodą mineralną, inhalacji, hydroterapii, jak również szerokiej gamy zabiegów stosujących borowinę. Uzdrowisko to stwarza też bardzo dobre warunki do helioterapii oraz talasoterapii. W wielu sanatoriach czy szpitalach uzdrowiskowych leczy się schorzenia nie tylko z zakresu narządu ruchu, ale także urazów, cukrzycy, reumatologii, chorób układu oddechowego, układu krążenia, a także chorób przemiany materii i endokrynologicznych²⁴.

LECZENIE UZDROWISKOWE

Leczenie uzdrowiskowe w świetle definicji ustawowej to zorganizowana działalność, polegająca na udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej. Wykonywane są one w uzdrowiskach przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego lub poza uzdrowiskiem, w sanatoriach i szpitalach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, gdzie korzysta się z warunków naturalnych, takich jak: właściwości naturalnych surowców leczniczych, właściwości lecznicze klimatu, w tym talasoterapia i subterraneoterapia oraz właściwości lecznicze mikroklimatu, wraz z towarzyszącą opieką fizjoterapeutyczną^{25,26}.

Zabiegi uzdrowiskowe są bardzo skuteczne i mają wieloletnią tradycję. Leczenie uzdrowiskowe stanowi bardzo ważny element w zakresie profilaktyki, zarówno pierwszego, drugiego, jak i trzeciego stopnia. Istotą profilaktyki pierwszego stopnia jest prowadzenie działań profilaktycznych u osób zdrowych. Celem profilaktyki wtórnej jest

²¹ W. Kasprzak, A. Mańkowska, *Medycyna fizykalna w praktyce klinicznej*, „Wydawnictwo Lekarskie PZWL”, Warszawa, 2020.

²² W. Kasprzak, A. Mańkowska, *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*, „Wydawnictwo Lekarskie PZWL”, Warszawa, 2019.

²³ H. Makąła, *Turystyka Uzdrowiskowa...*

²⁴ W. Kasprzak, A. Mańkowska, *Fizykoterapia, medycyna...*

²⁵ M. Paszkowska, *Zasady kierowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*, „Acta Balneologica”, 2018; tom 60:2(152): 112-118.

²⁶ M. Paszkowska, *Uzdrowiska w systemie ochrony zdrowia*. „Difini SA”, Warszawa, 2017.

zatrzymanie rozwoju choroby we wczesnym stadium, natomiast profilaktyka trzeciego stopnia dotyczy pacjentów z zaawansowaną chorobą²⁷.

Celem zabiegów uzdrowiskowych jest oddziaływanie na zdrowie całego organizmu i indywidualne objawy choroby. Leczenie uzdrowiskowe może być kontynuacją leczenia ambulatoryjnego lub szpitalnego wielu schorzeń, wymagających przede wszystkim rehabilitacji i dalszej fizykoterapii. Jego misją jest dodatkowe leczenie chorób przewlekłych, skrócenie czasu rekonwalescencji, przystosowanie się do aktywnego życia po wielu przebytych chorobach przewlekłych, skutkujących trwałymi zmianami w organizmie. Zabiegi uzdrowiskowe uzupełniają i jednocześnie wzmacniają zabiegi wykonywane innymi metodami^{28,29,30}.

Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce charakteryzuje się:

- zakładami lecznictwa uzdrowiskowego o trzech poziomach referencyjności zajmującymi się leczeniem pacjentów różnych stadiach rozwoju choroby,
- klasycznymi zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, które łączą tradycję z nowoczesnością,
- jakością usług medycznych na wysokim poziomie,
- posiadaniem wyspecjalizowanych lekarzy i własnej specjalizacji (balneologii),
- prawem uzdrowiskowym, które uregulowane jest w ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, które normalizują działalność kurortów oraz wpływają na poziom i jakość usług leczniczych^{31,32}.

Oferowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Lecznictwo to działa w ramach pięciu elementów organizacyjnych, jak opisano poniżej^{33,34,35}.

²⁷ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga...*

²⁸ A. Katan, A. Kaczorowska, *Rola fizjoterapii w lecznictwie uzdrowiskowym osób dorosłych w Polsce*, „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu”, 2017; 40(1): 127-138.

²⁹ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga...*

³⁰ B. Czaplą, A.I. Gziut, *Zasady kwalifikacji pacjentów do różnych typów leczenia uzdrowiskowego - teoria i praktyka*, „Kardiologia Inwazyjna”, 2020; 15(1): 21-27.

³¹ C. Koźmiński, *Turystyka zdrowotna, uzdrowiskowa i uwarunkowania bioklimatyczne*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2015.

³² *Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym...*

³³ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga...*

³⁴ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2023 poz. 161).

³⁵ M. Paszkowska, *Zasady kierowania...*

- Uzdrawiskowy zakład przyrodoleczniczy – posiada specjalistyczną bazę zabiegową, gdzie ordynowane są zabiegi w ramach kuracji uzdrawiskowej, do której wykorzystane są naturalne surowce lecznicze.
- Szpital uzdrawiskowy – cechuje się stacjonarną opieką całodobową, specjalistyczną opieką pielęgniarską i lekarską oraz spełnia wymagania bytowe pacjentowi, który został skierowany na leczenie uzdrawiskowe lub rehabilitację uzdrawiskową. Przeznaczony jest dla osób najciężej chorych i mało sprawnych. Podstawowym wymogiem skierowania do takiego zakładu jest zachowana umiejętność samoobsługi.
- Sanatorium uzdrawiskowe – oferuje warunki stacjonarne, całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską, a także zabiegi przyrodolecznicze, leczenie farmakologiczne oraz możliwość do korzystania z urządzeń lecznictwa uzdrawiskowego. W zakładach tych leczy się osoby o średnim stopniu zaawansowania choroby, ale wymagających stacjonarnej opieki.
- Przychodnia uzdrawiskowa – cechuje się systemem ambulatoryjnym. Świadczy usługi dla pacjentów sprawnych fizycznie o najmniejszym zaawansowaniu choroby.
- Urządzenia lecznictwa uzdrawiskowego – wykorzystywane są przez ogół społeczeństwa w ramach kuracji uzdrawiskowej. Świadczą one usługi leczniczo-zapobiegawcze i rekreacyjne, w których wykorzystuje się naturalne zasoby lecznicze oraz właściwości klimatu i morza. Do najczęściej wykorzystywanych urządzeń są, np.: pijalnie wód leczniczych, parki, baseny kąpielowe sportowo-rekreacyjne, tężnie, plaże, urządzone podziemne wyrobiska górnicze, czy też obiekty kulturalno-widowiskowe.

SANATORIUM UZDRAWISKOWE

Sanatorium uzdrawiskowe to obiekt sanatoryjny położony w miejscowości uzdrawiskowej. Pobyt w takim sanatorium skoncentrowany jest przede wszystkim na funkcjach leczniczych. Pacjent przebywający w ośrodku sanatoryjnym ma zapewnione zakwaterowanie, wyżywienie oraz całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską. Kuracjuszowi w trakcie trwania 21-dniowego turnusu przysługują 54 zabiegi, przewidziane programem leczenia. Podczas pobytu pacjentowi oprócz badania wstępnego i końcowego przysługują dwie wizyty kontrolne. W zakładach tych wspomaga się leczniczo chorych ze schorzeniami przewlekłymi o średnim stopniu zaawansowania i wymagających całodobowej opieki. Składnikiem leczenia sanatoryjnego oprócz klimatoterapii i naturalnych surowców leczniczych wykorzystywanych podczas kuracji fizjoterapeutycznej są także czynniki i metody ogólnodostępne, takie jak: farmakoterapia, kinezyterapia, fizjoterapia czy fizykoterapia. Ponadto leczenie to obejmuje

świadczenia profilaktyczne, psychoterapię, leczenie dietetyczne oraz edukację zdrowotną^{36,37,38,39}.

Polskie zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dają możliwość leczenia balneofizykalnego schorzeń przewlekłych, stosowanie działań profilaktycznych, szybką i skuteczną rehabilitację oraz powrót do zdrowia po szpitalnym leczeniu zachowawczym lub operacyjnym⁴⁰.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA) to obiekt położony w Kołobrzegu, w centrum dzielnicy portowej, w strefie uzdrowiskowej. Odległość obiektu od morza i piaszczystej plaży to około 150 metrów, natomiast centrum miasta oddalone jest tylko o 300 metrów. Historia powstania sanatorium wiąże się z utworzeniem w 1950 roku województwa koszalińskiego. Wówczas przy Komendzie Wojewódzkiej Milicji Obywatelskiej powstał Wydział Zdrowia. Pierwszy czteropiętrowy budynek został oddany do użytku wiosną 1965 roku. W sanatorium od początku istnienia działał oddział kardiologiczny, cukrzycowy i pulmonologiczny. Zabiegi zalecane kuracjuszowi wykonywano w obiektach uzdrowiska Kołobrzeg. W 1976 roku ośrodek otrzymał własny zakład przyrodolecznicy, ze źródłem solankowym „Emilia”. Woda chlorkowo-sodowo-bromkowa o bardzo wysokim zmineralizowaniu, wykorzystywana jest do dzisiaj do kąpieli w basenie i wannach. Kolejny dziesięcioletni budynek oddano do użytku w 1980 roku⁴¹.

Sanatorium specjalizuje się w leczeniu cukrzycy, otyłości, schorzeń narządu ruchu, serca i układu oddechowego. Pacjenci przebywający w uzdrowisku są pod opieką wysoko wykwalifikowanej kadry specjalistów personelu medycznego, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologa. Obiekt posiada doskonale wyposażoną bazę zabiegową w zakresie balneoterapii, fizykoterapii, kinezyterapii, laseroterapii oraz krioterapii, a pacjenci mogą z niej korzystać poruszając się ciągiem komunikacyjnym, który łączy ze sobą budynki bazy hotelowej i zabiegowej. Na terenie sanatorium istnieje też sala dziennego pobytu i czytelnia. Wokół sanatorium znajduje się ogród z różnorodną roślinnością oraz nowoczesna plenerowa siłownia, dzięki temu jest możliwość przyjemnego i efektywnego spędzenia wolnego czasu na świeżym powietrzu^{42,43}.

³⁶ K. Karbowski, *Perspektywy rozwoju...*

³⁷ T. Mika, W. Kasprzak, *Fizykoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.

³⁸ I. Ponikowska (red.), *Wielka księga...*

³⁹ J. Matusiak, A. Kaczorowska, A. Katan, *Ocena skuteczności fizjoterapii uzdrowiskowej w leczeniu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa*, „Acta Balneologica”, 2019, tom 61, 3(157): 189-194.

⁴⁰ B. Czapla, A.I. Gziut, *Zasady kwalifikacji...*

⁴¹ *Sanatoria w Kołobrzegu*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Sanatoria_w_Koobrzegu [dostęp: 10.10.2023].

⁴² *SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Kołobrzegu*. <https://mswia.kolobrzeg.pl/> [dostęp: 18.08.2024].

⁴³ *Sanatoria w Kołobrzegu...*

EMOCJE I NASTRÓJ

Emocje stanowią integralną część ludzkiego życia. W istotny sposób wpływają na życie jednostki, jak i grup społecznych: rodziny, społeczności sąsiedzkiej, grupy koleżeńskiej i innych. Pomimo tego, że człowiek przeżywa emocje, obserwuje wyrażane ich przez inne osoby, potrafi je nazwać i określić, to i tak obiektywny ich opis stwarza wiele trudności. Wyrażanie emocji umożliwia zorientowanie się w przeżyciach jednostki i pozwala na odpowiednią komunikację międzyludzką^{44,45}.

Emocje nie są wrodzonymi, sztywnymi programami, ale czymś co nabywa się w procesie socjalizacji i uczy się tego w określonych warunkach społeczno-kulturowych. Definiowanie scenariuszy paradygmatycznych odbywa się na podstawie m.in. reakcji na pewne zdarzenia, ale też pod wpływem codziennych interakcji⁴⁶.

Współcześni psychologowie definiują emocje (*emotions*) jako złożony wzór zmian cielesnych i psychicznych, obejmujący pobudzenie fizjologiczne, uczucie, procesy poznawcze, widoczne sposoby ekspresji i specyficzne reakcje behawioralne, pojawiające się w odpowiedzi na sytuację postrzeganą jako ważną dla danej osoby⁴⁷.

Wyodrębnia się różne rodzaje emocji, które są usystematyzowane i zaczynają się od tych najbardziej podstawowych do tych emocji, których człowiek uczy się przeżywając i doświadczając różnych sytuacji życiowych. Wyróżniane są emocje podstawowe i złożone, a każda z odczuwanych emocji warunkuje pewne reakcje. W latach 70. psycholog Ekman zidentyfikował sześć podstawowych emocji, które według niego były najpowszechniej spotykane u ludzi, bez względu na kulturę, w której żyli. Te emocje to radość, smutek, wstręt, strach, zaskoczenie i złość. Później rozszerzył on listę podstawowych emocji o dumę, wstyd, zażenowanie i podniecenie. Natomiast Plutchik, zaproponował graficzne przedstawienie emocji, nazywane kołem emocji Plutchika. To osiem emocji podstawowych, wrodzonych, do których zaliczył czujność, ekstazę, podziw, przerażenie, zdumienie, rozpacz, wstręt i wściekłość. Jego zdaniem kolejne emocje wynikają z tych podstawowych, np. z podziwu wynika akceptacja, a następnie ufność⁴⁸.

Okazuje się, że na zachowanie człowieka mają ogromny wpływ nie tylko emocje pozytywne, ale i te negatywne. Niektóre z nich, takie jak satysfakcja czy radość generują pozytywne zachowania, ale są również emocje, które negatywnie wpływają na uczucia

⁴⁴ D. J. Żyżniewski, *Emocje i nastrój. Jak je zrozumieć i kształtować*, Wydawnictwo „Zwierciadło”, Warszawa, 2019.

⁴⁵ A. Zalewska, *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób wysokiej i niskiej reaktywności*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa, 2003.

⁴⁶ A. Dąbrowski, *Czy emocje mogą być racjonalne? Analiza wybranych aspektów filozofii emocji Ronald De Salisy*, „Analiza i egzystencja”, 2016:35:118.

⁴⁷ P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe „PWN SA”, Warszawa, 2022.

⁴⁸ A. Gołuszka A, *Emocje ich znaczenie i zadania*. „Journal of Education, Health and Sport”, 2022: 12(1): 147-159.

jednostki. Znane są trzy sposoby wyrażania emocji. Pierwszym z nich jest traktowanie ich jako subiektywne doznania (uczucia). Jest to inaczej stan psychiczny, którego istotą jest stosunek mentalny do bodźców teraźniejszych, przeszłych lub przyszłych zdarzeń oraz wszelkich elementów otaczającego świata wraz z doznaniem płynącymi z własnego ciała. Drugim sposobem przejawiania emocji jest ekspresja. Jest to uzewnętrznienie swojego zachowania niewerbalnego i werbalnego. Emocje zauważane są zazwyczaj obserwując innych, ich tzw. mowę ciała, mimikę, ton głosu oraz interpretując znaczenie ich wypowiedzi, np. wyznaczenie miłości. Trzecim sposobem wyrażania emocji są zmiany fizjologiczne. Wyrażanie ich przyczynia się do wielu zmian w fizjologicznym i biochemicznym funkcjonowaniu organizmu^{49,50}.

Nieustannie człowiek działa się pod wpływem emocji, zachowując się wobec innych ludzi w taki a nie inny sposób, podejmując różnorodne decyzje, często przy braku adekwatnych informacji na temat innych rozwiązań. Emocje dostarczają prostych heurystyk, które mogą być zawodne, jednocześnie nie gwarantują również pomyślnego rozwiązania problemu, co może prowadzić do zachowań irracjonalnych⁵¹.

Nastrój to inaczej stan emocjonalny o niewielkim natężeniu, charakteryzujący się pewnym znakiem (pozytywnym lub negatywnym) i zawierający mniej lub bardziej precyzyjne oczekiwania co do biegu zdarzeń. Będąc w pozytywnym nastroju, zdarzenia potoczą się pomyślnie. Negatywny nastrój powoduje złe spostrzeganie rzeczywistości, tzw. czarne scenariusze⁵².

Emocje i nastrój różnią się od siebie. Pierwsze są zazwyczaj reakcją na szczególne sytuacje, dlatego też najczęściej są bardzo intensywne i krótkotrwałe. W przeciwieństwie do nich nastroje (*moods*) mogą mieć mniejszą intensywność i trwać kilka dni. Zazwyczaj powiązanie między nastrojem a wyzwalającymi je wydarzeniami jest słabsze. Można być w dobrym lub złym nastroju, nie mając pojęcia dlaczego^{53,54,55}. Nastrój wydaje się swoistą konfiguracją umiarkowanych efektów, które stanowią tło codziennych postaw, aktywności i zachowań. Emocje zazwyczaj motywują do działania. Nastrój „nie ma żadnego celu”, jest raczej niemy podłożem motywacji czy przedsięwzięć⁵⁶.

Spojrzenie na otaczającą rzeczywistość oraz analiza zachodzących w nim zjawisk, zdecydowanie są uzależnione od nastroju. Przeżywając dobry nastrój, człowiek czuje się

⁴⁹ A. Augustynek, *Wprowadzenie do psychologii*. Difin Sa, Warszawa, 2018.

⁵⁰ J. Czapiński, *Psychologiczne teorie szczęścia*, W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu i cnotach człowieka*, „WNPWN”, Warszawa, 2004.

⁵¹ A. Dąbrowski, *Wpływ emocji na poznawanie*, „Przegląd Filozoficzny”, 2012: 3:322.

⁵² J. Strelan, D. Doliński, *Psychologia akademicka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2010: tom I: 515.

⁵³ P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie...*

⁵⁴ D. J. Żyżniewski, *Emocje i nastrój...*

⁵⁵ D. Śliż, A. Mamcarz (red), *Medycyna stylu życia*. Wydawnictwo Lekarskie „PZWL”, Warszawa, 2018.

⁵⁶ D. J. Żyżniewski, *Emocje i nastrój...*

komfortowo i bezpiecznie, wówczas dostrzega głównie pozytywne aspekty rzeczywistości, patrzy też bardziej optymistycznie na problemy, poszukując adekwatnych i skutecznych strategii ich rozwiązania. Natomiast obniżony nastrój powoduje spadek kreatywności i prowadzi do poczucia bezsilności, osamotnienia, a nierzadko nawet depresji^{57,58,59}.

Człowiek mający świadomość wpływu nastroju na swoje życie unika i zapobiega wielu przykrym sytuacjom. Reaguje na dane wydarzenia nie tylko w sposób kontrolowany, ale i asertywny^{60,61,62}.

ZADOWOLENIE Z ŻYCIA

W ostatnich latach wzrosła liczba badań nad poczuciem subiektywnego dobrostanu, określanego również jako zadowolenie z życia. Mimo różnic występujących w zakresie rozważań teoretycznych, w badaniach dominuje ujęcie zadowolenie z życia jako nastawienie wobec własnego życia, które obejmuje dwa aspekty: poznawczy (*cognitive aspect-contentment level*) i afektywny (*affective aspect-hedonic level*)^{63,64}.

Aspekt poznawczy zadowolenia z życia zwany jest też w polskiej literaturze jako satysfakcja z życia. Pod tym pojęciem rozumiany jest poziom, w jakim człowiek ocenia stopień zaspokojenia swoich aspiracji, inaczej mówiąc, jak bardzo zadowolony jest ze swojego życia i tego co w nim osiągnął. Poziom afektywny rozumiany jest jako stopień, w jakim doświadczenia afektywne jednostki są przyjemne, czyli jak dobrze się zazwyczaj czuje⁶⁵. Zdaniem Withey'a i Andrews'a na zadowolenie z życia składają się trzy elementy: ocena satysfakcji z życia, emocje pozytywne i emocje negatywne. Satysfakcja z życia oceniana jest przez osoby na podstawie analizy ich przeżyć, doświadczeń, które wydarzyły się w przeszłości. Człowiek przy tym bierze pod uwagę zarówno te złe, jak i dobre momenty swojego życia. Doświadczenie emocji pozytywnych i negatywnych, przeszłych lub teraźniejszych nie jest zależne od częstości ich pojawiania się w poszczególnych okresach i terminach życia. Zauważono, że do określenia własnego zadowolenia z życia potrzebny jest brak emocji negatywnych i pojawienie się emocji pozytywnych. Doznawanie zwłaszcza emocji pozytywnych o wysokim nasileniu powoduje zazwyczaj to, że człowiek jest radosny i zadowolony z życia, a emocje o niższym nasileniu powodują uczucie spokoju

⁵⁷ M. Błaszczuk, *Psychologia i emocje*. „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 2022:28:315-324.

⁵⁸ A. Dąbrowski, *Wpływ emocji...*

⁵⁹ D. J. Żyżniewski, *Emocje i nastrój...*

⁶⁰ A. Augustynek, *Wprowadzenie do psychologii...*

⁶¹ J. Czapiński, *Psychologiczne teorie...*

⁶² D. J. Żyżniewski, *Emocje i nastrój...*

⁶³ M. Pasik, *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia u kobiet i mężczyzn na emeryturze*, Acta Universitatis Lodzianis, „Folia Psychologica”, 2007:11:67-79.

⁶⁴ A. Zalewska, *Dwa światy. Emocjonalne...*

⁶⁵ M. Błaszczuk, *Psychologia i emocje...*

i równowagi. Doświadczanie negatywnych emocji, zwłaszcza tych o wysokim nasileniu powoduje złe samopoczucie, odczuwanie złości, strachu, a nawet depresję^{66,67,68}.

Terminem powiązany z zadowoleniem z życia jest dobrostan. Zdaniem Czapińskiego jest to subiektywnie postrzegana lub odczuwana własna pomyślność. Przejawem dobrostanu jest odczuwany subiektywnie pozytywny bilans doświadczeń, który znajduje swój wyraz na poziomie poznawczym i na poziomie emocjonalnym⁶⁹. Kolejnym określeniem łączącym się z zadowoleniem z życia jest satysfakcja. Powiązana jest ona z doświadczaniem osiągnięć, które bezpośrednio wpływają na rozwój osobowości, poprzez wpływanie na człowieka do podejmowania dużych starań przy realizacji działań wartościowych i radzenia sobie z trudnościami. O treści własnego życia i szczęściu decyduje doświadczenie, które jest podstawą świadomości. Jakość życia mierzy się stopniem bliskości osiągnięcia wyznaczonych celów. Kiedy człowiek nie jest w stanie osiągnąć swoich wyznaczonych celów popada w zgorzknienie, stany depresyjne, a nawet depresję. Osiągnięcie przynajmniej w części wyznaczonych zadań powoduje, że odczuwa on zadowolenie i szczęście^{70,71,72,73}.

Ostatnim pojęciem zbliżonym do „zadowolenia z życia” jest jakość życia. Interdyscyplinarny charakter jakości życia powoduje jej wielowymiarowość interpretacyjną. W sondażach badawczych często pojawia się wartościująca ocena tej kategorii, np. poziom niski lub wysoki, rzadziej porusza się jej różne aspekty. Jakość życia można postrzegać subiektywnie lub obiektywnie. Takie interpretacje uwzględniają jej związki z systemem aksjologicznym, będącym przesłanką odwołań do polityki społecznej lub systemu wartości danej osoby. W szerokim i wąskim ujęciu zwykle jakość życia odnosi się do warunków obiektywnych, m.in. sytuacji ekonomicznej, warunków mieszkaniowych oraz do warunków subiektywnych, m.in. usposobienia i oceny warunków bytowych⁷⁴.

Poczucie zadowolenia z życia jest ściśle powiązane z jakością życia, nie tylko w momencie definiowania tych terminów, ale także przy interpretacji ich wskaźników. Zadowolenie z życia i jakość życia posiadają także jednakowe obiektywne i subiektywne determinanty, takie jak: poziom gotowości do pełnienia ról społecznych, zaspokojenie

⁶⁶ J. Cherschowska, *Zadowolenie z życia osób starszych w świetle zagadnień teoretycznych i badań w Polsce*, „Praca Socjalna”, 2018: 3(33): 23-41.

⁶⁷ A. Augustynek, *Wprowadzenie do psychologii...*

⁶⁸ M. Błaszczyk, *Psychologia i emocje...*

⁶⁹ J. Czapiński, *Psychologiczne teorie...*

⁷⁰ P. G. Zimbardo, R. J. Gerrig, *Psychologia i życie...*

⁷¹ A. Zalewska, *Dwa światy. Emocjonalne...*

⁷² L. Uma devi, V. KavithaKiran, P. Swachita, *Satisfaction with Life in Elderly with Reference to Gender, Age and Residence*, IOSR Journal of Humanities and Social Science”, 2015: 20(4): 57-59.

⁷³ M. Śliżewska, *Stosunek do siebie i innych a poziom zadowolenia z życia*, „Psychologia Wychowawcza”, 2016: 9: 141-152.

⁷⁴ J. Czapiński, *Psychologiczne teorie...*

potrzeb duchowych i materialnych, stan zdrowia, więzy społeczne, środowisko materialne, pozytywne emocje, samopoczucie psychiczne, aktywność i rozwój^{75,76,77,78}. Determinanty te oddziałują na siebie nadając bieg życiu człowieka na wielu poziomach i wpływają na postawę człowieka w stosunku do otoczenia oraz na spojrzenie na samego siebie.

CEL PRACY

Analiza porównawcza oceny nastroju i szczęścia emocji oraz poczucia satysfakcji z życia pacjentów przed, jak i po leczeniu sanatoryjnym.

PROBLEMY BADAWCZE

Czy pobyt w sanatorium istotnie wpłynął na poprawę nastroju, emocji oraz poczucia satysfakcji z życia?

Czy wystąpiła zależność pomiędzy płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania kuracjuszy a oceną nastroju i emocji przed przyjazdem do sanatorium i po zakończonym turnusie sanatoryjnym?

HIPOTEZY

Kuracjusze po pobycie w sanatorium istotnie wyżej ocenili nastrój, pozytywne emocje i satysfakcję z życia aniżeli w momencie przyjazdu na leczenie sanatoryjne.

Po pobycie w sanatorium kobiety deklarowały istotnie wyższy nastrój i pozytywne emocje w kategorii radości, natomiast mężczyźni wyższe emocje w kategorii miłości.

W momencie przybycia do sanatorium nie wykazano zależności pomiędzy wiekiem a nastrojem i emocjami. Natomiast po leczeniu sanatoryjnym osoby młodsze wykazały istotnie wyższą ocenę nastroju w kategorii miłości niż osoby starsze.

Pobyt w sanatorium zdecydowanie wpłynął na wyższy poziom nastroju i pozytywne emocje w kategorii radości u kuracjuszy zamieszkujących na wsi niż osób mieszkających w mieście.

MATERIAŁ I METODYKA

Badanie przeprowadzono wśród wybranych losowo kuracjuszy w Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sanatorium Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kołobrzegu (MSWiA).

⁷⁵ J. Cherchowska, *Zadowolenie z życia...*

⁷⁶ E. Kasprzak, *Zadowolenie z życia jako kategoria emocjonalna i poznawcza*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 2012: 1(17): 187-199.

⁷⁷ M. Pasik, *Poczucie koherencji...*

⁷⁸ M. Dziedzic, *Satysfakcja z życia, samoocena i poziom odczuwanego stresu u osób w okresie późnej dorosłości uczęszczających na Uniwersytet Trzeciego Wieku*, „Kwartalnik Naukowy”, 2015; 2(22): 277-289.

Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem dwóch standaryzowanych narzędzi badawczych.

Kwestionariusz ankiety składał się z trzech części, który poprzedzony był listem wprowadzającym. Zawarto w nim informacje o celu badania oraz zapewnieniu anonimowości prowadzonych badań.

W pierwszej części kwestionariusza zapytano o płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania. Część druga to Skala Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale - SWLS*) w polskiej adaptacji Jurczyńskiego. To krótka metoda badająca poczucie zadowolenia z życia, składająca się z 5 pozycji ocenianych w 7-stopniowej skali. Oceny są sumowane, a wynik decyduje o zadowoleniu z życia. Wartości wahają się od 5. do 35. punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie zadowolenia z życia^{79,80,81}.

Trzecia część to Skala mierząca nastroj i sześć emocji - dwóch pozytywnych: radość i miłość oraz czterech negatywnych: strach, poczucie winy, smutek i złość. Skala ogólnego nastroju składała się z 10 pozycji zaprojektowanych tak, aby reprezentować ogólne pozytywne lub negatywne nastroje, a nie konkretne emocje^{82,83}. Respondent udzielał odpowiedzi na 5-stopniowej skali. Skale pozytywnego i negatywnego nastroju to listy przymiotników. Zawierały 10 przymiotników pozytywnych i negatywnych, opisujących ich nastroj. Zadaniem respondenta było zaznaczenie wszystkich określeń, które adekwatnie opisują jego obecny nastroj. Całkowity wynik to liczba wybranych terminów (każdy znacznik oceniano jako 1., a więc pozytywne i negatywne, wyniki tonacji mieszczą się w przedziale od 0 do 10).

Kwestionariusz emocji składał się z 24 przymiotników oznaczających nazwy dyskretnych emocji, po cztery na każdą z sześciu emocji głównych (radość, miłość, gniew, strach, smutek, poczucie winy). Badani udzielali odpowiedzi na 7-punktowej skali. Wynik dla każdej z sześciu głównych emocji jest średnią z czterech czynników wchodzących w skład emocji szczegółowych. Mieszczą się w przedziale od 1 do 7.

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

Na wstępie uzyskano zgodę Dyrektora Sanatorium MSWiA w Kołobrzegu na przeprowadzenie badań. Udział w badaniu był dobrowolny, respondenci zostali poinformowani o zasadach wypełniania kwestionariusza ankiety oraz anonimowości danych.

Badania przeprowadzono na terenie Sanatorium MSWiA w Kołobrzegu, w okresie od

⁷⁹ Z. Jurczyński, *Skala Satysfakcji z Życia [w:] Narzędzie pomiaru w promoci i psychologii zdrowia*, Z. Jurczyński, Pracownia Testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2009.

⁸⁰ E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin, *The Satisfaction with Life Scale*, „Journal of Personality Assessment”, 1985: 49:71-75.

⁸¹ A. Katan, A. Kaczorowska, *Rola fizjoterapii...*

⁸² L. Uma devi, V. KavithaKiran, P. Swachita, *Satisfaction with...*

⁸³ A. Katan, A. Kaczorowska, *Rola fizjoterapii...*

połowy maja do końca września 2023 roku. Grupą badaną byli kuracjusze przebywający w tym czasie na 21-dniowym turnusie sanatoryjnym, skierowanych przez NFZ. Badanie przeprowadzono wśród losowo wybranych osób. Respondentów poproszono o ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia i wskazanie, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do życia, emocji czy nastrojów.

Pierwsze badanie przeprowadzono w dniu przyjęcia kuracjuszy do sanatorium, a drugie w ostatnim dniu pobytu w sanatorium. Respondentów poproszono o rzetelne i zgodne z prawdą wypełnienie kwestionariusza ankiety, co dało możliwość zebrania materiału niezbędnego do przeprowadzenia niniejszego badania. Kwestionariusz ankiety przekazywany był każdemu respondentowi osobiście przez ankietera – autorkę pracy. Natomiast wypełnione kwestionariusze oddawane były przez ankietowanych do rąk dyżurującej pielęgniarki. Ogółem rozdano 140 kwestionariuszy ankiety, zebrano 136, w tym prawidłowo wypełnionych było 129 kwestionariuszy.

ZMIENNE I WSKAŹNIKI

Do zebrania danych i przeprowadzenia analizy statystycznej niezbędne było uwzględnienie zmiennych niezależnych i wskaźników ze skalą (tabela 1) oraz zmiennych zależnych wraz z ich wskaźnikami i skalą (tabela 2).

Tabela 1. Zmienne niezależne i wskaźniki ze skalą

| Zmienne | Wskaźniki | Skale |
|----------------------|----------------------|--|
| Wiek | lata w liczbach | średnia z odchyleniem standardowym najmłodszy najstarszy mediana przedział wiekowy 30-55 lat przedział wiekowy 56-70 lat przedział wiekowy 71-89 lat |
| Płeć | kobieta mężczyzna | liczba i % |
| Miejsce zamieszkania | wieś miasto | liczba i % |

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 2. Zmienne zależne i wskaźniki ze skalą

| Zmienne zależne | Wskaźniki | Skale |
|--|---|--------------------|
| Ocena sześciu emocji wg standaryzowanego kwestionariusza | radość (zadowolenie, wesołość, radość, szczęście) miłość (czułość, oddanie, przywiązanie, miłość) strach (lęk, obawa, strach, niepokój) gniew (złość, wściekłość, gniew, wzburzenie) poczucie winy (wstyd, upokorzenie, żal, poczucie winy) smutek (nieszczęście, załamanie, depresja, smutek) | 1-7 |
| Ocena nastroju wg standaryzowanego kwestionariusza | nastój pozytywny (beztroski, pogodny, na luzie, promienny, podbudowany, przyjemnie, spokojny, optymistyczny, pełen chęci do życia, miło) nastój negatywny (zmartwiony, skwaszony, niespokojny, cierpiący, zgaszony, nieswój, podminowany, spięty, zniechęcony, nieszczęśliwy) | 0-10 |
| Ocena satysfakcji z życia wg skali SWSL | niska przeciętna wysoka | 1-4 5-6 7-10 |

Źródło: Opracowanie własne

METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 13.3 PL (StatSoft, PL). W prezentacji wyników w przypadku zmiennych ilościowych zastosowano metody statystyki opisowej takie jak: średnia arytmetyczna (\bar{x}), odchylenie standardowe (SD), minimum (Min), maksimum (Max), mediana (Me). Zmienne jakościowe przedstawiono jako liczebność (n) i częstość (%).

Analizę istotności różnic pomiędzy wartościami średnimi w porównywanych grupach przeprowadzono zachowując obowiązujące zasady doboru testów statystycznych. W tym celu oceniono rozkład badanych zmiennych ilościowych za pomocą testu Shapiro-Wilka i Kołmogorowa-Smirnowa, a następnie sprawdzono równości wariancji grupowych za pomocą testu Levene'a. Do oceny istotności różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U Manna-Whitneya. Do analizy różnic pomiędzy wartościami średnimi dla trzech i więcej porównywanych wykorzystano nieparametryczny odpowiednik jednoczynnikowej analizy wariancji – test Kruskala-Wallisa. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (χ^2) z korektą Yatesa dla tabel 2x2 lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie występowały niskie liczebności oczekiwane.

We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności $\alpha=0,05$ ($p < 0,05$).

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 129 osób, 77 kobiet (59,69%) i 52 mężczyzn (40,31%). Średnia wieku badanych wynosiła 64,45 lat (SD=7,94). Najmłodszy badany miał 37 lat, a najstarszy 82 lata. Największy odsetek respondentów, tj. 58,91% (n=76) posiadał od 56 do 70 lat. Najmłodszą grupę wiekową, tj. między 30 a 55 lat stanowiło 17,05% badanych (n=22), a najstarszą, tj. od 71 do 89 lat 24,03% (n=31). Blisko dwie trzecie badanych, tj. 64,34% (n=83) było w związku małżeńskim. Owdowiali stanowili 17,83% badanych (n=23), a rozwiedzeni 13,18% (n=17). Pozostali byli stanu walnego (n=3, tj. 3,88%) lub pozostawali w wolnym związku (n=1, tj. 0,78%). Ponad połowa badanych zamieszkiwała miasto (n=88, tj. 68,22%); tabela 3.

Tabela 3. Charakterystyka badanej grupy

| | | n=129 | % |
|----------------------|-----------|-------|-------|
| Płeć | Kobieta | 77 | 59,69 |
| | Mężczyzna | 52 | 40,31 |
| Wiek | 30-55 lat | 22 | 17,05 |
| | 56-70 lat | 76 | 58,91 |
| | 71-89 lat | 31 | 24,03 |
| Miejsce zamieszkania | Miasto | 88 | 68,22 |
| | Wieś | 41 | 31,78 |

Źródło: Opracowanie własne

Analiza wpływu leczenia sanatoryjnego na ocenę nastroju, emocji oraz satysfakcji z życia

Według skali oceniającej nastrój, w badanej grupie nastrój ogólny przed leczeniem sanatoryjnym wynosił 2,80, po leczeniu nieznacznie wzrósł do 2,83; $p=0,151$. Nastrój pozytywny przed leczeniem sanatoryjnym wynosił 3,87 i wzrósł istotnie statystycznie do 7,71; $p=0,000$. Z kolei nastrój negatywny przed pobytem w sanatorium wynosił 1,21 i obniżył się istotnie statystycznie po pobycie w sanatorium do 0,26; $p=0,000$. W skali oceniającej sześć emocji, w tym radość, wykazano istotny statystycznie wpływ pobytu w sanatorium na poprawę tej emocji z 4,76 do 5,37; $p=0,000$. Analiza wykazała istotny statystycznie wpływ pobytu w sanatorium na obniżenie takich emocji jak strach (z 2,56 do 1,77), gniew (z 2,48 do 1,82), poczucie winy (z 2,00 do 1,54) i smutek z 2,15 do 1,59; $p=0,000$; tabela 4.

Tabela 4. Statystyki opisowe oraz analiza wpływu leczenia sanatoryjnego na ocenę nastroju i emocji

| | Nastój/ emocje | Czas | Średnia | Me | Min | Max | SD | p |
|---------------|---------------------------|------------------------------|----------------|-----------|------------|------------|-----------|----------|
| NASTÓJ | Nastój ogólny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 2,80 | 2,80 | 2,10 | 4,00 | 0,38 | 0,151 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 2,83 | 2,90 | 1,90 | 3,80 | 0,32 | |
| | Nastój pozytywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 3,87 | 4,00 | 0,00 | 10,00 | 2,62 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 7,71 | 8,00 | 0,00 | 10,00 | 2,27 | |
| | Nastój negatywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 1,21 | 1,00 | 0,00 | 6,00 | 1,43 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 0,26 | 0,00 | 0,00 | 5,00 | 0,68 | |
| EMOCJE | Radość | Przed leczeniem sanatoryjnym | 4,76 | 4,75 | 1,00 | 7,00 | 1,09 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 5,37 | 5,50 | 2,50 | 7,00 | 0,98 | |
| | Miłość | Przed leczeniem sanatoryjnym | 4,61 | 4,67 | 1,00 | 7,00 | 1,37 | 0,464 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 4,69 | 4,67 | 1,00 | 7,00 | 1,35 | |
| | Strach | Przed leczeniem sanatoryjnym | 2,56 | 2,25 | 1,00 | 6,50 | 1,13 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 1,77 | 1,50 | 1,00 | 5,50 | 0,85 | |
| | Gniew | Przed leczeniem sanatoryjnym | 2,48 | 2,25 | 1,00 | 6,50 | 1,17 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 1,82 | 1,50 | 1,00 | 6,25 | 0,88 | |
| | Poczucie winy | Przed leczeniem sanatoryjnym | 2,00 | 1,75 | 1,00 | 5,25 | 0,86 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 1,54 | 1,25 | 1,00 | 4,00 | 0,70 | |
| | Smutek | Przed leczeniem sanatoryjnym | 2,15 | 2,00 | 1,00 | 7,00 | 1,12 | 0,000 |
| | | Po leczeniu sanatoryjnym | 1,59 | 1,00 | 1,00 | 5,00 | 0,83 | |

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; p – wartość prawdopodobieństwa.

Źródło: Opracowanie własne

Średnia wartość satysfakcji z życia wg Skali SWSL w grupie badanych przed leczeniem sanatoryjnym wynosiła 23,37, a po leczeniu sanatoryjnym 24,53. Wykazano istotny statystycznie wpływ leczenia sanatoryjnego na poprawę satysfakcji z życia w badanej grupie; $p=0,004$; tabela 5.

Tabela 5. Statystyki opisowe oraz analiza wpływu leczenia sanatoryjnego na satysfakcję z życia w badanej grupie

| Satysfakcja z życia wg skali SWSL | Czas | Średnia | Me | Min | Max | SD | p |
|-----------------------------------|------------------------------|---------|-------|-------|-------|------|-------|
| Satysfakcja z życia | Przed leczeniem sanatoryjnym | 23,37 | 24,00 | 6,000 | 33,00 | 5,23 | 0,004 |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 24,53 | 25,00 | 7,000 | 35,00 | 5,24 | |

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; p – wartość prawdopodobieństwa.

Źródło: Opracowanie własne

Przed leczeniem sanatoryjnym niski poziom satysfakcji z życia wykazano u 12,40%, natomiast po leczeniu sanatoryjnym u 10,08% badanych, wysoki poziom u 54,26% przed leczeniem, a u 59,69% po leczeniu sanatoryjnym. Wykazano istotny statystycznie wpływ leczenia sanatoryjnego na poziom satysfakcji z życia badanych; $p=0,000$; tabela 6.

Tabela 6. Analiza wpływu leczenia sanatoryjnego na poziom satysfakcji z życia w badanej grupie

| Poziom satysfakcji z życia wg skali SWSL | Przed leczeniem sanatoryjnym | | Po leczeniu sanatoryjnym | |
|--|------------------------------|-------|--------------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| niski | 16 | 12,40 | 13 | 10,08 |
| przeciętny | 43 | 33,33 | 39 | 30,23 |
| wysoki | 70 | 54,26 | 77 | 59,69 |
| p | 0,000 | | | |

Źródło: Opracowanie własne

Analiza związku pomiędzy zmiennymi – płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania a oceną nastroju i emocji w badanej grupie, przed leczeniem sanatoryjnym i po zakończonym pobycie.

Analiza badań wykazała istotny statystycznie wpływ płci na ocenę emocji, głównie strachu ($p=0,002$) i smutku ($p=0,031$) badanych będących przed leczeniem sanatoryjnym. Wyższe wartości uzyskały kobiety aniżeli mężczyźni; tabela 7.

Tabela 7. Analiza związku pomiędzy płcią a oceną nastroju i emocji w badanej grupie będącej przed leczeniem sanatoryjnym i po zakończonym pobycie

| Nastój i emocje | Czas | Płeć | Średnia | Me | Min | Max | SD | p |
|------------------|------------------------------|-----------|---------|-----|------|------|------|-------|
| Nastój ogólny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 2,8 | 2,8 | 2,10 | 4,0 | 0,40 | 0,451 |
| | | Mężczyzna | 2,8 | 2,8 | 2,2 | 3,8 | 0,36 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 2,9 | 2,9 | 1,90 | 3,8 | 0,32 | 0,062 |
| | | Mężczyzna | 2,8 | 2,8 | 2,0 | 3,5 | 0,32 | |
| Nastój pozytywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 3,6 | 3,0 | 0,00 | 10,0 | 2,71 | 0,182 |
| | | Mężczyzna | 4,2 | 4,0 | 0,0 | 10,0 | 2,46 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 7,7 | 8,0 | 0,00 | 10,0 | 2,40 | 0,735 |
| | | Mężczyzna | 7,7 | 8,0 | 1,0 | 10,0 | 2,09 | |
| Nastój negatywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 1,3 | 1,0 | 0,00 | 6,0 | 1,45 | 0,186 |
| | | Mężczyzna | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 6,0 | 1,41 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 0,2 | 0,0 | 0,00 | 3,0 | 0,50 | 0,237 |
| | | Mężczyzna | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 0,87 | |
| Radość | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 4,8 | 4,8 | 1,50 | 6,8 | 1,07 | 0,537 |
| | | Mężczyzna | 4,7 | 4,8 | 1,0 | 7,0 | 1,12 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 5,4 | 5,5 | 2,50 | 7,0 | 1,04 | 0,471 |
| | | Mężczyzna | 5,3 | 5,4 | 3,0 | 7,0 | 0,88 | |
| Miłość | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 4,6 | 4,7 | 1,00 | 7,0 | 1,43 | 0,719 |
| | | Mężczyzna | 4,7 | 4,7 | 1,0 | 7,0 | 1,28 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 4,5 | 4,7 | 1,00 | 7,0 | 1,45 | 0,246 |
| | | Mężczyzna | 4,9 | 5,0 | 2,3 | 7,0 | 1,16 | |
| Strach | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 2,8 | 2,5 | 1,00 | 6,5 | 1,43 | 0,002 |
| | | Mężczyzna | 2,1 | 2,0 | 1,0 | 4,3 | 0,74 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 1,9 | 1,5 | 1,00 | 5,5 | 0,95 | 0,222 |
| | | Mężczyzna | 1,6 | 1,5 | 1,0 | 3,3 | 0,63 | |
| Gniew | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 2,5 | 2,3 | 1,00 | 6,5 | 1,23 | 0,566 |
| | | Mężczyzna | 2,4 | 2,3 | 1,0 | 6,0 | 1,09 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 1,9 | 1,5 | 1,00 | 6,3 | 0,98 | 0,916 |
| | | Mężczyzna | 1,8 | 1,5 | 1,0 | 3,5 | 0,73 | |

| | | | | | | | | |
|---------------|------------------------------|-----------|------|------|------|------|------|-------|
| Poczucie winy | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 2,1 | 2,0 | 1,00 | 5,3 | 0,95 | 0,224 |
| | | Mężczyzna | 1,9 | 1,8 | 1,0 | 3,5 | 0,69 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 1,5 | 1,3 | 1,00 | 3,8 | 0,75 | 0,643 |
| | | Mężczyzna | 1,5 | 1,3 | 1,0 | 4,0 | 0,64 | |
| Smutek | Przed leczeniem sanatoryjnym | Kobieta | 2,4 | 2,0 | 1,00 | 7,0 | 1,29 | 0,031 |
| | | Mężczyzna | 1,8 | 1,5 | 1,0 | 3,5 | 0,73 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Kobieta | 1,7 | 1,5 | 1,00 | 5,0 | 0,91 | 0,294 |
| | | Mężczyzna | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 3,5 | 0,67 | |
| | | Mężczyzna | 24,5 | 24,5 | 10,0 | 35,0 | 5,10 | |

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; p – wartość prawdopodobieństwa.

Źródło: Opracowanie własne

Analiza badań wykazała istotny statystycznie wpływ wieku na ocenę emocji, głównie miłości przez badanych będących przed leczeniem sanatoryjnym ($p=0,040$). Najwyższe wartości wykazywały osoby w wieku między 56 a 70 lat aniżeli starsi. Analiza wykazała istotny statystycznie wpływ wieku na ocenę radości ($p=0,020$) przez badanych będących po leczeniu sanatoryjnym. Wyższe wartości uzyskiwały osoby w wieku między 56 a 70 lat aniżeli starsi i młodszy; tabela 8.

Tabela 8. Analiza związku pomiędzy wiekiem a oceną nastroju i emocji w badanej grupie – przed leczeniem sanatoryjnym i po zakończonym pobycie

| Nastój i emocje | Czas | Wiek | Średnia | Me | Min | Max | SD | p |
|------------------|------------------------------|-----------|---------|-----|-----|------|------|-------|
| Nastój ogólny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 2,8 | 2,8 | 2,2 | 3,8 | 0,39 | 0,784 |
| | | 56-70 lat | 2,8 | 2,8 | 2,1 | 3,8 | 0,35 | |
| | | 71-89 lat | 2,8 | 2,8 | 2,2 | 4,0 | 0,47 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 2,9 | 3,0 | 2,5 | 3,8 | 0,35 | 0,374 |
| | | 56-70 lat | 2,8 | 2,9 | 2,0 | 3,7 | 0,29 | |
| | | 71-89 lat | 2,8 | 2,8 | 1,9 | 3,5 | 0,37 | |
| Nastój pozytywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 4,2 | 3,5 | 0,0 | 10,0 | 3,09 | 0,986 |
| | | 56-70 lat | 3,7 | 4,0 | 0,0 | 10,0 | 2,49 | |
| | | 71-89 lat | 4,0 | 4,0 | 0,0 | 9,0 | 2,64 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 8,0 | 9,0 | 3,0 | 10,0 | 2,38 | 0,520 |
| | | 56-70 lat | 7,7 | 8,0 | 1,0 | 10,0 | 2,20 | |
| | | 71-89 lat | 7,6 | 8,0 | 0,0 | 10,0 | 2,43 | |

| | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|------|-------|
| Nastroj negatywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 1,5 | 1,0 | 0,0 | 3,0 | 1,34 | 0,320 |
| | | 56-70 lat | 1,3 | 1,0 | 0,0 | 6,0 | 1,51 | |
| | | 71-89 lat | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 6,0 | 1,27 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,39 | 0,706 |
| | | 56-70 lat | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 0,79 | |
| | | 71-89 lat | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 0,51 | |
| Radość | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 4,7 | 4,8 | 2,3 | 6,3 | 1,04 | 0,084 |
| | | 56-70 lat | 4,9 | 5,0 | 1, | 6,8 | 0,96 | |
| | | 71-89 lat | 4,4 | 4,5 | 1,0 | 7,0 | 1,32 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 5,3 | 5,5 | 2,5 | 7,0 | 1,27 | 0,020 |
| | | 56-70 lat | 5,5 | 5,8 | 3,0 | 7,0 | 0,83 | |
| | | 71-89 lat | 5,0 | 5,3 | 3,0 | 7,0 | 1,02 | |
| Miłość | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 4,6 | 5,3 | 1,0 | 6,3 | 1,56 | 0,040 |
| | | 56-70 lat | 4,9 | 5,0 | 1,7 | 7,0 | 1,23 | |
| | | 71-89 lat | 3,9 | 4,0 | 1,0 | 6,3 | 1,32 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 4,5 | 4,8 | 1,0 | 7,0 | 1,64 | 0,062 |
| | | 56-70 lat | 4,9 | 5,0 | 1,0 | 7,0 | 1,31 | |
| | | 71-89 lat | 4,4 | 4,0 | 2,3 | 7,0 | 1,17 | |
| Strach | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 3,1 | 2,8 | 1,0 | 5,8 | 1,44 | 0,064 |
| | | 56-70 lat | 2,6 | 2,5 | 1,0 | 6,5 | 1,10 | |
| | | 71-89 lat | 2,2 | 2,0 | 1,0 | 4,0 | 0,79 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 1,9 | 1,5 | 1,0 | 5,5 | 1,14 | 0,097 |
| | | 56-70 lat | 1,7 | 1,5 | 1,0 | 4,3 | 0,73 | |
| | | 71-89 lat | 1,9 | 1,8 | 1,0 | 4,3 | 0,89 | |
| Gniew | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 2,4 | 2,0 | 1,0 | 6,5 | 1,40 | 0,094 |
| | | 56-70 lat | 2,7 | 2,5 | 1,0 | 6,0 | 1,17 | |
| | | 71-89 lat | 2,1 | 1,8 | 1,0 | 4,3 | 0,90 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 1,7 | 1,3 | 1,0 | 6,3 | 1,19 | 0,137 |
| | | 56-70 lat | 1,8 | 1,6 | 1,0 | 4,5 | 0,80 | |
| | | 71-89 lat | 1,9 | 2,0 | 1,0 | 3,8 | 0,86 | |

| | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------------|-----------|------|------|------|------|------|-------|
| Poczucie winy | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 2,1 | 1,8 | 1,0 | 5,3 | 1,08 | 0,410 |
| | | 56-70 lat | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 4,5 | 0,81 | |
| | | 71-89 lat | 1,9 | 1,8 | 1,0 | 3,8 | 0,83 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 1,3 | 1,0 | 1,0 | 3,5 | 0,57 | 0,355 |
| | | 56-70 lat | 1,5 | 1,3 | 1,0 | 3,8 | 0,65 | |
| | | 71-89 lat | 1,7 | 1,5 | 1,0 | 4,0 | 0,87 | |
| Smutek | Przed leczeniem sanatoryjnym | 30-55 lat | 2,4 | 2,0 | 1,0 | 6,0 | 1,33 | 0,659 |
| | | 56-70 lat | 2,2 | 2,0 | 1,0 | 7,0 | 1,17 | |
| | | 71-89 lat | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 4,0 | 0,80 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | 30-55 lat | 1,6 | 1,0 | 1,0 | 5,0 | 1,05 | 0,343 |
| | | 56-70 lat | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 3,5 | 0,66 | |
| | | 71-89 lat | 1,8 | 1,0 | 1,0 | 4,5 | 1,00 | |
| | | 56-70 lat | 24,4 | 25,0 | 7,0 | 35,0 | 5,18 | |
| | | 71-89 lat | 23,2 | 23,0 | 10,0 | 33,0 | 5,43 | |

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; p – wartość prawdopodobieństwa.

Źródło: Opracowanie własne

Analiza wykazała istotny statystycznie wpływ miejsca zamieszkania na ocenę strachu ($p=0,038$) i gniewu przez badanych będących po leczeniu sanatoryjnym ($p=0,039$). Niższe wartości uzyskali mieszkańcy wsi; tabela 9.

Tabela 9. Analiza związku pomiędzy miejscem zamieszkania a oceną nastroju i emocji w badanej grupie przed leczeniem sanatoryjnym i po zakończonym pobycie

| Nastój i emocje | Czas | Miejsce zamiesz. | Średnia | Me | Min | Max | SD | p |
|------------------|------------------------------|------------------|---------|-----|------|------|------|-------|
| Nastój ogólny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 2,8 | 2,8 | 2,1 | 4,0 | 0,39 | 0,783 |
| | | Wieś | 2,8 | 2,8 | 2,2 | 3,8 | 0,37 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 2,8 | 2,9 | 1,9 | 3,8 | 0,35 | 0,836 |
| | | Wieś | 2,8 | 2,8 | 2,3 | 3,4 | 0,26 | |
| Nastój pozytywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 4,0 | 4,0 | 0,00 | 10,0 | 2,58 | 0,382 |
| | | Wieś | 3,6 | 3,0 | 0,0 | 10,0 | 2,72 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 7,7 | 8,0 | 0,0 | 10,0 | 2,38 | 0,756 |
| | | Wieś | 7,7 | 8,0 | 4,0 | 10,0 | 2,04 | |

| | | | | | | | | |
|-------------------|------------------------------|--------|------|------|-----|------|------|-------|
| Nastroj negatywny | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 1,2 | 1,0 | 0,0 | 5,0 | 1,37 | 0,958 |
| | | Wieś | 1,3 | 1,0 | 0,0 | 6,0 | 1,58 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 0,78 | 0,606 |
| | | Wieś | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,36 | |
| Radość | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 4,8 | 4,8 | 1,5 | 7,0 | 1,00 | 0,365 |
| | | Wieś | 4,6 | 4,8 | 1,0 | 6,5 | 1,25 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 5,4 | 5,5 | 3,0 | 7,0 | 0,96 | 0,188 |
| | | Wieś | 5,2 | 5,3 | 2,5 | 7,0 | 1,01 | |
| Miłość | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 4,6 | 5,0 | 1,0 | 7,0 | 1,34 | 0,846 |
| | | Wieś | 4,6 | 4,7 | 1,3 | 7,0 | 1,44 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 4,7 | 4,7 | 1,0 | 7,0 | 1,33 | 0,927 |
| | | Wieś | 4,7 | 4,7 | 1,0 | 7,0 | 1,41 | |
| Strach | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 2,5 | 2,3 | 1,0 | 6,5 | 1,08 | 0,915 |
| | | Wieś | 2,6 | 2,0 | 1,0 | 5,8 | 1,24 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 1,8 | 1,5 | 1,0 | 4,3 | 0,81 | 0,038 |
| | | Wieś | 1,6 | 1,3 | 1,0 | 5,5 | 0,92 | |
| Gniew | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 2,5 | 2,3 | 1,0 | 5,8 | 1,07 | 0,541 |
| | | Wieś | 2,5 | 2,3 | 1,0 | 6,5 | 1,37 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 1,9 | 1,8 | 1,0 | 4,5 | 0,84 | 0,039 |
| | | Wieś | 1,6 | 1,3 | 1,0 | 6,3 | 0,95 | |
| Poczucie winy | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 2,1 | 2,0 | 1,0 | 4,5 | 0,84 | 0,163 |
| | | Wieś | 1,9 | 1,5 | 1,0 | 5,3 | 0,91 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 1,6 | 1,3 | 1,0 | 4,0 | 0,76 | 0,172 |
| | | Wieś | 1,4 | 1,3 | 1,0 | 3,5 | 0,53 | |
| Smutek | Przed leczeniem sanatoryjnym | Miasto | 2,1 | 2,0 | 1,0 | 7,0 | 0,96 | 0,512 |
| | | Wieś | 2,4 | 2,0 | 1,0 | 7,0 | 1,41 | |
| | Po leczeniu sanatoryjnym | Miasto | 1,6 | 1,5 | 1,0 | 4,5 | 0,79 | 0,120 |
| | | Wieś | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 5,0 | 0,89 | |
| | | Wieś | 25,1 | 25,0 | 7,0 | 35,0 | 6,25 | |

Me – mediana; Min – minimum; Max – maksimum; SD – odchylenie standardowe; p – wartość prawdopodobieństwa.

Źródło: Opracowanie własne

WERYFIKACJA HIPOTEZ

Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły na weryfikację postawionych przez autorki pracy hipotez.

Hipoteza pierwsza: *Kuracjusze po pobycie w sanatorium istotnie wyżej ocenili nastrój, pozytywne emocje i satysfakcję z życia aniżeli w momencie przyjazdu na leczenie sanatoryjne.*

Pobyt w sanatorium istotnie wpłynął na poprawę nastroju pozytywnego i emocji w kategorii radości oraz istotnie wzrosła satysfakcja z życia. Natomiast znacznie obniżył się nastrój negatywny i towarzyszące mu emocje jak: strach, gniew poczucie winy i smutek. Hipoteza w całości została przyjęta.

Hipoteza druga: *Po pobycie w sanatorium kobiety deklarowały istotnie wyższy nastrój i emocje w kategorii radości, natomiast mężczyźni wyższe emocje w kategorii miłości.*

Nie wykazano wpływu płci na ocenę nastroju i emocji po leczenia sanatoryjnym. Natomiast przed leczeniem sanatoryjnym kobiety istotnie wyżej niż mężczyźni oceniły emocje w kategorii strachu i smutku. Hipoteza trzecia w całości została odrzucona.

Hipoteza trzecia: *W momencie przybycia do sanatorium nie wykazano zależności między wiekiem a nastrojem i emocjami. Natomiast po leczeniu sanatoryjnym osoby młodsze wykazały istotnie wyższą ocenę nastroju i emocji w kategorii miłości niż osoby starsze.*

Przed leczeniem sanatoryjnym wiek nie miał wpływu na nastrój, jednak istotnie wpływał na ocenę emocji w kategorii miłości. Natomiast po leczeniu sanatoryjnym wiek nadal nie wpłynął na nastrój, jednak miał istotny wpływ na emocje w kategorii radości, szczególnie wśród osób między 56 a 70 rokiem życia aniżeli wśród starszych czy młodszych. Pierwsza część hipotezy została częściowo odrzucona. Natomiast druga część hipotezy została w całości odrzucona.

Hipoteza czwarta: *Pobyt w sanatorium zdecydowanie wpłynął na wyższy poziom nastroju i pozytywne emocje w kategorii radości u kuracjuszy zamieszkujących na wsi niż osób mieszkających w mieście.*

Miejsce zamieszkania kuracjuszy nie miało wpływu na nastrój przed, jak i po pobycie w sanatorium. Natomiast wśród osób zamieszkujących na wsi leczenie sanatoryjne istotnie wpłynęło na obniżenie emocji w kategorii strachu i gniewu. Hipoteza czwarta w całości została odrzucona.

DYSKUSJA

Turystyka uzdrowiskowa w Polsce stale się rozwija. Proponowane w niej programy lecznicze są coraz bardziej dostosowywane do potrzeb pacjentów, co powoduje wzrost jakości leczenia. Założeniem tych programów jest wspieranie działań mających istotny wpływ na zdrowy tryb życia, stan psychofizyczny, zbilansowaną dietę, szczupłą sylwetkę i piękny wygląd. Wpływają one na dobre samopoczucie, lepszy nastrój, zadowolenie

z życia czy też pozytywne emocje. Ważna jest także profilaktyka i edukacja zdrowotna wśród pacjentów korzystających z uzdrowisk⁸⁴.

Przyjazna atmosfera panująca w wielu ośrodkach to także jeden z powodów, dla których pacjenci szybciej wracają do zdrowia, a skuteczna profilaktyka zdrowotna pozytywnie wpływa również na zapobieganie wielu chorobom. Obserwuje się, że leczenie uzdrowiskowe jest coraz częściej wybieraną formą wypoczynku⁸⁵. Dlatego celem niniejszej pracy była ocena nastroju i sześciu emocji oraz satysfakcji z życia u pacjentów przed, jak i po pobycie w sanatorium.

Grupą badaną było 129 osób, nieco wyższy odsetek stanowiły kobiety, tj. 59,69%. Średnia wieku respondentów to 64,45 lat (SD=7,94), najmłodszy liczył 37 lat, a najstarszy 82 lata. Osoby zamieszkujące w mieście stanowiły większość korzystających z leczenia sanatoryjnego (n=88, tj. 68,22%).

Na podstawie wyników własnych stwierdzono, że badani po pobycie w sanatorium zdecydowanie wyżej ocenili nastrój pozytywny oraz emocje, zwłaszcza w kategorii radości. Badanie to wykazało również większą satysfakcję z życia. Inaczej wykazały wyniki badań Domerackiej⁸⁶, gdzie większość osób starszych charakteryzowało się niskim i przeciętnym poczuciem satysfakcji z życia. Natomiast wyniki Steudena⁸⁷ całkowicie zaprzeczają powyższemu, gdyż wg niego u większości populacji satysfakcja z życia wzrasta wraz z wiekiem.

Wyniki niniejszej pracy dowiodły, że kuracjusze po pobycie w sanatorium zdecydowanie wyżej ocenili pozytywny nastrój oraz emocje w kategorii radości. Z poglądem tym zgadza się też Szarota⁸⁸. Według której pobyt w sanatorium sprawia, że pacjent nabiera nie tylko sił, ale również odkrywa w sobie nieznane dotąd pokłady energii, nabiera chęci do rozwoju własnych pasji i zainteresowań, co zdecydowanie powoduje wzrost nastroju pozytywnego, jak i radości.

Wyniki własne dowodzą, że miejsce zamieszkania kuracjuszy nie miało istotnego wpływu na nastrój czy też emocje pozytywne. Natomiast pobyt w sanatorium istotnie wpłynął na niższy poziom strachu i gniewu, zwłaszcza u osób mieszkających na wsi. Należy przyjąć, że wyniki Ptaszkowskiego i wsp.⁸⁹ po części potwierdzają wyniki autorek niniejszej pracy. Wykazali oni, że po leczeniu sanatoryjnym nastąpiła znaczna poprawa

⁸⁴ H. Makąła, *Turystyka Uzdrawiskowa...*

⁸⁵ Tamże.

⁸⁶ E. Domarecka, *Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy UTW a preferowane przez nich wartości*, „Ann UMCS Sect J”, 2016: 29(1):173–184.

⁸⁷ S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

⁸⁸ Z. Szarota (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

⁸⁹ K. Ptaszkowski, L. Słupska, T. Halski, A. Żurek, J. Taradaj, R. Dymarek, *Oddziaływanie leczenia uzdrawiskowego na stan zdrowia psychicznego kuracjuszy ocenianego kwestionariuszem GHQ-28*, „Acta Balneologica”, 2021: tom 54:2(128): 115-120.

stanu psychicznego kuracjuszy. Najwyższy wynik odnotowano w sferze zaburzeń związanych z niepokojem i bezsennością, co świadczy o tym, że po leczeniu sanatoryjnym pacjenci subiektywnie mniej odczuwali objawy lęku i zaburzeń snu. Autorki niniejszej pracy nie prowadziły badań w kierunku oceny snu.

Analiza danych uzyskanych z badań własnych wskazała, że płeć nie miała wpływu na ocenę nastroju i emocji po leczeniu sanatoryjnym, chociaż przed leczeniem sanatoryjnym kobiety istotnie wyżej niż mężczyźni oceniły emocje w kategorii strachu i smutku. Podobne wyniki uzyskała Pasik⁹⁰, ponieważ w badanej grupie emerytów, kobiety deklarowały wyższy poziom emocji negatywnych, szczególnie strachu, wstydu i smutku.

Na podstawie wyników własnych wykazano istotny wpływ leczenia sanatoryjnego na poziom satysfakcji z życia badanych kuracjuszy. Natomiast z badań Matusiaka i wsp.⁹¹ wynika, że zastosowanie fizjoterapii sanatoryjnej znacznie zmniejszyło odczuwany ból w schorzeniach kręgosłupa oraz w dużym stopniu poprawiło ich sprawność fizyczną. Podobnie wykazały Puszczałowska-Lizis i wsp.⁹² oraz Kuciel-Lewandowska i wsp.⁹³. Zgodnie z ich wynikami różnorodne formy terapii stosowane w lecznictwie uzdrowiskowym znacząco obniżają dolegliwości bólowe. Również wyniki badań Kotwicy i Majcher⁹⁴ potwierdziły, że pacjenci po odbyciu turnusu rehabilitacyjnego odczuwali zdecydowanie mniejsze dolegliwości bólowe związane z występującym schorzeniem narządu ruchu, co istotnie wpłynęło na korzystne zmiany w ich jakości życia. Na podstawie wyników badań tych autorów należy domniemywać, że wśród badanych pacjentów zadowolenie z życia uległo poprawie, chociaż w badaniach nie uwzględniono oceny w kierunku odczuwanych przez pacjentów emocji, nastroju i poczucia zadowolenia z życia.

W badaniach własnych autorki nie uwzględniły schorzeń i dolegliwości bólowych z jakimi kuracjusze przyjeżdżają do sanatorium. Jednak można przypuszczać, że zarówno podwyższony nastrój, pozytywne emocje, jak i zwiększony poziom zadowolenia z życia wykazany w wynikach własnych miał związek ze zmniejszeniem dolegliwości bólowych i poprawą sprawności fizycznej, które wskazali inni autorzy w wynikach swoich badań.

Lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce jest coraz częściej wybieraną formą terapii, nie tylko pod względem usprawniającym, ale również profilaktycznym. Dzięki zastosowaniu zabiegów i rehabilitacji ulega poprawie nie tylko stan fizyczny pacjenta, ale również psychiczny i duchowy, co przekłada się na większe zadowolenie z życia, pozytywne

⁹⁰ M. Pasik, *Poczucie koherencji...*

⁹¹ J. Matusiak, A. Kaczorowska, A. Katan, *Ocena skuteczności...*

⁹² E. Puszczałowska-Lizis, P. Murczyk, S. Jandziś, I. Zwiercan, *Wpływ lecznictwa uzdrowiskowego na jakość życia pacjentek z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Acta Balneologica”, 2017:2:148:131-136.

⁹³ J. Kuciel-Lewandowska, M. Paprocka-Borowicz, *Wpływ terapii...*

⁹⁴ Kotwica A., Majcher P., *Skuteczność rehabilitacji uzdrowiskowej w opinii pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w współwystępującymi dysfunkcjami narządu ruchu*, „Acta Balneologica”, 2017: tom 59: 2(48): 124-130.

emocje i pozytywny nastrój. Leczenie sanatoryjne działa nie tylko kompleksowo, ale i holistycznie, co zdecydowanie powoduje większe zadowolenie z życia, jednak obszar ten nie został jeszcze do końca zgłębiany. Uzyskane wyniki do niniejszej pracy mogą stanowić podstawę planowania dalszych, rozszerzonych badań. Ze względu na zbyt małą liczebność przebadanych osób nie mogą być one podstawą do wyciągnięcia konkretnych i uogólnionych wniosków, a można jedynie mówić o pewnych tendencjach. Wskazane jest przeprowadzenie badań na szerszą skalę, na większej próbie badawczej.

WNIOSKI

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej zebranych danych w grupie kuracjuszy przebywających w Sanatorium Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kołobrzegu należy wnioskować iż:

Leczenie sanatoryjne istotnie wpłynęło wśród kuracjuszy na wzrost poziomu satysfakcji z życia, istotną poprawę nastroju pozytywnego i wzrost odczuwanych emocji w kategorii radości, szczególnie wśród osób tuż przed i zaraz po przejściu na emeryturę.

W momencie przybycia do sanatorium wykazano wśród respondentów zależność między wiekiem a emocjami w kategorii miłości, a wśród kobiet występowało istotne poczucie winy i smutek.

Po leczeniu sanatoryjnym wśród tych osób znacznie obniżył się nastrój negatywny i towarzyszące mu emocje strachu i gniewu, szczególnie wśród osób zamieszkujących na wsi.

Bibliografia:

Pozycje zwarte:

Augustynek A., *Wprowadzenie do psychologii*, „Difin Sa”, Warszawa, 2018.

Błaszczuk M., *Psychologia i emocje*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, 2022; 28:315-322.

Czapiński J., *Psychologiczne teorie szczęścia*, W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu i cnotach człowieka*, „WNPWN”. Warszawa, 2004.

Jurczyński Z., *Skala Satysfakcji z Życia [w:] Narzędzie pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Z. Jurczyński, Pracownia Testów psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2009.

Karbowiak K., *Perspektywy rozwoju turystyki uzdrowiskowej w Polsce*, „Europa Regionum”, 2015, tom 24: 233-248.

Kasprzak W., Mańkowska A., *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*, Wydawnictwo Lekarskie „PZWL”, Warszawa, 2019.

- Kasprzak W., Mańkowska A., *Medycyna fizykalna w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie „PZWL”, Warszawa 2020.
- Koźmiński C., *Turystyka zdrowotna, uzdrowiskowa i uwarunkowania bioklimatyczne*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, 2015.
- Krzyżanowska K., *Turystyka uzdrowiskowa i jej postrzeganie przez kuracjuszy*, „Turystyka i Rozwój Regionalny”, 2016: tom 6: 69-76.
- Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie „PZWL”, Warszawa, 2015.
- Paszkowska M., *Uzdrowiska w systemie ochrony zdrowia*. „Difini SA”, Warszawa, 2017.
- Ponikowska I. (red.), *Wielka księga balneologii, medycyny fizykalnej i uzdrowiskowej*. tom I, Część ogólna, Wydawnictwo Aluna, Konstancin-Jeziorna, 2017.
- Ponikowska I. (red.), *Wielka księga balneologii, medycyny fizykalnej i uzdrowiskowej*. Tom II, Część kliniczna, Wydawnictwo Aluna, Konstancin-Jeziorna”, 2017.
- Ponikowska I., Ossowski R., *Psychoterapia w medycynie uzdrowiskowej*, „Balneol.Pol”, 2008, 289-293.
- Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Strelan J., Doliński D., *Psychologia akademicka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2010: Tom I: 515.
- Szarota Z. (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Śliż D., Mamcarz A. (red.), *Medycyna stylu życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2018.
- Zalewska A., *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób wysokiej i niskiej reaktywności*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa, 2003.
- Zimbardo P. G., Gerrig R. J., *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2022.
- Żyżniewski D. J., *Emocje i nastroje. Jak je zrozumieć i kształtować*, Wydawnictwo Zwierciadło, Warszawa, 2019.

Artykuły w czasopismach:

- Cherchowska J., *Zadowolenie z życia osób starszych w świetle zagadnień teoretycznych i badań w Polsce*, „Praca Socjalna”, 2018: 3(33): 23-41.
- Czapla B., Gziut A.I., *Zasady kwalifikacji pacjentów do różnych typów leczenia uzdrowiskowego - teoria i praktyka*, „Kardiologia Inwazyjna”, 2020; 15(1): 21-27.
- Dąbrowska-Zielińska K., Wołk-Musiał E., *Turystyka uzdrowiskowa w Polsce i na świecie - perspektywy rozwoju SPA i Wellness w Polsce*, „Inżynieria Ekologiczna”, 2021, 30:37.

Dąbrowski A., Czy emocje mogą być racjonalne? Analiza wybranych aspektów filozofii emocji Ronalda De Salisy, „Analiza i egzystencja”, 2016:35:118.

Dąbrowski A., *Wpływ emocji na poznawanie*, „Przegląd Filozoficzny”, 2012: 3:322.

Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S., *The Satisfaction with Life Scale*. „Journal of Personality Assessment”, 1985: 49:71-75.

Domarecka E., Poczucie satysfakcji z życia słuchaczy UTW a preferowane przez nich wartości, „Ann UMCS Sect J”, 2016: 29(1):173-184.

Dziedzic M., Satysfakcja z życia, samoocena i poziom odczuwanego stresu u osób w okresie późnej dorosłości uczęszczających na Uniwersytet Trzeciego Wieku, „Kwartalnik Naukowy”, 2015; 2(22): 277-289.

Gołuszka A., *Emocje ich znaczenie i zadania*. „Journal of Education, Health and Sport”, 2022: 12(1): 147-159.

Jakubowska A., Charakterystyka lecznictwa uzdrowiskowego w Kołobrzegu- specyfika działania zabiegów z użyciem naturalnych surowców leczniczych, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, 2016, 2(47): 191-197.

Kasprzak E., *Zadowolenie z życia jako kategoria emocjonalna i poznawcza*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 2012: 1(17): 187-199.

Katan A., Kaczorowska A., *Rola fizjoterapii w lecznictwie uzdrowiskowym osób dorosłych w Polsce*. „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości z siedzibą w Wałbrzychu”, 2017: 40(1): 127-138.

Kotwica A., Majcher P., Skuteczność rehabilitacji uzdrowiskowej w opinii pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w współwystępującymi dysfunkcjami narządu ruchu, „Acta Balneologica”, 2017: tom 59: 2(48): 124-130.

Królak S., Turystyka uzdrowiskowa w Polsce- rozważania nad istotą, determinantami i przyszłością, „Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna”, 2021, 53: 125-146.

Kuciel-Lewandowska J., Paprocka-Borowicz M., *Wpływ terapii uzdrowiskowej na obniżenie napięcia odczuwania bólu u pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i kręgosłupa*, „Pom. J Life Sci”, 2015: 61(3): 257-262.

Kupcewicz E., Kupcewicz A., *Emotional intelligence and its importance in humane life-case study*. „Jurnal of Education. Health and Sport”, 2017: 7(12): 553-564.

Makała H., *Turystyka Uzdrawiskowa w Polsce*, „Zeszyty Naukowe. Turystyka i Rekreacja”, 2016; 2(18): 119-130.

Matusiak J., Kaczorowska A., Katan A., *Ocena skuteczności fizjoterapii uzdrowiskowej w leczeniu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa*, „Acta Balneologica”, 2019, tom 61, 3(157): 189-194.

Pasik M., *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia u kobiet i mężczyzn na emeryturze*, Acta Universitatis Lodzianis, „Folia Psychologica”, 2007:11:67-79.

Paszowska M., *Lecznictwo uzdrowiskowe jako usługa rynku medycznego*, „Ogólnopolski Przegląd Medyczny”, 2017: 7-8: 72-76.

Paszowska M., *Zasady kierowania pacjentów do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego*, „Acta Balneologica”, 2018; tom 60:2(152): 112-118.

Ptaszkowski K., Słupska L., Halski T., Żurek A., Taradaj J., Dymarek R., *Oddziaływanie leczenia uzdrowiskowego na stan zdrowia psychicznego kuracjuszy ocenianego kwestionariuszem GHQ-28*, „Acta Balneologica”, 2021: tom 54:2(128): 115-120.

Puszczalowska-Lizis E., Murdzyk P., Jandziś S., Zwiercan I., *Wpływ lecznictwa uzdrowiskowego na jakość życia pacjentek z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Acta Balneologica”, 2017:2:148:131-136.

Śliżewska M., *Stosunek do siebie i innych a poziom zadowolenia z życia*, „Psychologia Wychowawcza”, 2016: 9: 141-152.

Uma devi L., KavithaKiran V., Swachita P., *Satisfaction with Life in Elderly with Reference to Gender, Age and Residence*, IOSR „Journal of Humanities and Social Science”, 2015: 20(4): 57-59.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2005 Nr 167 poz. 1399).
Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. 2023 poz. 161).

Źródła Internetowe:

GUS, Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2022 roku, „Główny Urząd Statystyczny, Informacje sygnałowe, 09.06.2022 r.”.

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2022-roku,12,7.html> [dostęp: 23.10.2023].

Sanatoria w Kołobrzegu. https://pl.wikipedia.org/wiki/Sanatoria_w_Koobrzegu [dostęp: 10.10.2023].

SP ZOZ Sanatorium Uzdrowiskowe MSWiA w Kołobrzegu. <https://mswia.kolobrzeg.pl/> [dostęp: 18.08.2024].

KATARZYNA ŁASZCZUK, KRYSZYNA ZIÓŁKOWSKA

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Instytut Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego

WPLYW ZABIEGU IMPLANTACJI SOCZEWKI U CHORYCH NA ZAĆMĘ NA POPRAWĘ STOPNIA WIDZENIA I OCENĘ ZADOWOLENIA Z ŻYCIA

THE INFLUENCE OF LENS IMPLANTATION IN PATIENTS WITH CATARACT ON IMPROVING THE DEGREE OF VISION AND ASSESS- MENT OF LIFE SATISFACTION

Słowa kluczowe: pacjent, zaćma, oko, implantacja, soczewka, stopień widzenia, zadowolenie z życia

Abstrakt: Wstęp: Według WHO zaćma może prowadzić do całkowitej ślepoty. Widzenie stanowi nieodzowną część prawidłowego funkcjonowania człowieka.

Cel pracy: Ocena wpływu zabiegu implantacji soczewki u chorych na zaćmę na stopień widzenia i satysfakcję z życia.

Materiał i metodyka: W badaniu wzięło udział 95 pacjentów, 51 kobiet i 44 mężczyzn Oddziału Okulistycznego w Kołobrzegu. Ankiety przeprowadzono przed i po operacji zaćmy. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, wg którego dokonano oceny stopnia widzenia - tablica Snellena (do bliży i dali) oraz zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia.

Wnioski: Po zabiegu operacyjnym implantacji soczewki u pacjentów z zaćmą istotnie poprawiła się ostrość widzenia w porównaniu do stanu przedoperacyjnego. Potwierdzono silną korelację pomiędzy stopniem widzenia po operacji zaćmy a poziomem satysfakcji z życia. Im lepszy stopień widzenia tym wyższy poziomem satysfakcji z życia.

Keywords: patient, cataract, eye, implantation, lens, degree of vision, life satisfaction

Abstract: Introduction: According to the WHO, cataracts can lead to permanent blindness. Vision is an essential part of proper human functioning.

Aim of the study: To assess the impact of lens implantation in cataract patients on the degree of vision and life satisfaction.

Material and methods: The study involved 95 patients, 51 women and 44 men from the Ophthalmology Ward in the Kołobrzeg city. The survey was conducted before and after cataract surgery. The research tool was a questionnaire according to which the degree of vision was assessed – the Snellen chart and the Life Satisfaction Scale was used.

Conclusions: After the intraocular lens implantation surgery, the patients' visual acuity significantly improved as compared to the preoperative state. A strong correlation was confirmed between improved vision after surgery and a higher level of life satisfaction. The better the degree of vision, the higher the level of life satisfaction.

WSTĘP

Wiedza człowieka na temat otaczającej rzeczywistości jest wynikiem poznania otoczenia. Poznanie to nic innego jak efekty doznań, które docierają do ludzi dzięki zmysłom, jak dotyk, smak, węch, słuch czy wzrok¹.

¹ K. Kurowska, I. Celmer-Ozdowska, *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą*, „Hygeia Public Health”, 2014; 49(3), 554-559.

Dla każdego człowieka najważniejsze są spostrzeżenia ze strony narządu wzroku. Prawidłowe widzenie pozwala odnajdywać się w przestrzeni i czuwa nad bezpieczeństwem. Stanowi nieocenioną pomoc przy wykonywaniu codziennych czynności, nadzoruje ich przebieg oraz efekt. Dobry wzrok ma duże znaczenie w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów między ludźmi. Oczy rejestrują większość komunikatów pozawerbalnych, np. mimika twarzy, gesty. Ponadto pozwalają odebrać ponad 80% informacji o otaczającym świecie².

Według Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) zaćma obok jaskry jest najczęstszą przyczyną utraty widzenia. Nieleczona zaćma w konsekwencji może doprowadzić do całkowitej ślepoty^{3,4}. Zaćma występuje na całym świecie niezależnie od płci, wieku i wykształcenia. To choroba, której nie należy lekceważyć, ponieważ wzrok jest jednym z najważniejszych zmysłów, który umożliwia prawidłowe funkcjonowanie^{5,6}.

Choroby oczu dotyczą nawet 285 mln osób na świecie, z czego 246 mln to upośledzenie widzenia, a 39 mln osób jest niewidoma⁷. Według badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), ponad 70% Polaków najbardziej obawia się różnorodnych chorób, z tego 50% utraty samodzielności, do czego doprowadzić może m.in. nieleczona zaćma, upośledzająca prawidłowe widzenie. Główny Urząd Statystyczny (GUS) podaje, że w Polsce nawet 1,8 mln osób jest dotkniętych schorzeniami ze strony układu narządu wzroku^{8,9}.

W funkcjonowaniu człowieka wzrok jest niezwykle ważnym zmysłem, a zaćma jest chorobą negatywnie wpływającą na ostrość widzenia, a nawet je uniemożliwia. Osoby słabowidzące lub niewidome z powodu zaćmy borykają się na co dzień z problemami, których można uniknąć poprzez wdrożenie odpowiedniego leczenia. Operacyjne usunięcie zaćmy pozwala zachować sprawność, i aktywne funkcjonowanie w społeczeństwie.

ZACĆMA

Kiedy soczewka jest nieprzezierna, a jej zmętnienie prowadzi do obniżenia ostrości widzenia, wtedy mówi się o zaćmie. Zaćma jest chorobą polegającą na częściowym

² C.A. McCarty, H.R. Taylor, *The genetics of cataract*, „Investigative Ophthalmology and Visual Science”, 2001; 42(8), 1677-1678.

³ J. Wierzbowska, B. Czarnota-Nowakowska, *Laserowa korekcja wzroku – fakty i mity*, „Laserowa korekcja wzroku”, 2021.

⁴ *Wady wzroku – powszechny problem*, <https://www.kliniki.pl/wiedza/jakie-choroby-oczu-mozna-leczyc-laserem/> [dostęp: 03.11.2023].

⁵ K. Naderi, J. Gormley, D.P. O’Brart, *Cataract Surgery and Dry Eye Disease: An Overview*, „European Journal of Ophthalmology”, 2020; 5(30), 840-855.

⁶ S. Yadav, J.K.P.S Yadav, *Automatically detect and assess cataract severity using deep learning*, „Journal of Sensors”, 2023.

⁷ J. Wierzbowska, B. Czarnota-Nowakowska, *Laserowa korekcja...*

⁸ J.J. Lucas i K.A. Moore, *Elastyczność psychologiczna: pozytywne implikacje dla zdrowia psychicznego i zadowolenia z życia*, „Health Promotion International”, 2020; 35(2), 312-320.

⁹ *Wady wzroku...*

lub całkowitym zmętnieniu naturalnej soczewki znajdującej się w przednim odcinku oka. Mętnienie soczewki ma bezpośredni związek ze starzeniem się organizmu oraz związanymi z tym zmianami fizycznymi i biochemicznymi w obrębie siatkówki oka. Na skutek starzenia się organizmu dochodzi do zaburzeń rozpuszczalności białek wewnątrz siatkówki i zmian półprzepuszczalności jej torebki^{10,11,12,13,14}.

W rozwoju zaćmy zauważalne jest zwiększenie grubości soczewki, co w połączeniu z pojawiającymi się agregatami białek uniemożliwia skuteczną i sprawną akomodację oraz zmiany refrakcji. W efekcie doprowadza to do zaburzeń widzenia i utraty przejrzystości soczewki. Bardzo często w zaawansowanej zaćmie można stwierdzić zmianę barwy soczewki na żółtą lub brunatną^{15,16}.

Zaćma jest schorzeniem narządu wzroku występującym dość powszechnie. Rozwija się powoli i bezboleśnie, dlatego osoby nią dotknięte we wczesnym etapie rozwoju choroby mogą nawet nie zauważyć pierwszych objawów. Choroba powoduje upośledzenie widzenia i nieleczona może doprowadzić do całkowitej utraty wzroku^{17,18,19}.

Zaćmę dzieli się na dwa typy. Ze względu na przyczynę, tj. zaćma wrodzona, zaćma starcza, zaćma wtórna, zaćma pourazowa^{20,21,22}. Ze względu na lokalizację zmian²³ to zaćma jądrowa, zaćma korowa, zaćma podtorebkowa.

¹⁰ H.E. Gali, R. Sella, N.A. Afshari, *Systemy klasyfikacji zaćmy: przegląd przeszłości i terażniejszości*, „Current opinion in ophthalmology”, 2019; 30(1),13-18.

¹¹ J.F Sørensen, *Rural-urban differences in life satisfaction: evidence from the European Union*, „Regional Studies”, 2014; 48(9), 1451-1466.

¹² A. Steptoe, A. Deaton, A.A. Stone, *Subjective well-being, health and aging*. „The Lancet”, 2015; 9968(385), 640-642.

¹³ O.E. Adams, T. Vagaggini, S.L. Groth, C.D. Curran, M.L. Prairie M et al., *Evaluation of Outcomes of Acute Cataract Surgery-Related Endophthalmitis Using a Novel Management Algorithm Based on Presenting Risk Factors*, „Semin Ophthalmol”, 2023; Oct; 38(7): 648-655.

¹⁴ J. Wilczyńska, S. Bogusławski, R. Plisko, *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa*, „Polskie Towarzystwo Okulistyczne”, 2012.

¹⁵ H.E. Gali, R. Sella, N.A. Afshari, *Systemy klasyfikacji...*

¹⁶ B. Iwaskiewicz-Bilikiewicz, *Zaćma (cataracta) Cataract*, „Geriatryczne problemy kliniczne”, 2008; 252-54.

¹⁷ X. Han, M. Zou, Z. Liu, Y. Sun, C.A. Young et al., *Temporal trends and heterogeneity in the disease burden of visual impairment due to cataracts, 1990-2019: a global analysis*, „Frontiers in Public Health”, 2023(11), 1140533.

¹⁸ B. Kamińska, *Narząd wzroku – budowa i czynności oka*, „Biologia w Szkole”, 1996; 49(4), 214-215.

¹⁹ J. Szaflik, J. Izdebska, A. Zaleska, *Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty*. „Przewodnik Lekarza”, 2000; 2(10), 78-86. 4.

²⁰ N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association Between Life Satisfaction and Health Behaviors: A Cross-Cultural Analysis of Young Adults*, „International Journal of Behavioral Medicine”, 2009(16), 259-268.

²¹ X. Han, M. Zou, Z. Liu, Y. Sun, C.A. Young et al., *Temporal trends and heterogeneity in the disease burden of visual impairment due to cataracts, 1990-2019: a global analysis*, „Frontiers in Public Health”, 2023(11), 1140533.

²² O. Hockwin, *Cataract classification*, „Documenta Ophthalmologica”, 1995(88), 263-275.

²³ J. Szaflik, J. Izdebska, A. Zaleska, *Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty*. „Przewodnik Lekarza”, 2000; 2 (10): 78-86. 4.

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA POWSTAWANIE ZAĆMY

Patogeneza zaćmy obejmuje wiele czynników, które wciąż nie są dobrze poznane. Dokładna przyczyna zaćmy nie zawsze jest jasna, ale wiadomo, że kilka czynników przyczynia się do jej rozwoju^{24,25}.

Wiek jest najważniejszym czynnikiem ryzyka powstania i rozwoju zaćmy. Z wiekiem soczewka staje się grubsza i cięższa, przez co dochodzi do stopniowego spadku możliwości akomodacyjnych. Nowe włókna tworzone są koncentrycznie dookoła jądra soczewki, co wpływa na jego zgęstnienie i stwardnienie. Wraz z wiekiem białka w soczewce oka mogą również ulec uszkodzeniu i dochodzi do przemian chemicznych, które powodują ich zlepianie w białka o wysokiej masie cząsteczkowej. Te skupiska białek powodują rozproszenie promieni świetlnych oraz spadek przejrzystości soczewki. Dochodzi do zmiany barwy soczewki, co może dodatkowo wpływać na komfort widzenia. U kobiet dodatkowym czynnikiem ryzyka związanym z wiekiem jest menopauza^{26,27,28}.

Zaćma może występować rodzinnie, co sugeruje genetyczną predyspozycję do tej choroby. Niektóre czynniki genetyczne mogą wpływać na szybkość rozwoju zaćmy i jej postęp. Ponadto aberracje chromosomowe, takie jak zespół Downa, trisomia 18-tego chromosomu, trisomia 13-tego chromosomu i delecja krótkiego ramienia chromosomu piątego mogą być czynnikami sprzyjającymi rozwojowi wrodzonej zaćmy. Niestety, jak dotąd nie rozpoznano dokładnego mechanizmu molekularnego, który powoduje rozwój zaćmy^{29,30,31}.

Różnego typu czynniki środowiskowe mogą mieć znaczny wpływ na rozwój zaćmy. Szczególnie wyróżnia się tutaj długotrwała i niezabezpieczona ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe (UV) ze światła słonecznego, która jest istotnym środowiskowym czynnikiem ryzyka powstania zaćmy. Promienie UV mogą powodować uszkodzenia oksydacyjne białek soczewki i przyczyniać się do rozwoju zaćmy. Inne czynniki środowiskowe to palenie papierosów, ekspozycja na zanieczyszczone powietrze czy

²⁴ A. Partyka-Mizeracka, D. Słota, *Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów*. „Pielęgniarstwo XXI”, 2018(4) 18-25.

²⁵ O. Partyka, M.J. Wysocki, *Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce*, „Przegląd epidemiologiczny”, 2015(69) 905-908.

²⁶ H. Abdelkader, R.G. Alany, B.K. Ring, *Age-related cataracts and drug therapy: opportunities and challenges of local delivery of antioxidants to the lens*, „Journal of Pharmacy and Pharmacology”, 2015; 4(67), 537-550.

²⁷ W. Pavot, E. Diener, *An overview of the life satisfaction scale*, „Psychological Assessment”, 1993; 2(5), 164-172.

²⁸ M. Stefek, *Naturalne flawonoidy jako potencjalne środki wielofunkcyjne w zapobieganiu zaćmie cukrzycowej*, „Toksykologia interdyscyplinarna”, 2011.

²⁹ K. Naderi, J. Gormley, D.P. O'Brart, *Cataract Surgery...*

³⁰ P.K. Nirmalan, R. Krishnadas, R. Ramakrishnan, R.D. Thulasiraj, J. Katz et al., *Lens Opacities in a Rural Population of Southern India: The Aravind Comprehensive Eye Study*, „Investigative Ophthalmology & Visual Science”, November 2003, Vol.44, 4639-4643.

³¹ J.F. Sørensen, *Rural-urban differences in life satisfaction: evidence from the European Union*, „Regional Studies”, 2014; 48(9), 1451-1466.

kontakt z pewnymi chemikaliami. Substancje chemiczne zawarte w dymie tytoniowym mogą przyspieszać stres oksydacyjny i uszkadzać białka soczewki, przyczyniając się do rozwoju zaćmy. Ponadto narażenie na zanieczyszczenia środowiskowe, metale ciężkie i promieniowanie jonizujące mogą również odgrywać dużą rolę w rozwoju zaćmy^{32,33}.

Dieta pozbawiona przeciwutleniaczy, witamin i minerałów też może przyczyniać się do stresu oksydacyjnego w oczach, potencjalnie zwiększając ryzyko zaćmy. Odpowiednie spożycie składników odżywczych, takich jak witamina C, witamina E i luteina, może pomóc w ochronie przed rozwojem zaćmy. Ponadto, nadmierne spożywanie alkoholu przez dłuższy czas może zwiększać ryzyko zaćmy, prawdopodobnie ze względu na wpływ alkoholu na stres oksydacyjny i uszkodzenie komórek w soczewce^{34,35}.

Niektóre choroby mogą być czynnikami ryzyka wystąpienia zaćmy. Osoby z cukrzycą są bardziej narażone na rozwój zaćmy. Podwyższony poziom glikemii we krwi może prowadzić do zmian w soczewce, związanych z akumulacją sorbitolu, a w konsekwencji wpływając na jej przezroczystość i zwiększając ryzyko powstania zaćmy. U osób tych występuje zwykle proliferacyjna retinopatia cukrzycowa (*proliferative diabetic retinopathy*, PDR)^{36,37,38}. Długotrwałe stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (*non steroidal anti inflammatory*, NLPZ) też może zwiększać ryzyko zaćmy. Leki te mogą zakłócać równowagę białek w soczewce, prowadząc do powstawania zaćmy³⁹. Bardzo częstą przyczyną zaćmy są urazy oka, podczas których może nastąpić uszkodzenie soczewki, a co za tym idzie zwiększenie prawdopodobieństwa powstania zaćmy. Także wewnątrzmaciczne zakażenia mogą spowodować zaćmę. Największym czynnikiem ryzyka są noworodkowe zakażenia wirusem różyczki, półpaśca, opryszczki, polio, grypy, zapalenia wątroby, cytomegalowirusem, zakażenia krętkami bladymi lub toksoplazmozą, a także atopowe zapalenie skóry^{40,41}.

³² C. Jan, J. Xin, Y. Dong, T. Butt, R. Chang, L. Keay, N. Congdon, *Patterns and determinants of incidental cataract surgery in China from 2011 to 2015 using a representative national longitudinal database*, „BMJ Open”, 2023; 13(6).

³³ K. Naderi, J. Gormley, D.P. O’Brart, *Cataract Surgery...*

³⁴ O. Hockwin, *Cataract classification...*

³⁵ *Wady wzroku – powszechny problem*, <https://www.kliniki.pl/wiedza/jakie-choroby-oczu-mozna-leczyc-laserem/> (dostęp: 03.11.2023)..

³⁶ A. Grzybowski, P. Kanclerz, V. Huerva, F.J. Ascaso, R. Tuuminen, *Cukrzyca i fakoemulsyfikacja operacja zaćmy: trudności, ryzyko i potencjalne powikłania*, „Journal of clinical medicine”, 2019; 8(5), 716.

³⁷ M. Stefek, *Naturalne flawonoidy...*

³⁸ S. West, *Cataract Epidemiology: Achievements Over 25 and Future Directions*, „Ophthalmic Epidemiology”, 2007; 14(4), 173-178.

³⁹ O.E. Adams, T. Vagaggini, S.L. Groth, C.D. Curran, M.L. *Prairie and al.*, *Evaluation of Outcomes of Acute Cataract Surgery-Related Endophthalmitis Using a Novel Management Algorithm Based on Presenting Risk Factors*, „Semin Ophthalmol”, 2023; Oct; 38(7): 648-655.

⁴⁰ Nisha S., *An overview of the relationship between diabetes and cataract formation*. „Clinical Research Notes”, 2022; 2(3), 01-05.

⁴¹ M. Pellegrini, F. Bernabei, C. Schiavi, G. Giannaccare, *Wpływ operacji zaćmy na depresję i funkcje poznawcze: przegląd systematyczny i metaanaliza*, „Okulistyka kliniczna i eksperymentalna”, 2020; 48(5), 593-601.

Na ryzyko rozwoju zaćmy może wpłynąć stres oksydacyjny, który pojawia się przy braku równowagi między produkcją reaktywnych form tlenu a mechanizmami obronnymi organizmu, czyli niedoboru przeciwutleniaczy, jak glutation oraz witaminy C i E^{42,43,44,45}.

OBJAWY ZAĆMY

W początkowym stadium choroby objawy mogą być znikome. Chory może dostrzegać delikatne rozmycie lub zamglenie widzenia. Kolory mogą wydawać się wyblakłe lub pożółkłe, mniej żywe, co może wpływać na zdolność rozróżniania różnych odcieni i kolorów^{46,47,48}.

Zaćma może powodować zniekształcenia widzenia. Pojawiają się problemy w postrzeganiu głębi, zwiększając ryzyko upadków. Występuje podwójne widzenie w jednym lub obu oczach oraz zwielokrotnienie obrazu. Zaćma może powodować występowanie efektu halo lub odbłasku, utrudniając wyraźne widzenie^{49,50}.

Osoby z zaćmą zaczynają używać jaśniejszego oświetlenia, aby skompensować braki w widzeniu i zachować niezależność. Brak ostrości widzenia może doprowadzić do frustracji, niepokoju i ogólnego obniżenia jakości życia z uwagi na trudności z czytaniem, pisanem, prowadzeniem pojazdów czy rozpoznawaniem twarzy^{51,52}.

⁴² M. Chemerovski-Glikman, M. Mimouni, Y. Dagan, E. Haj, L. Vainer et al., Rosmarinic acid restores the complete clarity of sonicated human cataracts ex vivo and delays cataract formation in vivo, „Scientific Reports”, 2018.

⁴³ S. Doganay, M. Borazan, M. Iraz, Y. Cigremis, *Effect of resveratrol in an experimental cataract model formed by sodium selenate*, „Current Eye Research”, 2006; 2(31).

⁴⁴ P.K. Nirmalan, R. Krishnadas, R. Ramakrishnan, R.D. Thulasiraj, J. Katz et al., *Lens Opacities in a Rural Population of Southern India: The Aravind Comprehensive Eye Study*, „Investigative Ophthalmology & Visual Science”, November 2003, Vol.44, 4639-4643.

⁴⁵ M. Pellegrini, F. Bernabei, C. Schiavi, G. Giannaccare, *Wpływ operacji...*

⁴⁶ J. Kański, K. Nischal, *Okulistyka. Objawy i różnicowanie*, (red. Niżankowska M.H.), „Urban & Partner”, Wrocław, 2000.

⁴⁷ C.A. McCarty, H.R. Taylor, *The genetics of cataract*, „Investigative Ophthalmology and Visual Science”, 2001; 42(8), 1677-1678.

⁴⁸ M. Pellegrini, F. Bernabei, C. Schiavi, G. Giannaccare G., *Wpływ operacji...*

⁴⁹ J.J. Lucas i K.A. Moore, *Elastyczność psychologiczna...*

⁵⁰ S. Lyubomirsky, L.A. King, E. Diener, *Korzyści z częstego pozytywnego wpływu: czy szczęście prowadzi do sukcesu.* „Biuletyn Psychologiczny”, 2005; 6(131), 803-855.

⁵¹ S.J. Charlemagne-Badal, J.W. Lee, T.L. Butler, G.E. Fraser, *Dziedziny pojęciowe zawarte w instrumentach dobrostanu i zadowolenia z życia: przegląd*, „Badania stosowane w jakości życia”, 2015;10, 305-328.

⁵² S. Gallagher, R. Daynes-Kearney, A. Bowman-Grangel, N. Dunne, J. McMahon, *Zadowolenie z życia, uczestnictwo w życiu społecznym i objawy depresji u młodych dorosłych opiekunów: dane z 21 krajów europejskich*, „International Journal of Adolescence and Youth”, 2022; 27(1), 60-71.

DIAGNOSTYKA ZAĆMY

Zwykle diagnostyka zaćmy rozpoczyna się od kompleksowego badania wzroku. Podstawową i najczęściej wykorzystywaną metodą diagnostyki jest pomiar ostrości wzroku przy użyciu tablicy Snellena. Jej nazwa pochodzi od nazwiska lekarza okulisty Hermanna Snellena, który w 1861 opracował tę tablicę, jako metodę oceny, jak pacjent widzi z określonej odległości⁵³.

Tablice Snellena są powszechnie używane przez optometrystów i okulistów podczas badań wzroku w celu oceny ostrości wzroku i określenia zapotrzebowania na soczewki korekcyjne - okulary lub soczewki kontaktowe⁵⁴. Pozwala to na obiektywną ocenę wzroku pacjenta i stanu zaawansowania zaćmy przez lekarza oraz skierowanie go do dalszej diagnostyki i ewentualnej operacji. Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje operacje z ostrością wzroku 0,4 lub niższą, za wyjątkiem przypadków uniemożliwiających ich przeprowadzenie⁵⁵. Do zabiegu klasyfikuje się na ogół osoby, których upośledzenie widzenia wpływa na wykonywanie czynności życia codziennego oraz zawodowego, a poprawy nie można uzyskać przy pomocy okularów^{56,57}. Innymi metodami diagnostyki zaćmy są: badanie lampą szczelinową, badanie przez rozszerzoną źrenicę, test wrażliwości na kontrast, tonometria, badanie pola widzenia, badanie refrakcji, optyczna koherentna tomografia^{58,59}.

METODY LECZENIA ZAĆMY

Leczenie zaćmy zazwyczaj obejmuje interwencję chirurgiczną, polega na usunięciu zmętniałej soczewki i zastąpieniu jej sztuczną soczewką wewnątrzgałkową^{60,61}. Operacja zaćmy jest skuteczną i powszechną procedurą leczenia. Obecnie stosowane są chirurgiczne metody leczenia zaćmy jak: fakoemulsyfikacja, zewnątrztorebkowe usunięcie

⁵³ C.W. Baker, K. Josic, M.G. Maguire, L.M. Jampol, D.F. Martin et al, *Comparison of Snellen's visual acuity measurements in retinal clinical practice with the electronic visual acuity assessment of the ETDRS protocol*, „Ophthalmology”, 2023; 130(5), 533-541.

⁵⁴ S. West, *Cataract Epidemiology: Achievements Over 25 and Future Directions*, „Ophthalmic Epidemiology”, 2007; 14(4), 173-178.

⁵⁵ S. Hu, X. Wang, H. Wu, X. Luan, P. Qi, Y. Lin, W. On, *A unified diagnostic framework for automated classification of nuclear cataracts based on gap-in-the-gap images in smartphones*, „IEEE Access”, 2022; (8), 174169-174178.

⁵⁶ O. Hockwin, *Cataract classification*, „Documenta Ophthalmologica”, 1995(88), 263-275.

⁵⁷ J.F. Sørensen, *Rural-urban...*

⁵⁸ C. Jan, J. Xin, Y. Dong, T. Butt, R. Chang, L. Keay, N. Congdon, *Patterns and determinants of incidental cataract surgery in China from 2011 to 2015 using a representative national longitudinal database*, „BMJ Open”, 2023; 13(6).

⁵⁹ H.G. Bezerra, M.A. Costa, G. Guagliumi, A.M. Rollins, D.I. Simon, *Intracoronary optical coherence tomography: a comprehensive review: clinical and research applications*, „JACC: Cardiovascular Interventions”, 2009; 2(11), 1035-1046.

⁶⁰ A. Grzybowski, P. Kanclerz, V. Huerva, F.J. Ascaso, R. Tuuminen, *Cukrzyca i fakoemulsyfikacja operacja zaćmy: trudności, ryzyko i potencjalne powikłania*, „Journal of clinical medicine”, 2019; 8(5), 716.

⁶¹ O. Hockwin, *Cataract classification...*

zaćmy, wewnątrzobrotowe usunięcie zaćmy, chirurgia zaćmy wspomagana laserem femtosekundowym^{62,63,64,65,66,67}.

SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

Poziom zadowolenia z życia to złożone i wieloaspektowe pojęcie, służące jako istotny wskaźnik ogólnego samopoczucia i zadowolenia.

Satysfakcja życiowa, zakorzeniona w dążeniu do szczęścia i osobistego spełnienia, obejmuje szereg czynników, które kształtują ludzkie postrzeganie jakości i sensu życia. W swej istocie zadowolenie z życia odzwierciedla poznawczą i emocjonalną ocenę sytuacji życiowej, osiągnięć, relacji i ogólnego poczucia celu jednostki. Zawiera w sobie subiektywne samopoczucie, obejmujące zarówno pozytywne emocje, jak i poczucie spełnienia w różnych dziedzinach życia, takich jak relacje, praca, zdrowie i osiągnięcia osobiste^{68,69}.

Zadowolenie z życia to wielowymiarowy konstrukt odzwierciedlający subiektywną ocenę jakości życia jednostki oraz stopnia realizacji jej aspiracji i celów. Ludzie posiadają wrodzoną motywację do poszukiwania szczęścia i satysfakcji, jednak czynniki przyczyniające się do tego stanu mogą się znacznie różnić u poszczególnych osób. Elementy osobiste, społeczne, kulturowe i środowiskowe wpływają na postrzeganie zadowolenia z życia^{70,71,72}.

Na zadowolenie z życia składa się kilka kluczowych aspektów. Po pierwsze, pozytywne relacje i powiązania społeczne. Silne sieci wsparcia społecznego zapewniają stabilność emocjonalną, towarzystwo i poczucie przynależności, które może chronić

⁶² M. Ługowska, M. Straus, A. Synder, W. Omulecki, M. Wilczyński, *Ocena jakości życia pacjentów po fakoemulsyfikacji z wszczepieniem akomodacyjnej soczewki wewnątrzgałkowej*, „Klinika oczna”, 2014; (116), 248-256.

⁶³ K. Podboraczyńska-Jodko, W. Lubiński, *Soczewki wieloogniskowe – terażniejszość i przyszłość*, „Okulistyka Kwartalnik Medyczny”, 2016; 4, 3-1..

⁶⁴ T.V. Roberts, M. Lawless, C.C. Chan, M. Jacobs, S.J. Bali, G. Sutton, *Femtosekundowa laserowa operacja zaćmy: technologia i praktyka kliniczna*, „Okulistyka kliniczna i eksperymentalna”, 2013; 41(2), 180-186..

⁶⁵ I. Grabska-Liberek, D. Derlacka, A. Skowrya, *Nowoczesne metody leczenia zaćmy*, „Postępy Nauk Medycznych”, 2013, t. XXVI, nr 12, 880-883.

⁶⁶ M. Serebryka-Burduk, W. Błoch, P. Stępniewski, *Zaćma – problem starzejącego się społeczeństwa, cz. III. Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do zabiegu*, „Optyka”, 2019..

⁶⁷ E. Twardzik-Chlasta, A. Nowińska, E. Wylęgała, *Zastosowanie lasera...*

⁶⁸ M.Y. Chan, *Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity*, „Applied Psychology: Health and Wellness”, 2011; 1(3), 1-43.

⁶⁹ S.J. Charlemagne-Badal, J.W. Lee, T.L. Butler, G.E. Fraser, *Dziedziny pojęciowe zawarte w instrumentach dobrostanu i zadowolenia z życia: przegląd*, „Badania stosowane w jakości życia”, 2015; (10), 305-328.

⁷⁰ S.J. Charlemagne-Badal, J.W. Lee, T.L. Butler, G.E. Fraser, *Dziedziny pojęciowe...*

⁷¹ M. Pacholec, *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, „Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się”, Warszawa, 2015, 59-68.

⁷² W. Pavot, E. Diener, *An overview of the life satisfaction scale*, „Psychological Assessment”, 1993; 2(5), 164-172.

przed wyzwaniem życiowymi. Po drugie, osiągnięcie poczucia autonomii i kontroli nad własnym życiem, które sprzyja poczuciu sprawczości i prowadzi do zwiększonej satysfakcji z życia. Po trzecie, sensowne i celowe życie, często związane z realizowaniem pasji, spełnianiem się i przyczynianiem się do większego dobra, wiąże się z wyższym poziomem satysfakcji^{73,74}.

Zdrowie jest kluczowym czynnikiem, który znacząco wpływa na zadowolenie z życia. Liczne badania dowiodły na związek między zdrowiem a subiektywnym dobrostanem, podkreślając dwukierunkowy charakter tego związku. Badania konsekwentnie wykazywały, że osoby cierpiące na choroby przewlekłe mają zwykle niższy poziom satysfakcji z życia. Choroby wpływają nie tylko na dyskomfort fizyczny, ale również mają negatywny wpływ na dobre samopoczucie psychiczne^{75,76}. Należy zauważyć, że związek między zdrowiem a satysfakcją z życia może różnić się w zależności od grup wiekowych i regionów świata^{77,78}.

CEL PRACY

Ocena wpływu zabiegu implantacji soczewki na poprawę stopnia widzenia i ocenę zadowolenia z życia pacjentów chorych na zaćmę.

PROBLEMY BADAWCZE

Czy zabieg implantacji soczewki istotnie wpłynął na poprawę stopnia widzenia?

Czy stopień widzenia po implantacji soczewki był zależny od współistniejących chorób somatycznych, takich jak: cukrzyca, astma oskrzelowa, nadciśnienie tętnicze?

Czy choroby narządu wzroku, takie jak: jaskra, AMD, retinopatia cukrzycowa istotnie wpłynęły na poprawę stopnia widzenia po implantacji soczewki?

Czy występuje korelacja między wiekiem, płcią, wykształceniem, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania a stopniem zadowoleniem z życia po usunięciu zaćmy?

Czy stopień widzenia po zabiegu operacyjnym usunięcia zaćmy istotnie wpłynął na poprawę zadowolenia z życia?

⁷³ E. Papuć, *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, „Curr Probl Psychiatri”, 2011;12(2), 141-145.

⁷⁴ M. Ruiss, M. Kronschlager, A.E. Schlatter, T. Dechat, O. Findl, *Porównanie metod eksperymentalnego wywoływania zmętnienia i zmiany elastyczności soczewek świń ex vivo*, „Scientific Reports”, 2021; 1(11).

⁷⁵ *Nowe standardy kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy*, „Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Rządowa”, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowe-standardy-kwalifikacji-do-zabiegow-usuniecia-zacmy,7176.html> [dostęp: 14.08.2023].

⁷⁶ M. Petelewicz, T. Drabowicz, *Jakość życia – Globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja*, „Katedra Socjologii Ogólnej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki”, Łódź, 2016.

⁷⁷ M. Pacholec, *Sytuacja osób...*

⁷⁸ A. Steptoe, A. Deaton, A.A. Stone, *Subjective well-being...*

HIPOTEZY

Ostrość wzroku u pacjentów po wykonaniu zabiegu operacyjnego implantacji soczewki istotnie poprawiła się w stosunku do ostrości wzroku przed zabiegiem operacyjnym zaćmy.

Pacjenci z cukrzycą istotnie niżej ocenili stopień widzenia po zabiegu operacyjnym niż chorzy z innymi współistniejącymi chorobami somatycznymi.

Pacjenci z innymi schorzeniami narządu wzroku istotnie niżej ocenili stopień widzenia po implantacji soczewki niż pacjenci, u których te choroby nie występowały.

Osoby młodsze oraz kobiety dużo wyżej oceniają zadowolenie z życia po zabiegu operacyjnym niż osoby starsze, czy mężczyźni. Natomiast nie wykazano związku między wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym a zadowoleniem z życia związanym z usunięciem zaćmy.

Pacjenci, których stopień widzenia istotnie poprawił się po zabiegu operacyjnym usunięcia zaćmy też istotnie wyżej ocenili zadowolenie z życia.

MATERIAŁ I METODYKA

Ankietowanymi byli pacjenci Oddziału Okulistycznego Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu. Miejsce, w którym wykonano zabieg operacyjnego usunięcia zaćmy specjalizuje się w diagnostyce i leczeniu chorób przedniego oraz tylnego odcinka oka.

Kryterium włączenia do grupy badanej było zdiagnozowanie zaćmy, zakwalifikowanie do leczenia chirurgicznego oraz wiek w przedziale 34–85 lat.

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką była ankieta. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z trzech części. W pierwszej umieszczono pytania dotyczące płci, wieku, miejsce zamieszkania. Druga część to pytania dotyczące chorób współistniejących oraz stopnia widzenia przed, jak i po usunięciu zaćmy. Do oceny ostrości wzroku wykorzystano tablicę Snellena (do bliży i dali). Trzecią część stanowiła polska wersja Skali Satysfakcji z Życia (SWLS, *Satisfaction with Life Scale*)^{79,80,81}. Jest to krótka skala, która określa stopień zadowolenia z życia. Składa się z pięciu stwierdzeń, które ankietowany ocenia w siedmiostopniowej skali. Badany dokonuje oceny, w jakim stopniu każde ze stwierdzeń odnosi się do dotychczasowego życia. Maksymalnie można uzyskać 35 punktów. Im większa liczba punktów, tym wyższa satysfakcja z życia.

Badanie polegało na dwukrotnym ankietowaniu każdej osoby – przed zabiegiem usunięcia zaćmy i trzy tygodnie po operacji.

⁷⁹ F. Fors Connolly, I. Johansson Sevä, *Agreeableness, extroversion, and life satisfaction: An examination of the mediating roles of social integration and status*, „Scandinavian Journal of Psychology” 2021, 752-762.

⁸⁰ N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association...*

⁸¹ A. Partyka-Mizeracka, D. Słota, *Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów*, „Pielęgniarstwo XXI” 2018; (4), 18-25.

ORGANIZACJA I PRZEBIEG BADANIA

Na przeprowadzenie badania uzyskano pisemną zgodę Dyrekcji Regionalnego Szpitala w Kołobrzegu i Ordynatora Oddziału Okulistycznego oraz ustną zgodę pacjentów, których poinformowano o celu badania, anonimowości i dobrowolnym udziale w badaniu.

Badanie przeprowadzono w okresie od czerwca do sierpnia 2023 roku. Kwestionariusze ankiety rozdawano pacjentom do rąk własnych lub osobom towarzyszącym w roli opiekuna. Czas na wypełnienie kwestionariusza około 30 minut, po wcześniejszym ustnym uzyskaniu zgody pacjenta. Kwestionariusze wypełniano dwuetapowo. Pierwszy etap odbył się w dniu przyjęcia pacjenta do zabiegu implantacji soczewki, w salach chorych. Drugi etap – trzy tygodnie po zabiegu operacyjnym, podczas wizyty kontrolnej w gabinecie diagnostycznym w Oddziale Okulistycznym. Wydano 95 kwestionariuszy i zbierano osobiście prze ankietera. Wszystkie zostały wypełnione prawidłowo.

ZMIENNE I WSKAŹNIK

Tabela 1. Zmienne niezależne i ich wskaźniki

| Zmienne niezależne | Wskaźniki |
|-------------------------|--|
| Wiek | liczba w latach |
| Płeć | kobieta mężczyzna |
| Miejsce zamieszkania | wieś miasto |
| Choroby współistniejące | cukrzyca nadciśnienie tętnicze astma oskrzelowa |
| Choroby narządu wzroku | jaskra AMD (zwyrodnienie plamki żółtej) retinopatia cukrzycowa |

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 2. Zmienne zależne i ich wskaźniki

| Zmienne zależne | Wskaźniki | Skala |
|------------------|---|--|
| Stopień widzenia | bardzo dobry dobry średni zły nie widzi w ogóle | 0,6-1.0 0,3-0,5 0,1-0,32 liczy palce przed okiem (0,04) ruchy ręką |

| | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------|
| Stopień zadowolenia z życia | wysoka satysfakcja z życia | 7-10 |
| | przeciętna satysfakcja z życia | 5-6 |
| | niska satysfakcja z życia | 1-4 |

Źródło: Opracowanie własne

METODY ANALIZY STATYSTYCZNEJ

Do analizy danych użyto TIBCO Software Inc. (2017), Statistica (data analysis software system), wersja 13 oraz Microsoft Excel (wersja 2019) – Microsoft Office. Rozkład zmiennych oceniono za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Do porównań między grupami wykorzystano test U Manna-Whitney'a i ANOVA test Kruskala Wallisa. Porównania między wynikami przed i po zabiegu wykonano przy użyciu testu kolejności par Wilcoxon.

Używając testu R Spearmana oraz testu χ^2 NW (najwyższej wiarygodności) przeprowadzono badanie zależności pomiędzy zmiennymi. Za poziom istotności we wszystkich obliczeniach przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

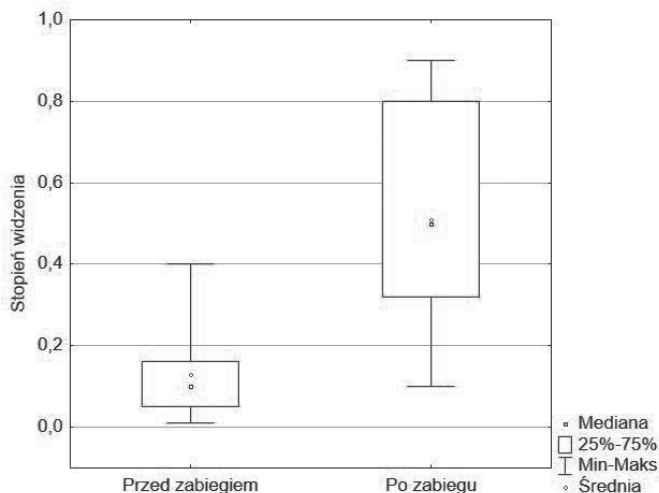
Tabela 3. Charakterystyka grupy badanej

| | | N | % |
|--------------------------------|-----------------------------|----|--------|
| Płeć | Kobieta | 51 | 53,68% |
| | Mężczyzna | 44 | 46,32% |
| Wiek | <65 lat | 38 | 40,00% |
| | >65 lat | 57 | 60,00% |
| Wykształcenie | Podstawowe | 28 | 29,47% |
| | Średnie | 40 | 42,11% |
| | Wyższe | 27 | 28,42% |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 46 | 48,42% |
| | Miasto | 49 | 51,58% |
| Stan cywilny | Samotna | 38 | 40,00% |
| | W związku | 57 | 60,00% |
| Choroby współistniejące | Nadciśnienie | 65 | 68,42% |
| | Cukrzyca | 41 | 43,16% |
| | Astma | 14 | 14,74% |
| | Przerost gruczołu krokowego | 8 | 8,42% |
| | Miażdżyca | 3 | 3,16% |
| | Inne | 19 | 20,00% |
| | Brak | 13 | 13,68% |
| Inne choroby oczu | Jaskra | 28 | 29,47% |
| | AMD | 40 | 42,11% |
| | Brak | 43 | 45,26% |

WYNIKI BADAŃ STOPNIA WIDZENIA PRZED I PO ZABIEGU OPERACJI ZAĆMY

Stopień widzenia przed zabiegiem u respondentów mieścił się w przedziale od 0,01 do 0,4 natomiast po zabiegu był w zakresie od 0,1 do 0,9, rycina 2. Przeciętny wynik badanych przed zabiegiem wynosił 0,1 ($0,13 \pm 0,09$) natomiast po zabiegu 0,5 ($0,51 \pm 0,26$). W badaniu obserwowano istotny wzrost wyniku po zabiegu ($N=95$; $Z=70$; $T=8,20$; $p<0,001$).

Rycina 1. Stopień widzenia

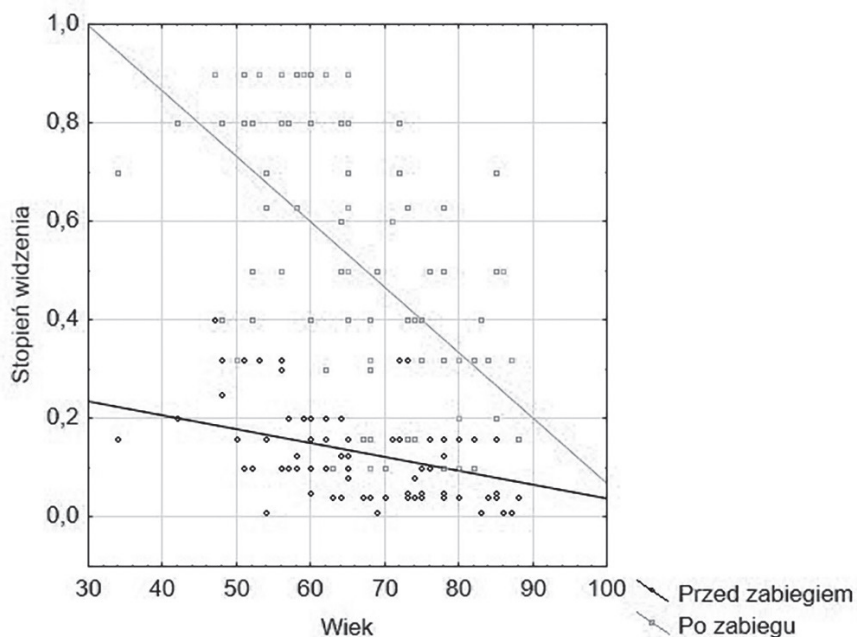


W badaniu obserwowano, iż wraz z wiekiem respondentów zmniejszał się stopień widzenia, zarówno w ocenie przed ($r=-0,36$; $p<0,001$), jak i po zabiegu ($r=-0,6$; $p<0,001$), rycina 2. Respondenci powyżej 65 roku życia cechowali się istotnie niższym stopniem widzenia przed i po zabiegu, tabela 4.

Tabela 4. Wiek a stopień widzenia

| Wiek | | | | | | Z | T | p |
|-----------------|----------|-----------------|-----------------|----------|----------------|----|-----|------|
| Przed zabiegiem | | | Po zabiegu | | | | | |
| M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | | |
| 0,13 \pm 0,09 | 0,01-0,4 | 0,1 [0,05-0,16] | 0,51 \pm 0,26 | 0,01-0,9 | 0,5 [0,32-0,8] | 70 | 8,2 | 0,01 |

Rycina 2. Wiek a stopień widzenia



W badaniu obserwowano, iż kobiety cechowały się istotnie wyższym stopniem widzenia po zabiegu w porównaniu do mężczyzn ($0,56 \pm 0,27$ vs. $0,44 \pm 0,23$, p-value = 0,02), tabela 5.

Tabela 5. Płeć a stopień widzenia

| | Płeć | | | | | | U | p |
|----------|-----------------|-----------|------------------|-----------------|----------|-----------------|-------|------|
| | Kobieta | | | Mężczyzna | | | | |
| | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,13 \pm 0,08 | 0,01-0,32 | 0,13 [0,08-0,16] | 0,13 \pm 0,09 | 0,01-0,4 | 0,1 [0,05-0,16] | 994,5 | 0,34 |
| B | 0,56 \pm 0,27 | 0,1-0,9 | 0,5 [0,4-0,8] | 0,44 \pm 0,23 | 0,1-0,9 | 0,4 [0,3-0,63] | 803 | 0,02 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

Obserwowano, iż wyższy poziom wykształcenia ($0,29 \pm 0,2$) wiązał się z wyższym stopniem widzenia po zabiegu (p-value <0,001), w porównaniu do wykształcenia średniego ($0,54 \pm 0,23$) oraz podstawowego ($0,29 \pm 0,2$), tabela 6.

Tabela 6. Wykształcenie a stopień widzenia

| | Wykształcenie | | | | | | | | | H | p |
|----------|---------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------------|-----------|-----------|----------------|-------|--------|
| | Podstawowe | | | Średnie | | | Wyższe | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,12±0,09 | 0,01-0,32 | 0,1 [0,04-0,16] | 0,13±0,08 | 0,04-0,4 | 0,1 [0,05-0,16] | 0,15±0,09 | 0,01-0,32 | 0,16 [0,1-0,2] | 3,79 | 0,15 |
| B | 0,29±0,2 | 0,1-0,9 | 0,3 [0,1-0,4] | 0,54±0,23 | 0,1-0,9 | 0,5 [0,36-0,75] | 0,68±0,19 | 0,32-0,9 | 0,8 [0,5-0,8] | 32,35 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu obserwowano, iż osoby zamieszkujące miasta cechowały się istotnie wyższym stopniem widzenia przed ($0,16 \pm 0,1$ vs. $0,1 \pm 0,07$, p-value = 0,007) i po zabiegu ($0,67 \pm 0,2$ vs. $0,34 \pm 0,21$, p-value < 0,001) w porównaniu do tych mieszkających na wsi, tabela 7.

Tabela 7. Miejsce zamieszkania a stopień widzenia

| | Miejsce zamieszkania | | | | | | U | p |
|----------|----------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|----------------|-----|--------|
| | Wieś | | | Miasto | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,1 ±0,07 | 0,01-0,32 | 0,1 [0,04-0,16] | 0,16 ±0,1 | 0,01-0,4 | 0,16 [0,1-0,2] | 768 | 0,007 |
| B | 0,34 ±0,21 | 0,1-0,8 | 0,32 [0,16-0,5] | 0,67 ±0,2 | 0,32-0,9 | 0,7 [0,5-0,8] | 308 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu obserwowano, iż osoby w związku cechowały się istotnie wyższym stopniem widzenia po zabiegu, niż te, które nie były w związku ($0,6 \pm 0,22$ vs. $0,37 \pm 0,25$, p-value < 0,001), tabela 8.

Tabela 8. Stan cywilny a stopień widzenia

| | Stan cywilny | | | | | | U | p |
|----------|--------------|----------|-----------------|------------|-----------|----------------|-------|--------|
| | Samotna/y | | | W związku | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,12 ±0,1 | 0,01-0,4 | 0,1 [0,04-0,16] | 0,14 ±0,08 | 0,01-0,32 | 0,13 [0,1-0,2] | 833,5 | 0,055 |
| B | 0,37 ±0,25 | 0,1-0,9 | 0,32 [0,16-0,5] | 0,6 ±0,22 | 0,1-0,9 | 0,63 [0,4-0,8] | 524 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu obserwowano również, iż osoby chorujące na cukrzycę cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia w porównaniu do osób bez cukrzycy przed ($0,11 \pm 0,08$ vs $0,15 \pm 0,09$, p-value = 0,025) i po zabiegu ($0,31 \pm 0,17$ vs. $0,66 \pm 0,21$, p-value <0,001), tab. 9.

Tabela 9. Choroby współistniejące: Cukrzyca a stopień widzenia

| | Choroby współistniejące: Cukrzyca | | | | | | U | p |
|----------|-----------------------------------|-----------|--------------------|--------------------|----------|-------------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,11 $\pm 0,08$ | 0,01-0,32 | 0,1 [0,04-0,16] | 0,15 $\pm 0,09$ | 0,01-0,4 | 0,11 [0,1-0,2] | 812,5 | 0,025 |
| B | 0,31 $\pm 0,17$ | 0,1-0,63 | 0,32 [0,16-0,4] | 0,66 $\pm 0,21$ | 0,16-0,9 | 0,7 [0,5-0,8] | 242 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie zależności między nadciśnieniem tętniczym a stopniem widzenia przed lub po zabiegu, tabela 10.

Tabela 10. Choroby współistniejące: Nadciśnienie a stopień widzenia

| | Choroby współistniejące: Nadciśnienie | | | | | | U | p |
|----------|---------------------------------------|-----------|--------------------|--------------------|----------|--------------------|-------|------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,12 $\pm 0,07$ | 0,01-0,32 | 0,1 [0,05-0,16] | 0,15 $\pm 0,11$ | 0,01-0,4 | 0,11 [0,05-0,2] | 853,5 | 0,33 |
| B | 0,47 $\pm 0,26$ | 0,1-0,9 | 0,5 [0,3-0,7] | 0,58 $\pm 0,24$ | 0,1-0,9 | 0,57 [0,4-0,8] | 744,5 | 0,06 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

Zaobserwowano, że osoby chorujące na inne choroby cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia po zabiegu w porównaniu do grupy, która nie chorowała na inne choroby współistniejące ($0,39 \pm 0,19$ vs $0,58 \pm 0,27$, p-value <0,001), tabela 11.

Tabela 11. Inne choroby współistniejące a stopień widzenia

| | Choroby współistniejące: Inne | | | | | | U | p |
|----------|-------------------------------|----------|--------------------|-------------------|----------|--------------------|-------|------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,1 $\pm 0,06$ | 0,01-0,2 | 0,1 [0,04-0,16] | 0,15 $\pm 0,1$ | 0,01-0,4 | 0,13 [0,08-0,2] | 816,5 | 0,06 |

| | | | | | | | | |
|----------|---------------|---------|------------------|---------------|---------|-------------------|-------|--------|
| B | 0,39 ±0,19 | 0,1-0,8 | 0,4 [0,3-0,5] | 0,58 ±0,27 | 0,1-0,9 | 0,63 [0,4-0,8] | 580,5 | <0,001 |
|----------|---------------|---------|------------------|---------------|---------|-------------------|-------|--------|

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na jaskrę cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia po zabiegu w porównaniu do tych, które nie chorowały na jaskrę (0,26 ±0,15 vs. 0,61 ±0,22, p-value < 0,001), tabela 12.

Tabela 12. Inne choroby oczu: Jaskra a stopień widzenia

| Inne choroby oczu: Jaskra | | | | | | | U | p |
|---------------------------|---------------|------------|---------------------|---------------|------------|-------------------|-------|--------|
| Tak | | | Nie | | | | | |
| M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | | |
| A | 0,12 ±0,08 | 0,04-0,32 | 0,11 [0,04-0,16] | 0,14 ±0,09 | 0,01-0,4 | 0,1 [0,08-0,2] | 837,5 | 0,41 |
| B | 0,26 ±0,15 | 0,1-0,63 | 0,25 [0,1-0,4] | 0,61 ±0,22 | 0,1-0,9 | 0,63 [0,4-0,8] | 211 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu zaobserwowano ponadto, iż osoby chorujące na AMD cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia przed (0,1 ±0,07 vs. 0,15 ±0,09, p-value = 0,003) i po zabiegu (0,32 ±0,17 vs. 0,65 ±0,22, p-value < 0,001) w porównaniu do osób nie mających tego schorzenia, tabela 13.

Tabela 13. Inne choroby oczu: AMD a stopień widzenia

| Inne choroby oczu: AMD | | | | | | U | p | |
|------------------------|---------------|------------|---------------------|---------------|------------|-------------------|-----|--------|
| Tak | | | Nie | | | | | |
| M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | | |
| A | 0,1 ±0,07 | 0,01-0,32 | 0,09 [0,04-0,16] | 0,15 ±0,09 | 0,01-0,4 | 0,13 [0,1-0,2] | 715 | 0,003 |
| B | 0,32 ±0,17 | 0,1-0,63 | 0,32 [0,16-0,4] | 0,65 ±0,22 | 0,1-0,9 | 0,7 [0,5-0,8] | 295 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

W badaniu obserwowano, iż osoby nie posiadające innych chorób oczu cechowały się istotnie wyższym stopniem widzenia przed (0,16 ±0,09 vs. 0,11 ±0,08, p-value = 0,004) i po zabiegu (0,72 ±0,18 vs. 0,33 ±0,16, p-value <0,001) w porównaniu do tych, które posiadały inne choroby oczu, co pokazuje tabela 14.

Tabela 14. Inne choroby oczu: Brak a stopień widzenia

| | Inne choroby oczu: Brak | | | | | | U | p |
|----------|-------------------------|----------|-------------------|---------------|-----------|--------------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A | 0,16 ±0,09 | 0,01-0,4 | 0,16 [0,1-0,2] | 0,11 ±0,08 | 0,01-0,32 | 0,1 [0,04-0,16] | 733 | 0,004 |
| B | 0,72 ±0,18 | 0,1-0,9 | 0,8 [0,63-0,9] | 0,33 ±0,16 | 0,1-0,63 | 0,32 [0,16-0,4] | 137,5 | <0,001 |

A. Przed zabiegiem; B. Po zabiegu.

WYNIKI ZADOWOLENIA Z ŻYCIA

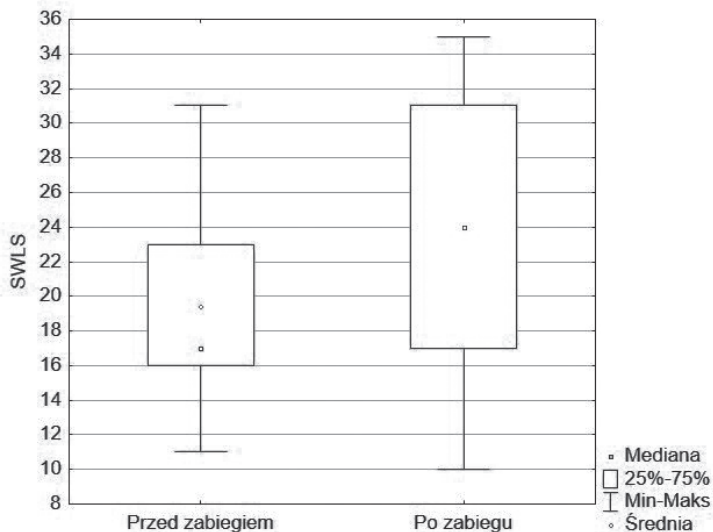
W tabeli 15 przedstawiono wyniki kwestionariusza SWLS wśród badanych. W badaniu obserwowano istotny wzrost ocen kwestionariusza po zabiegu. Ocena satysfakcji przed zabiegiem u respondentów mieściła się w przedziale od 11 do 31 punktów natomiast po zabiegu w zakresie od 10 do 35, rycina 3. Przeciętny wynik badanych przed zabiegiem wynosił 17 punktów (19,43 ±5,08) natomiast po zabiegu 24 punkty (23,98 ±7,51). W badaniu obserwowano istotny wzrost wyniku po zabiegu (N=82; Z=62; T=7,58; p<0,001).

Tabela 15. Kwestionariusz SWLS – odpowiedzi szczegółowe przed i po zabiegu

| | Kwestionariusz SWLS | | | | | | Test Wilcoxon | | | |
|----------|---------------------|---------|------------|---------------|---------|------------|---------------|-------|------|--------|
| | Przed zabiegiem | | | Po zabiegu | | | N | Z | T | p |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | | | |
| A | 4,02 ±1,16 | 2-7 | 4 [3-5] | 4,85 ±1,55 | 2-7 | 5 [3-6] | 59 | 78 | 6,09 | <0,001 |
| B | 3,78 ±1,2 | 2-7 | 4 [3-4] | 4,88 ±1,66 | 2-7 | 5 [3-7] | 71 | 86 | 6,83 | <0,001 |
| C | 4,11 ±1,12 | 2-7 | 4 [3-5] | 4,84 ±1,59 | 2-7 | 5 [3-6] | 67 | 338,5 | 5,00 | <0,001 |
| D | 3,74 ±1 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,59 ±1,55 | 2-7 | 4 [3-6] | 59 | 80 | 6,08 | <0,001 |
| E | 3,75 ±1,18 | 2-7 | 4 [3-4] | 4,72 ±1,53 | 2-7 | 5 [3-6] | 60 | 64 | 6,26 | <0,001 |

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilibym prawie nic.

Rycina 3. Wynik SWLS



W badaniu obserwowano, iż kobiety cechowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji po zabiegu w porównaniu do wartości przed ($19,88 \pm 5,01$ vs. $25,51 \pm 7,43$, p -value = 0,04), co pokazuje tabela 16.

Tabela 16. Płeć a kwestionariusz SWLS

| | Płeć | | | | | | U | p |
|----------------|---------------------|---------|---------------|---------------------|---------|---------------|--------|------|
| | Kobieta | | | Mężczyzna | | | | |
| | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M \pm SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 4,1 \pm 1,04 | 2-7 | 4 [3-5] | 3,93 \pm 1,28 | 2-7 | 3 [3-5] | 983,5 | 0,28 |
| B ¹ | 3,86 \pm 1,15 | 2-7 | 4 [3-4] | 3,68 \pm 1,27 | 2-6 | 3 [3-5] | 1001,5 | 0,35 |
| C ¹ | 4,14 \pm 1,11 | 2-7 | 4 [3-5] | 4,07 \pm 1,13 | 2-6 | 4 [3-5] | 1109,5 | 0,93 |
| D ¹ | 3,82 \pm 1,01 | 2-6 | 4 [3-4] | 3,64 \pm 0,99 | 2-6 | 3 [3-4] | 972 | 0,23 |
| E ¹ | 3,88 \pm 1,26 | 2-7 | 4 [3-4] | 3,59 \pm 1,06 | 2-6 | 4 [3-4] | 1013,5 | 0,40 |
| F ¹ | 19,88 \pm 5,01 | 11-31 | 19 [17-23] | 18,91 \pm 5,15 | 12-30 | 17 [15-23] | 956,5 | 0,21 |
| A ² | 5,12 \pm 1,51 | 2-7 | 5 [4-6] | 4,55 \pm 1,56 | 2-7 | 4 [3-6] | 879,5 | 0,06 |
| B ² | 5,22 \pm 1,71 | 2-7 | 6 [4-7] | 4,5 \pm 1,53 | 2-7 | 4 [3-6] | 843 | 0,03 |

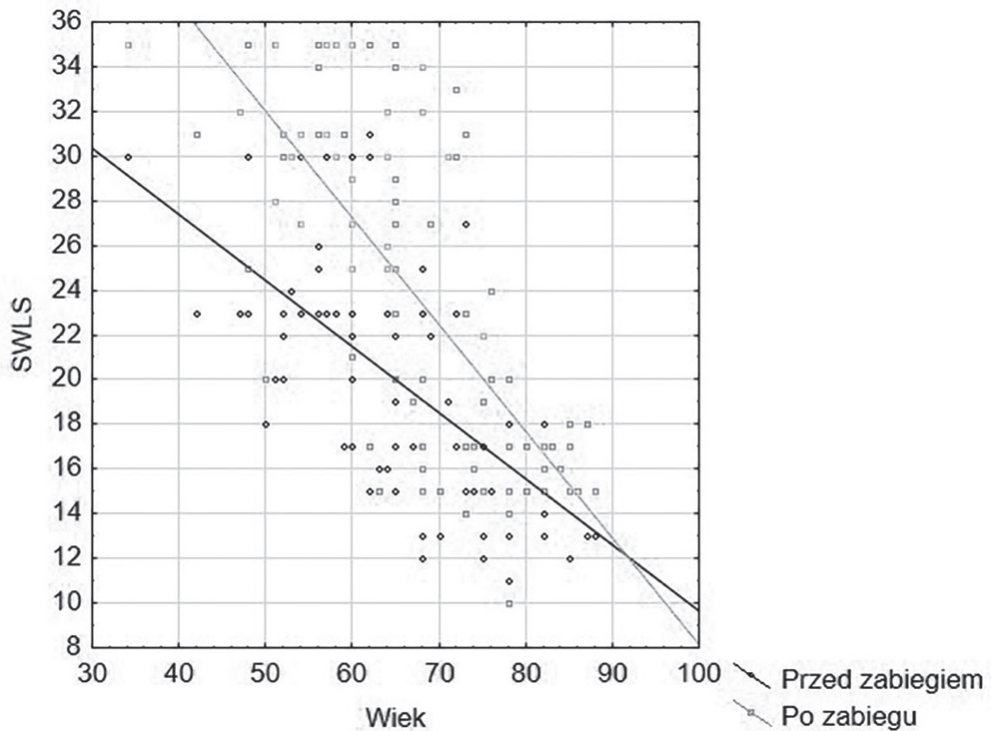
| | | | | | | | | |
|----------------------|----------------|-------|---------------|---------------|-------|---------------|-------|-------|
| C² | 5,14 ±1,6 | 2-7 | 6 [4-6] | 4,5 ±1,53 | 3-7 | 4 [3-6] | 860 | 0,045 |
| D² | 4,86 ±1,52 | 2-7 | 5 [3-6] | 4,27 ±1,55 | 2-7 | 4 [3-6] | 878,5 | 0,06 |
| E² | 5 ±1,48 | 2-7 | 5 [4-6] | 4,39 ±1,53 | 2-7 | 4 [3-6] | 871,5 | 0,06 |
| F² | 25,51 ±7,43 | 10-35 | 27 [19-31] | 22,2 ±7,29 | 14-35 | 18 [16-30] | 846 | 0,04 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż wraz z wiekiem respondentów zmniejszał się poziom satysfakcji zarówno w ocenie przed ($r=-0,69$; $p<0,001$), jak i po zabiegu ($r=-0,72$; $p<0,001$), rycina 4.

Rycina 4. Wiek a SWLS



Respondenci powyżej 65 roku życia cechowali się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu, tabela 17.

Tabela 17. Wiek a kwestionariusz SWLS

| | Wiek | | | | | | U | p |
|----------------|----------------|---------|---------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | <65 lat | | | >65 lat | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 4,87 ±1,04 | 3-7 | 5 [4-6] | 3,46 ±0,85 | 2-6 | 3 [3-4] | 340,5 | <0,001 |
| B ¹ | 4,66 ±0,94 | 3-6 | 4,5 [4-5] | 3,19 ±0,99 | 2-7 | 3 [2-4] | 315,5 | <0,001 |
| C ¹ | 4,79 ±1,02 | 3-7 | 5 [4-5] | 3,65 ±0,94 | 2-6 | 4 [3-4] | 467,5 | <0,001 |
| D ¹ | 4,45 ±1,03 | 3-6 | 4 [4-5] | 3,26 ±0,64 | 2-5 | 3 [3-4] | 376,5 | <0,001 |
| E ¹ | 4,45 ±1,27 | 2-7 | 4 [4-6] | 3,28 ±0,84 | 2-6 | 3 [3-4] | 518 | <0,001 |
| F ¹ | 23,32 ±4,69 | 15-31 | 23 [20-26] | 16,84 ±3,41 | 11-27 | 17 [15-18] | 293 | <0,001 |
| A ² | 6,08 ±0,97 | 4-7 | 6 [6-7] | 4,04 ±1,31 | 2-7 | 4 [3-5] | 279 | <0,001 |
| B ² | 6,13 ±1,17 | 2-7 | 6,5 [6-7] | 4,05 ±1,41 | 2-7 | 4 [3-4] | 331,5 | <0,001 |
| C ² | 5,92 ±1,1 | 3-7 | 6 [5-7] | 4,12 ±1,46 | 2-7 | 4 [3-5] | 398,5 | <0,001 |
| D ² | 5,79 ±1,12 | 3-7 | 6 [5-7] | 3,79 ±1,26 | 2-7 | 3 [3-4] | 303,5 | <0,001 |
| E ² | 5,82 ±1,18 | 2-7 | 6 [5-7] | 3,98 ±1,27 | 2-7 | 4 [3-5] | 348,5 | <0,001 |
| F ² | 29,74 ±5,11 | 15-35 | 31 [27-35] | 20,14 ±6,32 | 10-35 | 17 [15-23] | 303 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż wyższy poziom wykształcenia wiązał się z wyższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu, co przedstawia tabela 19, w porównaniu z wykształceniem podstawowym lub średnim, które nie wykazywały tego typu zależności (przed zabiegiem: 15,39±2,74 vs. 19,4±4,21 vs. 23,67±4,76, p-value < 0,001).

Tabela 18. Wykształcenie a SWLS

| | Wykształcenie | | | | | | | | | H | p |
|----------------|----------------|---------|------------|---------------|---------|-------------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Podstawowe | | | Średnie | | | Wyższe | | | | |
| | M±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 3,14 ±0,71 | 2-5 | 3[3-3,5] | 4,1 ±1,08 | 2-7 | 4[3-5] | 4,81 ±1,04 | 3-7 | 5[4-6] | 31,15 | <0,001 |
| B ¹ | 2,82 ±0,77 | 2-5 | 3[2-3] | 3,85 ±1,08 | 2-7 | 4[3-4] | 4,67 ±1,04 | 2-6 | 4[4-6] | 35,62 | <0,001 |
| C ¹ | 3,39 ±0,92 | 2-5 | 3[3-4] | 4,1 ±0,93 | 2-6 | 4[3-5] | 4,85 ±1,1 | 3-7 | 5[4-6] | 22,08 | <0,001 |
| D ¹ | 3,04 ±0,58 | 2-5 | 3[3-3] | 3,73 ±0,85 | 3-6 | 4[3-4] | 4,48 ±1,05 | 3-6 | 4[4-6] | 32,15 | <0,001 |
| E ¹ | 3 ±0,67 | 2-4 | 3[3-3] | 3,63 ±1,03 | 2-7 | 3,5[3-4] | 4,7 ±1,17 | 2-6 | 4[4-6] | 30,51 | <0,001 |
| F ¹ | 15,39 ±2,74 | 11-24 | 15[13-17] | 19,4 ±4,21 | 13-31 | 17,5[17-23] | 23,67 ±4,76 | 13-31 | 23 [20-30] | 38,29 | <0,001 |
| A ² | 3,43 ±0,69 | 2-5 | 3[3-4] | 4,85 ±1,33 | 2-7 | 5[4-6] | 6,33 ±1,04 | 3-7 | 7[6-7] | 48,15 | <0,001 |
| B ² | 3,39 ±0,96 | 2-7 | 3[3-4] | 4,93 ±1,53 | 2-7 | 5[4-6] | 6,37 ±0,93 | 4-7 | 7[6-7] | 43,89 | <0,001 |
| C ² | 3,29 ±0,9 | 2-6 | 3[3-3] | 4,98 ±1,37 | 2-7 | 5[4-6] | 6,26 ±0,9 | 4-7 | 7[6-7] | 48,88 | <0,001 |
| D ² | 3,25 ±0,8 | 2-6 | 3[3-3] | 4,65 ±1,42 | 2-7 | 5[3-6] | 5,89 ±1,15 | 4-7 | 6[5-7] | 41,31 | <0,001 |
| E ² | 3,32 ±0,82 | 2-6 | 3[3-4] | 4,83 ±1,34 | 2-7 | 5[4-6] | 6 ±1,11 | 3-7 | 6[5-7] | 42,85 | <0,001 |
| F ² | 16,68 ±3,61 | 10-30 | 16[15-17] | 24,45 ±6,5 | 14-35 | 25 [18,5-30,5] | 30,85 ±4,5 | 18-35 | 32 [27-35] | 49,67 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilibym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby mieszkające w miastach cechowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu, gdzie tego typu zależności nie występowały u osób mieszkających na wsi (przed: 16,04 ±2,84 vs. 22,61 ±4,64, p-value <0,001); po: 18,33 ±5,09 vs. 29,29 ±5,18, p-value <0,001), co pokazuje tabela 19.

Tabela 19. Miejsce zamieszkania a SWLS

| | Miejsce zamieszkania | | | | | | U | p |
|----------------|----------------------|---------|-----------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Wieś | | | Miasto | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 3,26 ±0,68 | 2-5 | 3 [3-4] | 4,73 ±1,06 | 3-7 | 5 [4-5] | 306,5 | <0,001 |
| B ¹ | 2,98 ±0,77 | 2-4 | 3 [2-4] | 4,53 ±1,04 | 2-7 | 4 [4-5] | 288 | <0,001 |
| C ¹ | 3,48 ±0,86 | 2-5 | 3,5 [3-4] | 4,69 ±1 | 3-7 | 5 [4-5] | 438,5 | <0,001 |
| D ¹ | 3,13 ±0,54 | 2-5 | 3 [3-3] | 4,31 ±1 | 3-6 | 4 [4-5] | 362 | <0,001 |
| E ¹ | 3,2 ±0,91 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,27 ±1,17 | 2-7 | 4 [4-5] | 506,5 | <0,001 |
| F ¹ | 16,04 ±2,84 | 11-23 | 16,5 [14-17] | 22,61 ±4,64 | 15-31 | 23 [19-25] | 273 | <0,001 |
| A ² | 3,78 ±0,96 | 2-6 | 4 [3-4] | 5,86 ±1,31 | 2-7 | 6 [5-7] | 280,5 | <0,001 |
| B ² | 3,74 ±1,25 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,96 ±1,22 | 3-7 | 6 [5-7] | 294,5 | <0,001 |
| C ² | 3,63 ±1,16 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,98 ±0,99 | 3-7 | 6 [5-7] | 197,5 | <0,001 |
| D ² | 3,57 ±1,05 | 2-6 | 3 [3-4] | 5,55 ±1,32 | 2-7 | 6 [5-7] | 307 | <0,001 |
| E ² | 3,61 ±1,08 | 2-6 | 3 [3-4] | 5,76 ±1,09 | 3-7 | 6 [5-7] | 225 | <0,001 |
| F ² | 18,33 ±5,09 | 10-32 | 17 [15-20] | 29,29 ±5,18 | 16-35 | 30 [27-34] | 198 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilibym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby w związku cechowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu w porównaniu do osób będących w związku (przed: 16,89 ±4,58 vs. 21,12 ±4,7, p-value <0,001; przed: 19,58 ±6,7 vs. 26,91 ±6,57, p-value<0,001), co pokazuje bardziej szczegółowo tabela 20.

Tabela 20. Stan cywilny a SWLS

| | Stan cywilny | | | | | | U | p |
|----------------------|----------------|---------|---------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Samotna | | | W związku | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A¹ | 3,45 ±1,01 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,4 ±1,1 | 2-7 | 4 [4-5] | 549,5 | <0,001 |
| B¹ | 3,13 ±1,14 | 2-6 | 3 [2-4] | 4,21 ±1,05 | 2-7 | 4 [4-5] | 505,5 | <0,001 |
| C¹ | 3,68 ±1,07 | 2-6 | 4 [3-4] | 4,39 ±1,06 | 2-7 | 4 [4-5] | 708 | 0,003 |
| D¹ | 3,32 ±0,9 | 2-6 | 3 [3-3] | 4,02 ±0,97 | 3-6 | 4 [3-4] | 605,5 | <0,001 |
| E¹ | 3,32 ±1,04 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,04 ±1,18 | 2-7 | 4 [3-4] | 687 | 0,002 |
| F¹ | 16,89 ±4,58 | 11-30 | 16 [13-17] | 21,12 ±4,7 | 13-31 | 20 [17-23] | 501 | <0,001 |
| A² | 3,76 ±1,3 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,58 ±1,25 | 3-7 | 6 [4-7] | 358 | <0,001 |
| B² | 3,87 ±1,44 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,56 ±1,45 | 2-7 | 6 [4-7] | 459 | <0,001 |
| C² | 3,95 ±1,51 | 2-7 | 3 [3-5] | 5,44 ±1,36 | 3-7 | 6 [5-6] | 529 | <0,001 |
| D² | 3,79 ±1,36 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,12 ±1,45 | 2-7 | 5 [4-6] | 551,5 | <0,001 |
| E² | 3,97 ±1,37 | 2-7 | 3 [3-5] | 5,21 ±1,44 | 2-7 | 6 [4-6] | 581,5 | <0,001 |
| F² | 19,58 ±6,7 | 10-35 | 17 [15-20] | 26,91 ±6,57 | 15-35 | 29 [22-31] | 477 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na cukrzycę cechowały się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu w porównaniu do osób, które nie chorowały na cukrzycę (przed: 16,56 ±3,86 vs. 21,61 ±4,82, p-value<0,001; po: 18,73 ±5,62 vs. 27,96 ±6,23, p-value<0,001), co ukazuje tabela 21.

Tabela 21. Choroby współistniejące: Cukrzyca a SWLS

| | Choroby współistniejące: Cukrzyca | | | | | | U | p |
|----------------|-----------------------------------|---------|---------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 3,51 ±1,08 | 2-7 | 3 [3-4] | 4,41 ±1,07 | 2-7 | 4 [4-5] | 580 | <0,001 |
| B ¹ | 3,17 ±1,16 | 2-7 | 3 [2-4] | 4,24 ±1,03 | 2-6 | 4 [4-5] | 508 | <0,001 |
| C ¹ | 3,56 ±0,98 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,52 ±1,04 | 2-7 | 5 [4-5] | 572 | <0,001 |
| D ¹ | 3,24 ±0,7 | 2-5 | 3 [3-3] | 4,11 ±1,04 | 3-6 | 4 [3-5] | 565 | <0,001 |
| E ¹ | 3,07 ±0,75 | 2-5 | 3 [3-3] | 4,26 ±1,18 | 2-7 | 4 [4-5] | 450 | <0,001 |
| F ¹ | 16,56 ±3,86 | 11-27 | 16 [14-17] | 21,61 ±4,82 | 13-31 | 22 [17-23] | 431,5 | <0,001 |
| A ² | 3,85 ±1,15 | 2-7 | 4 [3-4] | 5,61 ±1,38 | 2-7 | 6 [5-7] | 392,5 | <0,001 |
| B ² | 3,78 ±1,24 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,72 ±1,45 | 3-7 | 6 [4-7] | 381 | <0,001 |
| C ² | 3,8 ±1,38 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,63 ±1,26 | 3-7 | 6 [5-7] | 400 | <0,001 |
| D ² | 3,63 ±1,13 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,31 ±1,44 | 2-7 | 6 [4-6] | 435,5 | <0,001 |
| E ² | 3,66 ±1,15 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,52 ±1,27 | 3-7 | 6 [5-6] | 352 | <0,001 |
| F ² | 18,73 ±5,62 | 10-34 | 17 [15-20] | 27,96 ±6,23 | 15-35 | 30 [25-33] | 327,5 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilibym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na nadciśnienie cechowały się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu w porównaniu do osób, które nie chorowały na nadciśnienie (przed: 18,2 ±4,46 vs. 22,1 ±5,38, p-value <0,001), co widać w tabeli 22.

Tabela 22. Choroby współistniejące: Nadciśnienie a SWLS

| | Choroby współistniejące: Nadciśnienie | | | | | | U | p |
|----------------------|---------------------------------------|---------|---------------|---------------|---------|-----------------|-------|-------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A¹ | 3,77 ±1,04 | 2-6 | 4 [3-4] | 4,57 ±1,22 | 3-7 | 4,5 [4-5] | 624,5 | 0,004 |
| B¹ | 3,57 ±1,15 | 2-7 | 4 [3-4] | 4,23 ±1,22 | 2-6 | 4 [4-5] | 665,5 | 0,01 |
| C¹ | 3,88 ±1,07 | 2-6 | 4 [3-5] | 4,6 ±1,07 | 3-7 | 5 [4-5] | 638 | 0,005 |
| D¹ | 3,51 ±0,87 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,23 ±1,1 | 3-6 | 4 [3-5] | 606,5 | 0,001 |
| E¹ | 3,48 ±1 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,33 ±1,32 | 2-7 | 4 [3-6] | 598 | 0,002 |
| F¹ | 18,2 ±4,46 | 11-30 | 17 [15-20] | 22,1 ±5,38 | 13-31 | 23 [17-25] | 567 | 0,001 |
| A² | 4,58 ±1,48 | 2-7 | 4 [3-6] | 5,43 ±1,57 | 3-7 | 6 [4-7] | 682 | 0,02 |
| B² | 4,6 ±1,6 | 2-7 | 4 [3-6] | 5,5 ±1,66 | 3-7 | 6 [4-7] | 692 | 0,02 |
| C² | 4,57 ±1,53 | 2-7 | 5 [3-6] | 5,43 ±1,59 | 3-7 | 6 [4-7] | 659,5 | 0,01 |
| D² | 4,23 ±1,42 | 2-7 | 4 [3-6] | 5,37 ±1,56 | 3-7 | 6 [4-7] | 577,5 | 0,001 |
| E² | 4,42 ±1,43 | 2-7 | 4 [3-6] | 5,37 ±1,54 | 3-7 | 6 [4-7] | 624,5 | 0,004 |
| F² | 22,54 ±7,02 | 10-35 | 20 [16-30] | 27,1 ±7,71 | 15-35 | 30,5 [17-34] | 618,5 | 0,004 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na inne jednostki cechowały się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu od osób, które nie chorowały na nie (przed: 17,19 ±3,47 vs. 20,8 ±5,43, p-value>0,001; przed: 20,39 ±6,14 vs. 26,17 ±7,47, p-value>0,001), co pokazuje tabela 23.

Tabela 23. Choroby współistniejące: Inne a SWLS

| | Choroby współistniejące: Inne | | | | | | U | p |
|----------------|-------------------------------|---------|-----------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 3,56 ±0,88 | 2-5 | 3 [3-4] | 4,31 ±1,22 | 2-7 | 4 [3-5] | 695,5 | 0,004 |
| B ¹ | 3,25 ±0,94 | 2-5 | 3 [2,5-4] | 4,1 ±1,24 | 2-7 | 4 [3-5] | 652,5 | 0,001 |
| C ¹ | 3,83 ±1,03 | 2-6 | 4 [3-5] | 4,27 ±1,14 | 2-7 | 4 [3-5] | 853 | 0,10 |
| D ¹ | 3,33 ±0,63 | 2-5 | 3 [3-4] | 3,98 ±1,11 | 2-6 | 4 [3-5] | 696,5 | 0,003 |
| E ¹ | 3,22 ±0,9 | 2-6 | 3 [3-4] | 4,07 ±1,22 | 2-7 | 4 [3-5] | 637,5 | 0,001 |
| F ¹ | 17,19 ±3,47 | 12-25 | 17 [15-19,5] | 20,8 ±5,43 | 11-31 | 20 [17-23] | 641 | 0,001 |
| A ² | 4,19 ±1,14 | 3-6 | 4 [3-5] | 5,25 ±1,64 | 2-7 | 6 [4-7] | 651 | 0,001 |
| B ² | 4,11 ±1,39 | 2-7 | 4 [3-4,5] | 5,36 ±1,65 | 2-7 | 6 [4-7] | 623,5 | 0,001 |
| C ² | 4,11 ±1,43 | 2-7 | 4 [3-5] | 5,29 ±1,53 | 2-7 | 6 [4-7] | 620,5 | 0,001 |
| D ² | 3,94 ±1,31 | 2-7 | 3 [3-5] | 4,98 ±1,57 | 2-7 | 5 [4-6] | 650,5 | 0,001 |
| E ² | 4,03 ±1,34 | 2-7 | 4 [3-5] | 5,14 ±1,49 | 2-7 | 6 [4-6] | 623,5 | 0,001 |
| F ² | 20,39 ±6,14 | 14-34 | 17 [15,5-25] | 26,17 ±7,47 | 10-35 | 29 [19-32] | 591,5 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilibym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na jaskrę cechowały się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu w porównaniu do tych, które nie chorowały na nią (przed: 16,04 ±3,21 vs. 20,85 ±5,05, p-value<0,001; po: 17,46 ±4,21 vs. 26,7 ±6,9, p-value<0,001), co pokazuje tabela 24.

Tabela 24. Inne choroby oczu: Jaskra a SWLS

| | Inne choroby oczu: Jaskra | | | | | | U | p |
|----------------|---------------------------|---------|-----------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A ¹ | 3,36 ±0,91 | 2-5 | 3 [3-4] | 4,3 ±1,14 | 2-7 | 4 [3-5] | 509 | <0,001 |
| B ¹ | 3,11 ±0,96 | 2-5 | 3 [2-4] | 4,06 ±1,19 | 2-7 | 4 [3-5] | 509 | <0,001 |
| C ¹ | 3,5 ±1,04 | 2-5 | 3 [3-4] | 4,36 ±1,05 | 2-7 | 4 [4-5] | 553 | 0,001 |
| D ¹ | 3,04 ±0,51 | 2-4 | 3 [3-3] | 4,03 ±1,01 | 3-6 | 4 [3-5] | 400 | <0,001 |
| E ¹ | 3,04 ±0,64 | 2-4 | 3 [3-3] | 4,04 ±1,22 | 2-7 | 4 [3-5] | 469,5 | <0,001 |
| F ¹ | 16,04 ±3,21 | 11-23 | 15,5 [13-17] | 20,85 ±5,05 | 12-31 | 20 [17-23] | 390,5 | <0,001 |
| A ² | 3,64 ±0,87 | 2-6 | 3,5 [3-4] | 5,36 ±1,49 | 2-7 | 6 [4-7] | 356,5 | <0,001 |
| B ² | 3,57 ±0,92 | 2-6 | 3 [3-4] | 5,43 ±1,6 | 2-7 | 6 [4-7] | 354 | <0,001 |
| C ² | 3,5 ±1,11 | 2-6 | 3 [3-4] | 5,4 ±1,43 | 3-7 | 6 [4-7] | 304 | <0,001 |
| D ² | 3,32 ±0,9 | 2-6 | 3 [3-3] | 5,12 ±1,46 | 2-7 | 5 [4-6] | 302,5 | <0,001 |
| E ² | 3,43 ±1,07 | 2-6 | 3 [3-4] | 5,25 ±1,36 | 3-7 | 6 [4-6] | 292 | <0,001 |
| F ² | 17,46 ±4,21 | 10-30 | 16,5 [15-18] | 26,7 ±6,9 | 14-35 | 29 [20-32] | 268 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby chorujące na AMD cechowały się istotnie niższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu, co pokazuje tabela 25 (wartości po: 16,55 ±3,72 vs. 21,53 ±4,92, p-value <0,001; przed: 18,6 ±5,43 vs. 27,89 ±6,31, p-value<0,001).

Tabela 25. Inne choroby oczu: AMD a SWLS

| | Inne choroby oczu: AMD | | | | | | U | p |
|----------------------|------------------------|---------|-------------------|----------------|---------|---------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A¹ | 3,48 ±1,01 | 2-7 | 3 [3-4] | 4,42 ±1,1 | 2-7 | 4 [4-5] | 563 | <0,001 |
| B¹ | 3,18 ±1,13 | 2-7 | 3 [2-4] | 4,22 ±1,07 | 2-6 | 4 [4-5] | 518 | <0,001 |
| C¹ | 3,55 ±0,96 | 2-6 | 3,5 [3-4] | 4,51 ±1,05 | 2-7 | 5 [4-5] | 567 | <0,001 |
| D¹ | 3,23 ±0,7 | 2-5 | 3 [3-3] | 4,11 ±1,03 | 3-6 | 4 [3-5] | 542,5 | <0,001 |
| E¹ | 3,13 ±0,76 | 2-5 | 3 [3-3,5] | 4,2 ±1,22 | 2-7 | 4 [3-5] | 519,5 | <0,001 |
| F¹ | 16,55 ±3,72 | 11-27 | 16,5 [14,5-17] | 21,53 ±4,92 | 13-31 | 22 [17-23] | 449 | <0,001 |
| A² | 3,83 ±1,11 | 2-7 | 4 [3-4] | 5,6 ±1,4 | 2-7 | 6 [5-7] | 389,5 | <0,001 |
| B² | 3,73 ±1,2 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,73 ±1,43 | 3-7 | 6 [4-7] | 359,5 | <0,001 |
| C² | 3,83 ±1,36 | 2-7 | 3 [3-4,5] | 5,58 ±1,33 | 3-7 | 6 [5-7] | 425 | <0,001 |
| D² | 3,6 ±1,1 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,31 ±1,44 | 2-7 | 6 [4-6] | 418,5 | <0,001 |
| E² | 3,63 ±1,13 | 2-7 | 3 [3-4] | 5,51 ±1,27 | 3-7 | 6 [5-6] | 337,5 | <0,001 |
| F² | 18,6 ±5,43 | 10-34 | 17 [15-20] | 27,89 ±6,31 | 15-35 | 30 [25-33] | 321,5 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano, iż osoby nie posiadające innych chorób oczu cechowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji przed i po zabiegu (przed: 22,51 ±4,85 vs. 16,88 ±3,67, p-value<0,001; po: 30,05 ±4,82 vs. 18,96 ±5,31, p-value<0,001), co pokazują tabela 26.

Tabela 26. Inne choroby oczu: Brak a SWLS

| | Inne choroby oczu: Brak | | | | | | U | p |
|----------------------|-------------------------|---------|---------------|----------------|---------|-----------------|-------|--------|
| | Tak | | | Nie | | | | |
| | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | M ±SD | Min-Max | Me [Q1-Q3] | | |
| A¹ | 4,6 ±1,05 | 3-7 | 4 [4-5] | 3,54 ±1,02 | 2-7 | 3 [3-4] | 516 | <0,001 |
| B¹ | 4,37 ±1,05 | 2-6 | 4 [4-5] | 3,29 ±1,11 | 2-7 | 3 [2,5-4] | 513,5 | <0,001 |
| C¹ | 4,65 ±1,02 | 3-7 | 5 [4-5] | 3,65 ±0,99 | 2-6 | 4 [3-4] | 569,5 | <0,001 |
| D¹ | 4,35 ±1,02 | 3-6 | 4 [4-5] | 3,23 ±0,65 | 2-5 | 3 [3-3] | 409 | <0,001 |
| E¹ | 4,44 ±1,24 | 2-7 | 4 [4-6] | 3,17 ±0,73 | 2-5 | 3 [3-4] | 445 | <0,001 |
| F¹ | 22,51 ±4,85 | 13-31 | 23 [19-24] | 16,88 ±3,67 | 11-27 | 17 [15-17,5] | 379,5 | <0,001 |
| A² | 6,02 ±1,2 | 2-7 | 6 [6-7] | 3,88 ±1,06 | 2-7 | 4 [3-4] | 257,5 | <0,001 |
| B² | 6,16 ±1,23 | 3-7 | 7 [6-7] | 3,83 ±1,15 | 2-7 | 4 [3-4] | 252,5 | <0,001 |
| C² | 6,02 ±1,03 | 3-7 | 6 [6-7] | 3,87 ±1,28 | 2-7 | 3 [3-5] | 270 | <0,001 |
| D² | 5,72 ±1,24 | 2-7 | 6 [5-7] | 3,65 ±1,1 | 2-7 | 3 [3-4] | 275,5 | <0,001 |
| E² | 5,91 ±0,97 | 4-7 | 6 [5-7] | 3,73 ±1,16 | 2-7 | 3 [3-4] | 214 | <0,001 |
| F² | 30,05 ±4,82 | 17-35 | 31 [28-35] | 18,96 ±5,31 | 10-34 | 17 [15-20,5] | 188 | <0,001 |

¹ Przed zabiegiem; ² Po zabiegu.

A. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału; B. Warunki mojego życia są wspaniałe; C. Jestem zadowolony z mojego życia; D. Jak dotąd uzyskiwałem wszystko to, czego potrzebowałem od życia; E. Jeżeli mógłbym przeżyć moje życie ponownie, nie zmienilbym prawie nic; F. SWLS.

W badaniu obserwowano istotny wzrost oceny satysfakcji po zabiegu (N=46; Z=21; T=5,68; p<0,001). Przedstawia to również bardziej szczegółowo tabela 27.

Tabela 27. Ocena satysfakcji pacjentów przed i po zabiegu

| | | Przed zabiegiem | | Po zabiegu | |
|-------------------|---------|-----------------|--------|------------|--------|
| | | % | N | % | N |
| Ocena satysfakcji | Niska | 48 | 50,53% | 33 | 34,74% |
| | Średnia | 33 | 34,74% | 14 | 14,74% |
| | Wysoka | 14 | 14,74% | 48 | 50,53% |

Poziom satysfakcji podzielono na 3 różne grupy: satysfakcja niska, średnia i wysoka. W badaniu sprawdzano wpływ czynników demograficznych na poziom satysfakcji przed zabiegiem, co przedstawia tabela 28.

Wykazano, iż osoby poniżej 65 roku życia, badani z wyższym wykształceniem, osoby mieszkające w miastach, respondenci będący w związku oraz osoby nie posiadające chorób współistniejących lub innych chorób oczu cechowały się statystycznie istotną wyższą oceną satysfakcji przed zabiegiem.

Tabela 28. Ocena satysfakcji przed zabiegiem

| | | Ocena satysfakcji przed zabiegiem | | | χ^2 | p |
|----------------------|------------|-----------------------------------|-------------|-------------|----------|--------|
| | | Niska | Średnia | Wysoka | | |
| Płeć | Kobieta | 22 (43,14%) | 20 (39,22%) | 9 (17,65%) | 2,47 | 0,29 |
| | Mężczyzna | 26 (59,09%) | 13 (29,55%) | 5 (11,36%) | | |
| Wiek | <65 lat | 6 (15,79%) | 20 (52,63%) | 12 (31,58%) | 35,97 | <0,001 |
| | >65 lat | 42 (73,68%) | 13 (22,81%) | 2 (3,51%) | | |
| Wykształcenie | Podstawowe | 25 (89,29%) | 2 (7,14%) | 1 (3,57%) | 42,25 | <0,001 |
| | Średnie | 20 (50%) | 17 (42,5%) | 3 (7,5%) | | |
| | Wyższe | 3 (11,11%) | 14 (51,85%) | 10 (37,04%) | | |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 37 (80,43%) | 9 (19,57%) | 0 (0%) | 41,26 | <0,001 |
| | Miasto | 11 (22,45%) | 24 (48,98%) | 14 (28,57%) | | |
| Stan cywilny | Samotna | 29 (76,32%) | 6 (15,79%) | 3 (7,89%) | 17,59 | <0,001 |
| | W związku | 19 (33,33%) | 27 (47,37%) | 11 (19,3%) | | |
| Cukrzyca | Nie | 16 (29,63%) | 27 (50%) | 11 (20,37%) | 22,97 | <0,001 |
| | Tak | 32 (78,05%) | 6 (14,63%) | 3 (7,32%) | | |
| Nadciśnienie | Nie | 9 (30%) | 13 (43,33%) | 8 (26,67%) | 8,79 | 0,01 |
| | Tak | 39 (60%) | 20 (30,77%) | 6 (9,23%) | | |
| Inne | Nie | 24 (40,68%) | 22 (37,29%) | 13 (22,03%) | 10,32 | 0,01 |
| | Tak | 24 (66,67%) | 11 (30,56%) | 1 (2,78%) | | |
| Jaskra | Nie | 26 (38,81%) | 27 (40,3%) | 14 (20,9%) | 17,7 | <0,001 |
| | Tak | 22 (78,57%) | 6 (21,43%) | 0 (0%) | | |

| | | | | | | |
|-------------|-----|-------------|-------------|-------------|-------|--------|
| AMD | Nie | 16 (29,09%) | 28 (50,91%) | 11 (20%) | 25,59 | <0,001 |
| | Tak | 32 (80%) | 5 (12,5%) | 3 (7,5%) | | |
| Brak | Nie | 39 (75%) | 10 (19,23%) | 3 (5,77%) | 29,48 | <0,001 |
| | Tak | 9 (20,93%) | 23 (53,49%) | 11 (25,58%) | | |

Zbadano także satysfakcję po zabiegu i wpływ czynników demograficznych na nią. W badaniu obserwowano, iż kobiety, osoby poniżej 65 roku życia, badani z wyższym wykształceniem, osoby mieszkające w miastach, respondenci będący w związku oraz osoby nie posiadające chorób współistniejących lub innych chorób oczu cechowały się wyższą oceną satysfakcji po zabiegu, co pokazuje tabela 29.

Tabela 29. Ocena satysfakcji po zabiegu

| | | Ocena satysfakcji po zabiegu | | | χ^2 | p |
|-----------------------------|------------|------------------------------|-------------|-------------|----------|--------|
| | | Niska | Średnia | Wysoka | | |
| Płeć | Kobieta | 12 (23,53%) | 8 (15,69%) | 31 (60,78%) | 6,4 | 0,04 |
| | Mężczyzna | 21 (47,73%) | 6 (13,64%) | 17 (38,64%) | | |
| Wiek | <65 lat | 2 (5,26%) | 2 (5,26%) | 34 (89,47%) | 43,35 | <0,001 |
| | >65 lat | 31 (54,39%) | 12 (21,05%) | 14 (24,56%) | | |
| Wykształcenie | Podstawowe | 24 (85,71%) | 3 (10,71%) | 1 (3,57%) | 67,21 | <0,001 |
| | Średnie | 9 (22,5%) | 9 (22,5%) | 22 (55%) | | |
| | Wyższe | 0 (0%) | 2 (7,41%) | 25 (92,59%) | | |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 31 (67,39%) | 9 (19,57%) | 6 (13,04%) | 62,09 | <0,001 |
| | Miasto | 2 (4,08%) | 5 (10,2%) | 42 (85,71%) | | |
| Stan cywilny | Samotna | 22 (57,89%) | 7 (18,42%) | 9 (23,68%) | 20,13 | <0,001 |
| | W związku | 11 (19,3%) | 7 (12,28%) | 39 (68,42%) | | |
| Cukrzyca | Nie | 7 (12,96%) | 5 (9,26%) | 42 (77,78%) | 41,39 | <0,001 |
| | Tak | 26 (63,41%) | 9 (21,95%) | 6 (14,63%) | | |
| Nadciśnienie | Nie | 8 (26,67%) | 2 (6,67%) | 20 (66,67%) | 5,25 | 0,07 |
| | Tak | 25 (38,46%) | 12 (18,46%) | 28 (43,08%) | | |
| Inne | Nie | 13 (22,03%) | 9 (15,25%) | 37 (62,71%) | 11,9 | 0,003 |
| | Tak | 20 (55,56%) | 5 (13,89%) | 11 (30,56%) | | |
| Jaskra | Nie | 12 (17,91%) | 11 (16,42%) | 44 (65,67%) | 29,86 | <0,001 |
| | Tak | 21 (75%) | 3 (10,71%) | 4 (14,29%) | | |
| AMD | Nie | 8 (14,55%) | 4 (7,27%) | 43 (78,18%) | 43,94 | <0,001 |
| | Tak | 25 (62,5%) | 10 (25%) | 5 (12,5%) | | |
| Brak | Nie | 31 (59,62%) | 12 (23,08%) | 9 (17,31%) | 57,94 | <0,001 |
| | Tak | 2 (4,65%) | 2 (4,65%) | 39 (90,7%) | | |

W celu zbadania wpływu wzrostu stopnia widzenia na satysfakcję po zabiegu, przeprowadzono analizę korelacji. W tym badaniu obserwowano, iż wraz ze wzrostem stopnia widzenia po zabiegu wzrastała ocena satysfakcji po zabiegu ($r=0,81$; $p<0,001$).

Podobną zależność obserwowano między stopniem widzenia i satysfakcją przed zabiegiem ($r=0,29$; $p=0,004$). Wyższy stopień widzenia przed zabiegiem wiązał się z większą satysfakcją po zabiegu ($r=0,35$; $p<0,004$), co przedstawia tabela 30.

Tabela 30. Ocena stopnia widzenia

| Para zmiennych | Korelacja porządku rang Spearmana | | |
|---|-----------------------------------|-----------|---------|
| | R Spearmana | t (N-2) | p |
| Stopień widzenia przed zabiegiem & SWLS [A] | 0,29 | 2,939711 | 0,004 |
| Stopień widzenia przed zabiegiem & SWLS [B] | 0,354470 | 3,655765 | 0,000 |
| Stopień widzenia po zabiegu & SWLS [A] | 0,700875 | 9,475880 | < 0,001 |
| Stopień widzenia po zabiegu & SWLS [B] | 0,814039 | 13,516140 | < 0,001 |

WERYFIKACJA HIPOTEZ

Hipoteza 1.

W oparciu o przedstawione dane, hipoteza „*Ostrość wzroku u pacjentów po wykonaniu zabiegu operacyjnego implantacji soczewki istotnie poprawiła się w stosunku do ostrości wzroku przed zabiegiem operacyjnym zaćmy*” może być uznana za potwierdzoną, gdyż ostrość wzroku u pacjentów po wykonaniu zabiegu operacyjnego implantacji soczewki poprawiła się w stosunku do ostrości wzroku przed zabiegiem operacyjnym zaćmy. Przed zabiegiem stopień widzenia mieścił się w przedziale od 0,01 do 0,4, a przeciętny wynik wynosił 0,1. Po zabiegu stopień widzenia był w zakresie od 0,1 do 0,9, a przeciętny wynik wynosił 0,5. Istotny wzrost wyniku po zabiegu został potwierdzony przez analizę statystyczną. Zatem, na podstawie tych danych można stwierdzić, że istotnie poprawiła się ostrość wzroku u pacjentów po wykonaniu zabiegu operacyjnego implantacji soczewki w porównaniu do stanu przedoperacyjnego.

Hipoteza 2.

Na podstawie przedstawionych danych, hipoteza „*Pacjenci z cukrzycą istotnie niżej ocenili stopień widzenia po zabiegu operacyjnym niż chorzy z innymi współistniejącymi chorobami somatycznymi*” może być potwierdzona. Przed zabiegiem osoby z cukrzycą

miały istotnie niższy stopień widzenia w porównaniu do osób nie chorujących na cukrzycę. Natomiast po zabiegu osoby z cukrzycą również cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia w porównaniu do nie chorujących na cukrzycę. Osoby chorujące na inne choroby także miały istotnie niższy stopień widzenia po zabiegu w porównaniu do grupy, która nie chorowała na inne choroby współistniejące, jednakże wyższy niż osoby chorujące na cukrzycę. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że pacjenci z cukrzycą ocenili stopień widzenia po zabiegu operacyjnym istotnie niżej niż osoby bez cukrzycy oraz osoby z innymi chorobami somatycznymi.

Hipoteza 3.

Na podstawie przeprowadzonych analiz, hipoteza „*Pacjenci z innymi schorzeniami narządu wzroku istotnie niżej ocenili stopień widzenia po implantacji soczewki niż pacjenci, u których te choroby nie występowały*” może być potwierdzona. Wykazano, że osoby chorujące na jaskrę miały istotnie niższy stopień widzenia po zabiegu w porównaniu do tych, które nie chorowały na jaskrę. Ponadto osoby chorujące na AMD cechowały się istotnie niższym stopniem widzenia zarówno przed, jak i po zabiegu w porównaniu do osób nie chorujących na AMD. Również osoby nie posiadające innych chorób oczu miały istotnie wyższy stopień widzenia zarówno przed, jak i po zabiegu w porównaniu do tych, które chorowały na inne choroby oczu. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że pacjenci z innymi schorzeniami narządu wzroku ocenili stopień widzenia po implantacji soczewki istotnie niżej niż pacjenci, u których te choroby nie występowały.

Hipoteza 4.

Na podstawie przeprowadzonych analiz, hipoteza „*Osoby młodsze oraz kobiety dużo wyżej oceniają zadowolenie z życia po zabiegu operacyjnym niż osoby starsze, czy mężczyźni. Natomiast nie wykazano związku między miejscem zamieszkania a zadowoleniem z życia związanym z usunięciem zaćmy*”. Hipoteza może być częściowo potwierdzona. Pierwsza część hipotezy potwierdziła się, natomiast druga część została odrzucona. Wykazano bowiem, że wraz z wiekiem respondentów obserwowano zmniejszenie poziomu satysfakcji zarówno przed, jak i po zabiegu. Respondenci powyżej 65 roku życia mieli istotnie niższy poziom satysfakcji zarówno przed, jak i po zabiegu w porównaniu do osób poniżej 65 roku życia. Zgodnie z hipotezą, kobiety cechowały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji po zabiegu aniżeli mężczyźni. Jednakże badanie wykazało, że osoby mieszkające w miastach miały istotnie wyższy poziom satysfakcji zarówno przed i po zabiegu w porównaniu do osób mieszkających na wsi. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że młodsze osoby oraz kobiety wykazały wyższy poziom zadowolenia z życia po zabiegu operacyjnym niż osoby starsze i mężczyźni. Jednakże istnieje związek między miejscem zamieszkania a zadowoleniem z życia po zabiegu. Z badań statystycz-

nych wynika bowiem, że osoby mieszkające w miastach wykazują wyższy poziom satysfakcji w porównaniu do osób mieszkających na wsi, co jest niezgodne z założeniami.

Hipoteza 5.

Na podstawie dostępnych danych, hipoteza „*Pacjenci, których stopień widzenia istotnie poprawił się po zabiegu operacyjnym usunięcia zaćmy istotnie wyżej ocenili zadowolenie z życia*” może być potwierdzona. Obserwowano silną pozytywną korelację między wzrostem stopnia widzenia po zabiegu a oceną satysfakcji z życia po zabiegu. Oznacza to, że im bardziej poprawił się stopień widzenia, tym wyższa była ocena satysfakcji z życia po zabiegu. Ponadto istnieje również pozytywna korelacja między stopniem widzenia a satysfakcją przed zabiegiem. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że istnieje związek między poprawą stopnia widzenia po zabiegu operacyjnym a wyższym poziomem zadowolenia z życia po operacji.

DYSKUSJA

Zaćma to jedna z głównych przyczyn utraty widzenia na świecie, a jedynym skutecznym sposobem przywrócenia widzenia jest chirurgiczne usunięcie zmętniałej soczewki własnej i zastąpienie jej soczewką sztuczną^{82,83}. Dlatego celem niniejszej pracy była ocena wpływu zabiegu implantacji soczewki na poprawę stopnia widzenia i ocenę zadowolenia z życia pacjentów chorych na zaćmę.

Aby zrealizować ten cel autorki pracy przeprowadziła ankietę zawierającą część socjodemograficzną z badaniem stopnia widzenia oraz przeanalizowała kwestionariusz SWLS, by poznać satysfakcję z życia pacjentów biorących udział w badaniu.

Do badania włączono grupę 95 osób. W badanej populacji, ze względu na płęć większą grupę stanowiły kobiety – 51 osób, czyli 53,68%. Liczba ankietowanych mężczyzn to 44 osoby, czyli 46,32% co przedstawiono w tabeli 5.

Analizując wiek respondentów zaobserwowano, iż osoby powyżej 65 r.ż. stanowiły większość badanej grupy – 57 osób, czyli 60%. W tym przedziale wiekowym badanie wyłoniło 31 kobiet (60,78%) oraz 26 mężczyzn (59,09%). Natomiast wśród badanych, u których wiek nie przekroczył 65 r.ż., stanowiących mniejszość ankietowanych – znajdowało się 38 osób (40%), w tym 20 kobiet (39,22%) oraz 18 mężczyzn (40,91%).

Wśród respondentów przeważało wykształcenie średnie, tj. u 40 osób (42,11%), w tym 22 kobiet (43,14%) oraz 18 mężczyzn (40,91%). Wykształcenie wyższe deklaroowało 19 kobiet (37,25%) oraz 8 mężczyzn (18,18%), czyli 27 respondentów. Z wykształceniem podstawowym było 28 osób (29,47%) to 10 kobiet (9,61%) oraz 18 mężczyzn (40,91%).

⁸² *Wady wzroku – powszechny problem...*

⁸³ J. Wierzbowska, B. Czarnota-Nowakowska, *Laserowa korekcja...*

Wśród badanych osób nie ma przeważającego miejsca zamieszkania. Rozłożyło się ono mniej więcej równomiernie, tj. 49 respondentów (51,58%) jako miejsce zamieszkania wskazało miasto. Stanowiło ono miejsce zamieszkania dla 30 kobiet (58,82%) oraz 19 mężczyzn (43,18%). Zamieszkanie na wsi potwierdziło o 3% mniej ankietowanych – 46 osób (48,42%). Wyłoniono 21 kobiet (41,18%) i 25 mężczyzn (56,82%).

Większość badanych, czyli 57 osób (60%) to osoby będące w związku. Mężczyźni stanowili tu 54,55%, czyli 24 osoby, a kobiety – 64,71%, czyli 33 osoby. Drugą grupę stanowiło 38 osób (40%), które mieszkały samotnie, tj. 18 kobiet (35,29%) oraz 20 mężczyzn (45,45%).

Zdecydowana większość 86,32% respondentów potwierdziła występowanie chorób współistniejących. I tak, najczęściej wśród ankietowanych wskazywano nadciśnienie tętnicze 68,42%, cukrzycę 43,16%, astmę oskrzelową 14,74%, miażdżycę 3,16%. Natomiast wśród chorób oczu, najczęściej występowała AMD (n= 40; 42,11%) oraz jaskra (n=28; 29,47%).

Wyniki badań własnych potwierdzają hipotezę zakładającą, że ostrość wzroku u pacjentów istotnie poprawiła się po wykonaniu zabiegu operacyjnego implantacji soczewki w porównaniu do stanu sprzed operacji. Analiza statystyczna wykazała istotny wzrost wyniku po zabiegu, co świadczy o skuteczności tej procedury chirurgicznej w poprawie zdolności widzenia pacjentów. Przed zabiegiem operacyjnym stopień widzenia pacjentów oscylował w przedziale od 0,04 do 0,4, a przeciętny wynik wyniósł 0,1 (0,13 ±0,09).

Po zabiegu stopień widzenia znacząco wzrósł i mieścił się w zakresie od 0,1 do 0,9, a przeciętny wynik wyniósł 0,5 (0,51 ±0,26). Istotność kliniczna tego wyniku jest niepodważalna, gdyż nawet niewielki wzrost ostrości wzroku może znacząco wpłynąć na codzienne funkcjonowanie pacjentów, zwiększając ich niezależność i poprawiając jakość życia. Wzrost ostrości wzroku może przekładać się na lepsze rozpoznawanie detali, możliwość czytania, prowadzenia pojazdów, które są istotnymi aktywnościami wpływającymi na samodzielność pacjentów^{84,85,86}.

Podsumowując tę część badań, potwierdzają one, że zabieg operacyjny implantacji soczewki istotnie poprawił ostrość wzroku u pacjentów z zaćmą. To ważne odkrycie ma istotne znaczenie kliniczne, wskazując na skuteczność procedury chirurgicznej w przywracaniu funkcji wzrokowych pacjentom i poprawie jakości ich życia⁸⁷. Ponadto wyniki tożsame są z wynikami Kubik i wsp.⁸⁸, które wykazały, że funkcja wzroku

⁸⁴ F. Fors Connolly, I. Johansson Sevä, *Agreeableness, extroversion...*

⁸⁵ S. Gallagher, R. Daynes-Kearney, A. Bowman-Grangel, N. Dunne, J. McMahon, *Zadowolenie z życia, uczestnictwo w życiu społecznym i objawy depresji u młodych dorosłych opiekunów: dane z 21 krajów europejskich*, „International Journal of Adolescence and Youth”, 2022; 27(1), 60-71.

⁸⁶ N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association...*

⁸⁷ X. Han, M. Zou, Z. Liu, Y. Sun, C.A. Young et al. *Temporal trends...*

⁸⁸ B. Kubik, A. Tabiś, U. Romanowska, K. Moździerz, *Ocena wybranych aspektów jakości życia u pacjentów w przedziale wiekowym 55-75 lat przed i po zabiegu usunięcia zaćmy*, „Surgical &

uległa znacznej poprawie po operacji zaćmy. Większość respondentów deklarowała, że z powodu zaćmy znacznie obniżyła się ich jakość życia, natomiast uległa ona dużej poprawie po zabiegu. Wpłynęło to pozytywnie na ich powrót do codziennej aktywności. Pacjenci odczuwali przyływ energii życiowej, podejmowali się dodatkowych zajęć, których wcześniej nie mogli wykonywać. Analiza wyników badań własnych zgodna jest też z wynikami Michalskiego⁸⁹, gdzie pogorszenie widzenia z powodu zaćmy spowodowało znaczne ograniczenie aktywności fizycznej oraz ograniczyło aktywność w codziennym funkcjonowaniu. Wykazano, iż największa poprawa jakości życia występowała po operacji pierwszego oka i dalsza po operacji drugiego. Największy wzrost satysfakcji życiowej stwierdzono u pacjentów z niższą przedoperacyjną ostrością wzroku. Pozwala to stwierdzić, że operacja zaćmy znacznie poprawiła jakość życia pacjentów i eliminuje ryzyko urazów spowodowanych złym widzeniem.

Wiek jest znaczącym determinantem zachorowań na zaćmę, co potwierdzają uzyskane wyniki badań niniejszej pracy, jak i badania Kalinowskiego i Bojakowskiej⁹⁰. Autorzy wykazali, że występowanie zaćmy ma znaczący wpływ na obniżenie jakości życia oraz stopień samodzielności i funkcjonowania w codziennym życiu. Z ich badań wynika, że przed zabiegiem operacyjnym pacjenci określali jakość swojego życia głównie jako przeciętną i złą, natomiast po zabiegu obserwowano znaczną poprawę, a jakość życia określana była jako bardzo dobra i dobra. Wyniki badań własnych zbliżone są do wyników otrzymanych przez tych autorów.

W świetle uzyskanych i przedstawionych wyników własnych potwierdzono hipotezę zakładającą, że pacjenci z cukrzycą istotnie niżej ocenili stopień widzenia zarówno przed, jak i po zabiegu operacyjnym zaćmy niż chorzy z innymi współistniejącymi chorobami somatycznymi. Jest to ważnym aspektem w kontekście planowania i monitorowania leczenia pacjentów z cukrzycą wymagających operacyjnej interwencji w zakresie zaćmy. Analiza statystyczna wykazała istotne różnice zarówno przed, jak i po zabiegu, co ma znaczenie dla zrozumienia wpływu cukrzycy na efekty operacyjnego leczenia zaćmy. Przed zabiegiem osoby z cukrzycą miały istotnie niższy stopień widzenia w porównaniu do osób nie chorujących na cukrzycę ($0,11 \pm 0,08$ vs $0,15 \pm 0,09$, p-value = 0,025). Po zabiegu natomiast różnica ta utrzymała się ($0,31 \pm 0,17$ vs $0,66 \pm 0,21$, p-value <0,001). Wyniki te sugerują, że cukrzyca może wpływać negatywnie na poprawę ostrości wzroku, pomimo wykonanej operacji zaćmy. Warto jednak zauważyć z analizy badań własnych, że pacjenci z innymi chorobami somatycznymi również wykazywali istotnie niższy stopień widzenia po zabiegu w porównaniu do grupy, w której choroby współistniejące nie występowały ($0,39 \pm 0,19$ vs

Vascular Nursing/ Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, 2015(3).

⁸⁹ A. Michalski, *Ocena wybranych...*

⁹⁰ P. Kalinowski, U. Bojakowska, *Ocena satysfakcji z wyników leczenia wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy z wszczepem soczewkiwewnętrznej w prywatnej klinice okulistycznej*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2013; (2), 173-178.

0,58 ±0,27, p-value <0,001). Niemniej jednak, stopień widzenia u pacjentów z cukrzycą był istotnie niższy niż u osób z innymi chorobami somatycznymi, co podkreśla specyficzny wpływ cukrzycy na wyniki operacji zaćmy. Niższy stopień widzenia u pacjentów z cukrzycą po operacji zaćmy może być wynikiem mikroangiopatii i makroangiopatii, charakterystycznych dla cukrzycy^{91,92,93}. Dodatkowo istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia obrzęku siatkówki oraz retinopatii cukrzycowej, co może utrudniać proces gojenia się i rekonwalescencję po operacji. Występowanie cukrzycy powoduje też zwiększone ryzyko powikłań pooperacyjnych, takich jak infekcje czy opóźnione gojenie się, co może dodatkowo negatywnie wpływać na proces rekonwalescencji i ostateczne wyniki widzenia. Na wyniki mogły wpłynąć również inne czynniki, takie jak zaawansowanie cukrzycy⁹⁴. Uzyskane wyniki badań własnych porównywalne są z badaniami Chew Ey i wsp.⁹⁵, które też wykazały, że operacja zaćmy we wczesnym etapie zaawansowania cukrzycy wiązała się z lepszą poprawą widzenia. Natomiast badanie Dowler i wsp.⁹⁶ wykazało, że poprawa widzenia prawdopodobnie będzie mniejsza u pacjentów, u których operację zaćmy odroczone. Natomiast jeżeli operacja zaćmy zostanie podjęta zanim zmętnienie soczewki zakłóci właściwą ocenę plamki żółtej, wyniki widzenia mogą się znacznie poprawić.

Wyniki badań własnych potwierdzają hipotezę zakładającą, że pacjenci z innymi schorzeniami narządu wzroku istotnie niżej ocenili stopień widzenia po implantacji soczewki w porównaniu do pacjentów, u których te choroby nie występowały. Wykazano istotne różnice w ocenie stopnia widzenia między pacjentami ze schorzeniami oczu. Osoby chorujące na jaskrę cechował istotnie niższy stopień widzenia po zabiegu w porównaniu do tych, które nie chorowały na jaskrę. Podobnie, pacjenci ze zwyrodnieniem plamki żółtej (AMD) mieli istotnie niższy stopień widzenia zarówno przed, jak i po zabiegu w porównaniu do osób bez tego schorzenia. Wyniki te sugerują, że obecność dodatkowych schorzeń narządu wzroku może wpływać negatywnie na ostateczne wyniki widzenia po implantacji soczewki^{97,98}. Pacjenci z jaskrą, AMD i innymi chorobami wzroku mogą wykazywać

⁹¹ J.G. Dowler, K.S. Sehmi, P.G. Hykin, A.P. Hamilton, *Historia naturalna obrzęku plamki żółtej po operacji zaćmy w cukrzycy*, „Okulistyka”, 1999; 106(4).

⁹² S. Nisha, *An overview...*

⁹³ O. Partyka, M.J. Wysocki, *Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce*, „Przegląd epidemiologiczny”, 2015; (69) 905-908.

⁹⁴ A. Grzybowski, P. Kanclerz, V. Huerva, F.J. Ascaso, R. Tuuminen, *Cukrzyca i fakoemulsyfikacja...*

⁹⁵ E.Y. Chew, W.E. Benson, N.A. Remaley, A.A. Lindley, T.C. Burton, K. Csaky & Early Treatment Cukrzycowa Grupa Badawcza ds. Retinopatii Cukrzycowej, *Wyniki po ekstrakcji soczewki u pacjentów z retinopatią cukrzycową: wczesne leczenie retinopatii cukrzycowej raport z badania nr 25*, „Archiwum okulistyki”, 1999; 117(12), 1600-1606.

⁹⁶ J.G. Dowler, K.S. Sehmi, P.G. Hykin, A.P. Hamilton, *Historia naturalna...*

⁹⁷ E. Stifter, S. Sacu, T. Benesch, H. Weghaupt, *Impairment of visual acuity and reading performance and association with cataract type and density*, „Forensic Ophthalmology and Visual Sciences”, 2005; 46(6), 2071-2075.

⁹⁸ J. Thompson, N. Lakhani, *Zaćma*, Podstawowa opieka zdrowotna kliniki w praktyce, 2015; 42(3), 409-423.

niższą poprawę widzenia po operacji zaćmy z uwagi na specyficzne patofizjologiczne zmiany w strukturze oka, związane z tymi schorzeniami. Uszkodzenie nerwów wzrokowych w jaskrze może prowadzić do trwałych zmian w polu widzenia, które nie są całkowicie odwracalne przez operację zaćmy^{99,100}. W przypadku AMD, zwyrodnienie plamki żółtej może wpływać na centralne widzenie, a chirurgia zaćmy może nie skorygować deficytów tych obszarów. Dodatkowo, inne choroby oczu mogą wpływać na mikrokrążenie, proces gojenia się oraz ogólną stabilność struktury oka, co może wpływać na efektywność operacji zaćmy i ostateczne wyniki widzenia^{101,102}. Indywidualne czynniki, takie jak stopień zaawansowania chorób oczu oraz ogólny stan zdrowia pacjenta także mogą wpływać na poprawę wzroku po operacji zaćmy¹⁰³. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez Kurowską i Celmer-Ozdowską¹⁰⁴, dowiedziono, że kompleksowa ocena każdego przypadku jest kluczową dla zapewnienia optymalnych wyników leczenia chirurgicznego u pacjentów z dodatkowymi schorzeniami oczu¹⁰⁵. Podsumowując, wyniki uzyskane przez autorki pracy są zgodne z założoną w niniejszej pracy hipotezą i podkreślają potrzebę indywidualnego podejścia do oceny i leczenia pacjentów z dodatkowymi schorzeniami narządu wzroku, aby zapewnić optymalne wyniki widzenia po implantacji soczewki. Badania w tym temacie skupiają się głównie na wpływie operacji zaćmy na jaskrę, natomiast badanie przeprowadzone przez Turalba i wsp.¹⁰⁶ wykazało, że operacja zaćmy istotnie poprawiła ostrość wzroku i funkcje wzrokowe u obu grup pacjentów zarówno z jaskrą, jak i bez, ale lepsze rezultaty osiągnięto u tych, którzy na jaskrę nie chorowali. Sugeruje to, że operacja zaćmy może przynieść bardziej korzystne rezultaty w poprawie wzroku u pacjentów, którzy nie leczą się na jaskrę. Jeśli chodzi o AMD, analiza dokonana przez Forooghian i wsp.¹⁰⁷ wykazała, że po operacji zaćmy osoby bez zwyrodnienia plamki żółtej zyskały większą poprawę ostrości wzroku. Badania potwierdziły, że osoby z łagodną postacią AMD uzyskały znaczną poprawę, osoby z umiarkowaną postacią AMD niewielką

⁹⁹ S. Hu, X. Wang, H. Wu, X. Luan, P. Qi, Y. Lin, W. On, *A unified diagnostic...*

¹⁰⁰ A. Turalba, A. Payal, L.A. Gonzalez-Gonzalez, T. Cakiner-Egilmez, A.E. Chomsky, M.K. Daly, *Wyniki operacji zaćmy w oczach jaskrowych: wyniki projektu danych dotyczących wyników chirurgii okulistycznej dla weteranów*, „Amerykański dziennik okulistyki”, 2015; 160(4), 693-701.

¹⁰¹ J.G. Dowler, K.S. Sehmi, P.G. Hykin, A.P. Hamilton, *Historia naturalna...*

¹⁰² A. Grzybowski, P. Kanclerz, V. Huerva, F.J. Ascaso, R. Tuuminen, *Cukrzyca i fakoemulsyfikacja...*

¹⁰³ E. Stifter, S. Sacu, T. Benesch, H. Weghaupt, *Impairment of visual...*

¹⁰⁴ K. Kurowska, I. Celmer-Ozdowska, *Depresyjność a jakość...*

¹⁰⁵ J.F. Sørensen, *Rural-urban...*

¹⁰⁶ A. Turalba, A. Payal, L.A. Gonzalez-Gonzalez, T. Cakiner-Egilmez, A.E. Chomsky, M.K. Daly, *Wyniki operacji...*

¹⁰⁷ F. Forooghian, E. Agrón, T.E. Clemons, F.L. Ferris, E.Y. Chew, Grupa Badawcza ARDS, *Wyniki ostrości wzroku po operacji zaćmy u pacjentów ze zwyrodnieniem plamki żółtej związanym z wiekiem: raport z badania chorób oczu związanych z wiekiem nr 27*, „Okulistyka”, 2009; 116(11).

poprawę, natomiast osoby z zaawansowaną AMD jeszcze mniejszą lub żadną^{108,109,110}. To sugeruje, że operacja zaćmy może przynosić znaczące korzyści w poprawie ostrości wzroku, zwłaszcza u osób bez zwyrodnienia plamki żółtej.

Wyniki badań własnych sugerują, że istnieją istotne różnice w ocenie zadowolenia z życia po zabiegu operacyjnym w zależności od wieku, płci oraz miejsca zamieszkania pacjentów. O zależności tej pisały też Płachecka i Malukiewicz¹¹¹. Autorki wykazały, że występowanie zaćmy ma istotny wpływ na obniżenie jakości życia. W odniesieniu do wieku, przeprowadzone przez te autorki badanie potwierdziło, że osoby młodsze wykazują wyższy poziom satysfakcji z życia po operacji zaćmy w porównaniu do osób starszych. Podobne korelacje przedstawiają wyniki analiz danych, uzyskanych przez autorki niniejszej dysertacji. Osoby powyżej 65 roku życia miały istotnie niższy poziom satysfakcji zarówno przed, jak i po operacji w porównaniu do osób młodszych. Różnice w poziomie satysfakcji z życia po operacji zaćmy między osobami młodszymi a starszymi mogą wynikać z szeregu czynników. Po pierwsze, osoby młodsze mogą charakteryzować się większą elastycznością psychiczną i gotowością do akceptacji zmian, co wpływa pozytywnie na ich doświadczenie po operacji. Po drugie, starsi pacjenci często doświadczają większych trudności z adaptacją do zmian w funkcji wzroku, co może wpływać negatywnie na ich poziom satysfakcji. Dodatkowo, różnice w oczekiwaniach co do rezultatów operacji oraz zdolność radzenia sobie z potencjalnymi komplikacjami mogą również wpływać na subiektywną ocenę satysfakcji z życia po zabiegu^{112,113,114}.

W przypadku płci, badania własne potwierdziły hipotezę, w której założono, że kobiety cechują się wyższym poziomem satysfakcji po operacji zaćmy niż mężczyźni. Hipoteza ta potwierdzona została również w publikacji Partyka-Mizerackiej i wsp.¹¹⁵. Wykazano też, że po operacji zaćmy kobiety oceniały jakość życia wyżej niż mężczyźni. Różnice w poziomie satysfakcji po operacji zaćmy między kobietami a mężczyznami mogą wynikać z kilku potencjalnych czynników. Po pierwsze, kobiety często wykazują większą skłonność do wyrażania swoich emocji i doświadczeń, co może wpływać na subiektywną ocenę zadowolenia z życia po zabiegu. Po drugie, aspekty psychospołeczne, takie jak wsparcie społeczne i relacje interpersonalne mogą różnić się między płciami, co

¹⁰⁸ J.G. Dowler, K.S. Sehmi, P.G. Hykin, A.P. Hamilton, *Historia naturalna...*

¹⁰⁹ F. Forooghian, E. Agrón, T.E. Clemons, F.L. Ferris, E.Y. Chew, Grupa Badawcza ARDS, *Wyniki ostrości...*

¹¹⁰ M. Stefek, *Naturalne flawonoidy...*

¹¹¹ E. Płachecka, G. Malukiewicz, *Ocena jakości...*

¹¹² N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association...*

¹¹³ E. Papuć, *Jakość życia...*

¹¹⁴ M. Pellegrini, F. Bernabei, C. Schiavi, G. Giannaccare, *Wpływ operacji...*

¹¹⁵ A. Partyka-Mizeracka, D. Słota, *Jakość życia...*

wpływa na ogólną satysfakcję z rezultatów operacji^{116,117,118}. Dodatkowo, kobiety mogą być bardziej skłonne do akceptacji zmian związanych z operacją, co może przełożyć się na pozytywne doświadczenia pooperacyjne. Wreszcie, różnice biologiczne między płciami, zarówno hormonalne, jak i genetyczne mogą wpływać na procesy gojenia się, adaptacji do zmiany ostrości wzroku oraz ogólnego doświadczenia po operacji zaćmy^{119,120}.

Uzyskane wyniki badań własnych są sprzeczne z postawioną przez autorki w niniejszej pracy hipotezą, która zakładała brak związku między miejscem zamieszkania a zadowoleniem z życia pacjentów po usunięciu zaćmy. Wyniki dowodzą, że osoby mieszkające w miastach cechował istotnie wyższy poziom satysfakcji zarówno przed, jak i po operacji, w porównaniu do osób mieszkających na wsi. Różnice w poziomie satysfakcji zarówno przed, jak i po operacji zaćmy między tymi osobami mogą wynikać z kilku czynników. Po pierwsze, osoby mieszkające w miastach mogą mieć łatwiejszy dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, co wpływa na jakość i skuteczność przeprowadzonej operacji. Po drugie, środowisko miejskie może oferować szerszy dostęp do nowoczesnych technologii i usług związanych z opieką okulistyczną, co przekłada się na lepsze rezultaty zabiegu i wyższy poziom satysfakcji pacjentów. Dodatkowo, aspekty infrastrukturalne, takie jak łatwiejszy dojazd do placówek medycznych czy szybszy czas reakcji na ewentualne problemy, mogą również przyczyniać się do pozytywnego doświadczenia pacjentów mieszkających w miastach. Wreszcie, różnice w dostępie do informacji i edukacji związanej z operacją zaćmy między obszarami miejskimi a wiejskimi mogą wpływać na świadomość i oczekiwania pacjentów, co przekłada się na subiektywną ocenę satysfakcji przed i po operacji^{121,122,123}. Podsumowując, badanie potwierdza hipotezę o zróżnicowaniu zadowolenia z życia po operacji zaćmy w zależności od wieku i płci, jednakże wykazuje sprzeczność w przypadku miejsca zamieszkania.

Wyniki analizy własnych danych potwierdzają hipotezę zakładającą, że pacjenci, których stopień widzenia istotnie poprawił się po zabiegu operacyjnym usunięcia zaćmy, istotnie wyżej ocenili zadowolenie z życia. Wyniki badań własnych potwierdzają wyniki uzyskane przez Kurowską i Celmer-Ozdowską¹²⁴. Według tych autorek zaćma upośledza ostrość wzroku, a co za tym idzie funkcjonowanie pacjenta w stopniu proporcjonalnym

¹¹⁶ M.Y. Chan, *Happy people...*

¹¹⁷ M.D. Nijkamp, R.M. Nuijts, B. van den Borne, C.A. Webers, F. van der Horst, F. Hendrikse, *Determinanty satysfakcji pacjenta po operacji zaćmy w 3 ustawieniach*, „Dziennik Zaćmy i Chirurgii Refrakcyjnej”, 2000; 26(9).

¹¹⁸ S. West, *Cataract Epidemiology...*

¹¹⁹ H. Abdelkader, R.G. Alany, B.K. Ring, *Age-related...*

¹²⁰ O. Partyka, M.J. Wysocki, *Epidemiologia chorób...*

¹²¹ S. Gallagher, R. Daynes-Kearney, A. Bowman-Grangel, N. Dunne, J. McMahon, *Zadowolenie z życia...*

¹²² N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association...*

¹²³ M. Pacholec, *Sytuacja osób...*

¹²⁴ K. Kurowska, I. Celmer-Ozdowska, *Depresyjność a jakość...*

do spadku ostrości wzroku. Im słabsza ostrość wzroku, tym większe obniżenie jakości życia. Chorzy po zabiegu wszczepienia soczewki zyskują poczucie bezpieczeństwa i stabilność psychiczną. Pacjenci, którzy osiągnęli lepszy stopień widzenia, zdają się bardziej doceniać tę poprawę i wyrażać zadowolenie z efektów zabiegu. Należy jednak zaznaczyć, że choć poprawa stopnia widzenia po zabiegu jest silnie związana z satysfakcją, inne czynniki mogą również wpływać na postrzeganie jakości życia. Warto wziąć pod uwagę aspekty psychospołeczne, takie jak zdolność adaptacji do zmian czy oczekiwania pacjenta przed operacją, które mogą również wpływać na odczucie zadowolenia^{125,126}. Podobnie wyniki uzyskały Partyka-Mizeracka i Słota¹²⁷. Wykazano, że ponad 52% pacjentów po operacji zaćmy uznało jakość swojego życia za lepszą.

Podsumowując, wyniki własnego badania potwierdzają istotność poprawy widzenia po operacji zaćmy jako istotnego czynnika wpływającego na zadowolenie z życia pacjentów. Chirurgiczne leczenie zaćmy nie tylko przyczynia się do fizycznej poprawy zdrowia oczu, ale również ma istotny wpływ na subiektywne doświadczenia pacjentów i ich ogólną satysfakcję z życia.

WNIOSKI

Zabieg operacyjny usunięcia zaćmy z implantacją sztucznej soczewki jest skuteczną metodą poprawy stopnia widzenia u osób z zaćmą. Zabieg istotnie wpłynął na poprawę stopnia widzenia.

Choroby współistniejące znacząco przyczyniają się do zaćmy. Cukrzyca istotnie wpływa na wynik operacji implantacji soczewki, powoduje słabszą poprawę stopnia widzenia. Inne choroby współistniejące również mają wpływ na efekt operacji, jednak mniejszy niż cukrzyca. Nie stwierdzono natomiast istotnej zależności pomiędzy występowaniem nadciśnienia tętniczego a efektem operacji.

Inne choroby wzroku – jaskra, AMD, retinopatia cukrzycowa istotnie zmniejszają efektywność zabiegu implantacji, powodują słabszą poprawę widzenia.

Badania potwierdziły istnienie zależności pomiędzy wiekiem, płcią, stanem cywilnym, miejscem zamieszkania i wykształceniem a stopniem zadowolenia z życia. Satysfakcja z życia po zabiegu implantacji soczewki istotnie polepszyła się wśród osób młodszych, kobiet, osób zamieszkujących miasto, osób posiadających wyższe wykształcenie oraz osób będących w związku.

Poziom poprawy stopnia widzenia po operacji jest pozytywnie skorelowany ze wzrostem satysfakcji z życia. Zabieg operacyjny zaćmy znacząco wpływa na poprawę zadowolenia z życia.

¹²⁵ F. Fors Connolly, I. Johansson Sevä, *Agreeableness, extroversion...*

¹²⁶ N. Grant, J. Wardle, A. Steptoe, *The Association...*

¹²⁷ A. Partyka-Mizeracka, D. Słota, *Jakość życia...*

Bibliografia:

- Abdelkader H., Alany R.G., Ring B.K., *Age-related cataracts and drug therapy: opportunities and challenges of local delivery of antioxidants to the lens*, „Journal of Pharmacy and Pharmacology”, 2015; 4(67), 537-550.
- Adams O.E., Vagaggini T., Groth S.L., Curran C.D., Prairie M.L et al., *Evaluation of Outcomes of Acute Cataract Surgery-Related Endophthalmitis Using a Novel Management Algorithm Based on Presenting Risk Factors*, „Semin Ophthalmol”, 2023; Oct; 38(7): 648-655.
- Baker C.W., Josic K., Maguire M.G., Jampol L.M., Martin D.F., Rofagha S., Network, D.R., *Comparison of Snellen's visual acuity measurements in retinal clinical practice with the electronic visual acuity assessment of the ETDRS protocol*, „Ophthalmology”, 2023; 130(5), 533-541.
- Bezerra H.G., Costa M.A., Guagliumi G., Rollins A.M., Simon D.I., *Intracoronary optical coherence tomography: a comprehensive review: clinical and research applications*, „JACC: Cardiovascular Interventions”, 2009; 2(11), 1035-1046.
- Chan M.Y., *Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity*, „Applied Psychology: Health and Wellness”, 2011; 1(3), 1-43.
- Charlemagne-Badal S.J., Lee J.W., Butler T.L., Fraser G.E., *Dziedziny pojęciowe zawarte w instrumentach dobrostanu i zadowolenia z życia: przegląd*, „Badania stosowane w jakości życia”, 2015; (10), 305-328.
- Chemerovski-Glikman M., Mimouni M., Dagan Y., Haj E., Vainer I. et al., *Rosmarinic acid restores the complete clarity of sonicated human cataracts ex vivo and delays cataract formation in vivo*, „Scientific Reports”, 2018.
- Chew E.Y., Benson W.E., Remaley N.A., Lindley A.A., Burton T.C., Csaky K. & Early Treatment Cukrzycowa Grupa Badawcza ds. Retinopatii Cukrzycowej, *Wyniki po ekstrakcji soczewki u pacjentów z retinopatią cukrzycową: wczesne leczenie retinopatii cukrzycowej raport z badania nr 25*, „Archiwum okulistyki”, 1999; 117(12), 1600-1606.
- Doganay S., Borazan M., Iraz M., Cigremis Y., *Effect of resveratrol in an experimental cataract model formed by sodium selenate*, „Current Eye Research”, 2006; 2(31).
- Dowler J.G., Sehmi K.S., Hykin P.G., Hamilton A.P., *Historia naturalna obrzęku plamki żółtej po operacji zaćmy w cukrzycy*, „Okulistyka”, 1999; 106(4).
- Forooghian, F., Agrón E., Clemons T.E., Ferris F.L., Chew E.Y., Grupa Badawcza ARDS, *Wyniki ostrości wzroku po operacji zaćmy u pacjentów ze zwyrodnieniem plamki żółtej związanym z wiekiem: raport z badania chorób oczu związanych z wiekiem nr 27*, „Okulistyka”, 2009; 116(11).
- Fors Connolly F., Johansson Sevä I. *Agreeableness, extroversion, and life satisfaction: An examination of the mediating roles of social integration and status*, „Scandinavian Journal of Psychology”, 2021; 752-762.

- Gali H.E., Sella R., Afshari N.A. *Systemy klasyfikacji zaćmy: przegląd przeszłości i terażniejszości*, „Current opinion in ophthalmology”, 2019; 30(1),13-18.
- Gallagher S., Daynes-Kearney R., Bowman-Grangel A., Dunne N., McMahon, J., *Zadowolenie z życia, uczestnictwo w życiu społecznym i objawy depresji u młodych dorosłych opiekunów: dane z 21 krajów europejskich*, „International Journal of Adolescence and Youth”, 2022; 27(1), 60-71.
- Grabska-Liberek I., Derlacka D., Skowrya A., *Nowoczesne metody leczenia zaćmy*, „Postępy nauk medycznych”, 2013, t. XXVI, nr 12, s. 880-883.
- Grant N., Wardle J., Steptoe A., *The Association Between Life Satisfaction and Health Behaviors: A Cross-Cultural Analysis of Young Adults*, „International Journal of Behavioral Medicine”, 2009; (16), 259-268.
- Grzybowski A., Kanclerz P., Huerva V., Ascaso F.J., Tuuminen R., *Cukrzyca i fakoemulsyfikacja operacja zaćmy: trudności, ryzyko i potencjalne powikłania*, „Journal of clinical medicine”, 2019; 8(5), 716.
- Han X., Zou M., Liu Z., Sun Y., Young C.A. et al. *Temporal trends and heterogeneity in the disease burden of visual impairment due to cataracts, 1990-2019: a global analysis*, „Frontiers in Public Health”, 2023; (11), 1140533.
- Hockwin O., *Cataract classification*, „Documenta Ophthalmologica”, 1995; (88), 263-275.
- Hu S., Wang X., Wu H., Luan X., Qi P., Lin, Y., On W. *A unified diagnostic framework for automated classification of nuclear cataracts based on gap-in-the-gap images in smartphones*, „IEEE Access”, 2022; (8), 174169-174178.
- Iwaskiewicz-Bilikiewicz B., *Zaćma (cataracta) Cataract*, „Geriatryczne problemy kliniczne”, 2008; 252-54.
- Jan C., Xin J., Dong Y., Butt T., Chang R., Keay L., Congdon, N., *Patterns and determinants of incidental cataract surgery in China from 2011 to 2015 using a representative national longitudinal database*, „BMJ Open”, 2023; 13(6).
- Kalinowski P., Bojakowska U., *Ocena satysfakcji z wyników leczenia wśród pacjentów po operacji usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki wewnątrzgalkowej w prywatnej klinice okulistycznej*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2013; (2), 173-178.
- Kamińska B., *Narząd wzroku - budowa i czynności oka*, „Biologia w Szkole”, 1996; 49(4), 214-215.
- Kański J., Nischal K., *Okulistyka. Objawy i różnicowanie*, (red. wyd. Niżankowska M.H.), „Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner”, Wrocław, 2000.
- Kubik B., Tabiś A., Romanowska U., Moździerz K., *Ocena wybranych aspektów jakości życia u pacjentów w przedziale wiekowym 55-75 lat przed i po zabiegu usunięcia zaćmy*, „Surgical & Vascular Nursing/ Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, 2015(3).
- Kurowska K., Celmer-Ozdowska I., *Depresyjność a jakość życia u osób z rozpoznaną zaćmą*. „Hygeia Public Health”, 2014, 49(3), 554-559.

Lucas J.J. i Moore K.A., *Elastyczność psychologiczna: pozytywne implikacje dla zdrowia psychicznego i zadowolenia z życia*, „Health Promotion International”, 2020; 35(2), 312-320.

Lyubomirsky S., King L.A., Diener E., *Korzyści z częstego pozytywnego wpływu: czy szczęście prowadzi do sukcesu*. „Biuletyn Psychologiczny”, 2005; 6(131), 803-855.

Ługowska M., Straus M., Synder A., Omulecki W., Wilczyński M., *Ocena jakości życia pacjentów po fakoemulsyfikacji z wszczepieniem akomodacyjnej soczewki wewnątrzgałkowej*, „Klinika oczna”, 2014; (116), 248-256.

McCarty C.A., Taylor H.R., *The genetics of cataract*, „Investigative Ophthalmology and Visual Science”, 2001; 42(8), 1677-1678.

Michalski A., *Ocena wybranych parametrów narządu wzroku i jakości życia u pacjentów po operacji zaćmy*, „Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”, Poznań, 2013.

Naderi K., Gormley J., O’Brart D.P., *Cataract Surgery and Dry Eye Disease: An Overview*, „European Journal of Ophthalmology”, 2020; 5(30), 840-855.

Nijkamp M.D., Nuijts R.M., van den Borne B., Webers, C.A., van der Horst, F., Hendrikse, F., *Determinanty satysfakcji pacjenta po operacji zaćmy w 3 ustawieniach*, „Dziennik Zaćmy i Chirurgii Refrakcyjnej”, 2000; 26(9).

Nirmalan P.K., Krishnadas R., Ramakrishnan R.D., Thulasiraj R.D., Katz J. et al., *Lens Opacities in a Rural Population of Southern India: The Aravind Comprehensive Eye Study*, „Investigative Ophthalmology & Visual Science”, November 2003, Vol.44, 4639-4643.

Nisha S., *An overview of the relationship between diabetes and cataract formation*. „Clinical Research Notes”, 2022; 2(3), 01-05.

Nowe standardy kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy, „Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencja Rządowa”, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nowe-standardy-kwalifikacji-do-zabiegow-usuniecia-zacmy,7176.html> [dostęp: 14.08.2023].

Pacholec M., *Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych*, „Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się”, Warszawa, 2015, 59-68.

Papuć E., *Jakość życia – definicje i sposoby jej ujmowania*, „Curr Probl Psychiatrii”, 2011;12(2):141-145.

Partyka-Mizeracka A., Słota D., *Jakość życia po przebytej operacji zaćmy – subiektywna ocena pacjentów*, „Pielęgniarstwo XXI”, 2018; (4),18-25.

Partyka O., Wysocki M.J., *Epidemiologia chorób narządu wzroku oraz infrastruktura okulistyki w Polsce*, „Przegląd epidemiologiczny”, 2015; (69) 905-908.

Pavot W., Diener, E., *An overview of the life satisfaction scale*, „Psychological Assessment”, 1993; 2(5), 164-172.

- Pellegrini M., Bernabei F., Schiavi C., Giannaccare G., *Wpływ operacji zaćmy na depresję i funkcje poznawcze: przegląd systematyczny i metaanaliza*, „Okulistyka kliniczna i eksperymentalna”, 2020; 48(5), 593-601.
- Petelewicz M., Drabowicz T., *Jakość życia – Globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja*, „Katedra Socjologii Ogólnej, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki”, Łódź, 2016.
- Płachecka E., Malukiewicz G., *Ocena jakości życia pacjentów przed operacją i po operacji zaćmy*, „Klin. Oczna”, 2009; 111(7-9), 212-216.
- Podboraczyńska-Jodko K., Lubiński W., *Soczewki wieloogniskowe – terażniejszość i przyszłość*, „Okulistyka Kwartalnik Medyczny”, 2016; 4, 3-1.
- Prokofyeva E., Wegener A., Zrenner E., *Cataract prevalence and prevention in Europe a literature review*, „Acta Ophthalmologica”, 2013; (91), 395-405.
- Roberts T.V., Lawless M., Chan C.C., Jacobs M., Bali S.J., Sutton G., *Femtosekundowa laserowa operacja zaćmy: technologia i praktyka kliniczna*, „Okulistyka kliniczna i eksperymentalna”, 2013; 41(2), 180-186.
- Ruiss M., Kronschlager M., Schlatter A. E., Dechat T., Findl O., *Porównanie metod eksperymentalnego wywoływania zmętnienia i zmiany elastyczności soczewek świń ex vivo*, „Scientific Reports”, 2021; 1(11).
- Seredyka-Burduk M., Błoch W., & Stępniewski P., *Zaćma–problem starzejącego się społeczeństwa, cz. III. Kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do zabiegu*, „Optyka”, 2019.
- Shields M. A., Wheatley Price S., Wooden M., *Zadowolenie z życia oraz ekonomiczne i społeczne cechy dzielnic*, „Journal of Population Economics”, 2009; 22, 421-443.
- Sørensen J.F., *Rural-urban differences in life satisfaction: evidence from the European Union*, „Regional Studies”, 2014; 48(9), 1451-1466.
- Stefek M., *Naturalne flawonoidy jako potencjalne środki wielofunkcyjne w zapobieganiu zaćmie cukrzycowej*, „Toksykologia interdyscyplinarna”, 2011.
- Steptoe A., Deaton A., Stone A. A., *Subjective well-being, health and aging*, „The Lancet”, 2015; 9968(385), 640-642.
- Stifter E., Sacu S., Benesch T., Weghaupt H., *Impairment of visual acuity and reading performance and association with cataract type and density*, „Forensic Ophthalmology and Visual Sciences”, 2005; 46(6), 2071-2075.
- Szaflik J., Izdebska J., Zaleska A., *Zaćma – najczęstsza przyczyna uleczalnej ślepoty*, „Przewodnik Lekarza”, 2000; 2(10), 78-86. 4.
- Thompson J., Lakhani N., *Zaćma*, Podstawowa opieka zdrowotna kliniki w praktyce, 2015; 42(3), 409-423.
- Turalba A., Payal A., Gonzalez-Gonzalez L.A., Cakiner-Egilmez T., Chomsky A.E., Daly M.K., *Wyniki operacji zaćmy w oczach jaskrowych: wyniki projektu danych dotyczących wyników chirurgii okulistycznej dla weteranów*, „Amerykański dziennik okulistyki”, 2015; 160(4), 693-701.

Twardzik-Chlasta E., Nowińska A., Wylęgała E., *Zastosowanie lasera femtosekundowego w chirurgii zaćmy*, „Magazyn lekarza okulisty”, 2019, 13.

Wady wzroku – powszechny problem, <https://www.kliniki.pl/wiedza/jakie-choroby-oczu-mozna-leczyc-laserem/> [dostęp: 03.11.2023].

Wierzbowska J., Czarnota-Nowakowska B., Laserowa korekcja wzroku – fakty i mity, „Laserowa korekcja wzroku”, 2021.

West S., *Cataract Epidemiology: Achievements Over 25 and Future Directions*, „Ophthalmic Epidemiology”, 2007; 14(4), 173-178.

Wilczyńska J., Bogusławski S., Plisko R., *Leczenie zaćmy jedną z największych niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych polskiego społeczeństwa*, „Polskie Towarzystwo Okulistyczne”, 2012.

KARINA DMYTERKO

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Koszalinie (obecnie PANS)

PÓZNA DOROSŁOŚĆ W KONCEPCJACH DANIELA J. LEVINSONA I ERICA ERIKSONA¹

LATE ADULTHOOD IN THE CONCEPTS OF DANIEL J. LEVINSON AND ERIC ERIKSON

Słowa kluczowe: starość, jakość życia, fazy życia, integracja, ego, rozwój człowieka

Abstrakt: Poniższe opracowanie powstało w oparciu o definicję starości dwóch znakomych psychologów, którzy prowadzili badania nad rozwojem człowieka w połowie ubiegłego wieku. Trafne definicje okresów życia człowieka Daniela J. Levinsona i Erica Eriksona stanowią podstawę pracy zawodowej autorki tego opracowania, która jest związana od wielu lat z pracą na rzecz seniorów w chorobach otępiennych. Według niej wysoka jakość życia na starość, która zaczyna się od okresu późnej dorosłości zależy od roli, którą ludzie pełnili i pełnią w rodzinie i w społeczeństwie, czy odnajdywali i znajdują nadal cel w życiu, czy czują się potrzebni, czy akceptują swój obecny stan psychofizyczny i w jaki sposób wykorzystują swój potencjał. Ostatni bilans życia może być pozytywny co oznacza integrację ego i ma pozytywne skutki dla człowieka lub negatywny oznaczający rozpacz wiążącą się z trudnym przejściem w stan ostateczny.

Keywords: old age, quality of life, life phases, integration, ego, human development

Abstract: The following study is based on the definition of old age by two prominent psychologists who conducted research on human development in the middle of the last century. Daniel J. Levinson's and Eric Erikson's apt definitions of human life periods form the basis of the professional work of the author of this study, who has been associated for many years with work on behalf of seniors with dementia diseases. According to her, a high quality of life in old age, which begins in late adulthood, depends on the role that people have played and continue to play in the family and in society, whether they have found and continue to find purpose in life, whether they feel needed, whether they accept their current psychophysical state and how they realize their potential. The final balance of life can be positive which means integration of the ego and has positive consequences for the person, or negative meaning despair involving a difficult transition into the final state.

WSTĘP

XX wiek stanowił okres dogłębnego rozwoju nauki. Obfitość odkryć i ustaleń poczynionych w tym zakresie objęła również badania poświęcone człowiekowi. Szczególnie istotne odkrycia w tym przedmiocie poczyniono w obszarze psychologii rozwojowej. Analizy i dociekania badaczy w tej materii wpłynęły między innymi na zupełnie inną niż podówczas percepcję zjawiska starości. Wymiernym efektem i konsekwencją tych dociekań stało się wprowadzenie swoistego *novum* do terminologii naukowej na nazwanie tego okresu w cyklu życia. W konsekwencji coraz częściej pojęcie to jest

¹ Poniższy artykuł stanowi fragment pracy dyplomowej przygotowywanej pod kierunkiem dra Adama Czarnieckiego obronionej 20 czerwca w 2024 roku na kierunku Bezpieczeństwo narodowe. The following article is an excerpt from a thesis prepared under the direction of Dr. Adam Czarniecki and defended on June 20, 2024 in the National Security Department.

zastępowane określeniem, jakim jest późna starość. O powszechności takiej tendencji świadczy przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia definicja tego cyklu ludzkiego życia, zgodnie z którą rozpoczyna się ona w 60 roku życia². Wśród teoretyków, którym przypisuje się wyodrębnienie tego okresu w cyklu egzystencji człowieka na uwagę zasługują przede wszystkim Daniel J. Levinson i Erik Erikson.

FAZY, ERY I STADIA ROZWOJU CZŁOWIEKA

Według koncepcji Daniela J. Levinsona³ życie człowieka to cykl odbywający się w danym czasie, składający się z trzech faz: początkowej, środkowej i końcowej i czterech okresów: do 15-20 roku życia człowieka to okres niedojrzałości, formowania się, następnie do około 40 roku życia trwa okres wczesnej dorosłości (czasem nawet do 50 roku życia). Następnie Levinson wyróżnił okres środkowej dorosłości od 40 do 60 roku życia i okres późnej dorosłości zaczynający się po 60 roku życia, w którym człowiek najbardziej odczuwa zmniejszanie się sił życiowych. Levinson podzielił cykl życiowy na ery, które charakteryzują się własną specyfiką biopsychospołeczną i są nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Ery łagodnie przechodzą jedna w drugą, a okresy przejścia trwają około pięciu lat, zachowując porządek następujących po sobie faz. Proces ten nazwał makrostrukturą. Późna dorosłość charakteryzuje się pewnymi cechami: jednostka może nadal być efektywna zawodowo, ma wypracowaną pozycję społeczną, prawdopodobnie ma już dorosłe lub nastoletnie dzieci, stabilną sytuację ekonomiczną (kredyt hipoteczny dobiega końca lub został spłacony).

Problemy zdrowotne osób po 65 roku życia to już nieodłączny element codzienności. Mogą to być problemy zdrowia fizycznego takie jak: hipokinezja (zmniejszenie aktywności ruchowej), która powoduje głębokie zmiany w organizmie, czego efektem jest przyspieszenie procesu starzenia, choroby układu krążenia i otyłość spowodowane ubogą lub zbyt kaloryczną dietą, komplikacje spowodowane nadmiernym i niekontrolowanym przyjmowaniem leków, choroby serca, udary, wylewy. Mogą to być także problemy natury psychicznej: brak kontaktów społecznych z powodu przejścia na emeryturę, strach o własny byt poprzez pogorszenie się sytuacji materialnej, depresja i idąca za tym izolacja społeczna, utrata poczucia bycia potrzebnym, monotonia i pustka. Wiele chorób ma charakter przewlekły (nowotwór, miażdżyca, żylaki żył, reumatyzm itp.) i są niemożliwe do całkowitego wyleczenia. Levinson uważał, że pięcioletni okres przejściowy kończący się rozpoczęciem ery późnej dorosłości (60-65 lat) ma za zadanie przygotować człowieka do momentu śmierci,

² P. Zielazny, P. Biedrowski, D. Mucha, *Późna dorosłość- okres strat czy nowych wyzwań?*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t,19, nr 3, 2013, s. 284.

³ Daniel J. Levinson to żyjący w latach 1920-1994 amerykański psycholog zasłużony dla nauk społecznych i nauki psychologii przez pracę na rzecz stworzenia koncepcji pozytywnego rozwoju dorosłych. Badał fazy dorosłości u mężczyzn i opublikował swoją pracę w książce zatytułowanej *The Seasons of a Man's Life* w 1978 r., oraz kobiet: *The Seasons of a Woman's Life* w 1996 r. Źródło: <https://study.com/academy/lesson/daniel-levinson-biography-theory.html> [dostęp: 02.03.2024, godz. 16:00].

z którą zaczyna się co raz częściej spotykać (śmierć współmałżonka, kolegów, sąsiadów, członków rodziny). Konfrontacja ze zjawiskiem śmierci to zadanie rozwojowe organizmu w tym wieku. Człowiek albo opanuje lęk przed odejściem, albo doświadczy kryzysu egzystencjonalnego. Między innymi z tego powodu często charakterystyczne dla późnej dorosłości staje się pogłębienie wiary i praktyk religijnych, zaangażowanie w sztukę, politykę czy aktywny udział w życiu społecznym. Seniorzy zaczynają poszukiwać sensu i wartości życia często doświadczając dwojakich uczuć. Z jednej strony są zadowoleni i odczuwają radość ze swojego życia mimo perspektywy śmierci, a inni odczuwają rozpacz z powodu utraty szans i sposobu w jaki żyli. Dzięki temu osiągają oni wyższy stopień rozwoju a okres przejściowy to czas na pracę nad tym trudnym zadaniem i opanowanie nowych dylematów emocjonalnych. Do pozostałych zadań we „wczesnej” późnej dorosłości należą: starzenie się, stopniowa utrata sił witalnych, pogłębiające się deficyty wzroku, słuchu, aparatu ruchu, akceptacja zmieniającego się świata. Levinson uważa, że ludzie są w stanie osiągnąć sukces w postaci nowych marzeń i celów do zrealizowania⁴.

Eric Erikson⁵ w swojej koncepcji ośmiu stadiów rozwoju człowieka skupia się na aspekcie psychospołecznym, ponieważ uznał, że biologiczne postrzeganie rozwoju człowieka to za mało. Był zwolennikiem teorii, że aby poznać dokładniej tendencje do rozwoju jednostki na każdym etapie jej życia należy podejść do tematu holistycznie. Podobnie jak Levinson uważał, iż każde stadium rozwoju charakteryzuje kryzys i konflikt rozwojowy, które determinują kształtowanie się funkcji odpowiadających za kolejną fazę. Nazwał to zjawisko „funkcjami ego”, które przyjmuje role organizatora doświadczeń, planowania i przekształcania orientacji człowieka na niego samego, jak i na otaczające go społeczeństwo. Według Eriksona wyróżniamy następujące stadia rozwoju:

- Ufność kontra brak ufności: pierwszy rok życia
- Autonomia kontra wstyd, niepewność: wczesne dzieciństwo
- Inicjatywa kontra poczucie winy: wiek przedszkolny
- Pracowitość kontra poczucie niższości: wiek szkolny
- Tożsamość kontra pomieszanie tożsamości: okres pokwitania
- Bliskość kontra izolacja: wczesny wiek dojrzały
- Twórczość kontra Stagnacja: wiek średni
- Integralność kontra rozpacz: starość⁶.

⁴ L. Miś, Ery i fazy w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona, w: *Duchowy rozwój człowieka*, red. P. Socha, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000, s. 45-49.

⁵ Erik Erikson to żyjący w latach 1902-1994 amerykański psychoanalityk duńskiego pochodzenia. „Autor kolejnej teorii stadiów rozwoju, czerpał z teorii Freuda, ale zmodyfikował ją, by stworzyć własną teorię rozwoju psychospołecznego (ang. psychosocial development). Koncepcja Eriksona kładzie nacisk na społeczny, a nie seksualny charakter rozwoju. Podczas gdy Freud uważał, że osobowość kształtuje się tylko w dzieciństwie, Erikson sądził, że rozwija się ona przez całe życie. Według niego interakcje z innymi mają wpływ na nasze poczucie tożsamości, co nazywał tożsamością ego” R. M. Spielman, W. J. Jenkins, M. D. Lovett, J. Czarnota-Bojarska *Psychologia*, Warszawa, OpenStax Poland, 2020, s. 302-306.

⁶ Tamże.

Efektom przejścia każdej fazy jest dokonanie bilansu zysków i strat, ale w coraz szerszej perspektywie. Uświadamiając sobie wynik takiego bilansu człowiek osiąga ostatecznie integrację lub rozpacz. Jednostka odczuwa satysfakcję z minionego okresu (w końcowej fazie akceptację śmierci) lub zawód z powodu popełnionych błędów, co pogłębia rozpacz i potęguje lęk. W ostatniej ósmej fazie rozwojowej następuje ostateczne zbilansowanie życia, co Erikson nazwał napięciem egzystencjalnym. W zależności od wyniku tego bilansu człowiek doświadcza pełnego poczucia spełnienia, integracji i dopełnienia się cyklu życia (potencjałów vitalności) lub degradacji egzystencjalnej, polegającej na doświadczeniu na trzech poziomach organizacji: ciała, w związku z utratą wydolności, psychiki w wyniku utraty pamięci, etosu społecznego, w związku z pojawieniem się lęku przed śmiercią. Erikson uważał, że człowiek w późnej dorosłości odczuwa bardzo silną potrzebę integracji z otoczeniem, nawet w tym celu koloryzując przeszłość, przemycając niejako w ten sposób swoją mądrość egzystencjonalną. Słuchany czuje się bowiem zintegrowany z otoczeniem i wzmacnia swoje siły vitalne. Jako wyraz dopełnienia procesów kształtowania tożsamości człowieka Erikson używa stwierdzenia” jestem tym, co przetrwa ze mnie”⁷.

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

Termin „jakość życia” podobnie jak „bezpieczeństwo” może być definiowany w różny sposób i jest subiektywny oraz wielowymiarowy. Na jakość życia jednostki ma wpływ dbałość o zdrowie, ogólne zadowolenie, codzienne doświadczenia, rozwój życia jednostki i uwarunkowania społeczne tego procesu, co determinuje sposób funkcjonowania we współczesnym świecie. Jakość życia będzie miała zatem charakter jednostkowy i społeczny zależny od środowiska oraz od sposobu życia, bogactwa i niedostatku, zdrowia i choroby, sukcesów oraz porażek występujących w przestrzeni życia. Zatem podmiotem jakości życia będzie człowiek i suma jego przeżyć warunkująca jego obecny byt fizyczny jak i psychiczny.

To powoduje, że życie jest wartością najważniejszą w wymiarze społecznym⁸.

W ostatnich badaniach Głównego Urzędu Statystycznego (dalej: GUS) w Polsce na temat jakości życia seniorów dokonano pomiaru jakości życia osób w wieku 65 lat i więcej. Badania objęły ogólne warunki życia oraz subiektywne odczucia jakości życia badanych, które zostały nazwane „dobrobytem subiektywnym”, na który składają się trzy aspekty: zadowolenie ze swojego życia, odczuwane stany emocjonalne i uczucia oraz poczucie sensu życia.

Posłużono się następującymi wskaźnikami: satysfakcji z życia, dobrego samopoczucia i poczucia sensu życia. Przyjęto, że wskaźnik ogólnego zadowolenia z życia

⁷ J. Daszykowska, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010, s. 15-36.

⁸ B. Płaczekiewicz, *Osobowościowe aspekty funkcjonowania w okresie późnej dorosłości*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej”, *Wiek senioralny w teorii i w codzienności*, z. 14, 2015, s. 89-104.

jest odbiciem stopnia spełnionych indywidualnych ambicji i potrzeb według własnego systemu wartości i funkcjonowania w określonym środowisku kulturowym, społecznym i ekonomicznym. Zgodnie z tymi badaniami osoby w wieku 65-74 lata były ogólnie zadowolone ze swojego, tak deklarowało 81% respondentów, a w wieku 75 lat i więcej w 77%. Poczucie sensu życia deklarowało 67% badanych w wieku 65 lat i więcej, przy czym nieznacznie więcej było w tej grupie mężczyzn (około 70%) niż kobiet (około 67%). W toku badania odkryto, że mieszkańcy miast są bardziej zadowoleni ze swojego życia niż mieszkańcy wsi. Ankietowani zamieszkujący obszary wiejskie w toku badań deklarowali mniejszy stopień zadowolenia życia. Taką satysfakcję deklarowało 63% ankietowanych, podczas gdy w miastach odsetek ten wyniósł 70%. Najniższy wskaźnik poczucia sensu życia wykazywała grupa wiekowa 74 lata i więcej (61%)⁹.

Przedmiotem badań GUS był także wskaźnik dobrego samopoczucia zdefiniowany jako procentowa ilość badanych, którzy w czasie jednego miesiąca przed badaniem nie odczuwali złego samopoczucia. Wyniki badania wskazały, że 38% Polaków w wieku 65 lat i więcej deklarowało dobre samopoczucie. Co ciekawe, dobrym samopoczuciem częściej wykazywali się seniorzy żyjący w wielopokoleniowych rodzinach: 40% kobiet i 33% mężczyzn. Pozytywne symptomy dobrego stanu emocjonalnego wykazali mieszkańcy miast do 500 tysięcy mieszkańców w wysokości 43% a w pozostałych miastach 39%. Wśród mieszkańców wsi było to niecałe 34% seniorów. Grupa osób w wieku 75 lat i więcej osiągnęła wartość blisko 29% badanych deklarujących ogólne dobre samopoczucie. Jest to wynik o 14% niższy niż w grupie 65-74 lata¹⁰. Badania wykazały, że seniorzy mieszkający w miastach częściej są zadowoleni ze swojego życia odczuwając sens tego co robią, co powoduje u nich pozytywne emocje. Wskaźnik ten ma więc wymiar terytorialny. Badania GUS przewidują, że do 2060 roku w województwach świętokrzyskim, opolskim, zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i łódzkim odnotuje się najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej¹¹.

Jednym z determinantów warunkujących jakość życia jest wiek. Od niego w dużej mierze uzależniona jest sprawność fizyczna, aktywność zawodowa i społeczna. Nie bez znaczenia dla poziomu poczucia jakości życia jest także sytuacja materialno-bytowa jednostki. Osoby w wieku poprodukcyjnym – z powodu zaniechania lub zmniejszenia swojej aktywności zawodowej – osiągają mniejsze dochody, aniżeli w okresie produkcyjnym. Odczuwalny przez nich poziom jakości życia może w wielu przypadkach wskazywać na znaczący regres w tym obszarze. Analogiczne odczucia mogą wówczas występować także w zakresie poczucia bezpieczeństwa. Profilaktyka oraz dbałość

⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce 2020*, stat.gov.pl [dostęp: 07.03.2024 r. godz.: 10:41].

¹⁰ Tamże.

¹¹ Główny Urząd Statystyczny *Prognoza ludności na lata 2023-2060*, stat.gov.pl [dostęp: 07.03.2024 r., godz. 11:40].

o organizm zwiększają szanse na dobrą jakość życia oraz osiągnięcie integralności w okresie późnej dorosłości, co sprzyja zachowaniu dobrych relacji ze środowiskiem i stwarza możliwości maksymalnego wydłużenia życia człowieka.

Bibliografia:

Czarnota-Bojarska J., *Psychologia*, Warszawa, OpenStax Poland, 2020.

Daszykowska J., *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls, 2010.

Miś L., *Ery i fazy w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona*, [w:] *Duchowy rozwój człowieka*, red. Socha P., Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.

Płaczekiewicz B., *Osobowościowe aspekty funkcjonowania w okresie późnej dorosłości*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej Wiek senioralny w teorii i w codzienności”.

Zielazny P., Biedrowski P., Mucha D., *Późna dorosłość – okres strat czy nowych wyzwań?*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu

Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2023-2060*

Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia osób starszych w Polsce 2020*

AGATA GZIEŁO, JOANNA MAŁGORZATA KRAWCZYK

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia

OCENA POZIOMU AKCEPTACJI CHOROBY U OSÓB CHORUJĄCYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF ACCEPTANCE OF THE DISEASE IN PEOPLE SUFFERING WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, proces adaptacji, akceptacja choroby, aktywność zawodowa
Abstrakt: Stwardnienie rozsiane to przewlekła, zapalna, autoimmunologiczna choroba centralnego układu nerwowego. U większości osób występuje w młodym wieku, co przekłada się na kondycję psychiczną. Choroba zmusza do rezygnacji z pracy. Skala akceptacji choroby umożliwia zmierzenie poziomu adaptacji do postępującej niepełnosprawności.

Keywords: multiple sclerosis, adaptation process, acceptance of the disease, professional activity
Abstract: Multiple sclerosis is a chronic, inflammatory, autoimmune disease of the central nervous system. In most people it occurs at a young age, which translates into mental health. The disease forces you to give up work. The disease acceptance scale allows you to measure the level of adaptation to progressive disability.

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane to przewlekła, zapalna, autoimmunologiczna choroba centralnego układu nerwowego. Choroba ta ma charakter demielinizacyjny, dochodzi również do uszkodzenia aksonów i zredukowania remielinizacji. W obrazie magnetycznym widoczne są gliozy, czyli tkanka bliznowata będąca wynikiem uszkodzenia i śmierci neuronów. Charakterystyczne jest wieloogniskowe i rozsiane w czasie uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Objawy będące wynikiem neurodegeneracji są bardzo zróżnicowane pod względem symptomów i przebiegu klinicznego. Uszkodzenie mogą dotyczyć istoty białej, szarej mózgu oraz rdzenia kręgowego¹.

Pierwsze objawy i patologia zostały opisane przez Jean-Martin Charcota w 1868 r. Przyczyna choroby nie jest do końca znana. Uznaje się, że istotne są procesy autoimmunologiczne, a także czynniki środowiskowe i genetyczne². Pierwsze objawy pojawiają się zazwyczaj u młodych dorosłych, między 20. a 40. rokiem życia. Kobiety są 2 do 3 razy częściej osobami chorującymi na stwardnienie rozsiane³. Na całym świecie choruje około 2,3 miliona osób, jest to najczęstsza demielinizacyjną choroba w krajach rozwiniętych⁴.

¹ R. Bonek, *Stwardnienie rozsiane*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2019, 488 s. ISBN 978-83-200-5939-7, s. 13-14, 18-19.

² Kubsik-Gidlewska A., Klimkiewicz P., Klimkiewicz R., Janczewska K., Woldańska-Okońska M., *Rehabilitation in multiple sclerosis*, Adv Clin Exp Med. 2017 Nr 26(4), s.710.

³ R. Bonek, *Stwardnienie rozsiane...*, s. 13-14, 18-19.

⁴ Tamże..., s. 13-14, 18-19.

Adaptacja do zmiennych warunków jest skomplikowana z powodu niedającego się przewidzieć przebiegu, zmiany w CUN wpływają na funkcje poznawcze i fizyczne. Na ten moment nie jest znana przyczyna SM, a leczenie jest objawowe. Utrata sprawności oraz ciągły lęk związany z potencjalnym rzutem sprawia, że pogodzenie się z nowymi warunkami jest trudne. Proces adaptacji polega na stopniowej zmianie myślenia o chorobie – od postrzegania jej jako sytuacji bez wyjścia do jej akceptacji⁵.

U większości osób systematycznie występują kolejne rzuty choroby. Postęp w konsekwencji prowadzi do progresji niepełnosprawności, co rzutuje na jakość życia i kondycję psychiczną. Pacjenci muszą reorganizować życie w kontekście codzienności i pełnionych ról społecznych oraz liczyć na wsparcie innych. Bycie niepełnosprawnym to trudne doświadczenie, które wiąże się z uczuciem bezsilności, zmniejszoną samooceną oraz z utratą poczucia bezpieczeństwa. Osoby w zaawansowanych postaciach choroby doświadczają utraty pracy, izolacji, gorszej jakości życia i bycia zależnym w najprostszych czynnościach życia codziennego. W konsekwencji może wystąpić depresja oraz myśli samobójcze⁶.

Za wskaźnik dostosowania do choroby i niepełnosprawności można uznać stopień akceptacji choroby mierzony różnymi skalami. Zadaniem przystosowania jest zoptymalizowanie wpływu choroby na życie pacjenta, akceptacja zmian oraz sprostanie trudnym emocjom⁷.

CEL BADAŃ

Celem badań było sprawdzenie poziomu akceptacji choroby osób chorujących na stwardnienie rozsiane, uwzględniając aktywność zawodową.

MATERIAŁ I METODY

Zaprezentowane badania stanowią fragment badań do pracy magisterskiej na temat „Ocena funkcjonalna osób chorujących na stwardnienie rozsiane”. Badania przeprowadzono w okresie od marca 2024 roku do kwietnia 2024 roku. Badania przeprowadzono w Centrum Rehabilitacji SM w Bornem Sulinowie oraz w Polskim Towarzystwie Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koszalinie. W badaniu wykorzystano wywiad podmiotowy oraz zmodyfikowaną skalę AIS. Skala AIS zawiera 8 stwierdzeń związanych z oceną kondycji psychicznej oraz poziomem akceptacji choroby oraz jej konsekwencji. Na każde stwierdzenie badani mogli odpowiedzieć w trzech wariantach, tj. zgadzam się,

⁵ Dymecka J., Gerymski R., *Akceptacja choroby jako mediator zależności pomiędzy niepełnosprawnością neurologiczną a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób ze stwardnieniem rozsianym*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, 2020, Nr 15(1), s. 2.

⁶ Ponczek D., Betke K., Weissgerber K., *Wsparcie społeczne i akceptacja choroby u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej” 2021, Nr 6, s. 43-44.

⁷ Dymecka J., Bidzan M. *Biomedical Variables and Adaptation to Disease and Health-Related Quality of Life in Polish Patients with MS*, Int J Environ Res Public Health 2018, Nr 15(12), s. 2.

trudno powiedzieć lub nie zgadam się. Odpowiedziom została przypisana następująca wartość punktowa: „zgadzam się” – 1 punkt, „trudno powiedzieć” – 2 punkty, „nie zgadzam się” – 3 punkty.

Interpretacja sumy uzyskanych punktów została wykorzystana do pomiaru ogólnego stopnia akceptacji choroby, tj. ilość punktów poniżej 12 oznacza brak akceptacji i dyskomfort psychiczny związany z chorobą; wynik w przedziale 13-20 punktów oznacza średni stopień akceptacji choroby, a wynik pomiędzy 21-24 punktów oznacza akceptację choroby. Obliczenia i wykres wykonano w programie STATISTICA, wykorzystano również program LibreOffice Calc.

Wszystkie zmienne ilościowe zostały zbadane testem Grubbsa, Wyniki wskazują na brak występowania odstających obserwacji w badanych zmiennych.

Zbadano 34 osoby chorujące na stwardnienie rozsiane, grupę badawczą stanowiło 61,76% kobiet i 38,24% mężczyzn. Średni wiek wynosił 55,29 lat. 50% osób miało mniej niż 52,50 lata, a pozostałe osoby powyżej. Najmłodsza osoba miała 31 lat, a najstarsza 79. Średni wiek wystąpienia choroby wynosił 33,69 lat. 50% osób zachorowało poniżej 32,50 lat, a pozostałe 50% powyżej. Najniższy wiek zachorowania wynosił 15,00 lat, a najwyższy 59,00 lat. Średnia długość chorowania wynosiła 21,60 lat. 50% chorowało poniżej 20,00 lat, a pozostałe 50% powyżej. Najkrótszy okres chorowania wynosił 1,50 roku, a najdłuższy 55,00 lat. Postać postępująco-rzutowa (PRMS) dotyczyła 8,82% badanych, postać rzutowo-remisyjna (RRMS) 35,30%, postać pierwotnie postępująca (PPMS) 26,47%, a postać wtórnie postępująca (SPMS) 29,41%.

Tabela 1. Statystyka opisowa dotycząca charakterystyki grupy.

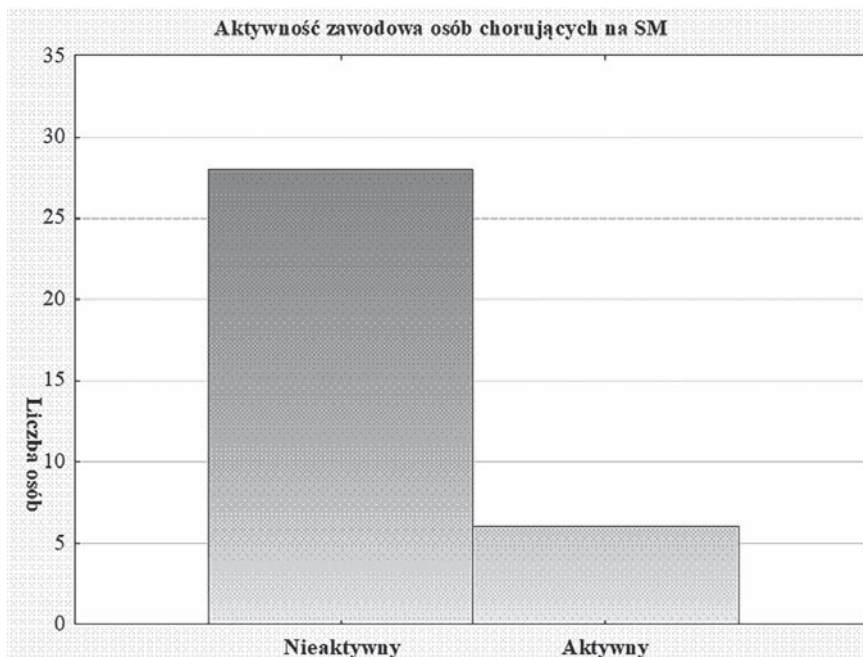
| Zmienne | $\bar{\chi}$ | Ufność -95,00% | Ufność 95,00% | Me | Min. | Max. | R | σ |
|--|--------------|-------------------|------------------|-------|-------|-------|-------|----------|
| Aktualny wiek (w latach), N=34 | 55,29 | 51,15 | 59,44 | 52,50 | 31,00 | 79,00 | 48,00 | 11,88 |
| Długość chorowania (w latach), N=34 | 21,60 | 17,54 | 25,66 | 20,00 | 1,50 | 55,00 | 53,50 | 11,64 |
| Wiek zachorowania, N=34 | 33,69 | 29,71 | 37,67 | 32,50 | 15,00 | 59,00 | 44,00 | 11,40 |
| Ilość lat pracy przed zachorowaniem, N=33 | 12,65 | 8,87 | 16,43 | 12,00 | 0,00 | 32,00 | 32,00 | 10,65 |
| Ilość lat pracy po zachorowaniu, N=34 | 9,57 | 6,13 | 13,02 | 9,50 | 0,00 | 37,00 | 37,00 | 9,87 |

Źródło: Opracowanie własne, gdzie:

$\bar{\chi}$ – symbol średniej arytmetycznej; Me – mediana, Min. – wartość minimalna; Max. – wartość maksymalna; R – rozstęp; σ – odchylenie standardowe.

Przed zachorowaniem badani pracowali średnio 12,65 lat. 50% pracowało w tym okresie poniżej 12 lat, a pozostałe 50% powyżej. Najkrótszy okres pracy przed zachorowaniem to 0 lat, a najdłuższy to 32 lata. Po zachorowaniu badani pracowali średnio 9,57 lat. 50% pracowało w tym okresie poniżej 9,57 lat, a pozostałe 50% powyżej. Najkrótszy okres pracy po zachorowaniu to 0 lat, a najdłuższy to 37 lat. Aktualnie nieaktywnych osób było 82,35%, a aktywnych zawodowo 17,65%. Nie aktywnych zawodowo na emeryturze lub rencie było 79,42%; aktywnych zawodowo wykonujących pracę na tym samym stanowisku, jak przed chorobą, ale w innym wymiarze godzin było 8,82%; aktywnych zawodowo wykonujących pracę na tym samym stanowisku jak przed chorobą i w tym samym wymiarze godzin było 5,88%; aktywnych zawodowo wykonujących pracę na innym stanowisku niż przed chorobą oraz w innym wymiarze godzin było 2,94%; a nieaktywnych zawodowo, ale uczących się było 2,94%. Ze względu na chorobę z pracy zrezygnowało 67,65% badanych, u 23,53% badanych choroba nie była powodem rezygnacji z pracy, 5,88% badanych nie dotyczyło to pytania, a 2,94% była nadal aktywna zawodowo. Zadowolonych ze swojej sytuacji zawodowej było 67,65% osób, 20,59% badanych nie była zadowolona ze swojej sytuacji zawodowej, a 11,76% nie miało zdania. Zadowolonych ze swojej sytuacji finansowej było 55,88% osób, 23,53% badanych nie była zadowolona ze swojej sytuacji zawodowej, 17,65% nie miało zdania, a 2,94% nie udzieliło odpowiedzi.

Wykres 1. Aktywność zawodowa osób chorujących na SM



Źródło: opracowanie własne

W badaniu skalą AIS wzięły udział 33 osoby z 34, ponieważ jedna z osób odmówiła odpowiedzi ze względu na zbyt duży dyskomfort psychiczny związany z czytaniem stwierdzeniami. Najmniejszą średnią ilość punktów (1,52) otrzymało stwierdzenie „Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być”, a największej (2,23) „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym”. Średnia suma uzyskanych punktów z całego kwestionariusza wynosi 15,06 punktów, co oznacza, że badana grupa charakteryzuje się średnim stopniem akceptacji choroby. 50% badanych otrzymało poniżej 15,00 punktów, a pozostałe 50% powyżej. Najniższa ilość uzyskanych punktów to 8,00 (brak akceptacji choroby), a największa to 24,00 (pełna akceptacja choroby).

Tabela 2. Statystyka opisowa dotycząca zmodyfikowanej skali AIS

| Zmienne | $\bar{\chi}$ | Ufność -95,00% | Ufność 95,00% | Me | Min. | Max. | R | σ |
|---|--------------|-------------------|------------------|-------|------|-------|-------|----------|
| Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę | 1,70 | 1,37 | 2,02 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,92 |
| Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię | 1,73 | 1,40 | 2,05 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,91 |
| Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny | 2,03 | 1,68 | 2,38 | 2,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,98 |
| Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę | 1,55 | 1,24 | 1,85 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,87 |
| Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół | 2,15 | 1,81 | 2,50 | 3,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,97 |
| Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym | 2,21 | 1,90 | 2,53 | 3,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,90 |
| Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być | 1,52 | 1,22 | 1,81 | 1,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,83 |
| Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej | 2,18 | 1,86 | 2,51 | 3,00 | 1,00 | 3,00 | 2,00 | 0,92 |
| Podsumowanie | 15,06 | 13,26 | 16,86 | 15,00 | 8,00 | 24,00 | 16,00 | 5,09 |

Źródło: Opracowanie własne, gdzie:

$\bar{\chi}$ – symbol średniej arytmetycznej; Me – mediana, Min. – wartość minimalna; Max. – wartość maksymalna; R – rozstęp; σ – odchylenie standardowe.

WNIOSKI:

1. Badani zachorowali w wieku średnio około 30 lat.
2. Większość osób zrezygnowała z aktywności zawodowej ze względu na chorobę.
3. Badana grupa charakteryzowała się średnim stopniem akceptacji choroby, co może być wynikiem wystąpienia choroby w młodym wieku i niemożnością pełnienia ról społecznych, jaka jest między innymi bycie pracownikiem. Większość osób jest świadoma, że nigdy nie odzyska pełnosprawności.

PODSUMOWANIE

Stwardnienie rozsiane to bardzo trudna choroba. Doświadczenie przewlekłej utraty zdolności i pogarszanie jakości życia wpływa na kondycję psychiczną. Istotne jest, aby wspierać te osoby, otoczyć pomocą psychologiczno-psychiatryczną, a także włączać do aktywności życia codziennego w optymalnym stopniu.

Bibliografia:

- Bonek R., *Stwardnienie rozsiane*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019
- Dymecka J, Bidzan M. , *Biomedical Variables and Adaptation to Disease and Health-Related Quality of Life in Polish Patients with MS*, "International Journal of Environmental Research and Public Health" 2018, Nr 15(12)
- Dymecka J., Gerymski R., *Akceptacja choroby jako mediator zależności pomiędzy niepełnosprawnością neurologiczną a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia osób ze stwardnieniem rozsianym*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, 2020 Nr 15(1)
- Kubsik-Gidlewska A., Klimkiewicz P., Klimkiewicz R., Janczewska K., Woldańska-Okońska M., *Rehabilitation in multiple sclerosis*, "Advances in Clinical and Experimental Medicine," 2017, Nr 26(4)
- Ponczek D., Betke K., Weissgerber K., *Wsparcie społeczne i akceptacja choroby u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym*, „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2021”, Nr 6.

**III. SPOŁECZEŃSTWO – WYBRANE
ASPEKTY W PRZESTRZENI
BEZPIECZEŃSTWA SPOŁECZNEGO**

JERZY WIATROWSKI

Absolwent Akademii Obrony Narodowej w Warszawie

POCZĄTKI DOWÓDZTWA WIELONARODOWEGO KORPUSU PŁN.-WSCH. W POLSCE W 1999 ROKU. JUBILEUSZ 25-LECIA W ROKU 2024

BEGINNINGS OF THE HEADQUARTERS MULTINATIONAL CORPS NORTH-EAST IN POLAND, 1999. 25TH ANNIVERSARY, 2024

Słowa kluczowe: dowództwo, wielonarodowa struktura, siły sprzymierzone, NATO, HQ MNCNE

Abstrakt: Artykuł stanowi opis pierwszej międzynarodowej struktury NATO – Dowództwa Wielonarodowego Korpusu Płn.-Wsch. na ziemiach polskich. Wstąpienie Polski do NATO, w roku 1999, 25 lat temu wiązało się z nawiązaniem wielonarodowej współpracy w zakresie bezpieczeństwa. Polska stała się państwem-gospodarzem dla dowództwa NATO w Szczecinie. Było to wyzwanie nie tylko dla państwa polskiego, ale również dla miasta, które miało stać się miejscem służby, zamieszkania, nauki i życia. Musiało zmienić swoje oblicze dla oficerów i żołnierzy z Polski, Danii i Niemiec, a w kolejnych latach dla pozostałych wszystkich przedstawicieli sojuszu NATO. Polska musiała dostosować, uchwalić i ratyfikować wiele przepisów umożliwiających służbę i pobyt obcych wojsk na terytorium Polski. Zawiązała się współpraca między narodowymi jednostkami wojskowymi, oficerami, podoficerami i żołnierzami. Nastąpiła ścisła współpraca w zakresie bezpieczeństwa w Europie Środkowej i w basenie Morza Bałtyckiego.

Keywords: command, multinational structure, allied forces, NATO, HQ MNCNE, headquarters

Abstract: The article describes the first international NATO structure – the Multinational Corps North-East Command on Polish soil. Poland's accession to NATO in 1999, 25 years ago, was associated with the establishment of multinational cooperation in the field of security. Poland became the host country for the NATO command in Szczecin. This was a challenge not only for the Polish state, but also for the city, which was to become a place of service, residence, education and life. It had to change its face for officers and soldiers from Poland, Denmark and Germany, and in subsequent years for all other representatives of the NATO alliance. Poland had to adapt, adopt and ratify many regulations enabling the service and stay of foreign troops on Polish territory. Cooperation was established between national military units, officers, non-commissioned officers and soldiers. Close cooperation in the field of security in Central Europe and the Baltic Sea basin took place.

WPROWADZENIE

Wstąpienie Polski do NATO w 1999 roku wymusiło na Polsce ścisłą współpracę z międzynarodowymi strukturami dowodzenia NATO. Polska przyjęła funkcję państwa-gospodarza dla powstającego Dowództwa Wielonarodowego Korpusu Płn.-Wsch. (HQ MNCNE), które decyzją władz państwowych powstało w Szczecinie.

Poprzez członkostwo w NATO Polska stała się częścią zachodniego systemu obronnego, dzięki czemu może czerpać z jego dorobku i zapewnić sobie tym samym podstawy do trwałego i długofalowego rozwoju we wszystkich dziedzinach. Spełnione są tym samym warunki realizacji szeroko rozumianego bezpieczeństwa narodowego. Członkostwo naszego kraju w NATO przyczyniło się do ograniczenia rzeczywistych i potencjalnych zagrożeń dla bezpieczeństwa.

Polska stając się pełnoprawnym członkiem Sojuszu nabyła zarówno prawa jak i obowiązki. Większość z nich ma charakter przede wszystkim polityczny, ale są i takie, wynikające z natury funkcjonowania tej organizacji, które zobowiązują jej członków do oddania pod wspólne dowództwo określonych sił zbrojnych. W przypadku Polski było to utworzenie w 1999 r. wraz z Niemcami i Danią wspólnego związku taktycznego (Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód), w którego skład wchodziły jednostki wojskowe trzech państw.

CHARAKTERYSTYKA DOWÓDZTWA WIELONARODOWEGO KORPUSU PÓŁNOCNY-WSCHÓD Z ROKU 1999

Jednostką spełniającą standardy NATO utworzoną na terenie Polski w 1999 r. był Sztab Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód w Szczecinie.

Decyzja o powołaniu Wielonarodowego Korpusu była efektem istniejącej już współpracy wojskowej Polski, Danii i Niemiec. Podczas spotkania trójstronnego ministrów obrony Polski, Danii i Niemiec w Skagen (Dania) – w dniach 6-8 maja 1997 r. – podjęto decyzję o celowości utworzenia wspólnego Korpusu przygotowanego do działania w ramach struktur NATO. W sierpniu 1997 roku, na spotkaniu ministrów obrony Polski, RFN i Danii w Omulewie (w Polsce), oficjalnie potwierdzono ten zamiar. Umowę podpisano 30 sierpnia 1997 r. Jej efektem było powołanie Trójstronnej Grupy Roboczej Korpusu (po 4 przedstawicieli z każdego państwa) z niemieckim generałem Karlem-Heinzem Latherem na czele. Szefem polskiej grupy został płk Adam Misztal z Dowództwa Wojsk Lądowych. Potem powołano siedem podgrup roboczych; od prawnej, poprzez administracyjno-etatową, po socjalną. Harmonogram prac Grupy - pracującej pod przewodnictwem Niemiec – przewidywał, że opracuje ona podstawy funkcjonowania Korpusu łącznie z jego zadaniami, a także zasady funkcjonowania systemu dowodzenia, kierowania i łączności dowództwa Korpusu zgodnie ze standardami NATO. Określono docelowy termin utworzenia Dowództwa Korpusu polsko-niemiecko-duńskiego – na rok 1999 (po przyjęciu Polski do NATO) oraz uzgodniono, że w skład korpusu wejdą:

- 12. Szczecińska Dywizja Zmechanizowana,
- 14. Dywizja Zmechanizowana Bundeswehry,
- Dywizja Duńska,
- inne jednostki wojskowe¹.

O trójstronnej inicjatywie poinformowano Radę NATO, Komitet Wojskowy i SHAPE. W toku przeprowadzonych prac Trójnarodowej Grupy Roboczej, za podstawę

¹ Konwencja między Rządem RP, Rządem Królestwa Danii i Rządem RFN dotycząca Wielonarodowego Korpusu Północno-Wschodniego, sporządzona w Szczecinie 5 września 1998 r. (Dz.U. Nr 21 z 29 marca 2000 roku.) art. 4.

przy opracowywaniu struktury Korpusu przyjęto strukturę Dowództwa Połączonych Sił Szlezewiku-Holsztyna i Cieśnin Duńskich (HQ LANDJUT) oraz podział sztabu Korpusu na 6 oddziałów (G1 - G6). Ustalono lokalizację sztabu (na siedzibę Dowództwa Korpusu i Kompanii Zabezpieczenia Korpusu wybrano Szczecin) i jego stan osobowy (sztab Korpusu wraz z Kompanią Zabezpieczenia Korpusu ustalono na 400-500 żołnierzy).

ZASADY SŁUŻBY DOWÓDZTWA I STRUKTURA ORGANIZACYJNA W 1999 ROKU

Uzgodniono rotacyjny system obsady stanowisk co trzy lata, według klucza:

- Dowódca – stopień etatowy generał broni – jako pierwszemu stanowisko to przyznano generałowi duńskiemu,
- Zastępca Dowódcy Korpusu – stopień etatowy generał dywizji – przyznano generałowi z Polski,
- Szefa Sztabu Korpusu – stopień etatowy generał brygady – pozostało dla generała z Niemiec².
- Określono strukturę organizacyjną Kwatery Głównej, przyjęto planowaną ogólną ilość stanowisk w sztabie i ich narodowościową obsadę:
 - Polska – 49 żołnierzy, 18 pracowników cywilnych,
 - Dania – 36 żołnierzy, 1 pracownik cywilny,
 - Niemcy – 42 żołnierzy, 2 pracowników cywilnych.

Oprócz tego ujęto stanowiska szefów oddziałów i ich zastępców.

Zakres spraw legislacyjnych obejmował:

- uzgodnienie podstaw prawnych (umowa NATO SOFA³, Protokół Paryski),
- przygotowanie dokumentów (list intencyjny – podpisany został w kwietniu 1998 r. Konwencję regulującą kwestie prawne związane z powołaniem i funkcjonowaniem Korpusu ministrowie obrony Danii, Niemiec i Polski podpisali w Szczecinie 5 września 1998 r.),
- czuwanie nad ratyfikacją dokumentów prawnych Korpusu⁴.

W zakresie infrastruktury - dokonano wyboru obiektów dla sztabu Korpusu oraz Kompanii Zabezpieczenia Dowodzenia; dokonano wstępnego oszacowania kosztów, podjęto prace modernizacyjne budynków i prace projektowe. Ustalono, że uczestniczące

²Porozumienie administracyjne pomiędzy Kwaterą Główną WKPW a MON RP podpisane 3 grudnia 1999 r. w Szczecinie.

³NATO Status of Forces Agreement signed at London on 19 June 1951, znana jako NATO SOFA. Dz. U. nr 21 z 29.03.2000 r., poz. 257.

⁴Porozumienie administracyjne pomiędzy Kwaterą Główną WKPW a MON RP podpisane 03 grudnia 1999 r. w Szczecinie.

w przedsięwzięciu strony (państwa) są zobowiązane do niezwłocznego przygotowania systemu łączności Korpusu zgodnie ze standardami EUROCOM.

W dziedzinie organizacyjno-etatowej strona polska została zobowiązana do przygotowania schematu organizacyjnego kompanii zabezpieczenia sztabu Korpusu oraz do rozważenia kwestii związanych z jej utworzeniem i wyposażeniem. Poszczególne państwa miały przygotować strukturę i określić liczbę personelu w tzw. Elementach Narodowych (w których gestii znalazły się sprawy administracyjno-socjalne żołnierzy i pracowników cywilnych danego państwa). Uznano, że w zakresie zabezpieczenia logistycznego obowiązkiem strony polskiej będzie przygotowanie ludzi i sprzętu dla kompanii dowodzenia. Koszty operacyjne kompanii, w czasie wykonywania zadań w czasie pokoju miały być pokrywane wspólnie (po 1/3).

Podgrupa ds. zabezpieczenia logistycznego i medycznego przygotowała propozycje umów dotyczących świadczeń medycznych.

Zadaniem podgrupy ds. budżetu i finansów było opracowanie wstępnej kalkulacji kosztów utrzymania Korpusu i wydatków na cele przygotowawcze. Wstępnie oszacowano, że utworzenie jednostki miało kosztować 25 mln marek niemieckich (około 50 mln złotych).

Określono harmonogram powołania Korpusu. Osiągnięcie pełnej gotowości do działania przewidziano na październik 2000 r. Jej potwierdzeniem był udział Korpusu w trójstronnych ćwiczeniach dowódczo-sztabowych CRYSTAL EAGLE 2000.

Sztab Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód (polsko-niemiecko-duńskiego) rozpoczął oficjalnie działalność w Szczecinie, 18 września 1999 roku. Uroczystości – poprzedzone mszą ekumeniczną, celebrowaną przez duchownych z trzech krajów członkowskich Korpusu – odbyły się na Wałach Chrobrego. Tu prezydent RP Aleksander Kwaśniewski, w obecności ministrów obrony Polski, Niemiec i Danii oraz dowódców armii, przekazał dowódcy Korpusu sztandar nowej jednostki. Ministrowie obrony podpisali następnie – w „Koszarach Bałtyckich” – akt inauguracji działalności Korpusu.

ZADANIA WIELONARODOWEGO KORPUSU PÓLNOCNY-WSCHÓD W 1999 ROKU

Do zadań wielonarodowego korpusu należało:

- planowanie i działanie na rzecz wspólnych celów obronnych, zgodnie Artykułem V Traktatu Północnoatlantyckiego,
- wnoszenie wkładu w operacje wielonarodowe łącznie z uczestnictwem w Operacjach Pokojowych,
- planowanie, przygotowanie i prowadzenie misji humanitarnych i ratowniczych,
- likwidowanie skutków katastrof i klęsk żywiołowych,
- prowadzenie działań zapobiegających kryzysom międzynarodowym⁵.

⁵Konwencja między Rządem RP, Rządem Królestwa Danii i Rządem RFN, Dz.U. Nr 21 z 29.03.2000 roku.

Powołanie Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód nie wiązało się ze zmianą miejsca stacjonowania jednostek. Wszystkie trzy dywizje Korpusu, liczące łącznie ok. 50 tysięcy żołnierzy, w czasie pokoju podlegały narodowym siłom zbrojnym.

Przekazanie ich pod komendę Korpusu mogło nastąpić w razie⁶:

- konfliktu zbrojnego,
- klęski żywiołowej,
- prowadzenia operacji pokojowych.

Dokumentem, który sankcjonuje działalność Korpusu w Polsce jest Konwencja między Rządem RP, Rządem Królestwa Danii i Rządem RFN dotycząca Wielonarodowego Korpusu Północno-Wschodniego, sporządzona w Szczecinie dnia 5 września 1998 r.⁷ Już wiosną 1998 roku w Szczecinie powstało Biuro Koordynacyjne, którego jednym z zadań była szeroka informacja o NATO, jego celach i zadaniach, a także informacja o przyszłym Dowództwie Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód.

Innym celem Biura było przygotowanie do przeprowadzki żołnierzy duńskich i niemieckich oraz ich rodzin. W ich mniemaniu Polska była krajem odległym, o obcej kulturze i niższym poziomie cywilizacyjnym. Przeprowadzka z Rendsburga – nieco sennego, czystościutkiego, zabytkowego, małego miasteczka leżącego nad środkową częścią Kanału Kilońskiego, około 70 km od granicy z Danią, do Szczecina – miasta mającego 430 tys. mieszkańców, o całkowicie innej architekturze i charakterze, wiązała się z dużym wysiłkiem i stresem. Wraz z wojskowymi do Szczecina przyjechało około 60-80 dzieci, którym trzeba było zapewnić możliwość kształcenia się w ich ojczystych językach oraz według programów wymaganych przez ich kraje. Tym również zajmowało się Biuro Koordynacyjne.

Dzieci żołnierzy niemieckich i duńskich uczyły się w międzynarodowej szkole wspólnie z dziećmi żołnierzy polskich⁸.

18 września 1999 roku nastąpiło oficjalne otwarcie Kwatery Głównej Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód.

PODSUMOWANIE

W trakcie przygotowań do obchodów 2. rocznicy powstania Korpusu, w dniu 11 września 2001 miały miejsce ataki terrorystyczne ugrupowań islamskich przeprowadzone przez bojowników Osamy bin Ladena na Stany Zjednoczone Ameryki.

Działania zbrojne armii amerykańskiej i jej sojuszników z państw członkowskich NATO w Afganistanie w ramach zapisów Artykułu V Traktatu Północnoatlantyckiego

⁶ Tamże, art. 5.

⁷ Tamże.

⁸ Biuletyn Informacyjny Wielonarodowego Korpusu Północny Wschód w Szczecinie, Szczecin 2001.

oraz późniejsze deklaracje o wzajemnej pomocy w zwalczaniu terroryzmu zmieniły również poglądy polityków odpowiedzialnych za rozszerzenie NATO o nowe państwa członkowskie. Koncepcje rozszerzenia NATO o państwa bałtyckie: Litwę, Łotwę i Estonię oraz Słowację i Słowenię miały również miały wpływ na strukturę Korpusu.

Po spotkaniu Ministrów Obrony: Danii, Niemiec i Polski oraz podjęciu wspólnej deklaracji – w sierpniu 2002 dołączyła Grupa Łącznikowa w składzie 17 oficerów, a następnie rozpoczęli służbę przedstawiciele armii Litwy, Łotwy i Estonii. W kolejnych latach Dowództwo Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód powiększało się o kolejnych przedstawicieli armii tworzących międzynarodowe struktury NATO. W obecnej chwili w Szczecinie służą przedstawiciele wszystkich armii państw NATO.

Rok 2024 jest rokiem, w którym obchodzona jest 25. rocznica powstania Dowództwa Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód w Szczecinie.

Rys 1. Symbol Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód



Źródło: Konwencja Korpusu. Biuletyn Informacyjny Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód w Szczecinie, Szczecin 2001.

Bibliografia:

Biała Księga, praca zbiorowa pod kierunkiem Bogusława Smólskiego, Bellona, Warszawa 2001.

Biuletyn Informacyjny Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód w Szczecinie, Szczecin 2001.

Handbook NATO, NATO Office of Information and Press, Belgium 2001.

Konwencja między Rządem RP, Rządem Królestwa Danii i Rządem RFN dotycząca Wielonarodowego Korpusu Północno-Wschodniego, sporządzona w Szczecinie dnia 5 września 1998r. Dz.U. Nr 21 z 29.03.2000 roku.

NATO Status of Forces Agreement signed at London on 19 June 1951, znana jako NATO SOFA. Dz. U. Nr 21 z 29.03.2000 roku.

NATO Vademecum, Bellona, Warszawa 1995.

Porozumienie administracyjne pomiędzy Kwaterą Główną Wielonarodowego Korpusu Północny-Wschód a Ministerstwem Obrony Narodowej Rzeczypospolitej Polskiej podpisane 3 grudnia 1999 w Szczecinie.

Słownik angielsko-polski, Oxford University Press, Delta, Warszawa 1998.

IRENEUSZ BIENIECKI, IZABELA SZKURŁAT

Uniwersytet Pomorski w Słupsku

BAŁTYCKA BRYGADA WOJSK OCHRONY POGRANICZA W PODSYSTEMIE OCHRONY POLSKIEJ GRANICY MORSKIEJ W ŚWIETLE „BIULETYNU DYSLOKACYJNEGO WOJSK OCHRONY POGRANICZA”

BALTIC BRIGADE OF BORDER GUARD TROOPS IN THE SUBSYSTEM OF POLISH SEA BORDER PROTECTION IN THE LIGHT OF ‘DISLOCATION BULLETIN OF BORDER GUARD TROOPS’

Słowa klucze: Bałtycka Brygada WOP w Koszalinie

Abstrakt: Do roku 1991 kiedy to rozwiązano Wojska Ochrony Pogranicza-Bałtycka Brygada WOP (BB WOP) w Koszalinie była jedną z trzech nadmorskich BWOP, której personel zajmował się ochroną północnej granicy PRL. Funkcjonowała ona na głównym kierunku ówczesnego zagrożenia (środkowe Wybrzeże), bowiem z jej odcinka odpowiedzialności służbowej można było najszybciej dostać się na duńską wyspę Bornholm. W artykule poniżej zaprezentowano: podstawowe terminy związane z ochroną polskiej granic państwowej w tym okresie, rozwój podsystemu ochrony granicy państwowej PRL do roku 1991, próby ucieczek drogą morską z środkowego Wybrzeża oraz siły i środki BB WOP wykorzystywane w ochronie granicy morskiej do chwili rozwiązania tej formacji.

Keywords: Baltic WOP Brigade in Koszalin

Abstract: Until 1991, when Wojska Ochrony Pogranicza (Border Protection Forces) was dissolved, the Baltic Border Protection Brigade (BB WOP) in Koszalin was one of the three coastal BWOP, whose personnel were engaged in protecting the northern border of the People’s Republic of Poland. It functioned on the main direction of the threat at the time (the Central Coast), as the fastest way to the Danish island of Bornholm was from its section of service responsibility. The article below presents: the basic terms related to the protection of the Polish state border at that time, the development of the subsystem of state border protection of the People’s Republic of Poland until 1991, attempts at escapes by sea from the central Coast, and the forces and means of the BB WOP used in the protection of the maritime border until the formation was disbanded.

WSTĘP

W drugiej połowie XX w. Wojska Ochrony Pogranicza (WOP) PRL ochraniały cztery odcinki granicy państwowej z tzw. państwami socjalistycznymi: ZSRR (na północnym wschodzie i wschodzie), CSRS (na południu) i NRD (na zachodzie). Ponadto formacja ta ochraniała polską granicę północną, która przebiegała na Morzu Bałtyckim. Każdy z ochraniających odcinków posiadał swoją specyfikę, a do ich ochrony wykorzystywano określone siły i środki. Były one zróżnicowane i funkcjonowały w ramach określonego podsystemu ochrony granicy, odrębnego i specyficznego dla każdego odcinka granicy.

WOP powołano do życia 13 września 1945 r. a rozwiązano 15 maja 1991 r. W okresie kilkudziesięciu lat zmieniała się podległość jednostek tej formacji, które funkcjonowały w resorcie MON bądź MSW. W tym czasie trzy nadmorskie jednostki WOP (Brygady WOP) ochraniały również granicę morską na Bałtyku.

USTALENIA TERMINOLOGICZNE

W drugiej połowie XX w. *granicę państwową* na lądzie definiowano jako linię oddzielającą terytorium PRL od terytoriów innych państw. Natomiast granicą państwową PRL na morzu była linia oddzielająca polskie morze terytorialne od morza pełnego lub morza terytorialnego innych państw. Jednocześnie płaszczyzna pionowa pokrywająca się z przebiegiem linii granicy państwowej rozgraniczała przestrzeń powietrzną oraz wody i wnętrze ziemi¹.

W drugiej połowie lat 60. XX w. podsystem ochrony polskiej granicy morskiej ukształtował swoją ostateczną strukturę. Odtąd granicę morską PRL ochraniały trzy nadmorskie (lądowe) Brygady WOP (BWOP), które zabezpieczały odcinki granicy państwowej na morzu o następującej długości:

12. Pomorska BWOP (PBWOP) z siedzibą w Szczecinie (ul. Żołnierska 4) – 48,4 km (10,5%),

15. Bałtycka BWOP (BBWOP) z siedzibą w Koszalinie (ul. Armii Czerwonej 92) – 177,6 km (38,5%),

16. Kaszubska BWOP (KBWOP) z siedzibą w Gdańsku Nowym Porcie (ul. Oliwska 35) – 234,8 km (51%).

Ponadto Pomorska BWOP ochraniała 197 km granicy polsko-niemieckiej (lądowej z byłą NRD), a Kaszubska BWOP 5,8 km granicy polsko-radzieckiej (z byłym ZSRR-przebiegający przez Mierzeję i Zalew Wiślany)².

Całość Wybrzeża do połowy lat 70. XX w. wchodziła administracyjne w skład trzech województw: szczecińskiego, koszalińskiego i gdańskiego³.

Z ww. jednostkami do końca funkcjonowania formacji WOP współdziałała Morska Brygada Okrętów Pogranicza (MBOP) im. kmdr. por. Franciszka Dąbrowskiego, która dysponowała trzema dywizjonami okrętów pogranicza (dOP) w: Świnoujściu, Kołobrzegu i Gdańsku Westerplatte⁴. Chociaż jej jednostki pływające ochraniały granicę

¹ Zob. *Regulamin służby granicznej. Cz. 1-Zasady ogólne*, Wyd. MON, Warszawa 1968, s. 5; oraz *Encyklopedia prawa międzynarodowego i stosunków międzynarodowych*, opracowanie zbiorowe pod red. A. Kłafkowskiego, Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1976, s. 90-91; a także *Leksykon wiedzy wojskowej*, opracowanie zbiorowe pod kier. M. Laprusa, Wyd. MON, Warszawa 1979, s. 132.

² Archiwum Straży Granicznej (dalej ASG) w Szczecinie, Akta Szefostwa WOP, sygn. nr 2368, t. 4, Analiza sytuacji operacyjnej na odcinku granicy morskiej w latach 1961-1965 oraz wnioski i propozycje w sprawie organizacji jej ochrony w latach 1966-1970 z 10.10.1968 r. s. 36.

³ Tamże, s. 2-3.

⁴ I. Bieniecki, *Morska Brygada Okrętów Pogranicza w latach 1966-1991*, [w:] *Szkice z najnowszych dziejów*, red. Cz. Ciesielski, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997, s. 69-78; I. Bieniecki, *Morska Brygada Okrętów Pogranicza (1966-1991)*, „Biuletyn COS SG”, Koszalin 2002, nr 3-4, s. 96-113; a także I. Bieniecki, *Nadmorskie Brygady WOP i Morska Brygada Okrętów Pogranicza w systemie obrony wybrzeża w okresie zagrożenia i wojny w latach 1965-1991. Stan sił i możliwości ich wykorzystania*, [w:] *Konflikt zbrojny na Bałtyku w koncepcjach ideologii zimnowojennej po 1945 roku* (materiały z konferencji naukowej w Akademii Marynarki Wojennej 25.11.2004 r.), red. A. Drzewiecki, Wydawnictwo AMW w Gdyni, Gdynia 2005, s. 137-153.

państwową na morzu to jednak był to wydzielony związek taktyczny, który funkcjonował w strukturze Marynarki Wojennej (MW) i podlegał pod resort MON⁵.

Zgodnie z obowiązującymi w tym czasie poglądami ochrona granicy, aby była skuteczna, nie mogła się sprowadzać tylko do ochrony wąsko pojętej linii granicznej. Wymagała ona stworzenia szeregu warunków i przeprowadzenia wielu przedsięwzięć na obszarze przyległym do granicy-zwanym pograniczem. Dlatego też wprowadzono podział pogranicza i zróżnicowano przepisy obowiązujące na poszczególnych jego obszarach.

W celu skutecznej ochrony granicy państwowej PRL ustalono podział pogranicza na: *pas drogi granicznej, strefę nadgraniczną i pas graniczny*⁶.

Pas drogi granicznej stanowił obszar o szerokości 15 m licząc od linii granicy państwowej na lądzie lub od wodnych urządzeń ochronnych wód granicznych (wały ochronne, zapory, śluzy itp.) oraz brzegu morskiego w głąb kraju. Pas ten służył organom WOP do wykonywania czynności związanych z ochroną granicy państwowej (droga obchodowa) oraz budowy urządzeń granicznych, a przebywanie w nim lub dokonywanie na nim jakichkolwiek czynności bez zezwolenia organów WOP było zabronione⁷.

Strefa nadgraniczna obejmowała obszar o szerokości od 2 do 6 km licząc od linii granicy na lądzie lub od brzegu wód granicznych albo brzegu morskiego – w głąb kraju. Jej szerokość (w tych granicach) określały prezydium Wojewódzkich Rad Narodowych (WRN) w porozumieniu z organami WOP. Mogła być ona zawężona poniżej 2 km przez Radę Ministrów lub w szczególnych przypadkach rozszerzona do 10 km przez MSW⁸.

Na gruntach położonych w strefie nadgranicznej można było realizować, bez uzyskania zgody ich właścicieli lub użytkowników, czynności związane z oznaczeniem i ochroną granicy oraz budową urządzeń granicznych.

Zamieszkanie w strefie nadgranicznej wymagało zezwolenia Powiatowej Rady Narodowej (PRN) lub Miejskiej Rady Narodowej (MRN), właściwej ze względu na miejsce zamieszkania. Również pobyt czasowy w strefie wymagał zezwolenia komendy ówczesnej Milicji Obywatelskiej (MO), właściwej ze względu na zamieszkiwanie osoby, która zamierzała udać się do strefy nadgranicznej.

Prezydium PRN lub MRN mogło też zabronić dalszego zamieszkania i pobytu w strefie osobie na stałe tam zamieszkałej, o ile wymagały tego względy bezpieczeństwa lub ochrony granic państwowych⁹.

⁵ I. Bieniecki, *Jednostki pływające Morskiej Brygady Okrętów Pogranicza i ich wykorzystanie w ochronie granicy morskiej w latach 1966-1991*, [w:] *Militarne i gospodarcze aspekty polityki morskiej Polski XX wieku* (materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez AMW w Gdyni 11-12.05.2000 r.), red. J. Przybylski i B. Zalewski, Gdynia 2001, s. 177-188.

⁶ *Regulamin służby granicznej. Cz. 1-Zasady ogólne (...)*, s. 6; *Zobacz też Leksykon (...)*, s. 296 i 418.

⁷ *Tamże*, s. 7-8.

⁸ ASG w Szczecinie, Akta DWOP, sygn. nr 1841, t. 8, *Opracowanie Organizacja działań sił i środków WOP w systemie ochrony granic kraju i współdziałania w tej dziedzinie z innymi siłami i środkami OTK*, z 15.10.1970 r., s. 3.

⁹ *Regulamin służby granicznej (...)*, s. 8-9.

Powierzchnia strefy nadgranicznej na Wybrzeżu w połowie lat 70. XX w. liczyła ogółem 1 480 km² (100%). Na odcinkach poszczególnych BWOP wynosiła ona: 14,2% (210 km²) na odcinku Pomorskiej BWOP, 41,4% (613 km²) na odcinku Bałtyckiej BWOP (środkowe Wybrzeże) i 44,4% (657 km²) na odcinku Kaszubskiej BWOP¹⁰.

W strefie nadgranicznej obowiązywały również określone-rygorystyczne przepisy dotyczące osób tam przebywających¹¹.

Posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy na terenach położonych w strefie nadgranicznej województw nadmorskich nie obowiązywało w sezonie letnim (od 1 maja do 30 września) każdego roku. Posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy w strefie nadgranicznej nie obowiązywało też w odniesieniu do określonych grup osób.

Ponadto każda osoba przebywająca w strefie nadgranicznej, indywidualnie lub w składzie grupy zorganizowanej, była zobowiązana na żądanie organów WOP lub ówczesnej Milicji Obywatelskiej (MO) do okazania dokumentu stwierdzającego jej uprawnienie do przebywania w strefie nadgranicznej wraz z dowodem osobistym¹².

Pas graniczny obejmował obszar powiatów przyległych do linii granicy państwowej oraz od brzegu wód granicznych i brzegu morskiego. Jeżeli nie osiągał on w ten sposób 30 km, włączano do pasa granicznego również te miasta i powiaty, których obszar leżał w całości lub w części w odległości 30 km od granicy¹³.

Jak wspomniano powyżej w połowie lat 70. XX w. całość Wybrzeża wchodziła administracyjnie w skład trzech województw: szczecińskiego, koszalińskiego i gdańskiego, z czego w skład pasa granicznego wchodziły następujące powiaty:

- w woj. szczecińskim – woliński, kamieński i gryficki,
- w woj. koszalińskim – kołobrzegi, koszaliński, sławieński i słupski,
- w woj. gdańskim – lęborski, pucki, wejherowski, kartuski, gdański, nowodworski, elbląski oraz powiaty miejskie Gdynia, Sopot i Gdańsk.

Ogółem, w tym czasie powierzchnia pasa granicznego na obszarze całego Wybrzeża liczyła 13 924 km² (100%), z czego przypadało: najwięcej – 50,7% (7060 km²) na 15. Bałtycką BWOP (w Koszalinie), 45,4% (6326 km²) na 16. Kaszubską BWOP (w Gdańsku) i zaledwie 3,9% (538 km²) na 12. Pomorską BWOP (w Szczecinie)¹⁴.

Strażnica WOP była w tej formacji podstawowym, granicznym pododdziałem liniowym, w którym oprócz kadry pełnili służbę żołnierze zasadniczej służby wojskowej

¹⁰ ASG w Szczecinie, Akta DWOP, sygn. nr 2378, t. 7, *Informacja na temat organizacji ochrony granicy morskiej PRL* z 11.02.1977 r., s. 2-3.

¹¹ *Przepisy obowiązujące w strefie nadgranicznej*, „Granica” (Pismo WOP), nr 7 z 1986, s. 3.

¹² Tamże, s. 3.

¹³ *Regulamin służby granicznej (...)*, s. 8-9.

¹⁴ ASG w Szczecinie, Akta DWOP, sygn. nr 2378, t. 7, *Informacja na temat organizacji ochrony granicy morskiej PRL* z 11.02.1977 r., s. 2-3.

(z poboru). Pododdziały te ochraniały przydzielone im określone odcinki granicy państwowej i ściśle współdziałały z organami MO oraz organami ochrony granic państw sąsiednich (ZSRR, CSRS, NRD)¹⁵. Swoje zadania realizowały w oparciu o system rozpoznania oraz przy współpracy ludności cywilnej pogranicza. W zależności od rodzaju ochranianego odcinka granicy w formacji tej wyróżniano strażnice nadmorskie (na Wybrzeżu), lądowe i rzeczne¹⁶.

Graniczna Placówka Kontrolna (GPK WOP) była pododdziałem kadrowym WOP, w którym zasadniczo pełnili służbę żołnierze zawodowi tej formacji. Żołnierze GPK realizowali zadania związane z ochroną granicy w przejściach granicznych. Do głównych ich zadań należała kontrola dokumentów upoważniających do przekraczania granicy. Ze względu na charakter ruchu granicznego wyróżniano GPK morskie, drogowe, kolejowe, rzeczne i lotnicze¹⁷.

Przejściem granicznym w drugiej połowie wieku XX nazywano miejsce, które było przeznaczone do przekraczania granicy państwowej. Mogło ono obejmować określoną część portu morskiego (morskie przejście graniczne) lub portu rzeczno-jezernego (rzeczne), lotnisko lub jego część (lotnicze), a także ustalony odcinek drogi przecinającej granicę państwa (lądowe) lub obszar granicznej stacji kolejowej (kolejowe przejście graniczne)¹⁸.

W przejściach granicznych odbywał się ruch graniczny, czyli przekraczanie granicy państwowej przez osoby i środki transportu na podstawie odpowiednich dokumentów. W zależności od miejsca i sposobu przekraczania granicy wyróżniano ruch graniczny: morski, rzeczny, drogowy, kolejowy i lotniczy¹⁹.

Powstanie i rozwój podsystemu ochrony granicy morskiej do roku 1991

Do roku 1991 ochrona granicy państwowej w Polsce należała do kompetencji resortu MSW. Zadania tej ochrony bezpośrednio na granicy realizowali zarówno żołnierze zasadniczej służby wojskowej (zsw) jak i personel zawodowy (kadra) WOP. Do czasu rozwiązania tej formacji – w jej strukturze funkcjonowało Dowództwo WOP (DWOP) w Warszawie (Al. Niepodległości 100) oraz na granicy jednostki taktyczne w postaci

¹⁵ I. Bieniecki, *Formy współpracy formacji ochrony granic państw regionu Morza Bałtyckiego w latach 1991-2004 (wybrane problemy)*, [w:] *Polska i sąsiedzi. Studia z dziejów kultury gospodarki i myśli politycznej*, red. M. Hejger i W. Skóra, Wydawnictwo JASNE, Pruszcz Gdański-Słupsk 2010, s. 73-89; oraz I. Bieniecki, *Współpraca Wojsk Ochrony Pogranicza z PRL z formacjami ochrony granic ZSRR i NRD na południowym Bałtyku w latach 1960-1991*, [w:] *Morze nasze nie nasze. Zbiór studiów*, red. P. Kurpiewski, T. Stegner (materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Morze nasze i nie nasze” zorganizowanej przez Muzeum Miasta Gdynia w dniach 18-19.10.2010 r.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2011, s. 419-441.

¹⁶ Zobacz hasło „Strażnica Wojsk Ochrony Pogranicza”, *Leksykon (...)*, s. 417.

¹⁷ Zobacz hasło „Graniczna Placówka Kontrolna”, tamże, s. 132.

¹⁸ Zobacz hasło „Przejście graniczne”, tamże, s. 340.

¹⁹ Zobacz hasło „Ruch graniczny”, tamże, s. 381.

Brygad WOP i Oddziałów WOP²⁰. W drugiej połowie XX w. formacja ta podlegała zarówno pod resorty MSW jak i MON. Również organizacja jednostek WOP w poszczególnych latach była odmienna, ze względu na nasilenie i charakter przestępczości granicznej, odrębność poszczególnych odcinków granicznych oraz zasady ekonomiki sił²¹.

Np. w roku 1983 ogólna długość polskich granic ochraniających przez WOP wynosiła 3397,758 km (100%) w tym z:

- CSRR – 1309,900 km (38,55%),
- ZSRR – 1228,958 km (36,17%),
- NRD – 460,400 km (13,55%),
- granica morska-398,500 km (11,73%)²².

W tym czasie formacja ta zgodnie z etatem liczyła 24 188 osób personelu w tym 23 147 wojskowych (95,7%) oraz 1041 (4,3%) etatowych pracowników cywilnych. Na grupę kadry liczącej 7375 składało się 2933 oficerów (39,8% w tym 18 etatów generalskich), 876 chorążych (25,4%) i 2566 podoficerów zawodowych. Ponadto w grupie żołnierzy znajdowało się 15 772 (68,1%) żołnierze zsw. W tej grupie największy odsetek stanowili szeregowi – 13 644 (86,5%) i podoficerowie zsw 2128 (13,5%).

W formacji tej funkcjonowały następujące jednostki, ośrodki i pododdziały, w których pełnili służbę żołnierze i pracownicy cywilni:

- 11 Brygad WOP (BWOP),
- 1 Centrum Szkolenia WOP (CS WOP) w Kętrzynie,
- 73 strażnice lądowe (rozwinęte),
- 72 strażnice lądowe (kadrowe),
- 19 strażnic nadmorskich,
- 9 strażnic portowych (Szczecin, Gdynia, Gdańsk),
- 57 Granicznych Placówek Kontrolnych (GPK),
- 2 bataliony graniczne (bg),
- 3 bataliony portowe (bport)²³,
- 12 batalionów odwodowych (bo),
- 9 samodzielnych kompanii odwodowych (sko),

²⁰Z. Jackiewicz., *Wojska Ochrony Pogranicza 1945-1991. Krótki informator historyczny*, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Wojsk Ochrony Pogranicza w Kętrzynie, Kętrzyn 1988, s. 1-209.

²¹Działanie WOP w systemie ochrony granic kraju w czasie pokoju i wojny, „Biuletyn Informacyjny” Akademii Sztabu Generalnego nr 1 (101), Warszawa 1971, s. 15; zobacz też Zakres działania dowództwa Brygady Wojsk Ochrony Pogranicza (w zbiorach autorów), Warszawa-styczeń 1985.

²²ASG w Szczecinie, DWOP, sygn. nr 2519, t. 82, Wykaz jednostek i pododdziałów WOP z 1983 r., s. 5.

²³G. Goryński, *Służba żołnierzy Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie granicy morskiej na terenie portów Gdyni i Gdańska w latach 1946-1956*, „Biuletyn Historyczny Muzeum Marynarki Wojennej”, Gdynia 1992, nr 12, s. 69-83.

- 30 Grup Operacyjnych (GO)²⁴,
- 8 ośrodków szkolenia²⁵.

W tym czasie Brygady WOP ochraniały odcinki granicy państwowej o zróżnicowanej długości-od 5,2% (Bałtycka BWOP) do 13,0% całkowitej długości granicy PRL (Nadbużańska BWOP). W poszczególnych Brygadach WOP do tego celu były przeznaczone następujące siły i środki.

Karpacka BWOP-Nowy Sącz

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 306,189 km (9%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 1 strażnica lądowa (rozwinęta), 14 strażnic lądowych (kadrowych), 5 GPK, 2 sko, 1 GO.

Górnośląska BWOP-Gliwice

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 439,930 km (12,9%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 21 strażnic lądowych (rozwinętych), 8 strażnic lądowych (kadrowych), 5 GPK, 2 bo, 1 sko, 7 GO.

Sudecka BWOP-Kłodzko

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 228,039 km (6,7%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 3 strażnice lądowe (rozwinęte), 15 strażnic lądowych (kadrowych), 3 GPK, 1 sko, 3 GO.

Łużycka BWOP-Lubań

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 278,039 km (8,2%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 21 strażnic lądowych (rozwinętych), 5 GPK, 1 bg, 2 bo, 3 GO.

Lubuska BWOP-Krosno Odrzańskie

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 205,644 km (6,1%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 15 strażnic lądowych (rozwinętych), 5 GPK, 2 bo, 3 GO.

Pomorska BWOP-Szczecin

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 260,856 km (7,7%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 12 strażnic lądowych (rozwinętych), 4 strażnice nadmorskie, 4 strażnice portowe, 9 GPK, 1 bg, 1 bport, 2 bo, 1 sko, 3 GO.

²⁴ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Zwiad Wojsk Ochrony Pogranicza w zabezpieczeniu polskiej granicy morskiej w latach 1960-1991* [w:] *W cieniu służb. Ze studiów nad bezpieczeństwem państwa*, red. P. Kołakowski, B. Sprengel, M. Stefański, J. Zawadzki, Wydawnictwo Adam Marszałek w Toruniu, Toruń 2016, s. 387-411; oraz I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Zwiad Wojsk Ochrony Pogranicza w latach 1960-1991 (zadania, organizacja, personel i jego działalność w ochronie granicy PRL)* [w:] *Służby wywiadowcze jako element polskiej polityki bezpieczeństwa. Historia i współczesność*, red. M. Górka, Wydawnictwo Adam Marszałek w Toruniu, Toruń 2016, s. 299-335.

²⁵ ASG w Szczecinie, DWOP, sygn. nr 2519, t. 82, Wykaz (...), s. 5.

Bałtycka BWOP-Koszalin

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 175,580 km (5,2%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 9 strażnic nadmorskich (technicznych), 4 GPK, 1 bo, 1 sko, 5 GO.

Kaszubska BWOP-Gdańsk

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 267,120 km (7,9%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 6 strażnic nadmorskich (technicznych), 4 strażnice lądowe (kadrowe), 5 strażnic portowych, 8 GPK, 2 bport, 1 sko, 3 GO.

Podlasko-Mazurska BWOP-Białystok

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 421,700 km (12,4%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 10 strażnic lądowych (kadrowych), 4 GPK, 1 bo, 1 sko, 1 GO.

Nadbużańska BWOP-Chełm

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 442,472 km (13,0%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 8 strażnic lądowych (kadrowych), 3 GPK, 1 bo.

Bieszczadzka BWOP-Przemysł

Zabezpieczała odcinek granicy o długości 372,122 km (10,9%). Posiadała następujące pododdziały graniczne i odwodowe: 13 strażnic lądowych (kadrowych), 4 GPK, 1 bo, 1 sko, 1 GO²⁶.

Ponadto w strukturze organizacyjnej WOP funkcjonowała GPK WOP Centralnego Portu Lotniczego-Warszawa Okęcie, GPK WOP Portu Lotniczego-Poznań Ławica oraz Centrum Szkolenia WOP w Kętrzynie.

Szkoleniem niższego personelu podoficerskiego i specjalistycznego w grupie żołnierzy zsw zajmowało się 8 ośrodków szkolenia tej formacji:

- Szkoła Podoficerów WOP w Sudeckiej Brygadzie WOP-Kłodzko,
- Ośrodek Szkolenia Podoficerów i Młodszych Specjalistów WOP w Pomorskiej BWOP-Szczecin,
- Ośrodek Szkolenia Podoficerów i Młodszych Specjalistów WOP w Bałtyckiej BWOP-Koszalin,
- Ośrodki Szkolenia w Górnośląskiej BWOP-Prudnik, Łużyckiej BWOP-Lubań, Lubuskiej BWOP-Gubin i Słubice,
- Ośrodek Tresury Psów Służbowych WOP-Zgorzelec²⁷.

²⁶Tamże, s. 1-4.

²⁷Tamże, s. 4; zobacz też I. Bieniecki, *Potrzeba chwili czy wyższa konieczność? Szkolenie i wykorzystanie psów służbowych w ochronie granicy w latach 1945-1991 w świetle dokumentów Wojsk Ochrony Pogranicza*, [w:] *Człowiek w relacji do zwierząt, roślin i maszyn w kulturze, T. 2 Od humanizmu do posthumanizmu*, red. J. Tymieniecki-Suchanek (materiały z konferencji zorganizowanej w Sosnowcu), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014, s. 411- 423.

W organizacji WOP do roku 1991 dominowały dwa podstawowe pododdziały lądowe – *strażnice i GPK*²⁸, a ich podległość organizacyjna w ramach resortów w poszczególnych okresach była zmienna.

Oprócz strażnic i GPK w dużych portach morskich (Szczecin, Gdynia, Gdańsk) funkcjonowały bataliony portowe (bport)WOP²⁹. W ich organizacji występowały w latach 70. i 80. XX w. strażnice portowe.

Ponadto przy sztabach BWOP i bport funkcjonowały różne pododdziały zabezpieczenia (przysztabowe).

PRZESTĘPCZOŚĆ GRANICZNA NA ŚRODKOWYM WYBRZEŻU PRL

Terminem przestępstwo graniczne w drugiej połowie XX w. określano czyn zabroniony pod groźbą kary sądowej, który był skierowany przeciwko nienaruszalności i bezpieczeństwu granic państwowych. Do przestępstw granicznych zaliczano m. in. nielegalne przekroczenia granicy (npg) lub usiłowania przekroczeń. Mogły one mieć miejsce bez posiadania stosownych zezwoleń, na podstawie sfałszowanych dokumentów lub dokumentów należących do innej osoby. W tej kategorii przestępstw mieściło się również udzielanie pomocy w npg oraz naruszanie znaków i urzędzeń granicznych³⁰.

Do 1991 r. w grupie przestępstw tzw. granicznych, ze względu na ich charakter, wyróżniano trzy podstawowe kategorie: *polityczne, ekonomiczne i pospolite*³¹.

Np. na początku lat 70. XX w. z całego odcinka polskiego Wybrzeża, ochranianego przez siły i środki trzech nadmorskich BWOP za najbardziej zagrożony ucieczkami uznawano teren środkowego Wybrzeża, zabezpieczany przez żołnierzy Bałtyckiej BWOP w Koszalinie. Wynikało to z faktu, że obszar ten posiadał następujące cechy charakterystyczne:

- małą odległość od wyspy Bornholm (ok. 90 km, a rejs mógł trwać zaledwie kilka godzin),
- na tym terenie w małych miejscowościach występowały sprzyjające warunki dojazdu potencjalnych uciekinierów ze sprzętem do morza,
- sprawcy ucieczek mieli możliwość ukrycia się w lasach i zaroślach,
- w rejonie tym występowało duże natężenie ruchu wczasowego i turystycznego.

Podobnie sytuacja przedstawiała się w drugiej połowie lat 80. XX w., kiedy to za najbardziej zagrożone uznawano również środkowe Wybrzeże, a także miejsca na lądzie,

²⁸ Strażnica WOP – to pododdział ochraniający określony odcinek granicy państwowej, w którym pełniła służbę kadra zawodowa i żołnierze zsw. Graniczna Placówka Kontrolna (GPK) WOP – to pododdział pełniący służbę w przejściu granicznym. Z reguły pełniła w nim służbę kadra tej formacji. *Leksykon (...)*, s. 417.

²⁹ G. Goryński, *Służba (...)*, s. 69-83.

³⁰ Zobacz *Leksykon (...)*, s. 342.

³¹ AIPN w Gdańsku, sygn. nr 0087/34, t. 17, E. Cilecki, *Ochrona (...)*, s. 7.

stwarzające możliwości przygotowania ucieczek drogą morską oraz te, które znajdowały się w pobliżu torów wodnych, którymi przepływały statki³².

W latach 70. i 80. XX w. do ucieczek z PRL na Wybrzeżu, podobnie jak w latach wcześniejszych, nadal wykorzystywano m. in. lekkie środki pływające, z pomocą których usiłowano nielegalnie przekroczyć granicę (npg) morską państwa³³. Świadczą o tym n.w. przykłady.

Dnia 3 czerwca 1977 r. o godz. 5.15 serwis rybacki z Darłowa powiadomił miejscową GPK (Bałtyckiej Brygady WOP), że o godz. 5.15 kutry rybackie „DAR-38” i „DAR-69” zauważyły w odległości ok. 30 Mm (55,56 km) na pñ.-zach. od m. Jarosławiec płynący w kierunku wyspy Bornholm ponton z silnikiem zaburtowym z dwoma osobnikami. Rybacy rozpoczęli za nimi pościg. Jednak osobnicy na pontonie zdołali dobić do łowiącego w tym akwenie duńskiego kutra rybackiego „SE-235” i o godz. 5.50 przeszli na jego pokład. Następnie duński kuter rybacki skierował się kursem na wyspę Bornholm, holując wspomniany ponton. Jednak w czasie holowania ponton zerwał się z holu i został przejęty na pokład kutra „DAR-69”.

Wysłany w rejon działania samolot An-2 z 28. Eskadry Ratownictwa Morskiego MW³⁴ o godz. 8.15 zaobserwował, że do kutra „SE-235”-dobił patrolowiec duński, który przejął na swój pokład dwóch osobników i udał się kursem na Bornholm.

Podczas przeszukiwania plaży i wydym, na odcinku strażnicy WOP w Jarosławcu (BBWOP), znaleziono ok. 300 m od brzegu morza pozostawiony samochód osobowy marki „IFA” z rejestracją NRD oraz dwuosobowy namiot. Od samochodu do pobliskiego kanału „Głownica” wpadającego do morza, prowadziły ślady ciągniętego przedmiotu. Znajdujące się w samochodzie i namiocie przedmioty (sprzęt wędkarski, turystyczny) były pochodzenia NRD.

W toku dalszych czynności operacyjnych ustalono, że sprawcami przerwania granicy byli dwaj ob. NRD (lat 24 i 40), którzy do Polski przybyli legalnie i w dniu 31 maja 1977 r. zamieszkali w ośrodku turystyczno-wypoczynkowym „Mikołajek” w Jarosławcu, odległym ok. 150 m od strażnicy WOP. Pod pozorem łowienia ryb w dniach 1 i 2 czerwca 1977 r. rozpoznawali teren szukając dogodnego miejsca do przekroczeń granicy.

Dnia 2 czerwca 1977 r. w godzinach wieczornych wraz z podręcznym bagażem wyjechali z terenu ośrodka i po przygotowaniu sprzętu kanałem „Głownica” dopłynęli do morza, skąd ok. godz. 2.00 skierowali się kursem na wyspę Bornholm (Dania).

³² I. Bieniecki, *Wojska Ochrony Pogranicza w systemie ochrony i obrony granicy morskiej PRL w latach 1965-1991*, Wydawnictwo Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2015, s. 45-46.

³³ I. Bieniecki, *Przestępstwa graniczne na Wybrzeżu w świetle dokumentów Wojsk Ochrony Pogranicza w latach 1945-1991*, „Biuletyn Historyczny Muzeum Marynarki Wojennej”, Gdynia 2011, nr 26, s. 204-222.

³⁴ I. Bieniecki, *Rozpoznanie lotnicze w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1958-1991*, [w:] *Środkowoeuropejskie Dziedzictwo Lotnicze* (materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie 4-6.11.2005 r.), red. K. Radwan, Wydawnictwo Muzeum Lotnictwa Polskiego, Kraków 2005, s. 20-39; oraz I. Bieniecki, *Samoloty i śmigłowce Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1958-1991*, „Słupskie Studia Historyczne” 2007, nr 13, s. 111-133.

W czasie prowadzonego postępowania wyjaśniającego ustalono, że cel w postaci pontonu został zauważony na ekranie stacji radiolokacyjnej (r./lok.), jednak żołnierze pełniący służbę na POWT zlekceważyli go, przyjmując że jest to ptactwo. O fakcie tym nie zameldowali też dyżurnemu operacyjnemu strażnicy, jak również nie dokonali żadnych wpisów w książce obserwacji zdarzeń POWT³⁵.

Dnia 7 czerwca 1977 r. o godz. 0.51 służba POWT 15 strażnicy Dźwirzyno (Bałtycka BWOP) zaobserwowała na ekranie stacji r./lok. nierozpoznany cel, który odbił od brzegu i płynął na pełne morze. Na jego przechwycenie skierowano stojący na dozorze na wysokości POWT 14 teźże strażnicy kuter WOP t. KR-70S. Jego załoga o godz. 1.00 zatrzymała w odległości 16 kabli (2,96 km) od brzegu płynący ponton gumowy typu (t.) „Pelikan” z doczepnym silnikiem t. „Wietierok-12”. W pontonie znajdowały się dwie osoby z dzieckiem.

Zatrzymanymi okazali się ob. NRD (małżeństwo) – mężczyzna lat 28, kobieta lat 24 i ich 9 miesięczna córka. Ww. zamierzali nielegalnie przedostać się na wyspę Bornholm (Dania), a następnie do RFN.

Do Polski uciekinierzy z NRD przybyli legalnie, samochodem osobowym marki „Wołga”, który pozostawili na drodze w lesie, ok. 200 m od brzegu morza, skąd odbili na pontonie.

Dnia 19 lipca 1977 r. o godz. 19.15 służba strażnicy Darłowo (Bałtycka BWOP) przeszukując teren w rej. m. Dąbrowica zatrzymała dwóch ob. NRD (lat 35 i 39). Byli oni bez dokumentów i tłumaczyli się, że poszukują kajaka, który im zaginął.

Podczas prowadzonych wyjaśnień oraz przeszukiwania terenu w rejonie zatrzymania, znaleziono ukryte w krzakach w odległości ok. 40 m od brzegu morza: silnik zaburtowy marki „Tummler” produkcji NRD oraz dwie kamizelki ratunkowe, a na północnym brzegu jeziora Bukowo, dwuosobowy namiot, samochód marki „Wartburg” i sprzęt wskazujący na przygotowanie do npg PRL drogą morską.

W czasie dalszych wyjaśnień zatrzymani przyznali się, że zamierzali przy pomocy dwuosobowego, gumowego kajaka z doczepnym silnikiem nielegalnie przekroczyć granicę z Polski, z zamiarem przedostania się na wyspę Bornholm (Dania), a następnie do RFN³⁶.

Dnia 21 lipca 1977 r. o godz. 2.25 służba POWT 21 strażnicy Mielno (Bałtycka BWOP) zaobserwowała na ekranie stacji r./lok. pod namiarem 270° i w odległości 0,5 Mm (0,92 km) od brzegu nierozpoznany cel, który płynął na pełne morze. Na przechwycenie celu skierowano stojący na dozorze na wysokości POWT 19 strażnicy Ustronie Morskie kuter WOP t. KR-70S. Ponadto o godz. 2.50 z Bałtyckiego Dywizjonu Okrętów Pogranicza (z portu Kołobrzeg) wypłynął okręt MBOP-OP-369.

³⁵ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Przestępczość graniczna w Polsce w drugiej połowie XX wieku w świetle biuletynów Wojsk Ochrony Pogranicza. Schyłek lat 70. i okres stanu wojennego. Źródła*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2018, s. 46-47.

³⁶ Tamże, s. 29-30.

O godz. 3.03 w odległości 2,4 Mm (4,44 km) od POWT 21 załoga kutra t. KR-70S zatrzymała trzy osoby (mężczyznę i kobietę ob. NRD i jednego mężczyznę ob. PRL), które na gumowym pontonie t. „Pelikan” z doczepnym silnikiem typu „Wicher” usiłowały nielegalnie przekroczyć granicę z Polski na wyspę Bornholm, z zamiarem przedostania się do RFN.

Posiadali oni przy sobie: 4 kanistry z paliwem, żyrokompas, 3 kamizelki ratunkowe, lornetkę, jedną parę wiosel, aparat fotograficzny, polską i obca walutę oraz żywność³⁷.

Dnia 3 września 1977 r. o godz. 21.10 służba POWT nr 39 strażnicy Łeba (Bałtycka BWOP) zauważyła na ekranie stacji r./lok. mały cel. Znajdował się on pod namiarem 267°, w odległości 10 kabli (1,85 km) od brzegu. Wysłana na przechwycenie celu załoga kutra WOP t. KR-70S zatrzymała o godz. 21.25, w namiarze 276°, w odległości ok. 8 kabli (1,48 km) od brzegu ob. NRD (lat 20). Ww. na pontonie z dwoma wiosłami usiłował nielegalnie przekroczyć granicę z Polski, celem przedostania się na duńską wyspę Bornholm lub na spotkany statek bandery państw zachodnich. Następnie zamierzał wyjechać do Berlina Zachodniego, gdzie przebywa jego ojciec, który w 1961 r. zbiegł z NRD.

Zatrzymany uciekinier do PRL przybył legalnie 31 sierpnia 1977 r. przez GPK Kunowice. Następnie 3 września 1977 r. ok. godz. 18.10 przybył pociągiem do Łeby, przywożąc gumowy ponton t. „Delfin”. Przez dwie godziny rozpoznawał z wydm dogodne miejsce do odbicia od brzegu, a następnie przygotował ponton do pływania. Zaopatrzony w dwa wiosła, lornetkę, busolę i żywność, odbił od brzegu³⁸.

Dnia 29 września 1978 r. o godz. 0.38 służba POWT strażnicy Dźwirzyno wykryła na ekranie stacji r./lok. nierozpoznany cel, który odbił od brzegu i skierował się na pełne morze.

Na przechwycenie celu wysłano stojący na dozorze na wysokości tego POWT kuter WOP t. KR-70S. Jego załoga o godz. 0.50 zatrzymała w odległości 11 kabli (2,03 km) od brzegu dwóch ob. PRL, którzy na łodzi pneumatycznej t. „Osa-230” z przyczepnym silnikiem zaburtowym t. „Salut” o mocy 2 KM usiłowali nielegalnie przekroczyć granicę morską i przedostać się na wyspę Bornholm³⁹.

Dnia 27 lipca 1979 r. o godz. 16.30 służba dyżurno-operacyjna Bałtyckiej BWOP⁴⁰ otrzymała z punktu odpraw granicznych GPK Kołobrzeg informację, przyjętą drogą radiową przez Serwis Rybacki w Kołobrzegu od szypra „KOŁ-50”, należącego do Przedsiębiorstwa Połowów i Usług Rybackich (PPiUR), „BARKA” w Kołobrzegu. Podczas połowów na łowisku F-4, około 17 Mm (31,48 km) od brzegu, na wysokości

³⁷ Tamże, s. 30.

³⁸ Tamże, s. 30.

³⁹ Tamże, s. 33-34.

⁴⁰ Służba oficera dyżurnego-operacyjnego BWOP była pełniona w każdej BWOP przez okres doby. Oficerowi dyżurnemu-operacyjnemu w jednostce podlegały wszystkie inne służby dyżurne i operacyjne. Pod nieobecność dowództwa BWOP oficer ten kierował tokiem życia i służby podległych żołnierzy. W każdej BWOP służbę tę pełniło 4 etatowych oficerów starszych (etaty mjr.)

m. Mrzeżyno-Dźwirzyno, o godz. 16.20 załoga tego kutra oraz załoga kutra „KOŁ-70” zaobserwowały płynący od lądu w kierunku północnym ponton z silnikiem zaburtowym, na którym znajdowała się jedna osoba.

Osobnik znajdujący się na pontonie po zbliżeniu się na odległość około 100 m i rozpoznaniu kutrów gwałtownie zmienił kurs na południowo-zachodni. Oddalił się z prędkością 8-10 węzłów (14,8-18,5 km/godz.) i po 10 minutach znikł z pola obserwacji załóg kutrów.

Załoga kutra „KOŁ-50”, po zauważeniu pontonu nie mogła wystąpić bezpośrednio do zatrzymania osobnika, ponieważ w tym czasie miała zarzucone sieci i trałowała wraz z załogą kutra „KOŁ-70” (łowili na tak zwaną tukę).

W czasie prowadzenia aktywnych działań granicznych na morzu z udziałem okrętów i samolotów 28 lipca 1979 r. o godz. 10.15 załoga okrętu OPa-314 pełniąc dozór⁴¹ od 27 lipca 1979 r. na kierunku wyspy Bornholm (Dania) zatrzymała poszukiwanego osobnika wraz z pontonem na pozycji szer.= 54°46'2" dł.=15°25'. Okazał się nim ob. PRL (lat 38), zamieszkały w Lublinie.

W chwili zatrzymania przez załogę okrętu udawał cudzoziemca. Posiadał wykonaną własnoręcznie z płótna banderę norweską, miał przy sobie bilet komunikacji miejskiej z Oslo, a w rozmowie z marynarzami posługiwał się językiem norweskim.

Stwierdzono, że faktu odbicia uciekinierów od brzegu służba POWT 25 i 26 strażnicy WOP Darłowo nie ujawniła. Należy jednak podkreślić, że mimo trudnych warunków hydrometeorologicznych (stan morza 2-3°B), ograniczających w dużym stopniu możliwości obserwacji technicznej, doświadczony operator manipulując pokrętkiem urządzenia ZRW (zasięgowa regulacja wzmocnienia) był w stanie wykryć odbijający od brzegu cel. W rezultacie nie wykrycia celu, działania pościgowe na morzu rozpoczęto z 15 godzinnym opóźnieniem⁴².

Dnia 23 września 1979 r. o godz. 23.43 służba POWT nr 16 strażnicy WOP w Kołobrzegu (Bałtycka BWOP) wykryła na ekranie stacji r./lok. w odległości 9 kabli (1,66 km) nierozpoznany mały cel, który oddalił się od brzegu i skierował na pełne morze. Z dozoru na wysokości Kołobrzegu, na przechwycenie celu, skierowano kuter WOP t. KR-70S. Jego załoga w ciągu siedmiu minut (o godz. 23.50) rozpoznała i zatrzymała w odległości 10 kabli (1,85 km) od brzegu ob. PRL (lat 28, zam. w m. Okonek woj. szczecińskie), który płynął składanym kajakiem t. „Rekin” przy pomocy wiosł. Zatrzymany usiłował nielegalnie przekroczyć granicę z Polski, z zamiarem przedostania się do Szwecji⁴³.

⁴¹ Dozór był elementem (ugrupowaniem) służby granicznej, który wykonywał zadania ochrony granicy przy wykorzystaniu środków pływających, urządzeń sygnalizacyjnych, radiolokacyjnych lub noktowizyjnych. Zobacz I. Bieniecki, *Wojska Ochrony Pogranicza w systemie ochrony i obrony granicy morskiej Polski w latach 1965-1991*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk, 2015, s. 93; oraz *Regulamin służby granicznej. Cz. 1-Zasady ogólne (...)*, s. 41.

⁴² I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Przestępczość graniczna w Polsce (...)*, s. 59-60.

⁴³ Tamże, s. 62.

Dnia 11 września 1980 r. o godz. 0.42 służba POWT nr 16 strażnicy WOP w Kołobrzegu (Bałtycka BWOP) zaobserwowała na ekranie stacji r./lok. nierozpoznany cel, który odbił od brzegu i podążał kursem na pełne morze. Do przechwycenia celu skierowano stojący w porcie Kołobrzeg kuter rozpoznawczy WOP t. KR-70S, którego załoga o godz. 0.48 ujawniła w odległości 5 kabli (0,92 km) od brzegu ponton t. „Delfin” bez załogi oraz pływające w pobliżu niego wiosło. W pontonie znajdowała się tylko torba turystyczna.

W wyniku zorganizowania przez brygadę blokady terenu od strony brzegu, służba tej strażnicy o godz. 2.40 zatrzymała w rejonie latarni morskiej w Kołobrzegu wychodzącego z morza osobnika. Był to obywatel CSRS, który usiłował drogą morską przekroczyć granicę z Polski do jednego z państw kapitalistycznych.

W czasie prowadzonego dochodzenia ustalono, że uciekinier był recydywistą, karanym dwukrotnie pozbawieniem wolności przez sąd CSRS, za usiłowanie nielegalnego przekroczenia granicy z CSRS do Austrii.

Granicę do Polski przekroczył nielegalnie 8 września 1980 r. w godzinach rannych, na odcinku strażnicy Krzanowice (Górnośląska Brygada WOP)⁴⁴.

Dnia 10 września 1981 r. o godz. 4.10 służba POWT nr 34 strażnicy nadmorskiej WOP w Ustce (Bałtycka BWOP) zaobserwowała na ekranie stacji r./lok. nierozpoznany cel, który odbił w miejscu niedozwolonym od brzegu i płynął w kierunku na pełne morze.

Dowódca ugrupowania służby POWT – st. szer. Bogdan Rogowski o wykrytym celu niezwłocznie zameldował dyżurnemu operacyjnemu strażnicy. Na polecenie dowódcy strażnicy skierował do przechwycenia celu kuter WOP t. KR-70S, pełniący w tym czasie służbę dozoru na odcinku ww. POWT.

Podczas wykonywania zadania, załoga kutra o godz. 4.33 rozpoznała w odległości 4 kabli (0,74 km) od brzegu łódź wiosłową z pięcioma osobami, którą zatrzymano i wraz z znajdującymi się w niej osobami doprowadzono do przystani w m. Rowy.

Zatrzymanymi okazali się ob. NRD – małżeństwo z trojgiem małoletnich dzieci (5-12 lat), czasowo zamieszkali w Polsce, w województwie suwalskim, którzy przy użyciu skradzionej łodzi usiłowali nielegalnie przekroczyć granicę drogą morską do Szwecji, a następnie przedostać się do Berlina Zachodniego⁴⁵.

Dnia 1 sierpnia 1982 r. o godz. 7.52 załogi kutrów rybackich „UST-99 i 103” z Przedsiębiorstwa Połowów i Usług Rybackich „KORAB” w Ustce dokonujący połowów w odległości 48 Mm (88,89 km) od brzegu, w kierunku północnym od m. Ustka, powiadomiły drogą radiową Bałtycką BWOP o zauważeniu przez nich o godz. 7.40 pontonu z doczepnym silnikiem. W pontonie, który płynął z prędkością 10 węzłów (18,52 km/godz.), kursem północno-zachodnim, znajdowało się dwóch mężczyzn.

⁴⁴ Tamże, s. 74-76.

⁴⁵ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Przestępczość (...)*, s. 110.

Prowadzony na prośbę Bałtyckiej BWOP pościg przez kutry rybackie nie przyniósł rezultatów. Również działania rozpoznawczo-pościgowe zorganizowane siłami MBOP i przy użyciu samolotów nie doprowadziły do zatrzymania tego pontonu.

W czasie działań wyjaśniających na lądzie prowadzonych przez Bałtycką i Kaszubską BWOP, patrol strażnicy Białogóra (Kaszubska BWOP) podczas sprawdzania brzegu morza stwierdził o godz. 12.10 na plaży w rejonie styku ze strażnicą WOP Łeba (BBWOP) ślady po ciężkich przedmiotach ciągniętych w kierunku morza. W wyniku przeszukania w rejonie śladów znaleziono pokrowiec na ponton t. „Gryf”, materiał workowaty z plamami o zapachu benzyny, trzy butelki po piwie oraz kilka kromek chleba zawiniętego w gazetę⁴⁶.

Dnia 15 sierpnia 1982 r. o godz. 10.30 w czasie odprawy granicznej na wyjście statku „RUSALKA” z portu w Kołobrzegu do Finlandii, kontroler GPK Kołobrzeg wykrył w szalupie ratunkowej dwóch blindpasażerów⁴⁷ w wieku 18 lat, zamieszkali jeden w Ustce, drugi w Kołobrzegu, którzy zamierzali nielegalnie przekroczyć granicę i drogą morską przedostać się do jednego z ówczesnych krajów kapitalistycznych. W chwili zatrzymania posiadali oni przy sobie dokumenty tożsamości, kurtki zimowe, pojemnik dwulitrowy z płynem oraz produkty żywnościowe (chleb, ser żółty i cukier).

Podczas wstępnych czynności sprawdzających ustalono, że ww. jesienią 1981 r. wraz z kilkoma innymi uczniami Technikum Rybołówstwa Morskiego w Kołobrzegu dokonali kradzieży z włamaniem, za co wyrokiem Sądu Rejonowego w Kołobrzegu zostali skazani na 2-3 lata pozbawienia wolności. Jednocześnie zostali relegowani ze szkoły⁴⁸.

Dnia 27 lutego 1983 r. o godz. 13.49 w oparciu o informację przekazaną drogą radiową do kapitanatu portu w Kołobrzegu przez rybaków z kutra „KOŁ-89”, załoga okrętu OP-321 z MBOP zatrzymała na pozycji około 17 Mm (31,48 km) na północ od m. Ustronie Morskie ponton gumowy z silnikiem zaburtowym o mocy 2 KM wraz z dwoma ob. PRL (lat 34 i 19, zam. w Gdańsku), za usiłowanie nielegalnego przekroczenia granicy drogą morską do Szwecji⁴⁹.

Dnia 28 maja 1984 r. o godz. 0.16 szer. Sławomir Sekuła ze składu służby POWT-34⁵⁰ strażnicy WOP w Ustce (Bałtycka BWOP), prowadząc obserwację wskaźnika bliskiego

⁴⁶ Tamże, s. 144-145.

⁴⁷ BLIND, blinda – tzw. ślepy pasażer podróżujący statkiem bez biletu. Zobacz I. Grajewski, J. Wójcicki, *Mały leksykon morski*, Wydawnictwa MON, Warszawa 1981, s. 30.

⁴⁸ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Przestępczość (...)*, s. 149-151.

⁴⁹ Tamże, s. 163-165.

⁵⁰ POWT-posterunek obserwacji wzrokowo technicznej WOP. Wieża obserwacyjna WOP wykorzystywana na Wybrzeżu, na której pełniło służbę ugrupowanie (element służby) żołnierzy WOP. Na jej wyposażeniu znajdowały się środki obserwacji wzrokowej (lunety i lornetki), środki obserwacji technicznej (stacje r./lok.) oraz środki łączności. Zobacz I. Bieniecki, *Wojska Ochrony Pogranicza (...)*, s. 122-134.

dozoru radiolokacyjnego, wykrył mały, nierozpoznany cel odbijający od brzegu w rejonie styku ze strażnicą Smołdziński Las. Płynął on w morze z szybkością 8-10 węzłów (14,8-18,5 km/godz.) i o godz. 0.53 wyszedł z zasięgu obserwacji technicznej.

Skierowany o godz. 00.20 na rozpoznanie celu kuter rozpoznawczy WOP t. KR-70S stwierdził w rejonie zaniknięcia celu stado ptaków. Również wysłany ze strażnicy o godz. 0.37 patrol pogotowia⁵¹ w rejon odbicia celu od brzegu, śladów na plaży nie ujawnił. Wysłany ponownie na brzeg morski patrol pogotowia, o godz. 4.45 wykrył ślady dwóch osób i wózka służącego do przewożenia środka pływającego, które prowadziły do wody. Natomiast o godz. 8.50 około 25 m od brzegu znaleziono zatopiony wózek.

W wyniku podjętych działań pościgowo-rozpoznawczych tego samego dnia o godz. 18.05 załogi kutrów rybackich „DAR-157” i „DAR-158” zatrzymały na wysokości Darłowa, w odległości 22 Mm (40,7 km) od brzegu 3 ob. PRL. Znajdowali się oni w łodzi plastikowej wyposażonej w silnik zaburtowy. Tego samego dnia, o godz. 21.40 przekazano ich Bałtyckiej BWOP w Koszalinie. Ww. zamierzali nielegalnie przekroczyć granicę drogą morską do jednego z portów kapitalistycznych⁵².

BAŁTYCKA BRYGADA WOP W PODSYSTEMIE OCHRONY GRANICY MORSKIEJ PRL

Jak wspomniano powyżej Bałtycka Brygada WOP, oprócz Pomorskiej BWOP (w Szczecinie) i Kaszubskiej BWOP (w Gdańsku), była jedną z trzech nadmorskich BWOP, które zajmowały się ochroną granicy morskiej PRL⁵³.

Długość odcinka granicy państwowej ochranianego przez Bałtycką BWOP wynosiła: 175,580 km.

⁵¹ Patrol pogotowia to jedno z ugrupowań służby granicznej WOP. Patrol pogotowia wyznaczano w strażnicy WOP na całą lub część doby. Do jego zadań należało:

- prowadzenie pościgu za sprawcą, który dokonał npg i nie został lub nie mógł być zatrzymany przez inne ugrupowania (elementy) służby granicznej;
- wylegitymowanie lub zatrzymanie osób podejrzanych, o pojawieniu się których strażnica uzyskała informację;
- doprowadzenie do strażnicy osób zatrzymanych;
- wykonania innych pilnych zadań w zależności od sytuacji.

Wyznaczano go w składzie: dowódca patrolu, 1-2 strzelców patrolu, dyżurny motorowego przybrzeżnego kutra rozpoznawczego, kierowca samochodu, przewodnik z psem służbowym, środki łączności oraz środek transportu.

Skład patrolu pogotowia dowódca strażnicy odnotowywał w „*Księżce służby strażnicy*” (np. nadmorskiej) i ogłaszał podczas dokonywania podziału sił i środków w pododdziale. Zobacz *Regulamin Służby Granicznej, Cz. 1-Zasady ogólne*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1968, s. 44-45; oraz *Regulamin Służby Granicznej. Cz. 2- Ochrona granicy morskiej*, Wydawnictwo MON, Warszawa 1971, s. 66-69.

⁵² I. Bieniecki, I. Szkurląt, *Przestępczość graniczna w Polsce w drugiej połowie XX wieku w świetle biuletynów Wojsk Ochrony Pogranicza. Od zakończenia stanu wojennego do końca lat 80. Źródła*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2021, s. 19-20.

⁵³ *Biuletyn dyslokacyjny Wojsk Ochrony Pogranicza*, Wydawnictwo DWOP, Warszawa 1985, s. 147.

Punkty orientacyjne określające odcinek brygady: 6002, 3524-3 (Pomorska BWOP), 6078, 3678-9 (Kaszubska BWOP).

Zasięg działania brygady: województwo koszalińskie i słupskie.

Obszar pasa granicznego: 4 748 km².

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 576,6 km².

Dowództwo brygady:

Mp.: Koszalin, woj. koszalińskie.

Adres: 75-902 Koszalin, ul. Armii Czerwonej 92.

Pododdziały organiczne stacjonujące na terenie brygady: Ośrodek Szkolenia Podoficerów i Morskich Specjalistów (OSPIMS), k. łączności, k. ochrony, k. techniczna, k. saperów, k. remontowo-budowlana, pluton orkiestry⁵⁴.

W roku 1985 w jej strukturze organizacyjnej funkcjonowały następujące pododdziały.

Strażnica nadmorska kat. II Dźwirzyno

Długość odcinka linii brzegowej: 9,500 km.

Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6002, 3524-3 – 6006, 3534-5.

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 25,5 km²

Mp.: Dźwirzyno, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie.

Adres: 78-131 Dźwirzyno, ul. Wyzwolenia 12.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 15

(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).

Sektor obserwacji: 5°-0°-341°.

Mp.: Dźwirzyno, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie⁵⁵.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 16

(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).

Sektor obserwacji: 337°-335°.

Mp.: Grzybowo, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie.

Strażnica nadmorska kat. I-Kołobrzeg

Długość odcinka linii brzegowej: 9,500 km.

Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6006, 3534-5 – 6006, 3542-4.

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 25,6 km²

Mp.: Kołobrzeg, woj. koszalińskie.

Adres: 78-100 Kołobrzeg, ul. Klementa Gottwalda 7⁵⁶.

⁵⁴ Tamże, s. 148.

⁵⁵ Tamże, s. 148.

⁵⁶ Tamże, s. 149.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 17
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 6°-0°-322°.
Mp.: Kołobrzeg-ujście kanału portowego.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 18
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 2°-0°-342°.
Mp.: Luboszyce, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie⁵⁷.

Strażnica nadmorska kat. II-Ustronie Morskie
Długość odcinka linii brzegowej: 19,870 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6006, 3542-4 – 6014, 3560-7.
Obszar strefy nadgranicznej: ok. 75 km²
Mp.: Ustronie Morskie, gm. Ustronie Morskie, woj. koszalińskie.
Adres: 78-111 Ustronie Morskie, ul. Rolna 2.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 19
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 352°-325°.
Mp.: Sianożęty, gm. Ustronie Morskie, woj. koszalińskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 20
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 4°-0°-322°.
Mp.: Łasin, gm. Ustronie Morskie, woj. koszalińskie⁵⁸.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 21
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 6°-0°-325°.
Mp.: Gąski, gm. Będzino, woj. koszalińskie⁵⁹.

Strażnica nadmorska kat. I-Mielno
Długość odcinka linii brzegowej: 20,400 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6014, 3560-7 – 6024, 3580-7.

⁵⁷ Tamże, s. 150.

⁵⁸ Tamże, s. 151.

⁵⁹ Tamże, s. 152.

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 68,5 km²
Mp.: Unieście, gm. Mielenko, woj. koszalińskie.
Adres: 76-032 Mielno, m. Unieście, ul. 6 Marca 6.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 22
bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 357°-332°.
Mp.: Mielenko, gm. Mielno, woj. koszalińskie⁶⁰.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 23
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 340°-316°.
Mp.: Unieście, gm. Mielno, woj. koszalińskie⁶¹.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 24
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 331°-309°.
Mp.: Łazy, gm. Mielno, woj. koszalińskie.

Strażnica nadmorska kat. I-Darłowo
Długość odcinka linii brzegowej: 17,250 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6014, 3560-7 – 6038, 3590-4.
Obszar strefy nadgranicznej: ok. 65 km² ⁶²
Mp.: Darłowo, gm. Darłowo, woj. koszalińskie.
Adres: 76-150 Darłowo, ul. Żymierskiego 33.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 25
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 330°-299°.
Mp.: Dąbkowice, gm. Darłowo, woj. koszalińskie.
Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 26
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 313°-290°.
Mp.: Żukowo Morskie, gm. Darłowo, woj. koszalińskie⁶³.

⁶⁰ Tamże, s. 153.

⁶¹ Tamże, s. 153.

⁶² Tamże, s. 154.

⁶³ Tamże, s. 155.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 27
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 323°-293°.
Mp.: Darłówek, gm. Darłowo, woj. koszalińskie.

Strażnica nadmorska kat. I-Jarosławiec
Długość odcinka linii brzegowej: 26,500 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6038, 3590-4 – 6050, 3612-9.
Obszar strefy nadgranicznej: ok. 63 km².
Mp.: Jarosławiec, gm. Postomino, woj. słupskie.
Adres: 76-107 Jarosławiec.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 28
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 329°-286°.
Mp.: Kopań, gm. Darłowo, woj. koszalińskie⁶⁴.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 29
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 348°-302°.
Mp.: Rusinowo, gm. Postomino, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 30
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 359°-308°.
Mp.: Samborze, gm. Postomino, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 31
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 12°-0°-330°.
Mp.: Królewice, gm. Postomino, woj. słupskie⁶⁵.

Strażnica nadmorska kat. I-Ustka
Długość odcinka linii brzegowej: 20,900 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6050, 3612-9 – 6064, 3634-5.

⁶⁴ Tamże, s. 156.

⁶⁵ Tamże, s. 156.

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 82 km² ⁶⁶.

Mp.: Ustka, gm. Ustka, woj. śląskie.

Adres: 76-270 Ustka, ul. Obrońców Westerplatte 2.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 32
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).

Sektor obserwacji: 351°-328°.

Mp.: Modlinek, gm. Ustka, woj. śląskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 33
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).

Sektor obserwacji: 350°-325°.

Mp.: Ustka (port), gm. Postomino, woj. śląskie⁶⁷.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 34
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).

Sektor obserwacji: 331°-311°.

Mp.: Poddąbki, gm. Ustka, woj. śląskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 35
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).

Sektor obserwacji: 352°-295°.

Mp.: Rowy, gm. Ustka, woj. śląskie.

Strażnica nadmorska kat. II-Smołdziński Las

Długość odcinka linii brzegowej: 25,900 km.

Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6064, 3634-5 – 6072, 3654-5.

Obszar strefy nadgranicznej: ok. 67 km².

Mp.: Smołdziński Las, gm. Smołdzino, woj. śląskie.

Adres: 76-214 Smołdzino, m. Smołdziński Las⁶⁸.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 36
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).

Sektor obserwacji: 346°-312°.

Mp.: Jezioro Dołgie, gm. Smołdzino, woj. śląskie.

⁶⁶ Tamże, s. 157.

⁶⁷ Tamże, s. 158.

⁶⁸ Tamże, s. 159.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 37
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 2°- 0°-312°.
Mp.: Czołpino, gm. Smołdzino, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 38
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 14°-0°-321°.
Mp.: Boleniec, gm. Smołdzino, woj. słupskie.

Strażnica nadmorska kat. I-Łeba
Długość odcinka linii brzegowej: 25,900 km.
Punkty określające odcinek linii brzegowej: 6072, 3654-5 – 6078, 3678-9.
Obszar strefy nadgranicznej: ok. 87 km².
Akweny stale zamknięte dla żeglugi i rybołówstwa morskiego-4.
Mp.: Łeba , gm. Łeba, woj. słupskie.
Adres: 84-360 Łeba, ul. Turystyczna 1⁶⁹.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 39
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 359°-329°.
Mp.: Rąbek, gm. Łeba, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 40
(dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9-29,6 km).
Sektor obserwacji: 5°- 0°-332°.
Mp.: Łeba, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 41
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 355°-328°.
Mp.: Ulinia, gm. Łeba, woj. słupskie.

Posterunek obserwacji wzrokowo-technicznej nr 42
(bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km).
Sektor obserwacji: 14°-0°-321°.
Mp.: Stillo, gm. Choczewo, woj. gdańskie⁷⁰.

⁶⁹ Tamże, s. 160.

⁷⁰ Tamże, s. 161.

Batalion odwodowy Lębork

Dowództwo batalionu:

Mp.: Lębork, woj. słupskie.

Adres: 84-301 Lębork, ul. Toruńska 4.

Pododdziały organiczne stacjonujące na terenie batalionu odwodowego: k. dowodzenia, k. odwodowa, k. rem.-bud.

Graniczna Placówka Kontrolna-Kołobrzeg (morska)

Adres: 78-100 Kołobrzeg, ul. Kilińskiego 20⁷¹.

Graniczna Placówka Kontrolna-Darłowo(morska)

Adres: 76-153 Darłowo, m. Darłówek, woj. słupskie⁷²

Graniczna Placówka Kontrolna-Ustka (morska)

Adres: 76-270 Ustka, woj. słupskie.

Punkty kontroli granicznej (morski)

Adres: 76-270 Ustka, m. Rowy, gm. Ustka, woj. słupskie.

Graniczna Placówka Kontrolna-Łeba (morska)

Adres: 84-360 Łeba, woj. słupskie.

Jak z powyższego zestawienia wynika w Bałtyckiej BWOP (na środkowym Wybrzeżu) funkcjonowało ogółem 41 pododdziałów granicznych tej formacji, wśród których było 9 strażnic nadmorskich, 4 GPK i 28 POWT, co zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela 1: Pododdziały graniczne stacjonujące w trzech nadmorskich BWOP według stanu z 1985 r.

| Lp. | Rodzaj pododdziału w BWOP | Nadmorskie Brygady WOP | | | Razem w trzech BWOP |
|-----|---------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| | | Pomorska BWOP (Szczecin) | Bałtycka BWOP (Koszalin) | Kaszubska BWOP (Gdańsk Nowy Port) | |
| 1. | Strażnice rozwinięte | 12 strażnic rozwiniętych (lądowych -Czelin-kat. II, Cedynia-kat. II, Piasek-kat. II, Krajnik-kat. II, Widuchowo-kat. II, Gryfino-kat. I, Kamieniec-kat. II, Barniśław-kat. II, Kościno-kat. I, Stolec-kat. II, Karczno-kat. I, Swinoujście-kat. I). | | | 12 |

⁷¹ Tamże, s. 161.

⁷² Tamże, s. 162.

| | | | | | |
|----|----------------------|---|--|---|----|
| 2 | Strażnice portowe | 4 strażnice portowe (Swinoujście-kat. I, Czajki-kat. II, Kujoty-kat. II, Gołęcino-kat. II). | | 6 strażnic portowych (bport Gdynia: nr 1-kat II, nr 2-kat. II, nr 3-kat. II i bport Gdańsk: Nowy Port nr 1-kat. II, Wisłoujście-kat. II, Nowy Port nr 2-kat. II). | 10 |
| 3. | Strażnice nadmorskie | 5 strażnic nadmorskich (Swinoujście-kat. II, Międzyzdroje-kat. II, Dziwnów-kat. II, Rewal-kat. II, Mrzeżyno-kat. II). | 9 strażnic nadmorskich (Dźwirzyno-kat. II, Kołobrzeg-kat. I, Ustronie Morskie-kat. II, Mielno-kat. I, Darłowo-kat. I, Jarosławiec-kat. I, Ustka-kat. I, Smołdziński Las-kat. II, Łeba-kat. I). | 6 strażnic nadmorskich (Białogóra-kat. II, Karwia-kat. II, Władysławowo-kat. II, Jastarnia-kat. I, Jantar-kat. I, Krynica Morska-kat. I). | 20 |
| 4. | Strażnice kadrowe | | | 4 strażnice kadrowe (na granicy z ZSRR: Braniewo-kat. I, Górowo Iławeckie-kat. II, Bartoszyce-kat. I, Barciany-kat. I). | 4 |
| 5. | GPK | 7 GPK (Gryfino z siedzibą w m. Krajnik Dolny, Szczecin Port, Szczecin Gumieńce, Lubieszyn, Trzebież, Swinoujście, Dziwnów). | 4 GPK (Kołobrzeg, Darłowo, Ustka, Łeba) | 5 GPK (Władysławowo, Hel, Gdynia Port, Gdańsk Port, Rębiechowo-lotnisko). | 16 |
| 6. | Bataliony graniczne | 3 bg (Chojna-kompania dowodzenia, Szczecin, Swinoujście-kompania dowodzenia). | | 1 bg (Kętrzyn-dowództwo) | 4 |
| 7. | Bataliony portowe | 1 bport (Szczecin Dąbie). | | 2 bport (bport Gdynia-k. dowodzenia oraz 3 strażnice portowe i bport Gdańsk-3 strażnice portowe). | 3 |

| | | | | | |
|---|------|---|---|---|------------|
| 8. | POWT | 14 POWT (nr 1-Podgrodzie, nr 2-10 km na pld od m. Swinoujście, nr 3-Swinoujście, nr 4-Przybór, nr 5-Międzyzdroje, nr 6-Grodno, nr 7-Leśniczówka Kołczewo, nr 8-Międzywodzie, nr 9-Dziwnówek, nr 10-Pobierowo, nr 11-Rewał, nr 12-Pogorzelica, nr 13-3,2 km na zachód od m. Mrzeżyno, nr 14-Mrzeżyno). | 28 POWT (nr 15-Dźwirzyno, nr 16-Grzybowo, nr 17-Kołobrzeg, nr 18-Luboszyce, nr 19-Sianożęty, nr 20-Łasin, nr 21-Gąski, nr 22-Mielenko, nr 23-Unieście, nr 24-Łazy, nr 25-Dąbkowice, nr 26-Zukowo Morskie, nr 27-Darłówek, nr 28-Kopań, nr 29-Rusinowo, nr 30-Samborze, nr 31-Królewice, nr 32-Modlinek, nr 33-Ustka, nr 34-Poddąbki, nr 35-Rowy, nr 36-Jezioro Dołgie, nr 37-Czołpino, nr 38-Boleniec, nr 39-Rąbek, nr 40-Łeba, nr 41-Ulinia, nr 42-Stilllo). | 27 POWT (nr 43-Lubiatowo, nr 44-Białogóra, nr 45-Dębki, nr 46-Karwien-skie Błota, nr 47-Ostrowo, nr 48-Jastrzębia Góra (Lisi Jar), nr 49-Chłapowo, nr 50-Władysła-wowo-Wielka Wieś, nr 51-Chałupy, nr 52-Kuźnica, nr 53-Jastarnia, nr 54-Góra Szwedów, nr 55-Hel, nr 56-Gdynia Skwer Koścuszki (planowane nb. Wendy), nr 57-Sopot Kamienny Potok (planowane), nr 58-Gdańsk Nowy Port (ujście Wisły), nr 59-Gdańsk Port Północny, nr 60-Gdańsk Górki Zachodnie, nr 61-Gdańsk Wyspa Sobieszewska, nr 62-Mikoszewo, nr 63-Jantar, nr 64-Stegna, nr 65-Kąty Rybackie, nr 66-Skowronki, nr 67-Krynica Morska, nr 68-Leśniczówka, nr 69-Piaski. | 69 |
| Ogółem pododdzia- łów granicznych w BWOP | | 46 | 41 | 55 | 138 |

Źródło: Biuletyn dyslokacyjny Wojsk Ochrony Pogranicza i arkusz poprawek, opracowanie DWOP, Warszawa 1985, s. 119-191.

Należy jednak pamiętać, iż oprócz pododdziałów granicznych (liniowych, strażnic i kadrowych – GPK) trzech BWOP na granicy morskiej PRL jednostki te posiadały ogółem 33 pododdziały organiczne, które również w znacznej liczbie mogły być w razie potrzeby wykorzystane do działań na tym odcinku granicy państwowej. Wśród nich były m. in.: 2 OSPiMS (Szczecin, Koszalin), 2 bataliony odwodowe (bo-Szczecin, Lębork), 1 k. odwodowa (Lębork), 3 k. łączności, 3 k. ochrony, 3 k. techniczne, 3. k. rem.-bud. i inne, co zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela 2. Pododdziały organiczne stacjonujące w trzech nadmorskich BWOP według stanu z 1985 r.

| Lp. | Rodzaj pododdziału w BWOP | Brygady WOP | | | Razem w trzech BWOP |
|---|----------------------------|--|---|---|---------------------|
| | | Pomorska BWOP (Szczecin) | Bałtycka BWOP (Koszalin) | Kaszubska BWOP (Gdańsk Nowy Port) | |
| 1. | OSPiMS | 1 (Szczecin) | 1 (Koszalin) | | 2 |
| 2. | Batalion odwodowy | 1 (Szczecin) | 1 (Lębork-k. dowodzenia, k. odwodowa, k. rem.-bud.) | | 2 |
| 3. | Batalion graniczny | 3 (Chojna-k. dowodzenia, Szczecin-dowództwo b., Świnoujście) | | | 3 |
| 4. | K. odwodowa | | 1 (Lębork) | | 1 |
| 5. | K. łączności | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 6. | K. dowodzenia | | 1 (Lębork) | 1 (bport Gdynia) | 2 |
| 7. | K. rem.-bud. | | 1 (Lębork) | | 1 |
| 8. | K. ochrony | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 9. | K. techniczna | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 10. | K. rem.-bud. | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 11. | K. saperów | 1 | 1 | | 2 |
| 12. | Pluton orkiestry | 1 | 1 | 1 | 3 |
| 13. | Strażnica szkolna/odwodowa | 1 (strażnica szkolna w Dobieszczynie) | | 1 (strażnica odwodowa w Gdańsku Nowym Porcie) | 2 |
| Ogółem pododdziałów w nadmorskich BWOP | | 13 | 11 | 9 | 33 |

Źródło: Biuletyn dyslokacyjny Wojsk Ochrony Pogranicza, Opracowanie i arkusz poprawek opracowanie DWOP, Warszawa 1985, s. 119-191.

Oceniając powyższe ustalenia należy uznać, że podsystem ochrony granicy morskiej WOP w okresie PRL był stosunkowo liczny, bowiem w jego skład wchodził zarówno żołnierze zsw jak i personel zawodowy tej formacji. Zarówno jedni jak i drudzy prowadzili działalność służbową w kilku płaszczyznach (strefach).

W pierwszej strefie-na M. Bałtyckim (na wodzie) działały jednostki pływające WOP oraz okręty MBOP⁷³. W tym czasie z jednostkami tymi współdziałało łącznie na całym Wybrzeżu 68 (w Sopocie nie zostało wybudowane) POWT, z których aż 41,2% (28) zabezpieczało Wybrzeże środkowe PRL. Chociaż POWT WOP funkcjonowały w strukturach organizacyjnych strażnic nadmorskich WOP⁷⁴ i stacjonowały na lądzie, to jednak żołnierze zsw poprzez obserwację i r./lok. dozór zabezpieczali ochronę granicy morskiej od strony wody⁷⁵.

W powietrzu ochronę granicy morskiej, w drugiej połowie XX w., sprawowały załogi samolotów i śmigłowców Eskadry Lotnictwa Rozpoznawczego (ELR) WOP⁷⁶, które później – w latach 70. i 80. XX w. działały w ramach MW (MON).

Ostatnią strefę ochraniały różnorodne, specjalistyczne, graniczne pododdziały lądowe tej formacji. Wśród nich znajdowały się zarówno pododdziały liniowe, w składzie których występowały żołnierze zsw (strażnice nadmorskie, bataliony odwodowe i bataliony portowe⁷⁷ tej formacji), pododdziały kadrowe czyli GPK, a także wydziały Zwiadu czy GO⁷⁸. Personel tych ostatnich prowadził pracę kontrwywiadowczą, mając do dyspozycji setki tajnych współpracowników (TW), pozyskiwanych głównie z pośród ludności pogranicza (zarówno mieszkańców jak i pracowników różnych instytucji oraz zakładów pracy działających na Wybrzeżu).

⁷³ I. Bieniecki, *Jednostki pływające (...)*, s. 77-93; oraz tenże *Wykorzystanie jednostek pływających Morskiej Brygady Okrętów Pogranicza w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1965-1971*, „Komunikaty Instytutu Bałtyckiego”, Wydawnictwo „Marpress”, Gdańsk 2008, z. 47, s. 54-67.

⁷⁴ W drugiej połowie lat 80. XX w. w strażnicy nr 2 bport. WOP w Gdańsku zostało włączone do służby granicznej ostatnie POWT tej formacji, które funkcjonowało na Wyspie Sobieszowskiej (m. Orle). Działo ono do końca istnienia tej formacji (1991 r.). Informacje własne autorów.

⁷⁵ I. Bieniecki, *Obserwacja i radiolokacja w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1960-1991*, [w:] *Siły Zbrojne-Polityka. Studia ofiarowane profesorowi Jerzemu Przybylskiemu w siedemdziesiątą rocznicę urodzin*, red. P. Kurlenda, J. Romanowicz, A. Rossa i B. Żalewski, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 43-61.

⁷⁶ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Eskadra Lotnictwa Rozpoznawczego Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie granicy morskiej PRL w latach 1958-1991. Wybrane problemy* [w:] *Polityka-wojskowość-bezpieczeństwo. Księga Księga Jubileuszowa z okazji 40-lecia działalności naukowej Profesora Romana Kochnowskiego* T. Skrzyński i J. Jastrzębski, (red.), Wydawnictwo Naukowe UP w Krakowie, Kraków 2023, s. 346-369.

⁷⁷ I. Bieniecki, *Udział żołnierzy Wojsk Ochrony Pogranicza w zabezpieczeniu polskich portów morskich w latach 1965-1991*, [w:] *Bezpieczeństwo i ochrona portów morskich oraz miast portowych* (materiały z VII Międzynarodowej Konferencji Naukowej >>Zarządzenie Kryzysowe<< „Bezpieczeństwo regionalne” pt. Bezpieczeństwo i ochrona ludności i infrastruktury krytycznej wybrzeża i miast regionu nadmorskiego zorganizowanej przez AP w Słupsku, AMW w Gdyni i Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie odbytej w Gdyni 26.06.2010 r.), Gdynia 2009, s. 1-26 (płyta CD).

⁷⁸ I. Bieniecki, I. Szkurlat, *Zwiad Wojsk Ochrony Pogranicza (...)*, s. 387-411.

W tym czasie personel WOP (w tym kadra i żołnierze zsw), oprócz personelu MBOP, stanowili znaczący odsetek całości sił wykorzystywanych w ochronie granicy morskiej PRL. Choć w końcowym okresie swojego istnienia formacja ta funkcjonowała w resorcie spraw wewnętrznych (MSW) to należy pamiętać, że z siłami tymi, w ochronie granicy morskiej PRL współdziałała też Morska Brygada Okrętów Pogranicza (MBOP) im. kmdr. por. Franciszka Dąbrowskiego. Jednak, przed przeobrażeniami jakie miały miejsce w Polsce na przełomie lat 80. i 90. XX w., była ona integralną częścią polskiej MW i działała w ramach innego resortu (MON).

Załącznik 1

Dyslokacja POWT WOP na Wybrzeżu środkowym PRL według stanu z 1985 r.

| Lp. | Nr POWT WOP | Rodzaj POWT | Sektor obserwacji | Miejsce stałej dyslokacji |
|-----|-------------|---|-------------------|---|
| 1. | POWT nr 15 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 5°-0°-341°. | Dźwirzyno, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie. |
| 2. | POWT nr 16 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 337°-335°. | Grzybowo, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie. |
| 3. | POWT nr 17 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 6°-0°-322°. | Kołobrzeg – ujście kanału portowego. |
| 4. | POWT nr 18 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 2°-0°-342°. | Luboszyce, gm. Kołobrzeg, woj. koszalińskie. |
| 5. | POWT nr 19 | Bliskiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 352°-325°. | Sianożęty, gm. Ustronie Morskie, woj. koszalińskie. |
| 6. | POWT nr 20 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 4°-0°-322°. | Łasin, gm. Ustronie Morskie, woj. koszalińskie. |
| 7. | POWT nr 21 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 6°-0°-325°. | Gąski, gm. Będzino, woj. koszalińskie. |
| 8. | POWT nr 22 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 357°-332°. | Mielenko, gm. Mielno, woj. koszalińskie. |
| 9. | POWT nr 23 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 340°-316°. | Unieście, gm. Mielno, woj. koszalińskie. |

| | | | | |
|-----|------------|---|--------------|---|
| 10. | POWT nr 24 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 331°-309°. | Łazy, gm. Mielno, woj. koszalińskie. |
| 11. | POWT nr 25 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 330°-299°. | Dąbkowice gm. Darłowo, woj. koszalińskie. |
| 12. | POWT nr 26 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (25,9/29,6 km) | 313°-290°. | Żukowo Morskie, gm. Darłowo, woj. koszalińskie. |
| 13. | POWT nr 27 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 323°-293°. | Darłówek, gm. Darłowo, woj. koszalińskie. |
| 14. | POWT nr 28 | Bliskiego-zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 329°-286°. | Kopań, gm. Darłowo, woj. koszalińskie. |
| 15. | POWT nr 29 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 348°-302°. | Rusinowo, gm. Postomino, woj. słupskie. |
| 16. | POWT nr 30 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 359°-308°. | Samborze, gm. Postomino, woj. słupskie. |
| 17. | POWT nr 31 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 12°-0°-330°. | Królevice, gm. Postomino, woj. słupskie. |
| 18. | POWT nr 32 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 351°-328°. | Modlinek, gm. Ustka, woj. słupskie. |
| 19. | POWT nr 33 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 350°-325°. | Ustka (port), gm. Postomino, woj. słupskie. |
| 20. | POWT nr 34 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 331°-311°. | Poddąbki, gm. Ustka, woj. słupskie. |
| 21. | POWT nr 35 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 352°-295°. | Rowy, gm. Ustka, woj. słupskie. |
| 22. | POWT nr 36 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 346°-312°. | Jezioro Dołgie, gm. Smołdzino, woj. słupskie. |
| 23. | POWT nr 37 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 2°- 0°-312°. | Czołpino, gm. Smołdzino, woj. słupskie. |
| 24. | POWT nr 38 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 14°-0°-321°. | Boleniec, gm. Smołdzino, woj. słupskie. |

| | | | | |
|---|------------|---|--------------|-------------------------------------|
| 25. | POWT nr 39 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 359°-329°. | Rąbek, gm. Łeba, woj. śląskie. |
| 26. | POWT nr 40 | Dalekiego dozoru – zasięg 14/16 Mm (25,9/29,6 km) | 5°- 0°-332°. | Łeba, woj. śląskie. |
| 27. | POWT nr 41 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km) | 355°-328°. | Ulinia, gm. Łeba, woj. śląskie. |
| 28. | POWT nr 42 | Bliskiego dozoru – zasięg 6/8 Mm (11,1/14,8 km). | 14°-0°-321°. | Stillo, gm. Choczewo, woj. gdańskie |
| Razem: 27 POWT na odcinku Bałtyckiej BWOP w tym: 20 bliskiego dozoru (6/8 Mm) i 8 dalekiego dozoru (14/16 Mm) z 67 ogółu POWT WOP na Wybrzeżu. | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Biuletynu dyslokacyjnego Wojsk Ochrony Pogranicza”, opracowanie DWOP, Warszawa 1985, s. 119-188 (w zbiorach autorów).

Załącznik 2

Dyslokacja baz kutrów rozpoznawczych WOP na Wybrzeżu środkowym PRL według stanu z 1985 r.

| Lp. | Dyslokacja bazy kutrów rozpoznawczych WOP | Strażnica WOP | Długość odcinka | BWOP |
|--|---|---|------------------------------|---------------|
| 1. | W porcie Kołobrzeg | Strażnica nadmorska kat. I – Kołobrzeg. | Linii brzegowej – 9,360 km. | Bałtycka BWOP |
| 2. | W przystani rybackiej Unieście | Strażnica nadmorska kat. I – Mielno. | Linii brzegowej – 20,400 km. | Bałtycka BWOP |
| 3. | W m. Darłówek | Strażnica nadmorska kat. I – Darłowo. | Linii brzegowej – 17,250 km. | Bałtycka BWOP |
| 4. | W porcie Ustka | Strażnica nadmorska kat. I – Ustka. | Linii brzegowej – 20,900 km. | Bałtycka BWOP |
| 5. | W porcie Łeba | Strażnica nadmorska kat. I – Łeba. | Linii brzegowej – 25,900 km. | Bałtycka BWOP |
| Razem: 5 baz kutrów rozpoznawczych WOP (Pomorska BWOP-Szczecin-4, Bałtycka BWOP-Koszalin-5, Kaszubska BWOP-Gdańsk-5). | | | | |

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Biuletynu dyslokacyjnego Wojsk Ochrony Pogranicza”, opracowanie DWOP, Warszawa 1985, s. 127-176 (w zbiorach autorów).

Bibliografia:

Archiwalia:

Archiwum Straży Granicznej (dalej ASG) w Szczecinie

Akta Szefostwa WOP, sygn. nr 2368, t. 4, Analiza sytuacji operacyjnej na odcinku granicy morskiej w latach 1961

Akta DWOP, sygn. nr 1841, t. 8, Opracowanie pt. „Organizacja działań sił i środków WOP w systemie ochrony granic kraju i współdziałania w tej dziedzinie z innymi siłami i środkami OTK z 15.10.1970 r.

Akta DWOP, sygn. nr 2378, t. 7, Informacja na temat organizacji ochrony granicy morskiej PRL z 11.02.1977 r.

Akta DWOP, sygn. nr 2519, t. 82, Wykaz jednostek i pododdziałów WOP z 1983 r.

Zakres działania dowództwa Brygady Wojsk Ochrony Pogranicza, Warszawa-styczeń 1985 (w zbiorach autorów).

Archiwum IPN w Gdańsku

sygn. nr 0087/34, t. 17, E. Cilecki, *Ochrona granic PRL a przestępczość przemytnicza*, Warszawa 1987.

Opracowania zwarte:

Bieniecki I., *Morska Brygada Okrętów Pogranicza w latach 1966-1991*, [w:] *Szkice z najnowszych dziejów*, Cz. Ciesielski (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997.

Bieniecki I., *Jednostki pływające Morskiej Brygady Okrętów Pogranicza i ich wykorzystanie w ochronie granicy morskiej w latach 1966-1991*, [w:] *Militarne i gospodarcze aspekty polityki morskiej Polski XX wieku* (materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez AMW w Gdyni 11-12.05.2000 r.), J. Przybylski i B. Zalewski (red.), Gdynia 2001.

Bieniecki I., *Nadmorskie Brygady WOP i Morska Brygada Okrętów Pogranicza w systemie obrony wybrzeża w okresie zagrożenia i wojny w latach 1965-1991. Stan sił i możliwości ich wykorzystania*, [w:] *Konflikt zbrojny na Bałtyku w koncepcjach ideologii zimnowojennej po 1945 roku* (materiały z konferencji naukowej w Akademii Marynarki Wojennej 25.11.2004 r.), A. Drzewiecki (red.), Wydawnictwo AMW w Gdyni, Gdynia 2005.

Bieniecki I., *Rozpoznanie lotnicze w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1958-1991*, [w:] *Środkowoeuropejskie Dziedzictwo Lotnicze* (materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez Muzeum Lotnictwa Polskiego w Krakowie 4-6.11.2005 r.), K. Radwan (red.), Wydawnictwo Muzeum Lotnictwa Polskiego, Kraków 2005.

Bieniecki I., *Obserwacja i radiolokacja w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1960-1991*, [w:] *Siły Zbrojne-Polityka. Studia ofiarowane profesorowi Jerzemu Przybylskiemu w siedemdziesiątą rocznicę urodzin*, P. Kurlenda, J. Romanowicz, A. Rossa i B. Zalewski (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005.

Bieniecki I., *Formy współpracy formacji ochrony granic państw regionu Morza Bałtyckiego w latach 1991-2004 (wybrane problemy)*, [w:] *Polska i sąsiedzi. Studia z dziejów kultury gospodarki i myśli politycznej*, M. Hejger i W. Skóra, (red.), Wydawnictwo JASNE, Pruszcz Gdański-Słupsk 2010.

Bieniecki I., *Współpraca Wojsk Ochrony Pogranicza z PRL z formacjami ochrony granic ZSRR i NRD na południowym Bałtyku w latach 1960-1991*, [w:] *Morze nasze nie nasze. Zbiór studiów*, P. Kurpiewski, T. Stegner (red.), (materiały z Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Morze nasze i nie nasze” zorganizowanej przez Muzeum Miasta Gdynia w dniach 18-19.10.2010 r.), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2011.

Bieniecki I., *Udział żołnierzy Wojsk Ochrony Pogranicza w zabezpieczeniu polskich portów morskich w latach 1965-1991*, [w:] *Bezpieczeństwo i ochrona portów morskich oraz miast portowych* (materiały z VII Międzynarodowej Konferencji Naukowej >>Zarządzenie Kryzysowe<< „Bezpieczeństwo regionalne” pt. Bezpieczeństwo i ochrona ludności i infrastruktury krytycznej wybrzeża i miast regionu nadmorskiego zorganizowanej przez AP w Słupsku, AMW w Gdyni i Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie odbytej w Gdyni 26.06.2010 r.), Gdynia 2009 (płyta CD).

Bieniecki I., *Potrzeba chwili czy wyższa konieczność? Szkolenie i wykorzystanie psów służbowych w ochronie granicy w latach 1945-1991 w świetle dokumentów Wojsk Ochrony Pogranicza*, [w:] *Człowiek w relacji do zwierząt, roślin i maszyn w kulturze, T. 2 Od humanizmu do posthumanizmu*, J. Tymieniecki-Suchanek (red.), (materiały z konferencji zorganizowanej w Sosnowcu), Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2014.

Bieniecki I., *Wojska Ochrony Pogranicza w systemie ochrony i obrony granicy morskiej PRL w latach 1965-1991*, Wydawnictwo Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2015.

Bieniecki I., Szkurlat I., *Zwiad Wojsk Ochrony Pogranicza w zabezpieczeniu polskiej granicy morskiej w latach 1960-1991* [w:] *W cieniu służb. Ze studiów nad bezpieczeństwem państwa*, red. P. Kołakowski, B. Sprengel, M. Stefański, J. Zawadzki, Wydawnictwo Adam Marszałek w Toruniu, Toruń 2016.

Bieniecki I., Szkurlat I., *Zwiad Wojsk Ochrony Pogranicza w latach 1960-1991 (zadania, organizacja, personel i jego działalność w ochronie granicy PRL)* [w:] *Służby wywiadowcze jako element polskiej polityki bezpieczeństwa. Historia i współczesność*, M. Górka, (red.), Wydawnictwo Adam Marszałek w Toruniu, Toruń 2016.

Bieniecki I., Szkurlat I., *Przestępczość graniczna w Polsce w drugiej połowie XX wieku w świetle biuletynów Wojsk Ochrony Pogranicza. Schyłek lat 70. i okres stanu wojennego. Źródła*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2018.

Bieniecki I., Szkurłat I., *Przestępczość graniczna w Polsce w drugiej połowie XX wieku w świetle biuletynów Wojsk Ochrony Pogranicza. Od zakończenia stanu wojennego do końca lat 80. Źródła*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej w Słupsku, Słupsk 2021.

Bieniecki I., Szkurłat I., *Eskadra Lotnictwa Rozpoznawczego Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie granicy morskiej PRL w latach 1958-1991. Wybrane problemy* [w:] *Polityka-wojskowość-bezpieczeństwo. Księga Jubileuszowa z okazji 40-lecia działalności naukowej Profesora Romana Kochnowskiego*, T. Skrzyński i J. Jastrzębski, (red.), Wydawnictwo Naukowe UP w Krakowie, Kraków 2023.

Biuletyn dyslokacyjny Wojsk Ochrony Pogranicza, Wydawnictwo DWOP, Warszawa 1985 (odpis w zbiorach autorów).

Grajewski I., Wójcicki J., *Mały leksykon morski*, Wydawnictwa MON, Warszawa 1981.

Jackiewicz Z., *Wojska Ochrony Pogranicza 1945-1991. Krótki informator historyczny*, Wydawnictwo Centrum Szkolenia Wojsk Ochrony Pogranicza w Kętrzynie, Kętrzyn 1988.

Leksykon wiedzy wojskowej, opracowanie zbiorowe pod kier. M. Laprusa, Wyd. MON, Warszawa 1979.

Encyklopedia prawa międzynarodowego i stosunków międzynarodowych, opracowanie zbiorowe A. Klafkowski (red.), Wyd. Wiedza Powszechna, Warszawa 1976.

Regulamin służby granicznej. Cz. 1 – Zasady ogólne, Wyd. MON, Warszawa 1968.

Regulamin Służby Granicznej. Cz. 2 – Ochrona granicy morskiej, Wyd. MON, Warszawa 1971.

Prasa i biuletyny

Bieniecki I., *Morska Brygada Okrętów Pogranicza (1966-1991)*, „Biuletyn COS SG”, Koszalin 2002, nr 3-4.

Bieniecki I., *Samoloty i śmigłowce Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1958-1991*, „Słupskie Studia Historyczne” 2007, nr 13.

Bieniecki I., *Wykorzystanie jednostek pływających Morskiej Brygady Okrętów Pogranicza w ochronie polskiej granicy morskiej w latach 1965-1971*, „Komunikaty Instytutu Bałtyckiego”, Wydawnictwo „Marpress”, Gdańsk 2008, z. 47.

Bieniecki I., *Przestępstwa graniczne na Wybrzeżu w świetle dokumentów Wojsk Ochrony Pogranicza w latach 1945-1991*, „Biuletyn Historyczny Muzeum Marynarki Wojennej”, Gdynia 2011, nr 26.

Działanie WOP w systemie ochrony granic kraju w czasie pokoju i wojny, „Biuletyn Informacyjny” Akademii Sztabu Generalnego (ASG), Warszawa 1971, nr 1 (101), s. 15.

Goryński G., *Służba żołnierzy Wojsk Ochrony Pogranicza w ochronie granicy morskiej na terenie portów Gdyni i Gdańska w latach 1946-1956*, „Biuletyn Historyczny Muzeum Marynarki Wojennej”, Gdynia 1992, nr 12.

Przepisy obowiązujące w strefie nadgranicznej, „Granica” (Pismo WOP), nr 7 z 1986.

KAJETAN KYCIA

Wyższa Szkoła Straży Granicznej

Student kierunku: Bezpieczeństwo granicy państwowej

ŚWIAT BEZ BOMBY ATOMOWEJ? DZIAŁANIA NA RZECZ REDUKCJI PROLIFERACJI BRONI MASOWEGO RAŻENIA (BMR) – STAN I PERSPEKTYWY

A WORLD WITHOUT THE ATOMIC BOMB? ACTIONS TO REDUCE THE PROLIFERATION OF WEAPONS OF MASS DESTRUCTION (WMD) – STATUS AND PROSPECTS

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo międzynarodowe, proliferacja, broń masowego rażenia, terroryzm nuklearny,

Abstrakt: Artykuł ten prezentuje kluczowe aspekty proliferacji broni jądrowej, w tym rolę i wpływ Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (IAEA), mechanizmy kontroli technologii nuklearnych oraz politykę bezpieczeństwa globalnego. W tekście podjęto także próbę analizy dynamiki „zimnej wojny”, wyścigu zbrojeń oraz aktualnych zagrożeń związanych z terroryzmem nuklearnym. Szczególną uwagę poświęcono wpływowi krajów posiadających broń jądrową oraz tych aspirujących do jej zdobycia na globalne bezpieczeństwo i politykę międzynarodową. W artykule omówiono także efektywność sankcji, inspekcji międzynarodowych oraz roli porozumień międzynarodowych w przeciwdziałaniu proliferacji. Artykuł stanowić ma asumpt do podjęcia rozważań w przedmiocie współczesnych wyzwań związanych z bronią jądrową oraz propozycji strategii mających na celu minimalizację ryzyka jej dalszego rozprzestrzeniania.

Key words: national security, proliferation, weapons of mass destruction, nuclear terrorism

Abstract: This article presents key aspects of proliferation of nuclear weapons, including the role and influence of the International Atomic Energy Agency (IAEA), nuclear technology control mechanisms, and global security policy. The text also attempts to analyze the dynamics of the „Cold War”, the arms race and current threats related to nuclear terrorism. Particular attention was paid to the impact of countries possessing nuclear weapons and those aspiring to acquire them on global security and international politics. The article also discusses the effectiveness of sanctions, international inspections and the role of international agreements in counteracting proliferation. The article is intended to be an incentive to consider contemporary challenges related to nuclear weapons and to propose strategies aimed at minimizing the risk of its further spread.

WSTĘP

Od czasu zrzucenia bomb atomowych na Hiroszimę i Nagasaki w 1945 roku, broń nuklearna stała się najbardziej przerażającym a jednocześnie najważniejszym symbolem współczesnej technologii militarnej. Zmieniła ona dynamikę stosunków międzynarodowych, wprowadzając nowy, najwyższy poziom zagrożenia bronią masowego rażenia (BMR) dla światowego bezpieczeństwa¹. Stąd też jej rozwój, a w szczególności broni

¹ W. Malendowski, *Zimna wojna: sprzeczności, konflikty i punkty kulminacyjne w radziecko-amerykańskiej rywalizacji*, Poznań, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 1994, s. 150-155.

atomowej, która od momentu swojego wynalezienia stanowiła narzędzie, które mogło zarówno zapobiegać konfliktom, jak i je wywoływać, stał się kluczowym zagadnieniem w debatach na temat bezpieczeństwa międzynarodowego, i stabilności geopolitycznej. Celem niniejszego artykułu jest analiza obecnej sytuacji w zakresie proliferacji broni masowego rażenia (BMR), ze szczególnym uwzględnieniem broni atomowej, której rozwój i rozprzestrzenianie mają głębokie konsekwencje dla globalnego pokoju i bezpieczeństwa.

BRONŃ NUKLEARNA – STAN BIEŻĄCY

Pierwsze bomby atomowe, które doprowadziły do pojawienia się broni nuklearnej na arenie międzynarodowej powstały w wyniku tajnego programu badawczego Stanów Zjednoczonych – Projektu Manhattan. Zbombardowanie Hiroszimy i Nagasaki w sierpniu 1945 roku zakończyło II wojnę światową, a jednocześnie zapoczątkowało nową erę w historii ludzkości – erę nuklearną². W erze tej, zamiast bezpośrednich konfliktów zbrojnych, państwa zaczęły rywalizować na polu technologii nuklearnej, prowadząc swoisty wyścig zbrojeń – najlepszym tego przykładem jest okres „zimnej wojny”³, gdy dwa supermocarstwa – Stany Zjednoczone i Związek Radziecki, rywalizowały w zakresie posiadania i rozwijania arsenałów nuklearnych. Broń atomowa stała się narzędziem odstraszenia, mającym na celu zapobieganie wybuchowi globalnego konfliktu poprzez groźbę wzajemnego zniszczenia⁴.

Postępujący rozwój technologii nuklearnej oraz zwiększająca się liczba państw zainteresowanych posiadaniem broni atomowej tylko mnożyły obawy związane z bezpieczeństwem narodowym. Próbując odpowiedzieć na te wyzwania, społeczność międzynarodowa podjęła szereg działań mających na celu ograniczenie proliferacji broni masowego rażenia (BMR). Jednym z najistotniejszych działań w tym zakresie jest Układ o Nierozprzestrzeleniu Broni Nuklearnej (NPT) z 1968 roku. Porozumienie to, będące podwaliną światowego systemu nierozprzestrzelenia, miało na celu ograniczenie rozprzestrzeniania broni nuklearnej, zachęcanie do wykorzystywania energii jądrowej w celach pokojowych, a także do definitywnego rozbrojenia nuklearnego⁵.

Biorąc pod uwagę wzrost napięć międzynarodowych między poszczególnymi państwami i szybki rozwój nowych technologii, monitorowanie rozprzestrzeniania się broni

² S.D Sagan, K. Waltz, *The Spread of Nuclear Weapons: A Debate Renewed*. New York, W.W. Norton & Company, 2021, s. 45-67.

³ Zimna wojna to wzajemna wrogość w wymiarze wojskowym, politycznym, ideologicznym oraz gospodarczym, między Stanami Zjednoczonymi i ich sojusznikami, a Związkiem Radzieckim i ich sprzymierzeńcami. Konflikt ten nigdy nie przerodził się w bezpośrednie starcie militarne, ale jego oddziaływanie wpływało na cały świat. Jego trwanie datuje się na lata 1947-1991. *Zimna wojna*, w: Encyklopedia PWN (online), <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zimna-wojna;4001555.html>, [dostęp: 25.09.2024 r.],

⁴ The Editors of Encyclopedia Britannica, *Mutual assured destruction*, w: Encyclopedia Britannica, Internet, <https://www.britannica.com/topic/mutual-assured-destruction>, [dostęp: 25.09.2024 r.].

⁵ H.M. Kristensen, & M. Korda, *North Korean Nuclear Capabilities*. “Bulletin of the Atomic Scientists”, nr 79(3), 2023, s. 145-150.

masowego rażenia (BMR) staje się kluczowym wyzwaniem dla współczesnego świata – zarówno rządów, jak i organizacji międzynarodowych. Będąca obecnie „w użyciu” broń nuklearna oraz możliwości jej rozwoju i użycia przez kraje ją posiadające oraz aspirujące do jej posiadania, stanowi poważne zagrożenie dla globalnego pokoju. Za przykład mogą posłużyć groźby Korei Północnej, która wielokrotnie szantażowała możliwością użycia broni atomowej w odpowiedzi na działania Stanów Zjednoczonych oraz ich sojuszników⁶. Korea Północna nie jest stroną NPT, wobec czego prowadzi program rozwoju broni nuklearnej do dziś, pomimo sankcji, które zastały na nią nałożone, czy nacisków ze strony społeczności międzynarodowej. Zbieżne sygnały pochodzą również z Rosji, która grozi możliwością użycia broni nuklearnej zarówno wobec Ukrainy, z którą pozostaje w konflikcie zbrojnym, jak i krajów Zachodu. Tego rodzaju retoryka, w połączeniu z rzeczywistymi zdolnościami nuklearnymi, zwiększa globalne napięcia i przypomina o stałym zagrożeniu, które niesie ze sobą broń nuklearna⁷. W obliczu niestabilnych reżimów oraz rosnącego zagrożenia terroryzmem nuklearnym, ta strategia staje się coraz bardziej ryzykowna⁸.

Analiza omawianego zagadnienia pojawia się z potrzeby pojęcia, w jaki sposób można skutecznie kontrolować i ograniczać rozprzestrzenianie broni masowego rażenia (BMR), dążąc przy okazji do celu ostatecznego, czyli świata wolnego od broni nuklearnej. Zadanie to jest znacznie utrudnione przez pojawiające się nowe wyzwania, niestabilność polityczną, a także prace nad rozwojem technologii nuklearnych w krajach spoza „klubu nuklearnego”. Wiąże to społeczność międzynarodową do podejmowania stanowczych działań, aby zabezpieczyć przyszłość bez broni atomowej. Jednym z przykładów takich działań jest Traktat o Całkowitym Zakazie Prób Jądrowych (CTBT), który zakazuje wykonywania jakichkolwiek testów broni nuklearnej⁹. Mimo że traktat ten został ratyfikowany przez większość państw na świecie, dalej nie jest obowiązującym. Wynika to z braku podpisania go przez między innymi Stany Zjednoczone, Chiny, Indie, czyli państwa, które najdotkliwiej odczuwałyby jego wprowadzenie, oraz wycofania się z ratyfikacji Rosji.

Ważną częścią historii o zakazie proliferacji broni atomowej jest związana z założeniem Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej (MAEA). Jej początki sięgają 1957 roku, a głównymi założeniami było promowanie wykorzystywania energii atomowej w celach pokojowych oraz niewykorzystywaniu jej do celów militarnych¹⁰. MAEA jest kluczowym

⁶ D. Kimball, *The Future of Nuclear Arms Control*, „Arms Control Today”, nr 53 (4), 2023, s. 22-24.

⁷ R. Falk., *Challenging Nuclearism: The Nuclear Ban Treaty Assessed*, Internet, <https://apjif.org/2017/14/falk>, [dostęp: 25.09.2024 r.].

⁸ M. Bunn, Reducing nuclear dangers, Internet, w: https://www.science.org/doi/10.1126/science.adr0532?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed, [dostęp: 25.09.2024 r.].

⁹ United Nations Office for Disarmament Affairs, *Disarmament Yearbook 2022*, New York, United Nations Publications 2023, s. 32-38.

¹⁰ M. Fitzpatrick, *Asia's Latent Nuclear Powers: Japan, South Korea, and Taiwan*. New York, International Institute for Strategic Studies, 2021 s. 89-102.

graczem monitorującym programy nuklearne na całym świecie, przeprowadza inspekcje i weryfikuje zgodność realizacji polityki nuklearnej przez państwa wobec międzynarodowych zobowiązań. Istnienie MAEA oraz jej działalność jest narzędziem społeczności międzynarodowej, które na bieżąco czuwa nad rozwojem technologii nuklearnych i zapobiega ich potencjalnemu niebezpiecznemu użyciu. Możliwość przejścia ww. technologii przez organizacje terrorystyczne, a także ryzyko ich użycia w konfliktach regionalnych, stanowią jedne z najpoważniejszych zagrożeń dla bezpieczeństwa międzynarodowego¹¹. Dlatego też, oprócz działań podejmowanych na poziomie międzynarodowym, niezbędne jest wzmocnienie krajowych systemów kontroli nad materiałami nuklearnymi oraz ścisła współpraca międzynarodowa w zakresie wymiany informacji i technologii.

ROZWÓJ BRONI ATOMOWEJ: OD PROJEKTU MANHATTAN DO „ZIMNEJ WOJNY”

Podwaliny naukowe pod koncepcję budowy takiego rodzaju broni, podłożył Albert Einstein ze swoją teorią względności, a następnie naukowcy z całego świata, którzy zaczęli badać możliwości wykorzystania energii jądrowej¹². Przełomem było rozszczepienie jądra atomu przez fizyków niemieckiej narodowości – Ottona Hahna oraz Fritza Strassmanna w 1938 roku¹³. Znacznie zintensyfikowało to badania nad możliwością wytworzenia bomby, później znanej jako atomowa. W obliczu II Wojny światowej oraz obawiając się tego, że Niemcy prowadzą badania na bronią atomową, Stany Zjednoczone rozpoczęły Projekt Manhattan. Był to tajny koncept, mający na celu wytworzenie broni tego typu, zanim osiągną to nazistowskie Niemcy. Naukowcy rozpoczęli prace w 1942 roku, a w skład projektu wchodziłi najwybitniejsi naukowcy, zwerbowani z całego świata, między innymi Robert Oppenheimer, Enrico Fermi czy Niels Bohr¹⁴. W wyniku prac Projektu Manhattan naukowcy opracowali dwa typy bomb jądrowych: uranową: „Little Boy” oraz plutonową: „Fat Man”¹⁵. Oba ładunki zdetonowano nad japońskimi miastami: „Little Boy” nad Hiroszimą 6 sierpnia 1945 roku, natomiast „Fat Man” nad Nagasaki 9 sierpnia 1945 roku. Zrzucenie bomb niosło ze sobą katastrofalne skutki: śmierć poniosły setki tysięcy ludzi, a skala strat była tak olbrzymia, że doprowadziła do kapitulacji Japonii, kończąc jednocześnie II Wojnę światową¹⁶. Promieniowanie skaziło ogromne tereny

¹¹ H. Sokolski, *Underestimated: Our Not So Peaceful Nuclear Future*, Carlisle, Strategic Studies Institute, U.S. Army War College, 2022, s. 72-85.

¹² R. Rhodes, *The Making of the Atomic Bomb*. New York, Simon & Schuster, 1986, s. 35-50.

¹³ Tamże, s. 263-266

¹⁴ M. J. Sherwin, K. Bird, *American Prometheus: The Triumph and Tragedy of J. Robert Oppenheimer*, New York, Vintage, 2006, s. 152-185.

¹⁵ R. Rhodes, *The Making ...* s. 618-625.

¹⁶ R. B. Frank, *Downfall: The End of the Imperial Japanese Empire*. New York, Random House, 1999, s. 289-310

Japonii oraz wywołało wieloletnie negatywne skutki zdrowotne dla miejscowej ludności, która przeżyła ataki. Skutki tych wydarzeń tak mocno oddziaływały w późniejszych latach, że zmieniły podejście do konfliktów zbrojnych oraz technologii wojskowej. Polski historyk prof. Włodzimierz Malendowski uważa, że oprócz tego, że zrzućenie bomb zakończyło II Wojnę światową, to również miało inny nieoczekiwany skutek - wprowadziło nową erę w stosunkach międzynarodowych, erę strachu przed globalnym konfliktem nuklearnym. Zdaniem prof. Malendowskiego doprowadziło to do zapoczątkowania wyścigu zbrojeń oraz eskalacji w postaci „zimnej wojny”, gdzie broń atomowa ogrywała kluczową rolę w doktrynach odstraszenia poszczególnych adwersarzy¹⁷.

W wyniku prac nad Projektem Manhattan, po zakończeniu II wojny światowej, Stany Zjednoczone były jedynym państwem mającym dostęp do broni atomowej¹⁸, a stan ten utrzymywał się do 1949, w którym to po raz pierwszy Związek Radziecki przeprowadził swój test nuklearny, jednocześnie rozpoczynając wyścig zbrojeń między supermocarstwami¹⁹. Oba kraje zwiększały swoje arsenały jądrowe, pracując jednocześnie nad ich rozwojem technologicznym, czego efektem była bomba wodorowa, mająca jeszcze większą moc rażenia niż zrzucone na japońskie miasta bomby uranowa i plutonowa²⁰.

Okres zimnowojenny miał także znaczący wpływ na reperkusje na arenie międzynarodowej. Do wyścigu zbrojeń w latach 50. i 60. XX wieku zaczęły dołączać inne kraje. Wielka Brytania, Francja i Chiny przystąpiły do klubu nuklearnego realizując własne testy nuklearne²¹. W miarę przystępowania coraz większej ilości państw do badań nuklearnych, społeczność międzynarodowa zaczęła dostrzegać potrzebę kontroli nad rozpowszechnianiem się broni jądrowych²². W związku ze zwiększającym się globalnym zagrożeniem wojny atomowej, rozpoczęto szereg prac, których celem było ograniczenie proliferacji broni atomowej. Kluczowym krokiem było podpisanie Układu o Nierozprzestrzenianiu Broni Nuklearnej w 1968 roku (Nuclear Non-proliferation Treaty, NPT). Układ ten wszedł w życie w 1970 roku, a jego celem było zapobieżenie dalszemu rozprzestrzenianiu broni nuklearnej, promowanie rozbrojenia państw oraz wspieranie pokojowego wykorzystania energii jądrowej²³. Według prof. Romana Kuźniara, polskiego politologa, NPT był

¹⁷ W. Malendowski, *Zimna wojna...*, s. 105-110.

¹⁸ G. Alperovitz, *The Decision to Use the Atomic Bomb*. New York, Vintage Books, 1996, s. 59-65.

¹⁹ D. Holloway, *Stalin and the Bomb: The Soviet Union and Atomic Energy, 1939-1956*. New Haven, Yale University Press, 1994, s. 238-245.

²⁰ F.G Gosling, *The Manhattan Project: Making the Atomic Bomb*. Washington, D.C., United States Department of Energy, 1999, s. 255-270.

²¹ N. Malik, *Rola broni nuklearnej w procesie budowania zimnowojennego ładu i jej wpływ na bezpieczeństwo międzynarodowe*, Wrocław, „Roczniki Studenckie Akademii Wojsk Lądowych”, nr 1(I), 2017, s.27.

²² H. Kissinger, *Nuclear Weapons and Foreign Policy*. New York, Council on Foreign Relations, 1957, s. 32-48.

²³ K. Rzymkowski, *Traktaty i umowy o nierozprzestrzenianiu broni jądrowej*, „Postępy Techniki Jądrowej”, vol. 66, z. 2, 2023, s. 17-24.

podwaliną dla międzynarodowego paktu o nierozprzestrzenianiu broni masowego rażenia (BMR). Mimo skuteczności tego układu, Kuźniar zauważa, że nie odniósł on całkowitej skuteczności, gdyż państwa takie jak Indie, Pakistan czy Korea Północna, zdobyły własną broń nuklearną. Ponadto, część z krajów, które formalnie są stronami NPT, w dalszym ciągu rozwijają swoje programy nuklearne pod pozorem pokojowych badań²⁴.

Kolejną instytucją, której zadaniem jest przyczynienie się do zwiększenia bezpieczeństwa międzynarodowego, poprzez ograniczenie wojskowego wykorzystania atomu, jest Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej (MAEA). Koncepcję jej powstania zapoczątkowało wystąpienie prezydenta Dwighta Eisenhowera w grudniu w 1953 roku na forum Zgromadzenia Ogólnego Organizacji Narodów Zjednoczonych, który w swojej mowie „Atoms for Peace” zaapelował o utworzenie międzynarodowego organu, który monitorowałby wykorzystanie energii atomowej²⁵. Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej zaczęła prace w 1957 roku i działała jako niezależna od wszelkich nacisków w obrębie Organizacji Narodów Zjednoczonych, mając swoją siedzibę w Wiedniu²⁶. Jej celem jest zarówno zapewnienie używania energii jądrowej wyłącznie do celów pokojowych, głównie energetycznych, medycznych oraz przemysłowych, jak i zapobieganie rozprzestrzenianiu broni nuklearnej²⁷. Agencja realizuje swoje interesy poprzez trzy główne filary swojej działalności: współpracę techniczną przy wykorzystywaniu energii atomowej w celach pokojowych, monitorowanie oraz sprawdzanie programów nuklearnych prowadzonych przez poszczególne państwa i promocję wysokich standardów bezpieczeństwa jądrowego. Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej, dzięki odcięciu od wszelkich nacisków oraz mandatowi do przeprowadzania inspekcji w krajach posiadających programy nuklearne, stała się podstawowym narzędziem do walki z rozprzestrzenianiem się broni masowego rażenia (BMR).

Mimo powstania Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej i jej ważnej roli nad kontrolowaniem wykorzystywania energii nuklearnej, szybko okazało się, że niezbędne są dalsze działania mające na celu ograniczenia proliferacji broni atomowej. W latach 50. i 60. XX wieku, w związku z rosnącym napięciem między stronami zimnowojennego konfliktu oraz z faktem, że coraz więcej państw rozwijało swoje programy nuklearne, międzynarodowa społeczność zaczęła dążyć do stworzenia porozumienia, między wszystkimi stronami, ograniczającego broń jądrową. W związku z tymi działaniami udało się podpisać Układ o Nierozprzestrzenianiu Broni Nuklearnej (NPT) w 1968 roku²⁸. Porozumienie to finalnie

²⁴ R. Kuźniar, *Polityka i Siła. Studia Strategiczne – Zarys Problematyki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005, s. 168-172.

²⁵ D.D. Eisenhower, *Atoms for Peace: Address to the United Nations General Assembly*, Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1953.

²⁶ D. Fischer, *History of the International Atomic Energy Agency: The First Forty Years.*, Vienna, International Atomic Energy Agency, 1997, s. 57-59.

²⁷ Tamże, s. 34-40.

²⁸ *Układ o nierozprzestrzenianiu broni jądrowej, sporządzony w Moskwie, Waszyngtonie*

weszło w życie w 1970 roku i stało się fundamentem międzynarodowego systemu kontroli ograniczającego proliferację broni atomowej. NPT również oparła swoje założenia o trzy główne filary. Pierwszy to nierozprzestrzenianie broni nuklearnej – obligował państwa posiadające broń jądrową do nieprzekazywania jej państwom trzecim oraz nakazywał brak pomocy przy próbach zdobycia jej. Państwa nieposiadające w swoim arsenale broni jądrowej miały z kolei zobowiązać się do nieprzystępowania do programów mających na celu jej osiągnięcie oraz rozwój. Drugi – skupiał się na rozbrojeniu i zobowiązywał państwa posiadające broń nuklearną do prowadzenia negocjacji w celu całkowitego rozbrojenia, natomiast trzeci przyznawał prawo wszystkim państwom do wykorzystywania energii atomowej w celach pokojowych, ale pod warunkiem przestrzegania zasad bezpieczeństwa oraz weryfikacji ich przez międzynarodowe organy²⁹. Polski ekspert, Roman Kuźniar, którego polem ekspertyzy jest bezpieczeństwo międzynarodowe, zaznacza, że NPT stał się najlepszym narzędziem ograniczającym proliferację. Uważa, że układ ten, mimo znaczącej krytyki oraz trudności sprawy, której dotyczy, znacznie wpłynął na ograniczenie liczby państw posiadających broń nuklearną oraz ograniczenie potencjałów atomowych państw już ją posiadających, znacząco wpływając na wzrost międzynarodowego bezpieczeństwa³⁰.

Mimo, że NPT okazał się skutecznym, część z państw zdecydowała się na rozwój broni nuklearnej, ale już poza ramami tego programu. Indie, Pakistan, czy Izrael, nigdy nie zostały członkami porozumienia i pracowały nad programami nuklearnymi we własnym zakresie³¹. W latach 70. XX wieku Indie przeprowadziły pierwszy test nuklearny³², co zapoczątkowało wyścig zbrojeń z Pakistanem, który również rozpoczął prace nad swoim programem nuklearnym³³.

Należy wspomnieć również o programach nuklearnych realizowanych przez strony traktatu w tajemnicy, czego przykładem są działania Iranu, prowadzącego badania nad bronią pod pozorem pokojowej działalności³⁴. Wywołało to poważne obawy na świecie i skutkowało nałożeniem ogromnych sankcji, co z kolei zaogniło już wcześniej napiętą sytuację między Persami a Zachodem³⁵.

i Londynie dnia 1 lipca 1968 r., Dz.U.1970.8.60

²⁹ A. Mitrega, *Terroryzm nuklearny jako zagrożenie asymetryczne początki XXI w.*, „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego” vol. 11, nr 2, 2017, s.67-77.

³⁰ R. Kuźniar, *Polityka i Siła*..., s. 168-172.

³¹ M. Stempień, M. Tołowiński, *Skala proliferacji broni jądrowej w okresie zimnej wojny oraz jej wpływ na bezpieczeństwo międzynarodowe, Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne*, nr 10(10), 2013, s. 179-199.

³² M. Kamassa, *Elitarny awans nuklearnego outsidera. Indyjska triada atomowa i jej znaczenie [ANALIZA]*, Internet, <https://space24.pl/bezpieczenstwo/elitarny-awans-nuklearnego-outsidera-indyjska-triada-atomowa-i-jej-znaczenie> [dostęp: 25.09.2024 r.].

³³ Tamże.

³⁴ A. Gruszczyk, *Polityka Unii Europejskiej wobec irańskiego programu nuklearnego*, w: *Współczesne oblicze Iranu*, red. M. Chorośnicki, Kraków, Centrum Stosunków Międzynarodowych, 2012, s. 25-39.

³⁵ M. Wojnarowicz, *Eskalacja działań Izraela wobec Iranu*, Internet, https://pism.pl/publikacje/Eskalacja_dzialan_Izraela_wobec_Iranu, [dostęp: 25.09.2024 r.].

Międzynarodowa Agencja Energi Atomowej, realizuje swój mandat poprzez monitorowanie zgodności państw właśnie z Układem o Nierozprzestrzeleniu Broni Nuklearnej. Przeprowadza regularne inspekcje, wymienia informacje z podmiotami, wykrywania nieprawidłowości w programach nuklearnych poszczególnych podmiotów i alarmuje o tym społeczność międzynarodową, jednocześnie mobilizując ją do przeciwdziałania takim operacjom³⁶. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że skuteczność zarówno Międzynarodowej Agencji Energi Atomowej, jak i Układu o Nierozprzestrzeleniu Broni Nuklearnej, wynika w ogromnej mierze od woli politycznej państw będących ich członkami oraz współpracy międzynarodowej w ich ramach. Zauważa to prof. Włodzimierz Malendowski, dodając, że mimo istniejących mechanizmów kontrolnych, sankcji oraz inspekcji, część państw w dalszym ciągu będzie dążyła do osiągnięcia potencjału nuklearnego lub jego rozbudowy³⁷.

Warto też przytoczyć bardziej współczesne próby ograniczenia sił nuklearnych. Podwaliny pod nowe porozumienie podłożył Barack Obama, jako prezydent USA, wielokrotnie wyrażając wizję świata bez broni nuklearnej. Jednym z kluczowych momentów tej wizji było przemówienie w Pradze w 2009 roku, w którym podkreślił swoje zobowiązanie do działania na rzecz globalnego rozbrojenia nuklearnego. Obama wskazał, że mimo iż USA są jedynym państwem, które użyło broni atomowej w czasie wojny, mają także moralny obowiązek prowadzić wysiłki zmierzające do likwidacji tych broni. Jego administracja zainicjowała również Nowy START (New Strategic Arms Reduction Treaty) z Rosją, mający na celu dalsze ograniczenie arsenałów nuklearnych. Było to dwustronne porozumienie między Stanami Zjednoczonymi a Federacją Rosyjską podpisane 8 kwietnia 2010, a ratyfikowane 5 lutego 2011. Traktat ten zakładał ograniczenie liczby swoich głowic nuklearnych w ramach międzykontynentalnych pocisków raketowych, pocisków balistycznych typu woda-ziemia oraz ograniczenia liczby samolotów bombowych zdolnych do przenoszenia głowic jądrowych. Umowa ta rzeczywiście przyczyniła się do zmniejszenia potencjałów obu państw³⁸. Obie strony wspólnie kontynuowały i rozwijały Nowy Start, aż do wybuchu pandemii Covid-19. Wtedy to prace zostały zwieszane w związku z zagrożeniem rozprzestrzeniania się wirusa. Stany Zjednoczone proponowały powrót do porozumienia w sierpniu 2022, Rosja jednak się nie zgodziła, zwracając uwagę na niemożliwość wykonywania inspekcji w Stanach, a w rzeczywistości rozpoczynając szantaż względem państw zachodu wobec konfliktu który wywołała w Ukrainie. Formalnie 21 lutego 2023 Prezydent Putin, ogłosił że Rosja zawiesza swoje uczestnictwo w Nowym Starcie³⁹.

³⁶ R. Siudak, *Unia Europejska wobec problemu proliferacji broni masowego rażenia. Wpływ kryzysu dotyczącego irańskiego programu atomowego na kształtowanie się oraz implementację strategii UE*, „Przegląd Europejski”, nr 1 (43), 2017, s.71-87.

³⁷ W. Malendowski, *Zimna wojna...*, s. 150-155.

³⁸ M. Philips, *The New START Treaty and Protocol* Internet, <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2010/04/08/new-start-treaty-and-protocol> [dostęp: 25.09.2024 r.]

³⁹ A. Kacprzyk, *Rosja zawiesza wykonywanie układu Nowy START* Internet, <https://www.pism.pl/publikacje/rosja-zawiesza-wykonywanie-ukladu-nowy-start> [dostęp: 25.09.2024 r.]

WYZWANIA ZWIĄZANE Z ZAKAZEM PROLIFERACJI BRONI MASOWEGO RAŻENIA (BMR)

Świat będzie musiał się zmierzyć z nowymi zagrożeniami związanymi z proliferacją broni masowego rażenia (BMR), szczególnie broni atomowej. Szybki rozwój technologii, dynamicznie zmieniająca się scena polityczna oraz wzrastające zagrożenie terroryzmem nuklearnym sprawia, że utrzymywanie w kontroli zakazu proliferacji staje się jeszcze większym wyzwaniem⁴⁰. Broń hipersoniczna, czyli jeszcze szybsze pociski, jeszcze trudniejsze do zestrzelenia przez systemy obronne⁴¹, zaawansowane systemy cyberataków, które mogą zakłócić komunikację dowództwa lub systemów ostrzegania, niosą jeszcze większe zagrożenie, zwłaszcza, gdy mamy świadomość równoczesnego istnienia i rozwijania potencjału nuklearnego. Hipersoniczny pocisk nuklearny, znacznie skróci czas na reakcję, a przy wyłączonych systemach ostrzegania, wręcz ją uniemożliwi⁴². Istotne zagrożenie dla globalnego bezpieczeństwa niesie terroryzm nuklearny. Kolejny bardzo niepokojący scenariusz zakłada wejście w posiadanie broni nuklearnej lub materiałów radiologicznych przez organizacje terrorystyczne takie jak Al- Kaida czy Daesh, czyli tzw. Państwo Islamskie⁴³. Na chwilę obecną nie odnotowano żadnego udanego ataku terrorystycznego z wykorzystaniem broni nuklearnej, jednak nie należy wykluczać możliwości pozyskania takiej wiedzy naukowej lub samych materiałów przez owe organizacje, zwłaszcza w przypadku niestabilności politycznej obszaru w którym działają⁴⁴. Inne zagrożenie stanowi polityka państw, które nie są stronami międzynarodowych porozumień o nierozprzestrzenianiu broni masowego rażenia (BMR), takich jak Układ o Nierozprzestrzenianiu Broni Nuklearnej czy Traktat o Całkowitym Zakazie Prób Jądrowych. Do tych krajów obecnie zaliczamy Pakistan, Indie oraz Koreę Północną⁴⁵. Mimo międzynarodowych nacisków Korea Północna oraz Pakistan w dalszym ciągu prowadzą badania nad rozwojem potencjału nuklearnego⁴⁶. Należy nadmienić, że Korea Północna wycofała się z Układu o Nierozprzestrzenianiu Broni Nuklearnej w 2003 roku⁴⁷

⁴⁰ R. Siudak, *Unia Europejska...*, s.71-87.

⁴¹ J. M. Acton, *China's Advanced Weapons, Testimony to the U.S. China Economic and Security Review Commission*, Internet, <https://carnegieendowment.org/2017/02/23/china-s-advanced-weapons-pub-68095>, [dostęp: 25.09.2024 r.].

⁴² D. Wilkening, *Hypersonic Weapons and Strategic Stability*, *Survival*, nr 61(5), 2019, s. 129-148.

⁴³ C. Wirz and E. Egger, *Use of nuclear and radiological weapons by terrorists?*, *International Review of Red Cross*, vol. 87 nr 859 2005, s. 497-510.

⁴⁴ J. A. Tilden, D. Boyd, *Nuclear terrorism: US officials say it's best to plan for the worst*, Internet, w: <https://thebulletin.org/2020/01/nuclear-terrorism-us-officials-say-its-best-to-plan-for-the-worst/#post-heading> [dostęp: 25.09.2024 r.].

⁴⁵ J. Zarefsky, *Non-Signatories and the Nuclear Order: Analyzing the Impact of Non-Parties on Global Security*. Oxford, Oxford University Press, 2022, s. 56-74.

⁴⁶ R. Kuźniar, *Polityka i Siła...*, s. 168-172.

⁴⁷ R. Siudak, *Unia Europejska...*, s.73-76.

i od tego czasu regularnie przeprowadza testy nuklearne, stanowiące duże zagrożenie dla bezpieczeństwa na cały region Azji Wschodniej oraz idąc dalej dla całego świata. Kolejnym punktem zapalnym jest postawa Izraela w kwestii posiadania broni nuklearnej⁴⁸. Państwo to nigdy nie podpisało Traktatu o Nierozprzestrzenianiu Broni Jądrowej z 1968 roku, jednak nie jest żadną tajemnicą informacja, że posiadają oni w swoim arsenale głowice jądrowe. Na rok 2021 szacowano, że Izrael posiada około 90 ładunków jądrowych oraz zdolność do przenoszenia ich zarówno przy pomocy samolotów, naziemnych systemów – pocisków raketowych, a nawet przypuszcza się że ma zdolność do przeprowadzenia ataku z morza⁴⁹.

PROLIFERACJA BRONI MASOWEGO RAŻENIA (BMR) – PERSPEKTYWY

Przyszłość broni nuklearnej i proliferacji broni masowego rażenia (BMR) pozostaje jednym z najbardziej niepewnych i złożonych zagadnień współczesnej polityki międzynarodowej. W obliczu dynamicznie zmieniającego się krajobrazu geopolitycznego oraz rosnących zagrożeń technologicznych i politycznych, przewidywanie przyszłości w tym obszarze jest obciążone znaczną dozą niepewności. Możliwe scenariusze obejmują zarówno pełnoskalowy konflikt jądrowy, jak i dalszy wyścig zbrojeń, czy też optymistyczną wizję globalnego rozbrojenia. Jednakże, najbardziej ekstremalne opcje, takie jak całkowite zniszczenie cywilizacji w wyniku konfliktu nuklearnego, czy całkowite wyeliminowanie broni atomowej, zdają się obecnie mało prawdopodobne. Równocześnie, współczesne zagrożenia, takie jak rozwój broni hipersonicznej, zaawansowane cyberataki oraz możliwość terroryzmu nuklearnego, dodają kolejnych warstw niepewności do globalnego krajobrazu bezpieczeństwa. Choć takie wyzwania mogą zwiększać ryzyko i skomplikować zarządzanie proliferacją, intensyfikacja działań na rzecz rozbrojenia oraz wzmocnienie międzynarodowej współpracy mogą złagodzić te zagrożenia. Rozwój arsenałów nuklearnych przez kolejne państwa jedynie zwiększa globalne napięcia i komplikuje prognozowanie przyszłych relacji międzynarodowych.

W celu zaimplementowania pacyfistycznej wizji świata bez broni atomowej wydaje się, że kluczowym krokiem byłoby wzmocnienie międzynarodowych mechanizmów kontroli oraz nadanie większej wagi Traktatowi o Zakazie Broni Nuklearnej z 2021 roku. Chociaż traktat ten nie został jeszcze ratyfikowany przez żadne z państw posiadających broń atomową, jego znaczenie dla przyszłych negocjacji rozbrajających jest niezaprzeczalne. Skuteczne ograniczenie broni nuklearnej wymaga współpracy i wzajemnego zaufania między państwami, co w obliczu narastających napięć na arenie międzynarodowej wydaje się trudne do osiągnięcia. Najbardziej prawdopodobnym scenariuszem wydaje się utrzymanie obecnego status *quo*, z okresowymi wzrostami i spadkami napięć.

⁴⁸ H.M. Kristensen, M. Korda, *Israeli nuclear weapons*, „Bulletin of the Atomic Scientists”, nr 78(1), 2022, s. 42-43.

⁴⁹ Tamże.

Istotne jest, aby nadal prowadzić prace nad ograniczeniem proliferacji i unikać eskalacji konfliktów.

Dążenie do świata wolnego od broni atomowej, to ambitne zadanie, które nie powinno być zaniechane. Pomimo istniejących traktatów i porozumień, takich jak Układ o Nierozprzestrzenianiu Broni Nuklearnej, oraz działań organizacji takich jak Międzynarodowa Agencja Energii Atomowej, potrzeba nieustannego zaangażowania społeczności międzynarodowej w kontrolę i monitorowanie broni nuklearnej pozostaje kluczowa. Jak zauważa Roman Kuźniar, osiągnięcie skutecznej proliferacji broni atomowej możliwe jest tylko dzięki szerokim międzynarodowym negocjacjom, które obejmują różne płaszczyzny i podmioty⁵⁰. Negocjacje te musiałyby angażować zarówno państwa dysponujące arsenałem nuklearnym, jak i te, które mogłyby go zdobyć w krótkim czasie, oraz te, dla których zdobycie takiego potencjału zajmie więcej czasu. Wymagałoby to szerokiego zakresu rozmów, obejmujących aspekty polityczne, naukowe, techniczne i militarne, w tym alternatywne mechanizmy odstraszenia. W kontekście dążeń do rozbrojenia, kluczowym wyzwaniem jest zapewnienie, że wszystkie państwa respektują postanowienia dotyczące rozbrojenia. Przypadki takich krajów, jak Korea Północna czy Iran, które w przeszłości ukrywały swoje programy nuklearne, podważają wiarygodność międzynarodowych porozumień. Wzmocnienie mechanizmów inspekcyjnych Międzynarodowej Agencji Energii Atomowej oraz innych organizacji międzynarodowych jest niezbędne do zapewnienia skutecznej kontroli.

PODSUMOWANIE

Broń masowego rażenia (BMR), a zwłaszcza broń jądrowa, miała fundamentalny wpływ na kształt współczesnego świata – od czasów tajnego Projektu Manhattan, przez „zimną wojnę” i wyścig zbrojeń, aż po współczesne wyzwania związane z globalnym bezpieczeństwem. Wzrost napięć międzynarodowych może prowadzić do nowych wyścigów zbrojeń i konfliktów, ale równocześnie wzmocnienie mechanizmów kontrolnych i globalna presja mogą prowadzić do osiągnięcia świata, w którym broń jądrowa będzie całkowicie wyeliminowana. To ambitne dążenie, którego realizacja wymaga nieustannego zaangażowania społeczności międzynarodowej. Naciski globalnej społeczności na ograniczenie broni nuklearnej są coraz silniejsze, co doprowadziło do powstania mechanizmów monitorowania i kontroli oraz podpisania ważnych traktatów. Mimo, że pełne rozbrojenie nuklearne wydaje się być na razie odległym celem, kontynuacja prac na rzecz ograniczania proliferacji, rozwijanie i implementacja skutecznych traktatów oraz promowanie międzynarodowego dialogu są kluczowe dla osiągnięcia bezpieczniejszego świata. Globalne społeczeństwo, w obliczu rosnących zagrożeń, powinno nieustannie dążyć do tego ambitnego celu, nie rezygnując z wysiłków na rzecz budowy stabilniejszego i bezpieczniejszego środowiska międzynarodowego.

⁵⁰ R. Kuźniar, *Polityka i Siła...*, s. 170-171.

Bibliografia:

Źródła publikowane:

Dz.U.1970.8.60

Druki zwarte:

Alperovitz, G., *The Decision to Use the Atomic Bomb*. New York: Vintage Books, 1996.

Bryła J. (red), *Unia Europejska we współczesnym świecie*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Politycznych i Dziennikarstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 2009.

Eisenhower, D.D., *Atoms for Peace: Address to the United Nations General Assembly*. December 8, 1953. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1953.

Fischer D., *History of the International Atomic Energy Agency: The First Forty Years.*, Vienna, International Atomic Energy Agency, 1997.

Fitzpatrick M., *Asia's Latent Nuclear Powers: Japan, South Korea, and Taiwan*, London, International Institute for Strategic Studies (IISS), 2016.

Frank R. B., *Downfall: The End of the Imperial Japanese Empire*. New York, Random House, 1999.

Gosling F. G., *The Manhattan Project: Making the Atomic Bomb*. Washington, D.C., United States Department of Energy, 1999.

Gruszczak A., *Polityka Unii Europejskiej wobec irańskiego programu nuklearnego*, w: *Współczesne oblicze Iranu*, red. M. Chorośnicki, Koło Studentów Stosunków Międzynarodowych UJ, Kraków 2012

Holloway, D., *Stalin and the Bomb: The Soviet Union and Atomic Energy, 1939-1956*. New Haven, Yale University Press, 1994.

Kahn, H., *On Thermonuclear War*. Princeton, Princeton University Press, 1960.

Kissinger, H., *Nuclear Weapons and Foreign Policy*. New York, Council on Foreign Relations, 1957.

Koziej, S., *Między piekłem a rajem. Szare bezpieczeństwo na progu XXI wieku*. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2008.

Kuźniar R., *Polityka i Siła. Studia Strategiczne – Zarys Problematyki*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.

Malendowski W., *Zimna wojna: sprzeczności, konflikty i punkty kulminacyjne w radziecko-amerykańskiej rywalizacji*, Poznań, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, 1994.

Potter, W.C., & Mukhatzhanova, G., *Nuclear Politics and the Non-Aligned Movement: Principles vs Pragmatism*, London, Routledge, 2022.

Rhodes, R., *The Making of the Atomic Bomb*. New York, Simon & Schuster, 1986.

Sagan, S.D., Waltz, K. *The Spread of Nuclear Weapons: A Debate Renewed*. New York, W.W. Norton & Company, 2021.

Sherwin, M.J., & Bird, K. *American Prometheus: The Triumph and Tragedy of J. Robert Oppenheimer*. New York, Vintage, 2006.

Sokolski, H. *Underestimated: Our Not So Peaceful Nuclear Future*. Strategic Studies Institute, U.S. Army War College, 2022.

United Nations Office for Disarmament Affairs. *Disarmament Yearbook 2022*. New York, United Nations Publications, 2023.

Artykuły i rozprawy w wydawnictwach ciągłych:

Kimball, D. *The Future of Nuclear Arms Control*. "Arms Control Today", nr 53(4), 2023.

Kristensen, H.M., & Korda, M. *North Korean Nuclear Capabilities*, "Bulletin of the Atomic Scientists", nr 79(3), 2023.

Kristensen, H.M., Korda, M. *Israeli nuclear weapons, 2021*, "Bulletin of the Atomic Scientists", nr 78(1), 2022.

Malik, N., *Rola broni nuklearnej w procesie budowania zimnowojennego ładu i jej wpływ na bezpieczeństwo międzynarodowe*, „Roczniki Studenckie Akademii Wojsk Łądowych”, nr 1(I) 2017.

Mitręga A., *Terroryzm nuklearny jako zagrożenie asymetryczne początki XXI w.* „Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego”, vol. 11, nr 2, 2017.

Rzymkowski K., *Traktaty i umowy o nierozprzestrzenianiu broni jądrowej*, „Postępy Techniki Jądrowej”, vol. 66, z. 2, 2023.

Siudak R., *Unia Europejska wobec problemu proliferacji broni masowego rażenia. Wpływ kryzysu dotyczącego irańskiego programu atomowego na kształtowanie się oraz implementację strategii UE*, „Przegląd Europejski”, nr 1 (43), 2017.

Stempień M., Tołwiński M., *Skala proliferacji broni jądrowej w okresie zimnej wojny oraz jej wpływ na bezpieczeństwo międzynarodowe*, „Doctrina. Studia Społeczno-Polityczne”, 10(10), 2013.

Wilkening D., *Hypersonic Weapons and Strategic Stability*, "Survival", nr 61(5), 2019.

Wirz C. and Egger E., *Use of nuclear and radiological weapons by terrorists?*, "International Review of Red Cross", vol 87, nr 859 2005.

Netografia:

https://www.science.org/doi/10.1126/science.adr0532?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed,

<https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zimna-wojna;4001555.html>,

<https://apjif.org/2017/14/falk>

<https://carnegieendowment.org/2017/02/23/china-s-advanced-weapons-pub-68095>,
<https://www.pism.pl/publikacje/rosja-zawiesza-wykonywanie-ukladu-nowy-start>
<https://space24.pl/bezpieczenstwo/elitarny-awans-nuklearnego-outsidera-indyjska-triada-atomowa-i-jej-znaczenie>
<https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2010/04/08/new-start-treaty-and-protocol>
<https://www.britannica.com/topic/mutual-assured-destruction>
<https://thebulletin.org/2020/01/nuclear-terrorism-us-officials-say-its-best-to-plan-for-the-worst/#post-heading>
<https://nsiteam.com/social/wp-content/uploads/2020/01/Hypersonic-Weapons-and-Strategic-Stability-compressed.pdf>
https://pism.pl/publikacje/Eskalacja_dzialan_Izraela_wobec_Iranu

PRZEMYSŁAW SABAT

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Student kierunku: Bezpieczeństwo narodowe

„CUD GOSPODARCZY” NA KREDYT. PRÓBA OCENY W KONTEKŚCIE OBECNEJ POLITYKI FINANSOWEJ PAŃSTW ROZWINIĘTYCH

„ECONOMIC MIRACLE” ON LOAN. AN ATTEMPT TO EVALUATE IN THE CONTEXT OF THE CURRENT FINANCIAL POLICY OF DEVELOPED COUNTRIES

Słowa kluczowe: Edward Gierek, dekada Gierka, rozwój gospodarczy dekady lat 70 XX wieku w Polsce, zadłużenie publiczne, zarządzanie długiem publicznym, historia Polski, historia gospodarcza, **Abstrakt:** Dekada lat 70 XX wieku w historii Polski do dziś uważana jest jako przełom gospodarczy – inwestycyjny w powojennej historii kraju. To okres bardzo mile wspomniany przez pokolenie Polaków wchodzących w tamtym czasie w dorosłość. W istocie, w szczególności jego pierwsza połowa, dała namiastkę życia za „żelazną kurtyną”, o którym wielu Polaków słyszało. Zmiany jakie wówczas obserwowano dawały nadzieję na wyjście z beznadziei w jakiej u schyłku lat 60 XX wieku znalazł się kraj. Jak niestety pokazał czas, pomysł władz na rozwój gospodarczy był w równej mierze ambitny, co nieprzemyślany. Historia obnażyła, jak ogromną klęskę poniosła centralnie sterowana gospodarka w starciu z wolnym rynkiem. Zobowiązania finansowe zaciągnięte przez ekipę Edwarda Gierka Polacy spłacali przez kolejne cztery dekady. Jednak czy sprawiedliwym jest ocenianie postępu i rozwoju lat dekady 70 XX wieku jedynie przez pryzmat zadłużenia kraju? Czy inwestycje tamtego okresu nie przygotowały podwalin do dynamicznego startu rozwoju gospodarczego Polski po przemianach polityczno-gospodarczych na przełomie lat 80 i 90 XX wieku? Prezentowany tekst podejmuje próbę udzielenia odpowiedzi na tę ważną kwestię oraz oceny polityki gospodarczej dekady Edwarda Gierka przez pryzmat strategii finansowych państw rozwijających się.

Keywords: Edward Gierek, Gierek decade, economic development of the 1970s in Poland, public debt, public debt management, history of Poland, economic history

Abstract: The decade of the 1970s is still regarded as an economic and investment breakthrough in Poland's post-war history. It is a period remembered very fondly by the generation of Poles entering adulthood at that time. In fact, particularly its first half, gave a substitute for the life behind the 'Iron Curtain' that many Poles had heard about. The changes that were taking place at the time gave hope of an exit from the hopelessness in which the country found itself at the end of the 1960s. Unfortunately, as time has shown, the authorities' idea of economic development was as ambitious as it was ill-conceived. History has shown what a huge failure a centrally controlled economy has been in the face of the free market. The financial commitments incurred by Edward Gierek's team were repaid by the Poles over the next four decades. But is it fair to judge the progress and development of the 1970s solely through the prism of the country's debt? Didn't the investments of that period prepare the ground for the dynamic start of Poland's economic development after the political and economic changes of the late 1980s and early 1990s? The text presented here attempts to answer this important question and to assess the economic policies of Edward Gierek's decade through the prism of the financial strategies of developing countries.

WSTĘP

Przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku w Polsce był okresem burzliwym. Rząd Józefa Cyrankiewicza realizujący zadania stawiane przez Polską Zjednoczoną Partię Robotniczą pod przywództwem I Sekretarza Władysława Gomułki

próbował kierować gospodarką, która znalazła się w stagnacji i marazmie. Społeczeństwo było świadkiem ostrej kampanii antysemickiej zapoczątkowanej wiosną 1968 roku. W tym samym czasie odbył się pierwszy po 1956 roku manifest niezadowolonego społecznego wyrażony marcowymi protestami studentów. Latem tego samego roku Wojsko Polskie jako element sił Układu Warszawskiego¹ zostało skierowane do interwencji w Czechosłowacji², gdzie tamtejsza opozycja podjęła starania oswobodzenia się spod strefy wpływów Związku Radzieckiego³.

Polska jako gospodarka centralnie sterowana, stanowiąca od grudnia 1959 roku część Rady Wzajemnej Pomocy Gospodarczej⁴, silnie uzależniona od Związku Radzieckiego, nie miała szans na rozwój. Kraj po przeszło dwudziestoletniej odbudowie powojennej doszedł do miejsca, w którym dopadła go stagnacja. Aspiracje społeczeństwa dalece wykraczały poza dążenie do odbudowy kraju z powojennych zniszczeń. Polityka rządzącej PZPR skupiała się na wizji całkowitego poświęcenia obywateli dla kraju, pozostawiając ich sytuację materialno-bytową na drugim planie. Przebijająca się zza „żelaznej kurtyny”⁵ wizja alternatywnej rzeczywistości jedynie podsyciała nastroje społeczeństwa marzącego o poprawie warunków życiowych. Tendencja ta wyraźnie widoczna była wśród Polaków urodzonych w powojennej rzeczywistości, młodzieży, która nie była dotknięta traumą wojny.

Sytuacja ekonomiczna w kraju w 1970 roku wymusiła na rządzie Józefa Cyrankiewicza podniesienie ceny podstawowych artykułów żywnościowych⁶. Decyzje te nastąpiły za aprobatą I Sekretarza Komitetu Centralnego Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej. Choć pierwotnie plany zakładały wprowadzenie podwyżek jeszcze w kwietniu 1970 roku, to niefortunnie decyzję tę podjęto w grudniu, przed świętami Bożego Narodzenia. Było to powodem strajków na Wybrzeżu. Do największych wystąpień społecznych doszło w Szczecinie, Gdańsku i Gdyni. Protesty miały miejsce również w innych mniejszych ośrodkach miejskich północnej Polski takich jak Elbląg⁷, Słupsk⁸. Najbrutalniej ze strajkującymi rządzący postąpili w stoczniach – Gdańskiej i Szczecińskiej.

¹ „Układ Warszawski, oficjalnie Układ o Przyjaźni, Współpracy i Pomocy Wzajemnej, organizacja o charakterze sojuszu politycznego i wojskowego, powołana 1955, rozwiązana 1991”, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Uklad-Warszawski;3990984.html>, [dostęp: 10.08.2024 r.].

² „Czechosłowacja, Československo, państwo w środkowej Europie istniejące 1918–92”, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Czechoslowacja;3889369.html>, [dostęp: 10.08.2024 r.].

³ J. Eisler, *Grudzień 1970. Geneza, przebieg, konsekwencje*, Warszawa, Instytut Pamięci Narodowej Komisja Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu, 2020, s.60-61.

⁴ *Statut Rady Wzajemnej Pomocy Gospodarczej z dn. 14 grudnia 1959 r.*, Dz.U. 1960 nr 35 poz. 197.

⁵ „żelazna kurtyna, termin używany na określenie izolacji obszarów pozostających pod dominacją ZSRR od niekomunistycznego świata,” <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zelazna-kurtyna;4002896.html>, [dostęp 15.08.2024 r.].

⁶ J. Eisler, *Grudzień 1970...* s.81-82.

⁷ Tamże, s. 360.

⁸ Tamże, s. 250.

Do stłumienia manifestacji skierowano wojsko. Na polecenie władz użyto broni przeciwko demonstrującym. Skutkiem tego były ofiary śmiertelne⁹.

ZMIANY NA SZCZYTACH WŁADZ PARTYJNYCH

Wydarzenia te stały się katalizatorem zmian w kierownictwie KC PZPR. Już od wydarzeń marcowych 1968 roku w kuluarach władzy KC PZPR rozprawiano o konieczności zmiany na stanowisku I Sekretarza partii rządzącej. Władysław Gomułka przez wielu działaczy uważany był za polityka minionej epoki. Co niezwykle istotne, w oczach Sekretarza Generalnego Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego, Leonida Breżniewa, Władysław Gomułka postrzegany był jako osoba nie do końca przychylna linii Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego. Władysław Gomułka dość odważnie prezentował swoje wizje rozwoju Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, a te odstawały od idei głoszonych na Kremlu.

W sposób jednoznaczny demonstrował swoje niezadowolenie postawą ZSRR w kwestii dotyczącej uregulowania statusu granicy zachodniej Polski. Obawiał się, iż ZSRR z pominięciem Polski zawrze układ z Republiką Federalną Niemiec, który mógł stanowić zagrożenie dla ustanowionej po II wojnie światowej zachodniej granicy Polski. Władysław Gomułka z własnej inicjatywy podejmował skuteczne działania dyplomatyczne w tym kierunku. 7 grudnia 1970 roku w Warszawie szefowie rządów Republiki Federalnej Niemiec Polski Willy Brandt i Józef Cyrankiewicz podpisali układ o normalizacji stosunków pomiędzy RFN a PRL. Układem tym RFN oficjalnie uznała granice na Odrze i Nysie Łużyckiej¹⁰. Ponadto ówczesny I Sekretarz KC PZPR w kwestiach ekonomiczno-gospodarczych prezentował odmienne od oczekiwania Kremla założenia rozwojowe między innymi w przedmiocie zmniejszenia nakładów na przemysł stoczniowy, ograniczenia uzależnienia polskiego przemysłu lotniczego od radzieckiego, ograniczenia eksportu węgla do Związku Radzieckiego oraz reform w RWPG¹¹. Z pewnością także nie bez znaczenia pozostawały prezentowane przez Władysława Gomułkę już w latach 40 XX wieku podglądy znane radzieckim decydentom partyjnym¹². Tymczasem zauważony przez radzieckich towarzyszy ścisłego kierownictwa partii Edward Gierek prezentował stanowisko odmienne. Dużo wcześniej niż doszło do wydarzeń grudniowych 1970 roku, Leonid Breżniew zapraszał Edwarda Gierka na spotkania, które odbywały się w czasie

⁹ Tamże, s.265-309.

¹⁰ Tamże, s..72-75.

¹¹ Tamże, s.66-67.

¹² Władysław Gomułka jeszcze w 1944 roku kiedy był członkiem ścisłego kierownictwa Polskiej Partii Robotniczej, która następnie przekształcona została w PZPR, sceptycznie odnosił się do bezwarunkowego przyjęcia wizji stosowania sowieckich rozwiązań organizacji państwa w Polsce. Jego postawa nie znajdowała uznania w oczach samego Józefa Stalina. Patrz: M. Szumiło, *Kierownictwo Polskiej Partii Robotniczej (1944-1948) – portret historyczno-socjologiczny*, „Kwartalnik Historyczny”, Rocznik CXXI, 2014, s. 306-315.

wakacyjnych pobytów na Krymie¹³, gdzie miał okazję wyrobić sobie opinię o ówczesnym Sekretarzu Komitetu Wojewódzkiego PZPR w Katowicach.

OCIEPLENIE WIZERUNKU PZPR. NAMIASTKA „ZACHODU” W PRL

20 grudnia 1970 roku Edward Gierek objął stanowisko I sekretarza KC PZPR. Wyraźnie chciał odciąć się od poprzednika i jego metod władzy. Akcentował, iż jako robotnik z pochodzenia nie ma zamiaru używać aparatu siłowego do rozwiązywania sporów ze strajkującymi pracownikami zakładów. Edward Gierek zapewniał opinię publiczną, iż podjęte zostaną działania przez władze, które będą miały na celu wyjaśnienie tragicznych wydarzeń grudniowych. Odwoływał się też do silnej wspólnoty narodowej. Nie negował całkowicie pobudek strajkujących, prezentując subtelnie aprobatę dla motywów, którymi kierowali się strajkujący robotnicy¹⁴. Nowy I Sekretarz KC PZPR podjął nieszablonowe działania, które miały na celu po pierwsze ocieplenie wizerunku partii, a po drugie skrócenie dystansu ze społeczeństwem. Pod koniec stycznia 1971 roku wraz z premierem rządu Piotrem Jaroszewiczem oraz ministrem obrony narodowej gen. Wojciechem Jaruzelskim udał się do robotników strajkujących na Wybrzeżu w stoczniach: Szczecińskiej i Gdańskiej. Osobiście stojąc na czele delegacji przemawiał do pracowników stoczni. To wówczas w czasie spotkania ze stoczniovcami z Gdańska padło z ust I Sekretarza zdanie, które na dekady zapisało się jako jego motto. Edward Gierek po swojej mowie, w której przekonywał stoczniovców, że władze państwowe i stoczniovcy mają te same cele, ale do osiągnięcia sukcesu potrzebne jest zrozumienie i wspólne zaangażowanie, zwrócił się z retorycznym pytaniem do uczestniczących w zebraniu pracowników – *No więc jak? – Pomożecie?*¹⁵. W zapisie telewizyjnym rzeczonoego spotkania nie usłyszymy wykreowanej przez propagandę PRL odpowiedzi ze strony robotników *Pomożemy!*. Na sali słyszalne były jedynie pojedyncze oklaski¹⁶.

Edward Gierek podjął też, jak się ostatecznie okazało, jedynie pozorne działania mające na celu poprawę relacji z Kościołem Katolickim. Postępując się w swoich przemówieniach zwrotem „wierzący i niewierzący, partyjni i bezpartyjni” jasno dawał do zrozumienia, iż władza państwowa oficjalnie zaakceptowała fakt, iż w polskim społeczeństwie na równi z osobami oddanymi ideologii PZPR są obywatele wierzący i bezpartyjni, czyli w domyśle silnie związani z Kościołem Katolickim. Podobną retorykę zaprezentował premier rządu Piotr Jaroszewicz w czasie swojego pierwszego *expose* deklarując, iż jego rząd będzie zmierzał do normalizacji stosunków z Kościołem Katolickim¹⁷. Postawa I Sekretarza KC PZPR oraz premiera rządu została odebrana pozytywnie przez władze Kościoła Katolickiego¹⁸.

¹³ J. Eisler, *Grudzień 1970...*s. 66-67.

¹⁴ Tamże, s. 420.

¹⁵ Cyt. za: Tamże, s.45.

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże, s.435.

¹⁸ Tamże, s.434.

Działania zmierzające do ocieplenia wizerunku partii i władzy państwowej podjęte w początkach przewodzenia PZPR przez Edwarda Gierka okazały się zatem niezwykle skuteczne i doprowadziły do uspokojenia nastrojów społecznych oraz zniwelowania napięć.

W tak sprzyjających warunkach ekipa Edwarda Gierka mogła przystąpić do wdrażania przygotowanych planów uzdrowienia gospodarki.

„ZŁOTE LATA” PRL

W grudniu 1971 roku odbyły się obrady VI Zjazdu PZPR. Jak zawsze wydarzenie to transmitowane było przez telewizję publiczną. Jednak ta transmisja nie była taka sama jak poprzednie. Oto jako symbol rozwoju i kroku Polski w kierunku nowoczesności, transmisję przeprowadzono systemie SECAM, czyli w tak zwanym „kolorze”. W ten sposób Polska pod kierownictwem ekipy gierkowskiej dołączyła jako trzecia do elitarnego grona państw bloku sowieckiego (zaraz po ZSRR i NRD¹⁹), której programy telewizyjne transmitowane były w tej technologii²⁰. VI Zjazd partii, poza kolorową telewizją, wniósł też nowy, optymistyczny i ambitny plan rozwoju gospodarki w kolejnym planie pięcioletnim na okres 1971-1975. Wzrost dochodu narodowego miał osiągnąć 39%, produkcji przemysłowej 50%, rolniczej 20%, płacy realnej 18%. Progres inwestycji miał sięgnąć 4% rocznie. Planowano także, iż w okresie pięciu lat zatrudnienie wzrośnie o 1,8 miliona osób. Ambitnie wyglądały też planowane nakłady inwestycyjne, bowiem założono, iż w okresie wyniosą one blisko 2 bilionów złotych²¹.

W 1971 roku gospodarka PRL wykorzystując rezerwy wykazywała tendencje do wzrostu. Działo się to pomimo decyzji rządu o cofnięciu podwyżek cen ogłoszonych w grudniu 1970 roku przy jednoczesnej podwyżce płac. W latach 1972-1973 tendencja ta utrzymywała się, co wywołało przedwczesny optymizm wśród rządzących. Skutkiem tego była korekta planu pięcioletniego z grudnia 1971 roku. Podczas I Krajowej Konferencji Partyjnej w październiku 1973 roku przedstawiono nowe założenia. Kształtowały się one na poziomie: planowany wzrost dochodu narodowego 55%, produkcji przemysłowej i rolniczej odpowiednio 66% i 23%, płacy 38%²².

Czas w jakim ekipa Edwarda Gierka doszła do władzy również nie pozostał bez znaczenia. ZSRR był u szczytu zimnowojennego²³ wyścigu zbrojeń, a zatem wzrost

¹⁹ „państwo niemieckie, istniejące od 1949 do 1990”, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/2428/niemiecka-republika-demokratyczna>, [dostęp: 18.08.2024 r.].

²⁰ Tamże, s.474.

²¹ Tamże.

²² W. Roszkowski, *Historia Polski 1914-2004*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2004, s. 317.

²³ „zimna wojna, umowne określenie stanu stosunków międzynarodowych charakteryzujących się trwałym konfliktem, ale również niemożnością jego rozstrzygnięcia przez konfrontację militarną (...) zimna wojna po II wojnie światowej rozpoczęła się jako konflikt między ZSRR a światem demokracji zachodnich”, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zimna-wojna;4001555.html>, [dostęp: 18.08.2024 r.].

gospodarczy w krajach satelickich w celu pozyskania coraz to większych środków na uzbrojenie był pożądanym przez władze na Kremlu. Dodatkowo kryzys paliwowy²⁴ spowodował nadmiar aktywów finansowych na rynkach światowych, co dało otwartą drogę do pozyskiwania nowych środków z pożyczek z rynków zachodnich. Z kolei instytucje finansowe świata zachodniego były bardzo skłonne do udzielania pożyczek krajowi będącemu członkiem RWPG²⁵. Edward Gierek dodatkowo postrzegany był przez świat zachodni jako człowiek władzy całkowicie inny niż jego poprzednicy rządzący po II wojnie światowej. Był dostojny, obyty w towarzystwie, pewny siebie, biegle władał językiem francuskim, a nade wszystko lansowano go również na technokratę. Polska znalazła się w momencie, który był doskonały na podjęcie szerokich planów modernizacyjnych praktycznie na każdej płaszczyźnie, począwszy od wsi, skończywszy na wielkich okręgach przemysłowych. Edward Gierek jako człowiek wiele lat zajmujący stanowisko I Sekretarza Komitetu Wojewódzkiego PZPR w Katowicach, a więc najbardziej uprzemysłowionego regionu kraju, miał praktyczną wiedzę w zakresie tego co jest niezbędne, aby przemysł mógł funkcjonować.

PROPAGANDA SUKCESU EKONOMICZNEGO PRL A BRUTALNE PRAWA GOSPODARKI RYNKOWEJ

Ekipa Edwarda Gierka skupiła się na modernizacji kraju i podwyższeniu stopy życiowej obywateli. Założenia te realizowane były wielopłaszczyznowo, lecz najbardziej widoczne i odczuwalne były w nakładach inwestycyjnych na rozwój przemysłu – ogółem 170%, z czego w samym sektorze metalurgicznym 250%²⁶. Rozwój ten niestety nie był zbilansowany i nie do końca spełniał wymagania rynku wewnętrznego. Jak dalekie były dysproporcje wskazuje choćby fakt, iż inwestycje w kluczowym dla zapewnienia płynnego funkcjonowania wysoce uprzemysłowionej gospodarki sektorze energetycznym wzrosły jedynie o 75%²⁷, co było wysoce nieproporcjonalne w stosunku do nakładów w sektorze przemysłu, którego płynne funkcjonowanie było uzależnione od zapewnienia nieprzerwanych dostaw energii. Na tej płaszczyźnie najbardziej można było zaobserwować jak chaotycznie podejmowane były poszczególne decyzje inwestycyjne oraz jak bardzo nieprzygotowane do takiej skali inwestycji na poziomie ogólnokrajowym były osoby za nie odpowiedzialne. Z dzisiejszej perspektywy można stwierdzić, iż koordynacja działań w poszczególnych gałęziach gospodarki nie istniała. Idąc dalej, rysuje się wręcz obraz swoistego wyścigu pomiędzy poszczególnymi

²⁴ P. Bożejewicz, *Rok 1973 Źródło kryzysów energetycznych*, „Rzeczpospolita”, 09.11.2023, <https://historia.rp.pl/historia-swiata/art39383041-rok-1973-zrodlo-kryzysow-energetycznych>, [dostęp: 10.08.2024 r.].

²⁵ P. Czernicki, *Powstanie pułapki zadłużeniowej PRL i próby jej rozwiązania na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku (do 1989 r.)*, „Roczniki Ekonomii i Zarządzania”, nr 1, 2016, t. 8, s. 103-104.

²⁶ W. Roszkowski, *Historia Polski...* s. 318.

²⁷ Tamże.

gałęziami gospodarki²⁸. Pozostaje bez odpowiedzi, czy było to wynikiem braku koordynacji szczebla państwowego, czy też wyraz braku kompetencji i niezrozumienia zasad funkcjonowania nowoczesnej gospodarki. Można też postawić hipotezę, iż ekipa gierkowska na drugim planie stawiała cel jako całość systemu, a na pierwszym planie zawsze pozostawał wymierny, widoczny dla społeczeństwa „gołymi okiem” skutek w postaci nowych fabryk, zakładów, szpitali, przedszkoli etc. Takie działania wpisywały się doskonale w ówczesną propagandę sukcesu. Brak właściwego zarządzania oraz korelowania działań pomiędzy poszczególnymi gałęziami gospodarki oraz sztucznie rozpędzona kredytami pozyskanymi z zewnątrz koniunktura doprowadziły ostatecznie do wyraźnego spowolnienia i końca ery spektakularnego rozwoju. Paradoksalnie kluczowa dla uspokojenia nastrojów społecznych po wydarzeniach grudniowych decyzja rządu Piotra Jaroszewicza o cofnięciu podwyżek ogłoszonych przez ekipę Władysława Gomułki była jednym z czynników skutkujących silnym wyhamowaniem gospodarki w drugiej połowie lat 70 XX wieku. Stale rosnące płace i silny wzrost konsumpcji na rynku wewnętrznym połączony z niewydolnością zaopatrzenia spowodował pierwsze braki towarów. W 1973 roku napływ pieniądza na rynek wewnętrzny był na tyle silny, iż nie był go w stanie skompensować nawet problem z dostawami na rynku wewnętrznym. Presja inflacyjna była na tyle silna, że nieskuteczna okazała się nawet polityka zamrażania cen. W latach 1970-1975 poziom obiegu pieniężnego wzrósł o 138% – z 59 mld złotych do 141 mld złotych²⁹.

Szczególnie widocznym wskaźnikiem jak oderwana od realiów ekonomicznych była w ten sposób kierowana gospodarka państwa, był bilans handlu zagranicznego. Podczas gdy dochód narodowy w latach 1971-1975 wzrósł o 59%, eksport zwiększył się o 66%, to import wzrósł o 104%. Z tego właśnie powodu zadłużenie PRL urosło w tamtym czasie z poziomu około 600 mln do 8,4 mld dolarów³⁰. Nie bez znaczenia pozostawał też fakt, iż ZSRR wymuszało na Polsce eksport po cenach niższych niejednokrotnie od cen produkcji i jednocześnie zmuszało do importu towarów po cenach zawyżonych. Zapłatę za obrót towarami w krajach bloku wschodniego otrzymywano w rublach transferowych³¹, które były wspólną walutą RWPG przeznaczoną do rozliczania transakcji między państwami tworzącymi tę wspólnotę. Ruble transferowe przelutowywane były na dolary po kursie ustalonym przez ZSRR i zawsze był to kurs niekorzystny dla kraju chcącego pozyskać dewizy³². Mając na uwadze fakt, iż większość polskiego eksportu kierowana była do krajów bloku sowieckiego, był to kolejny czynnik negatywnie wpływający na

²⁸ Tamże, s. 320-321.

²⁹ J. Kaliński, Z. Landau, *Gospodarka Polski XX wieku*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne SA, 2003, s. 336-337.

³⁰ W. Roszkowski, *Historia Polski...*s. 319.

³¹ „rubel transferowy: międzynarodowa jednostka rozrachunkowa, stosowana w rozliczeniach wzajemnych krajów członkowskich RWPG”, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/rubel-transferowy;3969711.html>, [dostęp: 02.08.2024 r.].

³² P. Czernicki, *Powstanie pułapki...*s. 112-113.

bilans w tej dziedzinie. Do chwili obecnej nie jest możliwe do oszacowania jak wielkie koszty z tytułu spekulacji ZSRR na rublu transferowym poniosło państwo polskie³³.

Kolejną bolączką gospodarki gierkowskiej był brak racjonalnego planowania, które zamiast uwzględniać sytuację makroekonomiczną i wpływ czynników zewnętrznych niezależnych od Polski, takich jak choćby koniunktura na rynkach światowym, ceny surowców i energii czy też pogody, opierało się na optymistycznych prognozach oderwanych od realiów. Dodatkowo działania na rynku lokalnym – przykładowo przenoszenie produkcji danego asortymentu z jednego zakładu do drugiego – były nieracjonalne i nie poprzedzane jakimikolwiek analizami opłacalności. W rezultacie generowały ogromne koszty oraz poważne problemy technologiczne i produkcyjne³⁴.

Nieracjonalność i brak kompetencji obecne były na każdym szczeblu. Zakładami państwowymi źle zarządzano. Niewłaściwie gospodarowano mieniem oraz zasobami ludzkim. Prowadzone na szeroką, niespotykaną dotąd skalę inwestycje w infrastrukturę traciły płynność z powodu zachwiania łańcucha dostaw. Niedokończone projekty niszczyły i generowały kolejne koszty. Na każdym kroku spotykano się z urzędniczą korupcją oraz tzw. prywatą. Taki stan rzeczy powodował, iż podejmowane nakłady inwestycyjne w bardzo dużej mierze były marnotrawione. Za modernizacją gospodarki nie nadążyły także kwestie doktrynalne, przez co trwoniono majątek państwowy, np. gdy zakład modernizowano i wyposażano w nowsze maszyny, starych pomimo tego, że były nadal sprawne nie odsprzedawano na rynek prywatny, bowiem było to zakazane, lecz złomowano je³⁵.

BRUTALNY RACHUNEK EKONOMICZO-POLITYCZNY

W 1976 roku rząd Piotra Jaroszewicza zmuszony był do wprowadzenia podwyżek cen żywności, co spowodowało pierwsze od początku lat siedemdziesiątych silne niepokoje społeczne i doprowadziło do strajków znanych jako „wydarzenia czerwcowe” w Radomiu. Był to pierwszy siłowo stłumiony od czasów grudnia 1970 roku strajk. To wydarzenie było symbolicznym końcem sielanki gierkowskiej Polski lat 70. Do tego czasu, pomimo wyraźnych już od 1974 roku symptomów nadchodzących problemów gospodarczych, społeczeństwo epatowane przekazem partyjnej propagandy trafiającej do coraz to większej liczby posiadaczy odbiorników telewizyjnych - dla zamożniejszych również kolorowych – było optymistycznie nastawione do sytuacji w kraju. W latach 1973-1975 prowadzono dziewięciokrotnie badania optymizmu wśród społeczeństwa i wyniki kształtowały się następująco: 57%, 60%, 59%, 61%, 62%, 55%, 43%, 48% i 62%. Widoczny był zatem trend wzrostowy, co świadczyło o pozytywnym odbiorze działań władz państwowych. Szczytowe noty wskaźnik ten osiągnął w styczniu 1976

³³ W. Roszkowski, *Historia Polski...* s. 319.

³⁴ Tamże, s. 320-321.

³⁵ Tamże, s. 320. P. Czernicki, *Powstanie pułapki ...*s. 108-109.

roku, kiedy to wyniósł 64%. Późniejsze decyzje rządu, a przede wszystkim wymuszona sytuacją ekonomiczną kraju podwyżka cen w czerwcu 1976 r. spowodowała, iż wskaźnik optymizmu spadł w czerwcu tego samego roku do poziomu 32%³⁶.

Dalszy regres gospodarczy, drożyzna, brak towarów i chaos gospodarczy w rezultacie doprowadził do kumulacji napięć i skutkowało wzrostem niezadowolenia społecznego. Fala strajków na Wybrzeżu i brak właściwej – w ocenie części członków KC PZPR – reakcji doprowadził do odwołania podczas VI Plenum KC PZPR w nocy z 5 na 6 września 1980 roku Edwarda Gierka ze stanowiska I Sekretarza KC PZPR. Finalnie Edward Gierek i Piotr Jaroszewicz po wprowadzeniu w dniu 13 grudnia 1981 roku stanu wojennego zostali internowani i osadzeni w ośrodku dla osób internowanych w miejscowości Głębokie koło Drawskiego Pomorskiego³⁷.

W 1980 roku zadłużenie Polski wyniosło 25 mld USD³⁸. Zobowiązania zaciągnięte w czasach dekady Gierka spłacono w październiku 2012 roku³⁹. Ocena dekady Edwarda Gierka z punktu widzenia długów jakie Polska spłacała przeszło 30 lat po zakończeniu rządów jego ekipy do dziś budzi wiele kontrowersji.

CHŁODNY BILANS PIĘĆ DEKAD PÓŹNIEJ

Z perspektywy czasu oraz obiektywnie patrząc na to, w jakim miejscu obecnie gospodarczo znajduje się nasz kraj, można rzec, iż warto było ponieść tak duże koszty finansowe. Świadczy o tym chociażby fakt, że obecnie wskaźnik produktu krajowego brutto na mieszkańca w Polsce wynosi 80% średniej Unii Europejskiej, co stanowi najwyższy wyniki w historii Polski⁴⁰

Co ciekawe według badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej na reprezentatywnej grupie 964 Polaków w sierpniu 2001 roku, aż 50% oceniało działalność Edwarda Gierka pozytywnie, a negatywnie jedynie 6% ankietowanych. Z grupy badanych wyodrębniono też osoby, które w 1980 roku miały 18 lat. W tej grupie 63% badanych wyraziło pozytywne opinie. Edward Gierek kojarzył się badanym w większości z zadłużeniem zagranicznym (47%), ale – co ważne – na niemal tym samym poziomie z rozwojem gospodarczym (45%) i poprawą warunków życia (39%). Pierwszym z negatywnych skojarzeń były kartki żywnościowe na cukier, co wskazało 26% respondentów. Pozytywnymi notami były opinie wskazujące na unowocześnienie

³⁶ E. Jarosz, *Sondaże ośrodka badań opinii publicznej (OBOP) w latach 1957-1989: Refleksje historyka. Polska 1944/45-1989*, „Studia i Materiały”, VI/2003, s.83.

³⁷ W. Roszkowski, *Historia Polski...s. 567-568*. G. Wołk, *Internowanie działaczy opozycji w stanie wojennym*, „Biuletyn Instytutu Pamięi Narodowej”, nr 11-12,2011, s. 85-86.

³⁸ Z. Landau, *Gospodarka Polski...s.349*.

³⁹ P. Tarnowski, *Długa spłata długów PRL*, „Polityka”, 31.10.2012. <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/rynek/edukatorekonomiczny/1531277,1,dluga-splata-dlugow-prl.read> [dostęp 02.08.2024 r.].

⁴⁰ T. Lipczyński, *PKB per capita w UE. Polska osiągnęła rekordowy poziom*. „Forsal.pl.”, 27.03.2024, <https://forsal.pl/gospodarka/pcb/artykuly/9471875,pcb-per-capita-w-ue-polska-osiagnela-rekordowy-poziom-mapa.html>, [dostęp: 12.08.2024 r.].

kraju i otwarcie na świat, co potwierdziły 18% ankietowanych. Pozostałe ze skojarzeń były raczej odczuciami mniej pozytywnymi lub wręcz negatywnymi. Wśród nich na czoło wysuwają się strajki (14%) i propaganda sukcesu (13%). Istotnym i wartym podkreślenia jest fakt, iż wydarzenia w Radomiu z 1976 roku, które były początkiem końca dobrej passy Edwarda Gierka i jego ekipy kojarzone są z nim samym jedynie przez 6% badanych, a już same represje na poziomie 3%⁴¹. Analiza tych wyników wskazuje, że społeczeństwo zapamiętało lata 70 XX wieku jako dobry czas. Można przyjąć, iż po wielu latach, w optyce problemów z jakimi polskie społeczeństwo musiało zmierzyć się w latach 80 i 90 ubiegłego wieku, działania ekipy Edwarda Gierka, choć w aspekcie zarządzania długami były nieprofesjonalne, zapisały się pozytywnie w pamięci Polaków.

Nadto należy wskazać, iż najbardziej na rzecz obrony polityki gospodarczej Edwarda Gierka przemawia postęp infrastrukturalny jaki dokonał się w latach 70. Warto podkreślić, iż Polska na kolejny tak duży zryw inwestycyjny w kontekście infrastrukturalnym (pomijając prywatny sektor produkcyjno-usługowy) musiała czekać kolejne trzy dekady, czyli do momentu, gdy rozpoczęła wykorzystywać dotacje z Unii Europejskiej. Przykładem tego była rozbudowa sieci autostrad i dróg ekspresowych. W dniu akcesji Polska miała niespełna 720 km dróg tego typu, a obecnie sieć ta przekracza 5000 km. W tym czasie na rozwój infrastruktury drogowej w kraju wydano około 240 miliardów złotych, z czego 104 miliardy pochodziły z funduszy unijnych⁴². Nie sposób wyobrazić sobie, aby współczesna polska gospodarka mogła powstać zasadniczo bez trzech czynników: pracowitości Polaków, wsparciu funduszy Unii Europejskiej oraz infrastruktury przemysłowej i drogowej, która powstała z inicjatywy Edwarda Gierka.

Z tego wszystkiego należy jeszcze wspomnieć o niezwykle istotnej sprawie. Otóż w dekadzie lat 70 XX wieku, do użytku oddano ponad 2,4 mln mieszkań⁴³. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 roku⁴⁴, w Polsce zasób mieszkaniowy wynosił 12,4 mln mieszkań, natomiast po mającym miejsce w pierwszym dwudziestolecu XXI wieku „boomie budowlanym” niespełna 15,6 mln⁴⁵. Zatem na przełomie wieków XX i XXI, w momencie, gdy polska gospodarka stała na progu najsilniejszego od lat 70 ubiegłego wieku impulsu rozwojowego w postaci dostępu do

⁴¹ *Opinie o roli Edwarda Gierka w historii Polski, komunikat z badań*, Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, 2001, s.1-5.

⁴² *PAP/WOK*, *Od naszego wejścia UE w Polsce zbudowano i zmodernizowano 5,2 tys. km dróg krajowych*, „Portalsamorządowy.pl”, 01.05.2024, <https://www.portalsamorządowy.pl/inwestycje/pkp-chce-w-tym-roku-zarobic-150-mln-zl-spolka-realizuje-program-przebudowy-200-dworcow,562497.html?mp=promo>, [dostęp: 12.08.2024 r.].

⁴³ S.Ciok, D. Ilnicki, *Przestrzenne i czasowe zróżnicowanie budownictwa mieszkaniowego w Polsce*, „Studia Komitetu Przestrzennego Zagospodarowania Kraju”, vol. 183, 2018, s.335.

⁴⁴ *Mieszkania 2002*, Warszawa Główny Urząd Statystyczny, 2003, s. 26.

⁴⁵ Dane GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/infrastruktura-komunalna-nieruchomosci/nieruchomosci-budynki-infrastruktura-komunalna/gospodarka-mieszkaniowa-w-2022-roku,14,6.html>, [dostęp: 02.08.2024 r.].

środków finansowych Unii Europejskiej, niemal 20% zasobów mieszkaniowych Polaków stanowiły nieruchomości oddane w dekadzie Edwarda Gierka. Warto zaznaczyć też, iż ilość nowych mieszkań na rynku w pierwszych dwóch dekadach XXI wieku to niewiele ponad 3 mln, a to w porównaniu z dynamiką z lat 70 XX wieku stanowi dość skromny wynik. Choć dziś mieszkania wybudowane oraz te, których budowy rozpoczęto w latach 70 nie są już tak widoczne z powodu termomodernizacji, to jeszcze do końca lat 90 XX wieku krajobraz blokowisk większych miast zdominowany był przez charakterystyczną szaro-czarną kratę, którą tworzyły ściany bloków zmontowane z gotowych betonowych prefabrykatów pokrytych kamykiem, uszczelnionych pasami czarnej smoły.

W latach 70 ubiegłego stulecia w wiek produkcyjny wkraczały roczniki wyżu demograficznego z pierwszej dekady lat powojennych. Osoby te wykazywały silne tendencje do migracji ze wsi do miast. Ich dzieci natomiast to wyż demograficzny z przełomu lat 70 i 80 XX wieku, który w dorosłość wszedł na przełomie wieków XX i XXI i w głównej mierze stanowił silne wzmocnienie rynku pracy, co przełożyło się na sukces gospodarczy Polski ostatnich 30 lat. Nie sposób opisać jak wiele zmian i inwestycji odbyło się z inicjatywy Edwarda Gierka i jak bezpośrednio, czy też pośrednio wpłynęły one z korzyścią dla kraju, który miał lepszy start przy „doganianiu Europy” u progu XXI wieku.

ZAKOŃCZENIE

Reasumując, bez wątpienia „strategia przyspieszonego rozwoju”, jak wówczas ją nazywano, była pomysłem dobrym. Sposób jej wykonania obnażył jednak brak kompetencji osób, które miały ją nadzorować. Brak przewidywania i wiedzy praktycznej w zakresie mechanizmów rządzących rynkami w gospodarkach innych niż centralnie sterowana musiał doprowadzić do klęski. Nieumiejętne planowanie oraz zarządzanie długiem w połączeniu z chaotycznym i nieskoordynowanym międzyresortowo kierowaniem gospodarką doprowadziło do zapaści gospodarczej, która finalnie spowodowała brak możliwości spłaty długu. Druga połowa lat 70 i lata 80 XX wieku były właściwie niebytem gospodarczym. Niewydolne ekonomicznie państwo nie było w stanie spłacać długów, które kilkanaście lat wcześniej przeniosły Polskę w inne realia, pozwoliły na przeniesienie ciężaru rozwoju z biednej wsi do nowoczesnych ośrodków miejskich. Nawet dziś korzystamy z „cudów na kredyt”, często nieświadomie. Nie zdajemy sobie sprawy, że niekiedy życie byłoby bardzo utrudnione bez pozostałości po gierkowskich inwestycjach. Choć brzmi to banalnie, to trudno byłoby sobie wyobrazić Warszawę bez Trasy Łazienkowskiej, aglomeracji śląskiej, bez Drogowej Trasy Średnicowej czy Szczecina bez Trasy Zamkowej. To jedynie namiastka inwestycji w infrastrukturę drogową zainicjowanych w czasach dekady gierkowskiej. Nie sposób zliczyć, ile innych przedsięwzięć rozpoczętych w tej dekadzie służy współcześnie polskiemu społeczeństwu. Owszem, finansowane były z kredytów, które przez kolejne niemal czterdzieści lat spłacano. Bez wątpienia też rozwój gospodarczy zapoczątkowany

po przemianach ustrojowych na przełomie lat 80 i 90 XX wieku był łatwiejszy. W dzisiejszych czasach, realizacja inwestycji na szczeblach lokalnych, czy też państwowych niemal nieodłącznie wiąże się z częściowym finansowaniem jej z kredytu. Różnicę natomiast stanowi właściwe szacowanie ryzyka przy zaciąganiu zobowiązań i zarządzanie nim. Wypada jednak wspomnieć, iż nawet w XXI wieku, kiedy kredyt stanowi powszechnie narzędzie finansowania inwestycji, zdarzył się przypadek, kiedy to ogłoszono upadłość gminy, bowiem jej zadłużenie wyniosło 437% (!) planowanych dochodów⁴⁶. Sytuacja ta zaistniała w drugiej dekadzie XXI wieku w gminie Ostrowice (Województwo Zachodniopomorskie). Fakt ten pokazuje wyraźnie, jak ogromne znaczenie ma właściwe, umiejętne i profesjonalne zarządzanie długiem publicznym.

Warto też zaznaczyć, że zmiany w społecznym postrzeganiu kredytów jako narzędzi finansowych powodują, iż ocena pożyczek zaciągniętych przez Edwarda Gierka nie powinna być tak negatywna. Wydaje się, że powszechnie funkcjonująca w społeczeństwie zła opinia na temat polityki zadłużeniowej ekipy Edwarda Gierka ukształtowana w latach 80 XX wieku z obecnej perspektywy jest wyolbrzymiona. Wskaźniki długu publicznego rozwiniętych państw jak choćby USA, Francji czy Niemiec obecnie wynoszą odpowiednio 121,38%, 111,67% i 66,54% (dane z roku 2022)⁴⁷, a pomimo tego nie są powszechnie postrzegane tak krytycznie.

Powyżej przytoczone wskaźniki zadłużenia państw wysoko rozwiniętych, wskazują, iż rozwój gospodarczy w znacznej mierze dokonuje się kosztem zaciągania zobowiązań finansowych. Można zatem uznać, że krytyka przyjętej przez ekipę Edwarda Gierka koncepcji w zakresie polityki gospodarczej i kraju nie w każdym aspekcie jest uzasadniona.

Bibliografia:

Źródła drukowane:

Mieszkania 2002, Warszawa Główny Urząd Statystyczny, 2003.

Opinie o roli Edwarda Gierka w historii Polski – komunikat z badań, Warszawa, Centrum Badania Opinii Społecznej, 2001.

Monografie i artykuły:

Ciok S., Ilnicki D., *Przestrzenne i czasowe zróżnicowanie budownictwa mieszkaniowego w Polsce*, „Studia Komitetu Przestrzennego Zagospodarowania Kraju”, vol. 183, 2018

⁴⁶ <https://www.gov.pl/web/mswia/gmina-ostrowice-zostanie-zniesiona>, [dostęp: 02.08.2024 r.].

⁴⁷ https://www.imf.org/external/datamapper/GG_DEBT_GDP@GDD/SWE, [dostęp: 12.08.2024 r.].

Czernicki P., *Powstanie pułapki zadłużeniowej PRL i próby jej rozwiązania na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku (do 1989 r.)*, „Roczniki Ekonomii i Zarządzania”, nr 1 -2016, t. 8.

Eisler J., *Grudzień 1970 Genez, przebieg, konsekwencje*, Warszawa, Instytut Pamięci Narodowej, 2020.

Jarosz E., *Sondaże ośrodka badań opinii publicznej (OBOP) w latach 1957-1989: Refleksje historyka, Polska 1944/45-1989*, „Studia i Materiały”, VI/2003.

Kaliński J., Landau Z., *Gospodarka Polski XX wieku*, Warszawa, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2003.

Roszkowski W., *Historia Polski 1914-2004*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2004.

Tarkowski P., *Długa splata długów PRL*, „Polityka”, 31.10.2012.

PAP/WOK, Od naszego wejścia UE w Polsce zbudowano i zmodernizowano 5,2 tys. km dróg krajowych, „Portalsamorządowy.pl”, 01.05.2024.

Wołk G., *Internowanie działaczy opozycji w stanie wojennym*, „Biuletyn Instytutu Pamięci Narodowej”, nr 11-12, 2011.

Lipczyński T., *PKB per capita w UE. Polska osiągnęła rekordowy poziom*. „Forsal.pl”, 27.03.2024.

Źródła internetowe:

https://www.imf.org/external/datamapper/GG_DEBT_GDP@GDD/SWE

<https://www.gov.pl/web/mswia/gmina-ostrowice-zostanie-zniesiona>

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/infrastruktura-komunalna-nieruchomosci/nieruchomosci-budynki-infrastruktura-komunalna/gospodarka-mieszkaniowa-w-2022-roku,14,6.html>

<https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/rynek/edukatorekonomiczny/1531277,1,dluga-splata-dlugow-prl.read>

<https://www.portalsamorzadowy.pl/inwestycje/pkp-chce-w-tym-roku-zarobic-150-mln-zl-spolka-realizuje-program-przebudowy-200-dworcow,562497.html?mp=promo>

<https://forsal.pl/gospodarka/pkb/artykuly/9471875,pkb-per-capita-w-ue-polska-osiagnela-rekordowy-poziom-mapa.html>

ŁUKASZ PAWLIK

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Koszalinie

Student kierunku: Bezpieczeństwo narodowe

PROCESY GLOBALIZACJI

GLOBALIZATION PROCESSES

Słowa kluczowe: Globalizacja, etapy globalizacji, skutki globalizacji, wymiary globalizacji, konsekwencje globalizacji

Abstrakt: Globalizacja jest to zjawisko szczególnie znane w dzisiejszym świecie za sprawą środków masowego przekazu, które często poruszają tę tematykę w audycjach radiowych, programach telewizyjnych czy artykułach. Wiele jest źródeł naukowych, które wyjaśniają działanie i zmiany jakie wiążą się z ewolucją tego zjawiska. W miarę postępu cywilizacyjnego, globalizacja jest czymś nieuchronnym co niesie za sobą zagrożenia oraz szanse dla rozwoju poszczególnych państw. Niniejszy artykuł opisuje procesy, przejawy, charakterystykę i konsekwencje dla rozwoju stosunków międzynarodowych globalizacji.

Keywords: Globalization, stages of globalization, effects of globalization, dimensions of globalization, consequences of globalization

Abstract: Globalization is a phenomenon particularly known in today's world thanks to the mass media, which often discuss this topic in radio broadcasts, television programs and articles. There are many scientific sources that explain the operation and changes associated with the evolution of this phenomenon. As civilization progresses, globalization is inevitable, which brings with it threats and opportunities for the development of individual countries. This article describes the processes, manifestations, characteristics and consequences of globalization for the development of international relations.

WSTEP

Geneza globalizacji jako zjawiska masowe notowana jest na XV wiek. To w tamtym okresie dzięki odkryciom Europejczyków po raz pierwszy w historii na skalę ogólnosiwiatową dokonano wymiany kulturowej, która była pierwowzorem globalizacji. W nauce to pojęcie jest rozpatrywane od lat 80 XX wieku, gdy po raz pierwszy ukazało się w języku nauki za sprawą socjologa Rolanda Robertsona, który jest uznawany za jednego z najwybitniejszych teoretyków globalizacji. Aktualnie globalizację definiuje się jako proces zmierzający do współzależności oraz integracji wzajemnej współpracujących państw. To ma wymiar nie tylko polityczny, ale i społeczny, gospodarczy, kulturowy oraz niejednokrotnie militarny. Globalizacja wprowadza jednolitą modę i trendy na poszczególne dobra, co za tym idzie w wymiarze społecznym spotykamy się z problemem zaniku państw narodowych w rozumieniu posiadania własnej kultury, przekonań, tradycji oraz chociażby wierzeń. Charakterystyczne dla tego zjawiska jest również widoczne kurczenie się przestrzeni społecznej oraz dynamiczny wzrost współżycia poszczególnych regionów za pomocą różnego rodzaju technologii informacyjnej. Międzynarodowe

korporacje górują dzięki temu procesowi nad lokalnymi przedsiębiorcami prowadzącymi swój biznes, dzięki przewadze technologicznej oraz ujednocionej modzie na konkretne dobro w państwach zaawansowane objętych tym procesem. W dalszej perspektywie tego typu zjawisko prowadzi do eskalacji nierówności społecznej. Mimo, iż spotykamy się z tym procesem od wieków to niezwykle trudno jest przewidzieć konkretne skutki jakie ze sobą niesie globalizacja. Przypuszcza się, że w niedalekiej przyszłości spotkamy się z homogenizacją kultury lub z jej całkowitą kreolizacją¹.

ETAPY GLOBALIZACJI

Klasyczna koncepcja globalizacji, dzieli ją na trzy podstawowe etapy. Pierwszy z nich narodził się wraz z początkiem wielkich odkryć geograficznych w XV wieku. Wtedy to bariery wielkiej wody zostały przełamane przez człowieka, dzięki wprowadzeniu na mapę morskich szlaków międzykontynentalnych. Od tamtego czasu rozkwitał handel, który wprowadził jednolitą modę na konkretne dobra. Europejczycy sprowadzali między innymi porcelanę, kamienie szlachetne czy też bardzo pożądaną jedwab do wyrobów odzieży lub ozdobnych materiałów. Przedmiotem handlu stały się też przyprawy takie jak pieprz, goździki i gałka muszkatowa. Inną gałęzią globalizacji w tamtym okresie były emigracje ludności. Początkowo żeglarze wyruszali na nowe lądy, ale po kilku latach ciekawości również ulegali monarchowie, a kolejno wielkie podróże stały się normą dla przeciętnych mieszkańców rozwiniętych państw. Od XVI wieku handel objął nie tylko towary, ale i także ludzi. Pierwszy transport niewolników ze Starego Kontynentu do Ameryki miał miejsce w 1526 roku przez Portugalczyków. W kolejnych latach takie wyprawy organizowano częściej, gdyż niewolników traktowano jako towar, który wskazane jest aby jak najszybciej przetransportować do Ameryki w celach pracy przy wytwarzaniu dóbr dla posiadaczy ziemskich. To wszystko przyczyniło się do zaniku lokalnych kultur. Komunikacja społeczna w tamtym okresie również przeżyła gruntowną rewolucję. Spowodowało ją wynalezienie czcionki oraz prasy drukarskiej. W kontekście globalizacji te odkrycia przyczyniły się do skrócenia procesu dyfuzji kulturowej. Za sprawą Immanuela Wallersteina rozwinęła się nauka, ponieważ to właśnie on pracował jako pierwszy nad dziełem, które dzisiaj znamy jako „Systemy Światowe”, gdzie wyjaśnił zależności i powiązania między konkretnymi grupami państw. W pierwszym etapie globalizacji pojawił się także kapitalizm, gdyż zauważono, że państwo jako instytucja regulująca ekonomię ustępuje ogólnoswiatowemu rynkowi. Kolejnym krokiem napędzającym globalizację była liberalizacja handlu, a więc dążono do całkowitego zniesienia barier handlowych dla każdego wytwórcę dóbr. Dało to szansę niezależnym instytucjom do otwartego handlu i konkurencji z największymi rynkami potęgami często wspieranymi przez konkretne państwo. Tak więc pierwszy etap globali-

¹ M. Kempny, *Globalizacja*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998, s. 241-243.

zacji związany był z międzykontynentalną działalnością wielkich kampanii handlowych, które zintegrowały rynki wielu krajów, dzięki przepływowi kapitału, ludności oraz towarów. Koniec pierwszego etapu globalizacji nastąpił wraz z początkiem XIX wieku².

Drugi etap globalizacji powstał wraz z narodzinami rewolucji przemysłowej. Wynalezienie maszyny parowej było ogromnym skokiem technologicznym na skalę globalną. Ten niewiarygodny wynalazek wprowadzono do większości urządzeń fabrycznych jako silnik, który nie tylko zastępował dotychczasową pracę ludzi, ale i czynił ją bardziej skuteczniejszą. W tej epoce innowacje osiągnęły również kolei, żeglugi i przemysłu motoryzacyjnego. Na globalny postęp miało również wpływ stworzenie światowego systemu kolonialnego i sieci porozumień dotyczących zależności poszczególnych terenów od konkretnego państwa. Tego typu działania spowodowały umocnienie się pozycji państw europejskich oraz kolonizowanych przez nie obszarów. Najbardziej zyskały na tym kolonie afrykańskie i azjatyckie, które mogły się rozwijać dzięki konkretnym paktom pokojowym. W obszarze nauki globalnie znana stała się praca Davida Ricarda pod tytułem teoria przewagi komparatywnej, która wskazywała mechanizmy, które zapewniają korzystną obustronną wymianę towarów i usług również na szczeblach międzynarodowych. Inną znaną osobą w świecie nauki był Francuzki ekonomista Jean-Baptiste Say, który sformułował prawo rynków. Innowacyjnym podejściem w jego pracy było założenie, iż to podaż jest nadrzędnym czynnikiem nad popytem. Ponadto wyjaśnił, że gospodarka narodowa posiada przede wszystkim podażowy charakter. Tak więc w społeczeństwie XIX wieku pojawiła się narracja, że odrębne narody mogą ze sobą skutecznie handlować, a braki podażowe są przejściowe i korekta ich odbędzie się naturalnie bez specjalnej ingerencji z zewnątrz. Druga fala globalizacji trwała do początków drugiej wojny światowej, gdzie w koloniach z każdego regionu świata często dochodziła do władzy ludność chcąca odłączyć się od terenów kolonizatora. Po wojnie kolonializm upadł i nastąpiła epoka zimnej wojny, która wprowadziła ujednoczenie i globalizację w dwóch odrębnych systemach światowych, bez możliwości powszechnej wymiany³.

Uznaje się, że trzeci etap globalizacji rozpoczął się wraz z powojenną odbudową ładu światowego w 1945 roku i trwa, aż do czasów aktualnych. Początkowo państwa zwycięskie zastosowały szereg regulacji i porozumień dotyczących wolnego handlu w ramach spotkań na obradach GATT. Pierwsze z nich odbyło się w 1947 roku w Genewie. Członkowie 23 państw podpisali szereg dokumentów regulujących liberalizację handlu międzynarodowego i wprowadzono porozumienia dotyczące opłat i barier celnych w poszczególnych regionach globu. Do 1986 roku w ramach tej współpracy odbyło się 8 takich spotkań, lecz to właśnie ostatnie z nich podczas rundy urugwajskiej doprowadziło do utworzenia w 1995 roku niezależnej od żadnego państwa Światowej Organizacji Handlu.

² P. Sztompka, *Socjologia zmian społecznych*, Znak, Kraków 2005, s. 95-97.

³ D. Walczak Duraj, *Podstawy współczesnej socjologii*, Omega-Praxis, Pabianice 2006, s. 262-265.

Było to na tyle istotne gdyż ta organizacja nie tylko była odpowiedzialna za liberalizację światowego handlu, czy prowadzenie polityki inwestycyjnej wspierającej handel, ale i do niej kierowano sprawy sporne dotyczące wymiany handlowej w celu wydania porozumienia i ustalenia konkretnych umów między skonfliktowanymi podmiotami. Schyłek XX wieku przyniósł również inne dokumenty redukujące cła i bariery handlowe między innymi traktat z Maastricht czy Północnoamerykańskie Porozumienie Wolnego Handlu. Punktem przełamania stał się upadek ZSRS i ściany dzielącej dwa systemy światowe. To wydarzenie doprowadziło wiele państw wschodnich do zmiany systemu politycznego, co znacznie przyspieszyło prędkość globalizacji, lecz największym czynnikiem sprzyjającym ujednocnieniu świata był rozwój Internetu. Aktualnie ciągle rosnąca rola organizacji międzynarodowych takich jak Unia Europejska czy Organizacja Narodów Zjednoczonych wpływa na globalizację wszystkich regionów. Wdrażane są pewne modele polityczne, społeczno-kulturowe, czy też gospodarcze do których dąży każde państwo i to właśnie jest czynnikiem nadającym ton rozwojowi i dynamice globalizacji⁴.

GLOBALIZACJA W WYMIARZE POZYTYWNYM I NEGATYWNYM

Mimo iż większość badaczy globalizacji uważa ją jako zjawisko negatywne to trudno jest zaprzeczyć, że globalizacja ma swoje pozytywne strony. Jedną z nich jest wzrost gospodarczy państw objętych tym zjawiskiem. Umożliwianie przedsiębiorstwom dotarcia do nowych rynków wpływa na ich konkurencyjność oraz zwiększa ich przychody. Niesie to za sobą także transfer nowych technologii jak i nowoczesne rozwiązania wpływające na bezpieczeństwo i wydajność produkcji. Uzyskane w ten sposób dobra są transportowane do macierzystych firm co bezpośrednio wymusza współpracę międzynarodową i stworzenie sieci porozumień między partnerskimi państwami. Partnerskie relacje są asumptem do tworzenia sieci sojuszy początkowo ekonomicznych, które z czasem mogą się przekształcić we współpracę w dziedzinie bezpieczeństwa. To doprowadza do zmniejszającej się liczby konfliktów i wojen. Innym pozytywnym zjawiskiem globalizacji jest stale zwiększająca się liczba miejsc pracy i co za tym idzie malejąca stopa bezrobocia. To wszystko pozwala na dynamiczny rozwój i poprawę warunków życia wielu społeczeństw na świecie. Dzięki globalizacji również stale zwiększają się możliwości edukacyjne. Młodzież szkolna oraz studenci korzystają z wymian w ramach różnych programów typu Erasmus czy Erasmus+. W tej formie uczestniczą w zajęciach oraz programach edukacyjnych zagranicznych uczelni. To przyczynia się do znacznego podniesienia wiedzy, umiejętności oraz postaw społecznych prezentowanych przez ucznia. Inną ważną zaletą globalizacji jest wymiana kulturowa. Prowadzi ona do odkrywania i akceptowania różnic kulturowych oraz odmienności tradycji, co bezpośrednio wpływa na wzrost tolerancji i akceptacji w społeczeństwie⁵.

⁴ A. Giddens, *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004, s. 75-78.

⁵ R. Orłowski, K. Żołądkiewicz, *Globalizacja i regionalizacja w gospodarce światowej*, PWE, Warszawa 2012, s. 34-68

Dr Leszek Mosiejko w wykładzie zatytułowanym „Globalizacja, a zamykanie się gospodarek” wskazał wady i zalety procesu globalizacji. Wielokrotnie podkreślał iż globalizacja zawsze idzie w parze z przemianami politycznymi oraz gospodarczymi. Szczególnie ważną zaletą globalizacji jest szerzenie się demokracji w państwach funkcjonujących w innych systemach władzy. Wpływa ona również na likwidację barier handlowych oraz zmusza do zwiększania nakładów na badania i rozwój technologiczny co bezpośrednio skutkuje rozprzestrzenianiem się innowacyjnych rozwiązań, czy też zwiększeniem standardów życia pewnych grup społecznych. Korzyści płynące do poszczególnych państw nie są równe w tym procesie. Do największych beneficjentów globalizacji można zaliczyć takie państwa jak Indie, Chiny czy Korea Południowa, a więc kraje które aktywnie uczestniczą w wymianie kulturowej oraz technologicznej. Negatywnymi skutkami globalizacji według dr. Leszka Masiejki są problemy globalne związane z dysproporcją ludności w poszczególnych regionach świata. Globalizacja wpływa też na zwiększanie się stopy bezrobocia w krajach mało rozwiniętych z powodu taniego importu towarów czy też usług. Bezpośredni wpływ na to ma również przeniesienie produkcji w których niezbędna jest obróbka ręczna do państw mniej rozwiniętych, gdzie płaca minimalna jest skrajnie niska lub nie jest zapisana w żadnym dokumencie mającym moc prawną. Przykładem mogą być przedsiębiorstwa pochodzące ze Stanów Zjednoczonych, które likwidując ponad dwa miliony stanowisk pracy, przenieśli swoją produkcję do państw azjatyckich między innymi do Bangladeszu, Wietnamu, Kambodży czy też Chin⁶.

ROZWÓJ KORPORACJI TRANSNARODOWYCH JAKO NEGATYWNE ZJAWISKO GLOBALIZACJI

Korporacją transnarodową nazywa się ponadnarodowe przedsiębiorstwo, które prowadzi w co najmniej dwóch państwach i jest jednym z łączników tworzących międzynarodowy i oparty na wspólnej strategii system powiązań państwowych gospodarek. Przedsiębiorstwa takie posiadają znacząco rozbudowaną sieć logistycznych powiązań oraz znaczne zaplecze finansowe, które zazwyczaj cechuje się rozproszoną i anonimową własnością podmiotów zarządzających. Działalność takiego podmiotu z punktu widzenia ekonomicznego zawęża się do pomnażania kapitału i stałego zwiększania konkurencyjności międzynarodowej. Aktualnie większość tego rodzaju przedsiębiorstw ma swoje interesy i powiązania ulokowane na wszystkich kontynentach. Staje się to bezpośrednim zagrożeniem dla międzynarodowego ładu i porządku, gdyż państwa niekiedy opierają swoje filary stabilności na tego rodzaju podmiotach oddając nieświadomie część swojej niezależności zewnętrznej korporacji. To zaś w dłuższej perspektywie jest w stanie wpływać na społeczeństwo, proces tworzenia prawa, a nawet na ład instytucjonalny.

⁶ Zob. <https://www.youtube.com/watch?v=2x7wVBuhoWo> [dostęp: 16.01.2024 r.]

Ze względu na powyższą cechowość tego rodzaju instytucje mogą przenosić swoje interesy do regionów, gdzie możliwe jest wykorzystywanie taniej siły roboczej, niskich podatków, czy niskiej opłaty celnej. W tym kontekście istotną cechą państw odbiorczych dobra globalnych korporacji jest zachowanie balansu pomiędzy nisko kosztowymi dobrami zagranicznymi, a towarami lokalnych firm. Usunięcie tej cech spowoduje zalanie rynku państwa eksportowanymi dobrami oraz zniszczenie lokalnego przetwórstwa, dystrybucji oraz w konsekwencji upadku regionalnych przedsiębiorstw. Warto zaznaczyć, iż taki scenariusz w początkowym etapie jest bardzo korzystny, to przyszłościowo może prowadzić do wprowadzenia praktyk monopolistycznych. Przez operacje finansowe na rynkach całego świata mogą wystąpić kryzysy gospodarcze, walutowe czy handlowe w globalnej skali. W celach wpływania na opinię publiczną i media masowe międzynarodowe korporacje szukają wykwalifikowanych pracowników. Dzięki temu są w stanie kreować swój pozytywny wizerunek wśród potencjalnych konsumentów. Stale wywierają presję na media masowe, przez co kreują nowe potrzeby, modele konsumpcji, a nawet wprowadzają modę na konkretny styl życia. Pośrednio wpływają na preferencje polityczne i kształtowanie postaw społecznych. Najbardziej opanowanymi branżami w których widoczna jest działalność globalnych korporacji to motoryzacja, informatyka, telekomunikacja, kino, stacje paliw, przemysł wydobywczy i przetwórczy⁷.

TRZY WYMIARY GLOBALIZACJI

Globalizacja w wymiarze gospodarczym powoduje ujednoczenie rynków narodowych tym samym tworząc jeden wspólny rynek ogólnosiwiatowy. Cechuje się on większą otwartością i promowaniem międzynarodowych korporacji. Jedynymi jego ograniczeniami są możliwości konsumpcyjne oraz finansowe jednostek współistniejących. W założeniach taki system rynkowy daje realne szanse na konkurencyjność przedsiębiorstw z Azji, Ameryki Południowej i Australii, lecz w praktyce jest on kontrolowany przez przedsiębiorstwa z Europy i Ameryki Północnej. Taki stan rzeczy ma miejsce dzięki istnieniu dwóch największych rynków zbytu w Europie i Ameryce Północnej. Przedsiębiorstwa wywodzące się z tych terenów nie potrzebują rozbudowy sieci logistycznej ciągnącej się z dalekich terenów, tylko wystarczą im inwestycje w proste, nieskomplikowane mechanizmy regulujące ich pracę i efektywność. Niebezpieczeństwem w tej materii może być fakt, iż największe międzynarodowe korporacje pod względem gospodarczym są silniejsze od niektórych państw w których działają⁸.

Rezultatem rozwoju masowej turystyki, wzmoczonych migracji, komercjalizacji produktów kulturowych oraz rozpowszechniania się ideologii konsumeryzmu jest globalizacja społeczno-kulturowa. Na prędkość zachodzenia procesów globalizacji

⁷ A. Bączkiewicz, U. Żuławska, *Rozwój w dobie globalizacji*, PWE, Warszawa 2010, s. 28-76

⁸ A. Jarczewska-Romuniak, *Przedsiębiorstwa Międzynarodowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2003 s. 22-46

w tym zakresie ma znaczenie rozwój mediów masowych oraz działania marketingowe ponadnarodowych przedsiębiorstw. Ponadto tożsamość narodowa ustępuje wobec identyfikacji za społeczeństwem globalnym. Samo pojęcie tożsamości wraz z ewolucją globalizacji zmiennie się definiuje. Jest to wynik otwartości społeczeństwa na nowe doświadczenia jak i dyfuzji elementów kulturowych społeczności narodowych.⁹

W wyniku procesu globalizacji politycznej powstały wielkie organizacje międzynarodowe, które bezpośrednio wpływają na gospodarkę światową, a przez to ograniczają niezależność państw narodowych. Przykładem tego typu organizacji może być Światowa Organizacja Handlu, Bank Światowy czy Międzynarodowy Fundusz Walutowy. W ramach swojej działalności wypełniają one zadania oraz funkcje przewidziane dla instytucji państwowych. Unia Europejska była pierwszą tego typu organizacją, która jako pierwsza przejęła część suwerenności państw członkowskich i sprawnie pełni funkcje zarządcze, kontrolne oraz planistyczne dla regionu swojej działalności. W tę stronę kierują się też inne podmioty międzynarodowe, takie jak Unia Afrykańska oraz Unia Narodów Południowoamerykańskich dla których Europa jest przykładem systemu sprawnego zarządzania różnymi narodami¹⁰.

KONSEKWENCJE GLOBALIZACJI

Społeczeństwo ryzyka to termin wprowadzony przez Ulricha Becka, który określa zmiany cywilizacyjne i technologiczne, których skutki są nieodwracalne i nad którymi nie można zapanować. To ryzyko jest kwalifikowane jako zdrowotne, ekologiczne, informatyczne i społeczne. Jednostka funkcjonująca w takim społeczeństwie charakteryzuje się opieraniem swojej wiedzy, poglądów i przekonań na analizach ekspertów w danej dziedzinie, bez sprawdzania innych źródeł informacji. Ich opinie nie koniecznie mają pokrycie z realiami rzeczywistości. Dodatkowo państwo jako instytucja koordynująca nie ma wystarczających sił i środków do zapewnienia obywatelom bezpieczeństwa podejmowanych decyzji.

Pod koniec XX wieku najbiedniejsze 20% ludności świata miała dochody ponad 70 razy mniejsze od 20% najbogatszej części globu. Fakt ten sprawia, iż problem nierówności społecznych istnieje i się pogłębia. Państwa z reguły zajmują się problemem nierówności wewnątrzpaństwowej ignorując problem nierówności społeczeństw w wymiarze międzynarodowym. Mimo istnienia tej nierówności racją stanu powinno być, aby nie dopuścić do naruszenia statusów obywatelskich i segregacji ze względu na stan majątkowy społeczeństw. Przykładem Organizacji gdzie ten problem występuje jest Światowa Organizacja Handlu w całości zdominowana przez Stany Zjednoczone, gdzie kraje ubogie nie mają realnego wpływu na podejmowane decyzje, które to często wpływają na ich wewnętrzny rynek¹¹.

⁹ Rzepka A., *Globalizacja w teorii i praktyce*, SILVA RERUM, Poznań 2013, s. 183-202

¹⁰ A. Zorska, *Korupcje transnarodowe. Przemiany oddziaływania, wyzwania*, PWE, Warszawa 2007, s. 67-131

¹¹ L. Żurawicki, *Korupcje wielonarodowe w handlu światowym*, PWE, Warszawa 1983 s. 12-44

PODSUMOWANIE

Globalizacja jest procesem, który coraz bardziej integruje społeczeństwa oraz tworzy wzajemne powiązania między różnymi narodami i regionami świata. Współcześnie jest ona jednym z najbardziej znaczących zjawisk wpływających na rozwój gospodarczy, polityczny i społeczno-kulturowy.

Globalizacja gospodarki światowej wpływa na stały wzrost handlu międzynarodowego, swobodny przepływ kapitału i inwestycji. Również dzięki niej powstają międzynarodowe korporacje, których produkty i usługi są dostępne na całym świecie. To zjawisko stwarza możliwości rozwoju gospodarczego, lecz także ma negatywne strony. W obszarze politycznym globalizacja prowadzi do powstania międzynarodowych organizacji takich jak Światowa Organizacja Handlu, Unia Europejska czy Organizacja Narodów Zjednoczonych. Dążą one do wyrównywania różnic społeczności regionalnych, rozwiązywania wspólnych problemów i poszukiwania globalnych rozwiązań. Okupione jest to utratą części własnej suwerenności przez narody przynależne do tych organizacji, co może skutkować konfliktami interesów oraz napięciami politycznymi. Globalizacja społeczno-kulturowa prowadzi do rozpowszechniania się idei, wartości, stylów życia i popkultury na całym świecie. Wpływa na zmiany w sposobie komunikacji, dostępie do informacji i kształtowaniu się pojęcia tożsamości i przynależności narodowej. Prowadzi to do ujednoczenia społeczeństwa, utraty unikalności kulturowej, a w efekcie dominacji jednej kultury masowej.

Pozytywną stroną globalizacji są zacieśniające się więzi międzypaństwowe, promowanie wymiany kulturowej i technologicznej oraz wzrost gospodarczy. Do negatywnych skutków zalicza się wzrost ubóstwa, nierówności społeczne, utrata miejsc pracy oraz wycisk pracowników. To zjawisko wymaga ciągłego monitorowania, zarządzania i regulowania. Istotne jest zachowanie równowagi pomiędzy interesami gospodarczymi, politycznymi i społeczno-kulturowymi. Globalizacja może być szansą na rozwój, lepszą wymianę i zrozumienie kulturowe, lecz należy również pamiętać o zachowaniu społecznej tożsamości poszczególnych narodów i wartości przez nie reprezentowane.

Bibliografia:

- Bąkiewicz A., Żuławska U., *Rozwój w dobie globalizacji*, PWE, Warszawa 2010
Bożyk P., *Międzynarodowe stosunki ekonomiczne. Teoria i polityka*, PWE, Warszawa 2008
Ciemaga L., *Światowa gospodarka rynkowa*, PWE, Warszawa 1990
Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004
Jarczewska-Romaniuk A., *Przedsiębiorstwa międzynarodowe*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2003
Kempny M., *Globalizacja*, Oficyna Naukowa, Warszawa 1998

- Kitler W., Kośmider T., *Metodologiczne i dydaktyczne aspekty bezpieczeństwa narodowego*, Difin, Warszawa 2015
- Orłowska R., Żołądkiewicz K., *Globalizacja i regionalizacja w gospodarce światowej*, PWE, Warszawa 2012
- Rymarczyk J., *Międzynarodowe stosunki gospodarcze*, PWE, Warszawa 2010
- Rzepka A., *Globalizacja w teorii i praktyce*, SILVA RERUM, Poznań 2013
- Sztompka P., *Socjologia zmian społecznych*, Znak, Kraków 2005
- Walczak Duraj D., *Podstawy współczesnej socjologii*, Omega-Praxis, Pabianice 2006
- Witkowski J., *Globalizacja – szanse i zagrożenia*, CIVITAS, Warszawa 2022
- Zorska A., *Korporacje transnarodowe. Przemiany, oddziaływania, wyzwania*, PWE, Warszawa 2007
- Żurawicki L., *Korporacje wielonarodowe w handlu światowym*, PWE, Warszawa 1983

Netografia:

<https://pap-mediroom.pl/biznes-i-finance/dr-mosiejko-o-genezie-i-modelach-wspolczesnej-gospodarki-rynkowej> [dostęp: 23.01,20024 r.]

<https://www.youtube.com/watch?v=2x7wVBuhoWo> [dostęp: 16.01.2024 r.]