

ISSN 2956-4441
ISSN on-line 2956-445X

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE

VOL. XXXI
NUMBER 4
2025

KWARTALNIK WYDZIAŁU MEDYCZNEGO
UCZELNI ŁAZARSKIEGO



REVIEW OF MEDICAL PRACTICE

Od 1994 / Formerly since 1994:

INTERNATIONAL REVIEW OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

**ORGAN WYDZIAŁU MEDYCZNEGO UCZELNI ŁAZARSKIEGO
ORGAN OF FACULTY OF MEDICINE OF THE LAZARSKI UNIVERSITY**

VOL. XXXI, No. 4/2025

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025

Warszawa 2025

RADA NAUKOWA / ADVISORY BOARD

prof. Walter Canonica, Genova, Italy
prof. Halina Car
prof. Marek Czarkowski
prof. Zbigniew Gaciong
prof. Stephen Holgate, Southampton, UK
prof. Stefan Kiesz, San Antonio, TX, USA
prof. Józef Knap
prof. Artur Mazur
prof. Anna Maria Nasierowska-Guttmejer
prof. Sergiej Nyankowski, Lwów, Ukraina
prof. Bartłomiej Piechowski-Jóźwiak, Abu Dhabi, UAE
prof. Henryk Skarżyński
prof. Marek Stańczyk
prof. Andrzej Śliwczyński
prof. Tomasz Targowski
prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska (przewodnicząca / chairman)
prof. Ewelina Zawadzka-Bartczak

REDAKCJA / EDITORIAL BOARD

redaktor naczelna / editor-in-chief: prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska
zastępca redaktor naczelnej / deputy editor-in-chief: dr Krzysztof Czechowski
redaktor statystyczny / statistical editor: dr Krzysztof Beck
redaktor statystyczny / statistical editor: dr Joanna Beck
redaktor wydawniczy / publishing editor: Aleksandra Szudrowicz
sekretarz / secretary: Wioletta Dzwonkiewicz

CZŁONKOWIE / MEMBERS

dr n. med. Marek Stopiński: redaktor tematyczny (interna) / thematic editor (intern)
dr n. med. Tomasz Szafrąński: redaktor tematyczny (psychiatria) / thematic editor (psychiatry)
prof. dr hab. n. med. Marta Szajnik: redaktor tematyczny (ginekologia) / thematic editor (gynecology)

Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego / Faculty of Medicine of Lazarski University
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa
tel. +48 22 54 35 330

e-mail: review@lazarski.edu.pl
<https://medicalpractice.lazarski.pl/>

Czasopismo jest publikowane w: / The journal is published in:
Index Copernicus (ICV 2024 – 109.48)
EBSCO (Academic Search Ultimate, CEEAS)
Google Scholar
OPEN
Biblioteka Nauki
Cyfrowa Biblioteka Narodowa Polona.



© Copyright by Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2025

ISSN 2956-4441

ISSN on-line 2956-445X

Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarskiego
02-662 Warszawa, ul. Świeradowska 43, e-mail: wydawnictwo@lazarski.edu.pl

Spis treści / Contents

2025; Vol. XXXI, No. 4

World Health Organization

World mental health report Światowy raport o zdrowiu psychicznym	9
---	---

Światowa Organizacja Zdrowia

Światowy raport o zdrowiu psychicznym World mental health report	34
---	----

Natalia Kucharska, Magdalena Rękas, Joanna Burzyńska, Małgorzata Nagórska

Depresja u osób w wieku senioralnym jako problem zdrowia publicznego w Polsce. Przegląd literatury Depression in the Elderly as a Public Health Problem in Poland. Literature Review	59
---	----

Kamil Kosal, Iwona Anderko, Julia Zosik, Joanna Swarczewicz, Karolina Kawińska, Małgorzata Paul

Ciężki przypadek malarii powikłanej niedokrwistością autoimmunohemolityczną w przebiegu leczenia dożylnym artesunatem A Severe Case of Malaria Complicated by Autoimmune Haemolytic Anaemia after Treatment with Intravenous Artesunate	64
--	----

Krzysztof Mirosław Czechowski

Ocena funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami – aktualne perspektywy i wyzwania Assessing the Functioning of People with Disabilities – Current Perspectives and Challenges	75
--	----

Adam Gostyński, Paulina Rosińska, Zofia Konopielko, Jerzy T. Marcinkowski

Wybrane problemy związane z przebytym udarem mózgu – perspektywa fizjoterapeuty Selected Problems Related to a Stroke – a Physiotherapist's Perspective	82
--	----

Instructions to Authors

GENERAL POLICY

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE (Rev. Med. Pract.) will consider for publication papers directly related to general practice in medicine after evaluation by two reviewers.

THE REVIEW WILL COMPRISE THE FOLLOWING SECTIONS:

Editorial and review articles. Contributions from experts and specialists in the field, requested by the Editors.

Original articles and research papers in medical science, as well new forms of therapy and diagnostic procedures will be published after evaluation by two independent reviewers.

Short communications. Description of clinical cases reporting exceptional results or symptoms. Maximum length 2–3 typewritten pages, double-spaced, 1 figure and 1 table will be accepted, and references limited to maximum 10 positions.

PREPARATION OF MANUSCRIPTS

Manuscripts should be word processed (Word Programme) or typewritten, double-spaced with ample margins on both sides, and pages should be numbered. First mention of tables and figures should be indicated in the right-hand margin of the text. Maximum length 15 pages.

It is also necessary to include a written consent for the publication from each of authors' department and clinic heads, as well as a Declaration of Conflict of Interest (signed by all authors) and determination of participation in the work by giving the name with: A – research concept and design, B – collection and assembly of data, C – data analysis and interpretation, D – writing the article, E – critical revision of the article, F – final approval of article.

Title page. Should contain the full title, a brief running title, full name of author(s), institutional affiliation of author(s), and name and mailing address of the author to whom all correspondence should be directed.

Summary in English and in Polish. The major points of the article should be summarized in 150-250 words, in order of their appearance in the manuscript. Material or facts not cited in the text should not be included.

Key words. Three to five key words or brief phrases should be included after the Summary for indexing purposes.

References. All references should be numbered consecutively throughout the text or numbered in alphabetical order and enclosed in parentheses. Journal abbreviations should follow the norms of Current Contents. The name(s) of authors should be followed by the complete title of the paper, abbreviated journal's title, year, volume and first and last page number. When citing an article from a book, author(s) name(s) should be followed by complete title of the paper, title of book, volume number, editor(s) name(s), name and address of the publisher, year and first and last page numbers, e.g.:

3. Dukes M.N., Holgate S.T., Pauwels R.A. et al.: Report of an international workshop on risk and safety of asthma. Clin Exp Allergy 1994; 24: 160-165.
4. Kay A.B., Henson P.M., Hunninghake G.W. et al.: Cellular mechanism. In: Holgate S.T., ed. The role of inflammatory processes in airway hyperresponsiveness. Oxford, London, Edinburgh, Boston, Melbourne: Blackwell Scientific Publications; 1989. 151-178.

Proofs. Page proofs will be sent to the author to whom all correspondence should be addressed unless otherwise specified by the authors. Proofs should be checked against the original. Authors will be charged for major alterations in the original text. Proofs not returned in time to meet publication date will either be rescheduled or published without authors' corrections, in which the Editors do not assume responsibility for any errors that might have been made in typesetting. Proofs may be returned by e-mail or fax.

Zasady publikacji

OGÓLNE ZASADY

REVIEW OF MEDICAL PRACTICE (Rev. Med. Pract.) publikuje prace z zakresu medycyny praktycznej po ocenie dwóch niezależnych recenzentów.

W CZASOPIŚMIE PUBLIKUJE SIĘ:

Artykuły redakcyjne i przeglądowe. Szczególnie oczekiwane są opracowania od ekspertów i specjalistów, w tym na zaproszenie Redaktora Naczelnego.

Prace oryginalne kliniczne i doświadczalne z zakresu nauk medycznych z uwzględnieniem nowo stosowanych terapii oraz nowych metod diagnostycznych będą publikowane po dokonanej ocenie przez dwóch niezależnych recenzentów.

Krótkie doniesienia dotyczące opisów przypadków klinicznych powinny uwzględniać wyjątkowe objawy lub wyniki prowadzonego leczenia. Objętość takich prac nie może przekraczać 3–5 stron, pisanych z podwójnym odstępem, wraz z jedną ryciną lub tabelą oraz piśmiennictwem maksymalnie do 10 pozycji.

PRZYGOTOWANIE PRACY

Manuskrypt powinien być przygotowany w programie Word, z podwójnym odstępem, marginesami i numerowanymi stronami. W tekście powinno znajdować się zaznaczenie miejsca umieszczenia tabeli lub ryciny. Łączna objętość pracy nie może przekraczać 15 stron.

Konieczne jest także dołączenie pisemnej zgody na publikację każdego z kierowników zakładów i klinik, z których pochodzą autorzy pracy, oraz oświadczenia o braku konfliktów interesów, a także określenie udziału w pracy poprzez podanie przy nazwisku określenia: A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu.

Strona tytułowa musi zawierać tytuł pracy po polsku i po angielsku, w całości, bez stosowania skrótów, skrócony tytuł, imię i nazwisko autora (autorów), nazwę miejsca pracy autora (autorów) oraz adres do korespondencji, numer telefonu i e-mail.

Streszczenie po polsku i po angielsku powinno uwzględniać główne elementy pracy, a w pracy oryginalnej – cel pracy, materiał i metody, wyniki i wnioski.

Słowa kluczowe (3–5) należy zestawić po streszczeniu w celu indeksacji opracowania.

Piśmiennictwo powinno być zestawione w porządku cytowania lub alfabetycznie z numeracją zaznaczoną w tekście w nawiasach, np. [6]. Skróty nazw czasopism powinny być zgodne z normami Current Contents. Należy umieszczać nazwiska trzech pierwszych autorów z inicjałami imion i oznaczenie „et al.” dla pozostałych. Następnie – tytuł artykułu, nazwę czasopisma, rok, tom (numer) i strony (pierwszą i ostatnią). W przypadku cytowania materiału z monografii należy podać nazwisko i inicjały imienia autora rozdziału, tytuł rozdziału, nazwisko i imię redaktora monografii, tytuł monografii, wydawnictwo, rok, tom, strony (pierwszą i ostatnią), np.:

3. Dukes M.N., Holgate S.T., Pauwels R.A. et al.: Report of an international workshop on risk and safety of asthma. Clin Exp Allergy 1994; 24: 160-165.

4. Kay A.B., Henson P.M., Hunninghake G.W. et al.: Cellular mechanism. In: Holgate S.T., ed. The role of inflammatory processes in airway hyperresponsiveness. Oxford, London, Edinburgh, Boston, Melbourne: Blackwell Scientific Publications; 1989. 151-178.

Teksty po korekcie są kierowane na adres pierwszego autora (pocztą lub e-mailem) i powinny być odesłane w ciągu trzech dni z naniesionymi uwagami. Brak zwrotnego otrzymania korekty przyjmowany jest jako akceptacja tekstu. Redakcja zastrzega sobie prawo nanoszenia ostatecznych poprawek.

REVIEW OF
MEDICAL PRACTICE
2025; Vol. XXXI, No. 4

Szanowni Państwo,

z wielką satysfakcją oddaję w Państwa ręce najnowszy numer kwartalnika naukowego „Review of Medical Practice”, który stanowi merytoryczne forum wymiany doświadczeń klinicznych oraz analiz z zakresu współczesnej medycyny i nauk o zdrowiu. Bieżące wydanie otwiera pogłębiona kazuistyka ciężkiego przypadku malarii wywołanej przez *Plasmodium falciparum*, przebiegającej z niewydolnością wielonarządową i rzadkim powikłaniem w postaci niedokrwistości autoimmunohemolitycznej po zastosowaniu dożylnego artesunatu. Autorzy podkreślają istotną rolę diagnostyki immunodiagnostycznej w wykrywaniu immunoglobuliny IgG opłaszczającej erytrocyty oraz konieczność prowadzenia terapii w wysoko-specjalistycznych ośrodkach referencyjnych.

W nurcie badawczym dotyczącym neurorehabilitacji prezentujemy artykuł analizujący wyzwania kliniczne i społeczno-ekonomiczne związane z udarem mózgu z perspektywy fizjoterapeutycznej. Praca ta ogniskuje uwagę na epidemiologii upadków poudarowych oraz ich wpływie na ograniczenie aktywności pacjenta, jednocześnie akcentując kluczowy udział fizjoterapeuty w monitorowaniu dobrostanu psychicznego chorych i wczesnej identyfikacji objawów depresyjnych oraz PTSD (zespołu stresu pourazowego).

W aspekcie bezpieczeństwa farmakoterapii, numer wzbogaca przegląd piśmiennictwa poświęcony agonistom receptora glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1). W świetle rosnącej popularności tych leków w terapii cukrzycy typu 2 i otyłości niezwykle istotne stają się przedstawione opisy przypadków sugerujące potencjalny związek między stosowaniem semaglutydu i liraglutytu a występowaniem zaburzeń depresyjnych.

Zwieńczenie numeru stanowi analiza ewolucji modeli niepełnosprawności, dokumentująca przejście od paradygmatu czysto medycznego ku holistycznej koncepcji biopsychospołecznej, opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Autor opracowania przybliża znaczenie obiektywnych narzędzi oceny funkcjonalnej, takich jak WHODAS 2.0, oraz wskazuje na perspektywy aplikacyjne nowoczesnych technologii i sztucznej inteligencji (AI) w procesie inkluzji i rehabilitacji.

Wyrażam głęboką nadzieję, że prezentowane publikacje, cechujące się wysokim poziomem merytorycznym, spotkają się z zainteresowaniem środowiska medycznego i staną się impulsem do dalszych badań naukowych.

Życzę Państwu inspirującej lektury,

dr hab. n. med. Anna Wilmonska-Pietruszyńska, prof. UŁa
Redaktor Naczelna „Review of Medical Practice”

Dear Readers,

It is with great satisfaction that I present to you the latest issue of the scientific quarterly „Review of Medical Practice”, which constitutes a substantive forum for the exchange of clinical experience and scholarly analyses in contemporary medicine and health sciences. The current issue opens with an in-depth case report of a severe *Plasmodium falciparum* malaria infection, complicated by multiorgan failure and a rare adverse event in the form of autoimmune hemolytic anemia following intravenous artesunate administration. The authors emphasize the critical role of immunodiagnostic methods in the detection of IgG immunoglobulin coating erythrocytes, as well as the necessity of conducting therapy in highly specialized reference centers.

Within the research stream dedicated to neurorehabilitation, we present an article analyzing the clinical and socio-economic challenges associated with stroke from a physiotherapeutic perspective. This work focuses on the epidemiology of post-stroke falls and their impact on patient activity limitation, while simultaneously highlighting the pivotal role of the physiotherapist in monitoring patients' mental well-being and in the early identification of depressive symptoms and post-traumatic stress disorder (PTSD).

In the domain of pharmacotherapy safety, this issue is enriched by a literature review devoted to glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RAs). In light of the growing popularity of these agents in the treatment of type 2 diabetes mellitus and obesity, the presented case reports suggesting a potential association between the use of semaglutide and liraglutide and the occurrence of depressive disorders are of particular clinical relevance.

The issue concludes with an analysis of the evolution of disability models, documenting the transition from a purely medical paradigm toward a holistic biopsychosocial concept, grounded in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The author elucidates the significance of objective functional assessment tools, such as WHODAS 2.0, and points to the applicative perspectives of modern technologies and artificial intelligence (AI) in the processes of inclusion and rehabilitation.

I sincerely hope that the presented publications, distinguished by their high scientific and academic quality, will meet with the interest of the medical community and will serve as an impetus for further scientific research.

I wish you an inspiring and rewarding reading experience

Editor-in-Chief

dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. UŁa



World mental health report

Transforming mental health for all

World mental health report. Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Copyright is a bundle of rights, such as the right to copy and the right to distribute, which are divisible and may be held by different parties. A licensor without all the rights should list those they have. For instance, a licensor who holds the performance rights to a recording of a song, but not the rights in the composition, should say so. Licensors should attempt to alert users of any rights held by others that may impact their ability to reuse the work.

A close-up portrait of an elderly woman with short, wavy grey hair. She has a gentle expression and is looking slightly off-camera. She is wearing a grey turtleneck sweater and a small hoop earring. The background is a blurred blue wall.

7

Restructuring and scaling up care for impact

COMMUNITY-BASED CARE
INTEGRATED SERVICES
COMMUNITY MENTAL HEALTH SERVICES
SERVICES BEYOND THE HEALTH SECTOR

Chapter summary

In this chapter we explore the major restructuring and scaling up required to transform mental health care services so that they meet the needs of all. We emphasize the need for a community-based mental health system. And we show the importance of providing person-centred, human rights-based and recovery-oriented care.



Key messages from this chapter are:

- Community-based mental health care is more accessible and acceptable than institutional care, helps prevent human rights violations, and delivers better recovery outcomes for people with mental health conditions.
- The vast care gap for common mental health conditions such as depression and anxiety means countries must diversify and scale up care, for example through non-specialist psychological counselling or digital self-help.
- Community-based mental health care comprises a network of interconnected services that include: mental health services integrated in general health care; community mental health services; and services that deliver mental health care in non-health settings and support access to key social services.
- Social and informal supports delivered by community providers (such as peers, community volunteers and women's groups) complement formal services and are vital to ensure enabling environments for people with mental health conditions.
- Integrating mental health into health services typically involves task-sharing with non-specialist health care providers; or adding dedicated mental health staff and resources to primary and secondary health care.
- General hospitals and community mental health centres or teams often provide the cornerstone of community-based mental health care and help blend clinical services and support with psychosocial rehabilitation.
- Where feasible, supported living services are key to deinstitutionalization; they include a mix of facilities with varying levels of support for different levels of dependency.
- Complementing health interventions with key social services, including child protection and access to education, employment and social benefits, is essential to enable people with mental health conditions to achieve their recovery goals and live a more satisfying and meaningful life.

At the heart of mental health reform for most countries, lies a major reorganization of mental health services. The task is to simultaneously shift the locus of care for severe mental health conditions away from any institutions and towards communities, while scaling up the availability of care for common conditions such as depression and anxiety. Both strategies are critical to advance human rights and improve the coverage and quality of mental health care.

Every district, province, prefecture, region, major city or other sizeable administrative division (here called “district”) should have a network of accessible community-based mental health services to provide an inter-connected platform for supporting people with a broad range of mental health conditions. This network must also be able

to help meet the broader social and economic needs of people living with mental health conditions, which means that the network must be developed and delivered in close collaboration with multiple sectors and stakeholders (423).

This chapter explores what comprehensive community-based mental health care means in theory and what it might look like in practice. We outline some of the principles behind the idea, consider each of its main component parts, and showcase examples of practice from around the globe. Not all examples necessarily represent the best solution for all contexts. Rather, each country will need to consider what is feasible and adequate depending on their own realities, capacities and needs.

7.1 Understanding community-based mental health care

Discussions on services reform are often confused by a lack of common language. WHO uses the term “community-based mental health care” for any mental health care that is provided outside of a psychiatric hospital. This includes services available through primary health care, specific health programmes (for example HIV clinics), district or regional general hospitals as well as relevant social services. It also includes a range of community mental health services, including community mental health centres and teams, psychosocial rehabilitation programmes and small-scale residential facilities, among others.

7.1.1 Putting people first

WHO has long strongly advocated community-based mental health care as an alternative to institutional care (1, 23). Through

the *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*, countries are committed to doubling the number of community-based mental health facilities by 2030.

Compared with institutional care, community-based mental health care is broadly acknowledged to:

- **Increase accessibility.** Community-based care means people can access services closer to home, which eliminates potentially prohibitive costs of seeking care in distant locations and makes services more accessible. It also allows for treatment in a familiar environment, in which people can maintain support networks, relationships, friendships and employment, educational and other activities while receiving care, which facilitates recovery (424).

- **Reduce stigma.** Community-based care can help shift attitudes around mental health conditions to lessen social exclusion for those affected and make them more likely to seek help (425).
- **Better protect human rights.** Community-based care reduces the likelihood of seclusion, restraint, overmedication neglect and abuse, which are especially common in institutional settings. Community-based care is also important to reduce discrimination and meet people's rights to liberty, and participation and inclusion in their community (23).
- **Improve outcomes.** Community-based care is more effective than institution-based care in addressing people's preferences, supporting community reintegration and improving quality of life (426).

When it comes to implementing community-based care in practice, WHO emphasizes the need for a person-centred, recovery-based approach that ensures all people have access to a range of services and supports, from promotion and prevention to treatment and rehabilitation. So care should be coordinated across different levels and sites within and beyond the health sector, according to people's needs throughout the life-course (427).

A life-course approach is especially important to target critical stages, transitions and settings where different interventions may be particularly relevant (see [section 2.1.3 Mental health is experienced over the life-course](#)). Mental health services often focus on adults rather than children, adolescents and older people even though these are critical life stages for mental health.

Person-centred care

In all cases, good and supportive community-based health care is organized around the health needs and expectations of people, not diseases. Such person-centred care

engages individuals, families and communities as active participants in, rather than passive recipients of, care. It consciously adopts people's own perspectives and priorities and responds to these in humane and holistic ways (427). Thus it seeks to understand and respect people's cultural understandings of mental health, and to ensure that mental health care providers engage in meaningful conversations about people's needs and concerns (428).

Importantly, person-centred care encourages a more holistic approach to identifying and managing an individual's overall health needs rather than focusing on a particular pathology or disease. This is especially valuable for people with multiple needs or conditions.

Good and supportive community-based health care is organized around the health needs and expectations of people, not diseases.

In practice, person-centred care means many things, including:

- fully respecting people's human rights and personal values;
- accounting for and respecting people's treatment preferences and expressed needs;
- coordinating and integrating care across services and sites;
- involving individuals in planning and delivering their care;
- making sure people are physically comfortable and safe; and
- providing intervention and support as and where needed.

For children and adolescents, person-centred care is typically family-oriented, engaging caregivers in decisions and care as required while respecting older adolescents' evolving autonomy. Across all ages, implementing person-centred care relies on people having

NARRATIVE

Access to good quality care put me on my road to recovery

Claudia's experience

In my experience, good quality mental health care is about reciprocal understanding: uncovering the underlying problems and finding solutions by focusing on the individual's unique needs.

My journey in a snapshot is: two voluntary admissions, a clear multi-disciplinary approach to treatment, inpatient and outpatient treatment and continuous therapy. Both hospitalizations were frightening. The first time I was afraid of having knowingly decided to undergo treatment that I did not know much about. The second time I was more versed in mental health but I was still unsure of what to expect. White walls, long queues, constant monitoring, strict visiting hours: it was all new and intimidating.

During my second hospitalization, I had daily sessions with trained practitioners as well as group work that taught me about my diagnosis, what it means to live with a mental health condition and what I could do

to help myself get better. There were other optional classes on meditation, breathing exercises, and arts and craft therapy. It was this mental health care that secured me on my road to recovery.

After my discharge I wanted to help people in the same way my health care practitioners and their person-centred treatment had helped me. I pursued a career in psychology and today I am a certified wellness counsellor and deputy chief executive officer at an international mental health lived experience organization.

Living with a mental health condition does not make you less of a person, nor does it need to take away your ability to function optimally. With the right health care systems in place, I believe that many more people like me can be helped worldwide. With the right skills and tools we can all thrive in life and reach our full potential.

Claudia Sartor, South Africa

the information and support they need to make decisions and participate in their own care (427).

Person-centred care can have lasting benefits for individuals, communities, health workers and even whole health systems (429). It can enhance the trust, experience and outcomes people have from care (read [Claudia's experience](#)). Person-centred

care can also improve access to care and strengthen the health literacy and decision-making skills that promote independence. It can increase confidence and job satisfaction for health professionals. And it can improve the quality and efficiency of health systems.

Recovery-oriented care

Recovery is widely accepted as an important aspect of person-centred care in community-based mental health services, including in those designed for people living with severe mental health conditions such as schizophrenia (430).

The term recovery used to be largely defined in clinical terms to mean a remission of symptoms alongside improved cognitive, social and occupational functioning. But people with lived experience have long challenged the assumption that having a mental health condition means you cannot live a productive and satisfying life, arguing that recovery can occur even as symptoms persist. In this context, the idea of personal recovery emerged to mean a way of living a satisfying, hopeful and contributing life despite the limitations that experiencing mental health problems can impose (431).

From a human rights perspective, recovery focuses on the right to participate in all facets of life on an equal basis with all other people (432).

Recovery-oriented care is not about treatment of symptoms but about empowering people to have control of their own lives.

In practice, recovery-oriented care includes elements of both personal and social recovery. It can mean different things to different people. Importantly recovery-oriented care is not about treatment of symptoms but about empowering people to have control of their own lives (430). It involves supporting people to find hope, develop self-esteem and resilience, build healthy relationships, regain independence and to live a life that has meaning for them, whether that be through school, vocational training, work, friendships, community engagement, spirituality, or something else (23).

Effective recovery-oriented care is often characterized by:

- **Recovery planning.** Individuals are guided to articulate what their expectations and goals are and to describe how they want to live their life, for example by writing a recovery plan, taking into account all aspects of their lives, such as relationships, work, and education (321). For adolescents, recovery planning includes recognizing and respecting their evolving capacities in making recovery plans for themselves (432).
- **Supported self-management.** Individuals are supported to build the skills and confidence they need to recognize and manage the physical, social and emotional impacts of a mental health condition. Supported self-management includes, for example, psychoeducation about the condition and its treatment, recognizing early warning signs of relapse and developing a relapse prevention plan; and strengthening coping skills for dealing with persistent symptoms (433). Evidence suggests that supported self-management can improve outcomes for people with severe mental health conditions (434). It is also relatively straightforward compared with other therapeutic interventions and can be delivered across settings and in various ways.
- **Multisectoral coordination.** Services are coordinated between health, social and other care sectors including child protection. The aim is to simultaneously address the multiple needs of people with mental health conditions.

Human rights-based care

The CRPD requires that governments provide people with disabilities access to quality mental health services that respect their rights and dignity. This means that mental health services should not only be affordable, available, person-centred, recovery-oriented and evidence-based, among other attributes, but also that they should promote

autonomy, legal capacity (equal recognition before the law), non-coercion, confidentiality, participation, and community inclusion.

Respecting people's autonomy can be challenging but good practice case examples show that is it possible (see [section 4.2.3. Autonomy in health decision-making](#)) (23). For example, services are increasingly introducing advance plans or directives that enable people to indicate what they want to happen in case of a crisis (203). Advance plans can cover many topics, including when and how to activate them, who to contact for supported decision-making, and what treatment is acceptable or not acceptable, among other things (205).

Similarly, services should and can make much progress on care that fully involves the person in their care plan. People subjected to care without

their agreement report feeling dehumanized and long-term effects on their mental well-being (read [Sandra's experience](#) and [Alexandra's experience in Chapter 4](#)). Coercive practices undermine people's confidence and trust in mental health service staff, leading people to avoid mental health care (23). All services can and should promote non-coercive practices (see [Box 7.1 Promoting non-coercive practices](#)).

Throughout this chapter, we use case studies from around the world to illustrate what community-based care looks like in practice and how it can be achieved through mental health care reform. Not all the examples presented here fully live up to all aspects of person-centred, recovery-oriented, human rights-based care in their entirety, but all of them represent advances in care.

TOOL

BOX 7.1

Promoting non-coercive practices

In addition to changing laws and policies, WHO identifies several actions as key to advancing non-coercive practices.

1. Educate service staff about power differentials, hierarchies and how these can lead to intimidation, fear and loss of trust.
2. Help staff to understand what are considered coercive practices and the consequences of using them.
3. Provide systematic training for all staff on non-coercive responses to crisis situations, including de-escalation strategies and good communication.
4. Support individualized planning, including crisis plans and advance directives.
5. Modify physical and social environments to create a welcoming atmosphere, including by using comfort rooms and response teams to avoid or address and overcome conflict or otherwise challenging situations.
6. Establish effective grievance mechanisms for receiving, responding to and learning from complaints, including having a technical debriefing after any use of coercion.
7. Reflect on, and where appropriate change, the role of all stakeholders in coercion, including the justice system, the police, general health care workers and the community at large.

Sources: WHO, 2021 (23); WHO, 2019 (435).

7.1.2 A mix of services and supports

People's needs for mental health care vary enormously. Some people may be able to manage their mental health conditions themselves, especially with support from community providers such as family members, peer support groups, faith-based organizations, or community workers (318). Many others will need formal interventions to support their recovery, which are typically offered through a range of daytime services. Some people will experience acute symptoms that require short-term overnight care with follow-up care in the community. Only rarely do people experience conditions that require highly specialized or longer-term round-the-clock care, which should be in the community, for example within general hospitals or in community residential facilities. Children, adolescents, adults or older adults may need different or adapted services.

Many people experiencing mental health conditions also require help accessing key social services such as housing, employment, education and welfare. And anyone with mental health conditions may need different types of services and supports at different points in their lives (436).

All countries will need to organize access to specialized care at the district level or equivalent.

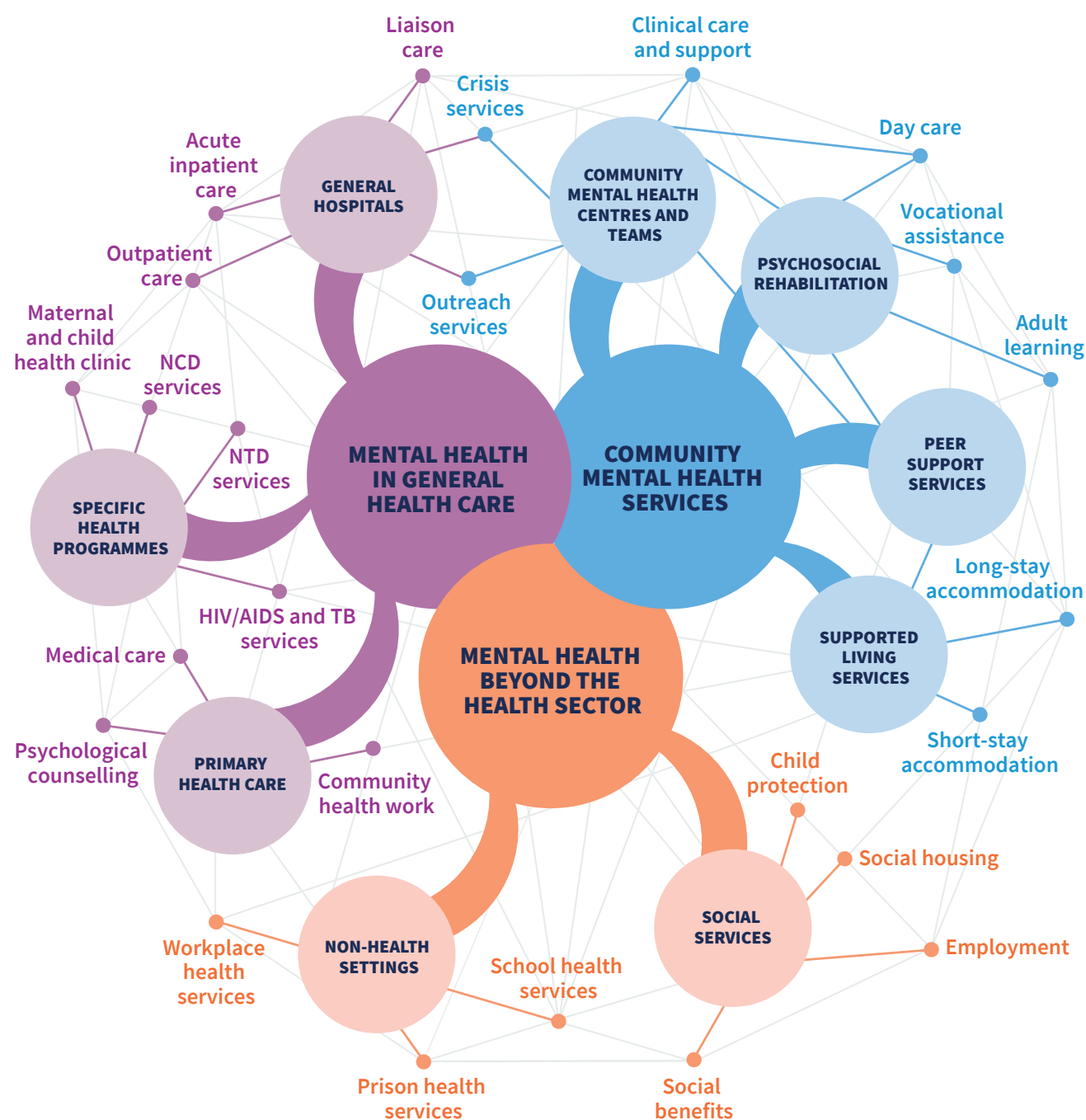
Effective community-based mental health care includes a careful mix of services and supports that can cater to all these needs (437). It also ensures continuity of care between different services and supports, especially for those people who have complex needs or require ongoing care, as is common in schizophrenia. For each person, the aim is to avoid breaks or gaps in the support provided.

In practice, a community-based mental health system can broadly be described as a network of interconnected services that typically includes a mix of (see Fig. 7.1):

- **Mental health services that are integrated in general health care**, at primary care facilities and general hospitals, including within existing specific health programmes (for example for HIV).
- **Community mental health services** that focus on meeting the needs of people living with mental health conditions and of their families, and that potentially include community mental health centres or teams, as well as peer support services, psychosocial rehabilitation programmes and, where feasible, supported living through small-scale residential facilities. These services are still very rare in low-income countries.
- **Services beyond the health sector** that deliver mental health care in non-health settings such as schools, workplaces and prisons; and that support access to key social services such as housing, education, employment, social benefits and livelihood support.

Fig. 7.1 shows a vision of a comprehensive network of interconnected formal services. This cannot be achieved without sufficient resources, and low-income countries are unlikely to be in a position to have such comprehensive network of services in the near future. In general, most countries need to decide which services to develop or strengthen first. So how service networks for mental health are developed and organized in practice will vary. Almost all countries rightly give primary health care a key role in supporting people with mental health conditions. Yet all countries – including low-income ones – will also need to organize access to some form of specialized mental health care at the district level or equivalent.

FIG. 7.1

Model network of community-based mental health services

Some countries offer specialized care by developing community mental health centres or teams, or by adding community mental health nurses to primary health care. Many others offer these services within district-level general hospitals. And higher-resourced countries tend to

combine multiple types of specialized services. As described in [Chapter 5 Foundations for change](#), when lower-resourced countries do not have sufficient specialists to provide these services at the district level, they should consider strategies to address this gap. This may be, for example,

by introducing and training up new cadres of professionals who can, for the time being, substitute for psychiatrists, clinical psychologists or psychiatric nurses (see [Box 5.11 Innovations in human resources to develop specialist expertise](#)).

Overall, there is no single model for organizing community-based mental health services that will apply to all country contexts. Yet every country, no matter its resource constraints, can take steps to restructure and scale up mental health care. Differences in health system structures, human resources and the legacies of pre-existing mental health services will influence the exact configuration of service networks; and local differences in geography, means of accessing services, literacy and social and informal support systems need to be considered.

Beyond formal services

Beyond the formal services described in [Fig. 7.1](#), community support systems in particular are an important consideration in developing community-based mental health care networks. These systems include the psychosocial supports delivered by a diverse range of community providers, including family members, friends, peers, community and faith-based leaders, community volunteers, teachers, hairdressers, women's groups, youth clubs and traditional and complementary practitioners.

Social and informal supports complement formal services and are vital to ensuring supportive environments for people with mental health conditions (read [Eleni's experience](#)). According to a 2020 global survey, talking to natural carers (i.e. friends and family) is the most common approach people take to alleviate depression or anxiety ([150](#)).

As shown elsewhere in this report, people with lived experience can have a big role in supporting others experiencing mental health conditions,

advocating for their rights and perspectives, promoting their social inclusion, and delivering services (see [Chapter 4, In focus: Engaging and empowering people with lived experience](#) and [section 7.3.2 Peer support services](#)) ([438](#)).

In most countries, faith-based leaders and traditional and complementary practitioners are widely consulted. Their beliefs and practices vary widely across settings, as does their effectiveness ([439](#)). Traditional healers sometimes apply highly harmful practices ([440](#)). But they are often the first point of contact for people with mental health conditions, who see their input as meaningful and likely to be helpful ([441](#)). And there are likely many occasions where fruitful collaboration between health services and local healers is possible. Indeed, a large randomized controlled trial in Ghana and Nigeria showed the effectiveness and cost-effectiveness of a shared care model for psychosis delivered by local healers and primary health care providers ([442](#)).

In parallel to developing a network of formal services, all countries should establish an enabling environment for community providers. To that end, governments should make resources (for example, funds and spaces) available to community-based initiatives that can activate and strengthen helpful community supports for people with mental health conditions.

Planning at the national and local level

Comprehensive and cohesive service networks need careful planning and management at multiple levels ([443](#)). National mental health authorities, directorates or departments – which oversee and coordinate country-wide policies and legislation – have a crucial role ([444](#)). These authorities advise the central government and can help prioritize mental health matters at the national level. They also develop quality and service provision norms and compile national data on all mental health services.

They conduct monitoring and evaluation and can facilitate exchanges of good practices across regions. They keep up to date with international developments in mental health and engage in international forums, bringing lessons learned back to the country. A mental health authority can be held accountable for achieving (or not achieving) mental health improvements and development in the country.

Local mental health authorities plan services for a particular geographical area such as a district, taking into consideration local differences in

context and availability of human and other resources. Local planning makes it easier to involve local stakeholders, including people with lived experience. And it allows service users to hold local planners to account (445).

Whether national or local, mental health service planning and implementation must identify and budget for an appropriate range of mental health services, based on assessed needs, priorities and available resources in the population, including trained personnel (see Fig. 7.2).

NARRATIVE

My family are my community care workers

Eleni's experience

I live with bipolar disorder in Ethiopia, where until recently no treatment options beyond medication were available. A decade ago, mental health care was given by a few psychiatrists who had to ration their services across a long queue of people. Other therapies were non-existent; they were not even acknowledged by the country's health system.

For me, my family members are my community care workers. I have the privilege of having parents with a medical background, and a sister and husband who are social workers. Their belief in me has been

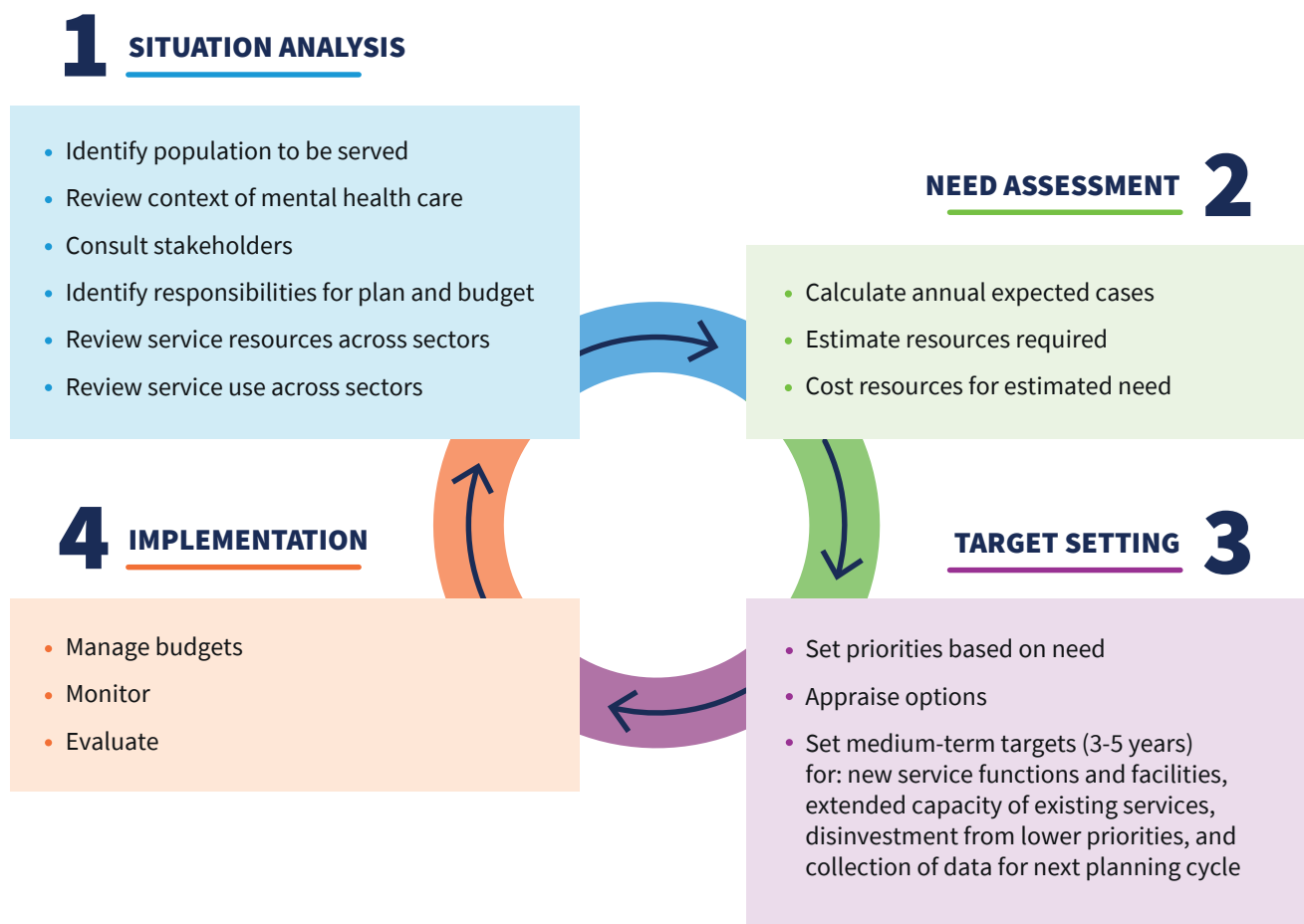
a major support in my recovery journey. Investing in my mental health care has never been considered a wasted effort or resource in my family. Their empathy, emotional and financial support helped me overcome my own limitations and self-stigma.

During the times when there were no counselling services for mental health in town, my family filled the gap graciously; they continue to do so today. I would never have got this far on my recovery journey if my family had not supported me along the road.

Eleni Misganaw, Ethiopia

FIG. 7.2

Steps in planning and budgeting mental health services



Source: adapted from WHO, 2003 (443).

Integrated and dedicated mental health services

Service networks for mental health will always include some services that combine physical and mental health care at the point of delivery (integrated services), and some services that are unique to mental health (dedicated services).

Integrated services include mental health interventions that are provided as part of general health care, mainly at primary care and general hospital facilities. Integration ensures that wherever physical health services are provided, mental health care is also available.

Dedicated services encompass any service specifically designed to support mental health. They include, for example, psychiatric inpatient and outpatient units in general hospitals, community mental health centres or teams, mental health outreach services, day care centres, mental health crisis services and many other services at the secondary care level of the health system.

Dedicated services are often described as referral or specialized care in UHC packages (446). But, in reality, they can be broader than that because some dedicated services (such as crisis mental health services) should be

accessible without referral. And others (such as lay psychological counselling) may be provided by community workers who have been trained and supervised but who cannot be considered specialists as they lack advanced training.

In all cases, when planning mental health care and developing UHC packages, the overall question should never be whether services should be integrated or dedicated but rather how to provide both. Investing to integrate mental health into primary care is unlikely to be sustainable unless there are dedicated mental health services that can support, mentor and supervise primary care staff and accept referrals for complex cases. Conversely, investments in dedicated mental health services alone are unlikely to enable or improve care for the vast majority of people who need it because of the high prevalence of mental health conditions.

Multisectoral responsibilities

The responsibility for delivering community-based mental health care, whether through integrated or dedicated services, straddles multiple sectors.

The ministry or department of health is responsible for providing mental health services in general health care and for most community mental health services. But other responsibilities are not so clearly defined.

For example, in countries that offer supported living services and economic support to people living with severe mental health conditions, these services and supports may, or may not be, included in the health ministry's remit. Similarly, providing mental health services within schools may fall to either the health or education ministry. And many other community-based mental health and psychosocial services – such as those specifically for victims of gender-based violence, homeless people and children in care – are usually run by the ministry of social welfare.

Moreover, in several countries, other ministries are responsible for large, long-term institutions that are de facto asylums for people with mental health conditions, substance use disorders and cognitive, intellectual and psychosocial disabilities.

Deciding which sector takes responsibility for which service is important. But what matters even more is ensuring that a full spectrum of accessible, affordable and quality community-based services exists, that there is strong multisectoral collaboration and coordination mechanisms in place to achieve that, and that long-term institutional care is strategically phased out across sectors.

Including relevant stakeholders is also important. In many countries, local nongovernmental organizations are major providers of community-based mental health and social services. These services can be commissioned by the government or established independently. Independent services led by nongovernmental organizations often find it easier to adapt to changing needs and to innovate than government services. But, like government services, they still require regulatory oversight.

7.1.3 Deinstitutionalizing mental health care

In most countries, developing effective service networks for mental health relies on successfully deinstitutionalizing mental health care away from custodial care in psychiatric hospitals or asylums towards care in the community – for all ages. Deinstitutionalization is equally relevant to traditional institutions such as prayer camps (440). And it also applies to any other custodial care institution run by charity or government that operates as an asylum for people with severe mental health conditions.

Deinstitutionalization is a technically and organizationally challenging and complex process that is often gradual and rarely linear.

It is more than just a process that needs to be well-managed. It requires transforming the lives and mindsets of all involved. Responsible deinstitutionalization puts into operation a shared vision to humanize mental health care, based on understanding the importance of community, liberty and autonomy to all people.

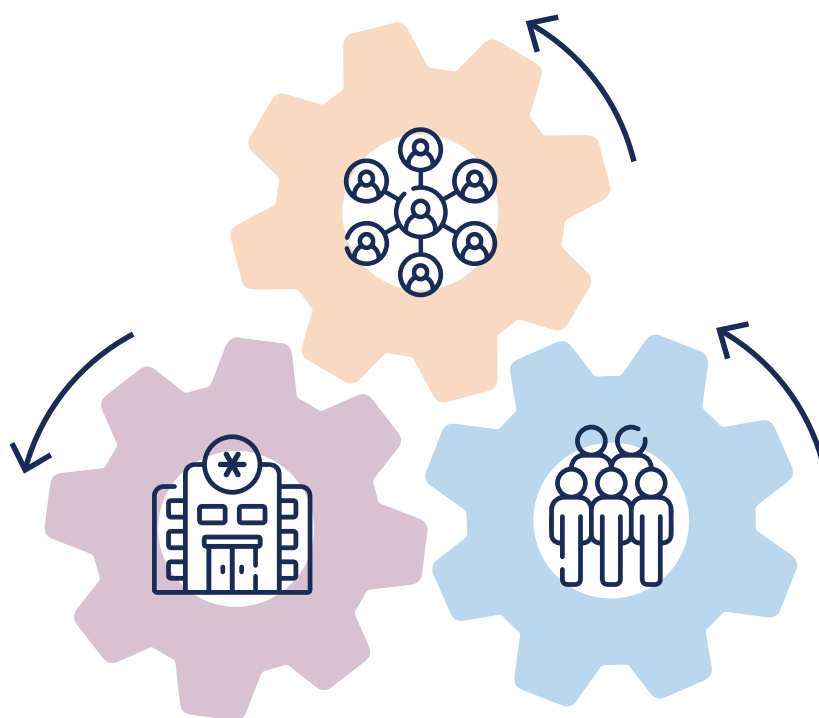
Deinstitutionalization is not the same as discharging people from institutions.

Progressively reducing caseloads to close or repurpose long-stay psychiatric institutions is

important. Deinstitutionalization is not the same as discharging people from institutions as it must be accompanied by sufficient financial, structural and strategic investment in community-based services. This is essential to meet the health and social needs of former institutional residents, and their families or carers, and also to prevent new- or re-admissions (see Fig. 7.3). As community services are developed, it is important to close institutional beds to prevent another generation of long-stay residents being admitted. Indeed, long-stay psychiatric institutions should be closed once there are adequate community alternatives.

FIG. 7.3

Deinstitutionalization involves simultaneously increasing discharges, reducing admissions, and scaling up care in the community



REDUCE ADMISSIONS

Systematically reduce new psychiatric hospital admissions; and enhance the quality of care and rights of people in all inpatient or residential care.

SCALE UP SERVICES

Build up a network of coordinated and linked community-based mental health services and social care to support anyone living with a mental health condition.

INCREASE DISCHARGES

Progressively discharge residents of psychiatric hospitals as community-based solutions to meet their health and social needs become available.

Source: WHO, 2001 (1).

Lessons learned from experience

Deinstitutionalizing mental health care and building community services is a simultaneous process that gradually redirects resources from the institution towards the community. Experience shows that moving people out of custodial psychiatric care can go very well – or very badly (447, 448). Both outcomes offer lessons, and together reveal 10 ingredients for future success.

1. **Support at the highest and broadest levels.**

Support is key, not only from political leaders and government officials, but also from community leaders and members, and academia.

2. **Careful planning and implementation.**

Moving long-stay residents from institutional to community-based care requires thorough planning and preparation, as well as phased implementation, including shortening stays and preventing new admissions. Transforming institutions should start with changing life within institutions, for example by changing activities, routines and internal dynamics between staff and residents, and by addressing coercion and abuse.

3. **Engagement and empowerment of residents.**

Residents must be able to actively participate in the process of change. This means being fully involved in discussions about discharge options and re-introducing skills of daily living. It also means being supported to realize one's rights as citizens, for example to manage one's own resources, make informed decisions on where to live, and choose what clothes to wear, and getting paid for any work in the institution.

4. **Community-based services.**

To avoid neglect and homelessness, appropriate community-based services and supports, in line with any resident's individual needs, must be available on discharge. Usually, some residents (or groups of residents from defined geographical areas) will be able to leave the institution before others, depending

on their needs and how well-developed the community-based services are in the area where the individual will live.

5. **Temporary additional financial resources.**

To deinstitutionalize, both psychiatric hospitals and community mental health services must have parallel funding during the transition period so that institutions can continue to operate while community-based services are being developed.

6. **A committed health workforce.**

Health workers and their professional organizations need to be consulted widely, and involved in planning and implementing the process, so that they are committed rather than resistant to change. Typically, when long-stay institutions are scaled down, hospital staff need to be trained to provide care in the community.

7. **Stigma reduction.**

Anti-stigma interventions involving leaders, health workers, and the public should form part of any deinstitutionalization programme so as to reduce the chance of mistreatment once people live in the community.

8. **Consent from residents and involvement from families.**

Obtaining consent from residents that are to be discharged and, where possible, involving families and loved ones throughout the process is critical.

9. **Attention to both mental health and physical health.**

Following up not only on discharged residents' mental health but also on their physical health is crucial to prevent people dying prematurely in the community.

10. **Monitoring and evaluation.**

Norms and standards for community care, treatment and rehabilitation must be established. Regular inspections and evaluations must be carried out to ensure that quality care and support is provided to each and every individual who is discharged from the institution.

Timing is key for successful deinstitutionalization (see [section 5.2.1 Strengthening political will and engagement: windows of opportunity](#)). Once in place, community-based models of care are not necessarily less or more expensive than institutions, especially after accounting for people's needs and quality of care. In fact, they may be more cost-effective when they deliver better recovery outcomes (449).

In any case, the reason for moving people out of institutions should not just be that it could be cost-effective but that the individuals concerned can live better and more meaningful lives. Experience shows that done well, deinstitutionalization can improve the quality of life for people living with mental

health conditions and protect them from a wide range of human rights violations.

For the most part, bed reduction in parallel with substantial investment in community services has successfully transitioned people into comprehensive, community-based care and reintegrated them into communities, preventing long-term institutionalization, homelessness and imprisonment (read [Regina's experience in Chapter 2](#)) (447, 450). Reform can be implemented on a small scale, within individual towns or districts, or on a large scale, across whole countries (see [Box 7.2 Deinstitutionalizing mental health care in Brazil](#)). In various instances, community placement surveys with long-stay residents have helped plan for their resettlement and continuing care (451).

CASE STUDY

BOX 7.2

Deinstitutionalizing mental health care in Brazil

In the early 1990s, 75% of Brazil's federal funding for mental health went to custodial hospitals operating under poor conditions, with serious human rights violations. In the three decades since, there has been a gradual shift of resources towards care in the community, with people progressively discharged from institutional care. Today, more than 79% of federal funding is invested in a community-based system of care that aims to provide a human rights and recovery-oriented approach.

The new system integrates primary care, general hospitals and crisis care within psychosocial care networks that are coordinated by community mental health centres (CAPS). These operate 24 hours a day, seven days a week. The system includes residential

facilities as well as a rehabilitation allowance for people returning home after a long-stay in hospital. It also provides technical and financial support for local initiatives aimed at social rehabilitation, income generation and advocacy.

From 1998 to 2020, the number of CAPS grew from 148 to 2 657, distributed across the country. They now provide the cornerstone of mental health care in Brazil, used by more than half the population diagnosed with a mental health condition. Studies show that CAPS are effective in supporting individuals' autonomy and recovery, reporting high levels of satisfaction by people with lived experience and their families.

Sources: Lociks de Araújo, 2016 (452); Ministério da Saúde, 2020 (453).



In a few cases, where hospital beds have been reduced without investment in community-based alternatives, the quality and quantity of care has suffered badly, leading to highly adverse outcomes for the people concerned. For example, in 2017 at least 144 people died, including from starvation and neglect, after they were discharged from hospitals to underfunded and underskilled community care as part of a rushed and poorly planned programme to deinstitutionalize mental health care in Gauteng, South Africa (448).

Lessons from Gauteng emphasize the need for comprehensive anti-stigma and anti-discrimination interventions. They recall the need for broad consultation across stakeholders and full consent from service users and families. They underline the importance of a planned and phased approach, with carefully established norms and standards for community care, which should be regularly monitored by health authorities.

Where deinstitutionalization has been done responsibly, experience shows that it can also be highly sustainable, enduring over decades. In 1978, Italy started implementing Law Number 180, a law that stopped all new admissions to public psychiatric hospitals. After 40 years without psychiatric hospitals, the Italian mental health system is comparable with other G7 countries, which are all high-income economies (454). Yet Italy has far fewer mental health staff per 100 000 population. In 2019, Italy had no beds in psychiatric hospitals, while in the other G7 countries the number of psychiatric hospital beds ranged from 11 per 100 000 population in Canada to 170 per 100 000 in Japan (5). In Italy there are also fewer beds for acute care in general hospitals but more beds in community residential facilities than in the other G7 countries. And in Italy the number of compulsory admissions declined from more than 20 000 in 1978 to less than 9 000 in 2015 (see [Box 7.3 Trieste, Italy: 40 years of community-based mental health care](#)).

CASE STUDY

BOX 7.3

Trieste, Italy: 40 years of community-based mental health care

In Trieste, Italy, community-based mental health care has proven effective for more than 40 years. The Trieste transformation began in the 1970s, with the relocation of people living in the city's asylum to the community. Funds previously used to run the asylum were gradually diverted to develop a comprehensive network of community-based services. Community mental health centres are open 24 hours a day and provide walk-in clinics, home treatment, day care, psychosocial support, medication and overnight crisis care, among other services. There are also rehabilitation and residential services that provide different levels of supported housing and have links with local networks of social cooperatives that offer job opportunities and run cultural and educational activities.

As much as possible, people are supported in their own homes and neighbourhoods, so that they can continue to live their lives in their communities.

Importantly, in Trieste people are active participants in their care. They help develop personalized care plans, which look beyond clinical interventions to consider a wide range of social care needs, from housing support and personal hygiene to finances and work.

The Trieste model of deinstitutionalization has improved user satisfaction, social functioning and health outcomes for people living with mental health conditions. Suicide rates in the city have fallen. So have involuntary admissions. And stigma around mental health has been reduced as people living with mental health conditions have reintegrated into the community. The new model of care is also cheaper, delivered at 37% of the cost of the old asylum in Trieste.

Sources: Barbui et al, 2018 (454); Mezzina, 2018 (455); Mezzina, 2014 (456); Dipartimento di Salute Mentale, 2019 (457).

Deinstitutionalization is ongoing in a number of countries. In Argentina, mental health reform is happening in several provinces. In the province of Buenos Aires, between January 2020 and June 2021 the number of people in institutions fell from 1 810 to 1 391. This was achieved by stopping long-term admissions, giving 381 people a transfer subsidy to support discharge, and providing housing support for 306 discharged residents. Discharged residents are supported by existing community-based mental health services (458).

7.1.4 Scaling up care for people with common conditions

The high prevalence and vast care gap for common mental health conditions such as depression and anxiety mean that countries need to diversify and scale up options for care for these conditions if they are to move towards, or reach, universal health coverage. New funding and effort will be needed to add evidence-based

psychological care to existing health and mental health services as well as to social care settings, the criminal justice system, schools and universities, and online environments.

Sections 7.2–7.4 detail some of the strategies required to make this happen in different services. For example, although any community mental health service will likely cater for common as well as severe mental health conditions, this will not be enough. Delivery of psychological care needs to be expanded in primary health care settings and through community providers. Other key strategies for scaling up evidence-based care for common mental health conditions include enabling self-help and making better use of digital technologies (see [Chapter 5, In focus: Harnessing digital technologies for mental health](#)).

Non-specialist counselling

Psychological counselling programmes that recruit, train and deploy non-specialist counsellors to deliver group or individual evidence-based psychological interventions have proven to be highly effective for people with depression and anxiety (314). This form of counselling should not be confused with giving information or advice (as when someone counsels a new mother on how to care for her baby). Psychological counselling programmes can be implemented at scale (see [Box 7.4 Lay mental health care workers treat depression in Uganda and Zambia](#)).

Non-specialist counsellors for depression and anxiety can include a wide range of people. They range from community workers, volunteers and peers with as little as ten years of education to people with a university degree but without specialist mental health training (for example nurses or first-degree psychology graduates).



CASE STUDY

BOX 7.4

Lay mental health care workers treat depression in Uganda and Zambia

In Uganda and Zambia, the social enterprise StrongMinds trains lay workers and volunteers in a culturally adapted and locally validated format of interpersonal therapy, and deploys them to treat depression in women and adolescents.

The lay therapists help group participants identify their depression triggers (prolonged bereavement, disputes, loneliness or social isolation and changes in one's life) and design strategies to overcome these. Groups, typically of 12 participants, meet in their local communities for eight or more sessions. Since depression can recur, the skills acquired through therapy have both an immediate and long-term preventive impact.

The organization identifies clients through a mobilization process that includes psychoeducation and outreach in partnership with community leaders, schools, partner nongovernmental

organizations, and government counterparts. The organization also runs public education campaigns via radio and social media.

Over the past eight years, the programme has treated more than 100 000 people. As assessed by the PHQ-9 depression screening tool, more than 80% of individuals treated recover, and the results are sustained six months after treatment. People who have completed therapy report a 16% increase in work attendance, a 28% increase in being socially connected, a 13% increase in families eating regular meals, and a 30% increase in school attendance among their children.

StrongMinds is now scaling up by partnering with governments and nongovernmental organizations, to integrate its mental health intervention into existing livelihood, food security, health, and education programmes.



Sources: StrongMinds, 2021 (459); Bolton et al, 2003 (460).

In all cases, training and ongoing supportive supervision are important to build non-specialist providers' confidence and to monitor competencies (see [section 5.4.3 Equipping community providers with mental health care competencies](#)).

Non-specialist psychological counselling can also add substantial value to specialized psychiatric care. For example, in a tertiary mental health care facility in Islamabad, Pakistan, a brief psychological intervention called Problem Management Plus (PM+) was added to routine, mainly pharmacological, care. PM+ and similar interventions are usually implemented outside specialist settings. In Islamabad, the intervention was delivered within the specialist care setting but by non-specialist counsellors, who had completed an undergraduate degree in psychology without any clinical training. Adding the psychological intervention was found to substantially improve outcomes for people with depression and anxiety ([461](#)). If more specialized care facilities included such evidence-based non-specialist counselling in their routine care, then they would be well placed to guide and support the roll out of such counselling to primary care and community settings.

Indeed, non-specialist counselling programmes can, and increasingly are, implemented within primary care facilities and other community-based settings, including through stand-alone services run by nongovernmental organizations.

Studies show that these programmes can boost the capacity of frontline mental health services and greatly improve care. For example, one programme in the North West Province of South Africa saw primary care nurses identify people with depression among patients with chronic disease in a collaborative care programme. They referred those with mild to moderate depressive

symptoms to lay counsellors for structured counselling based on cognitive-behaviour therapy. The study found clinically significant reductions in symptoms at 12 months follow up. People reported feeling more empowered and better equipped to deal with social issues ([462](#)).

Non-specialist counselling can boost the capacity of frontline mental health services and greatly improve care.

In rural Maharashtra, India, the Atmiyata approach uses trained community volunteers to identify, support and counsel community members with common mental health conditions. These volunteers offer problem solving and behavioural activation techniques. They also facilitate access to mental health care and social (financial) benefits, improve community awareness of mental health issues and promote well-being. Atmiyata offers a service that complements the formal health sector. Its approach has promise in improving the acceptability of care as well as reducing disability and improving quality of life and social participation for people with depression and anxiety ([463](#), [464](#)).

Non-specialist psychological counselling programmes can also be used to reach specific groups of people that may be particularly vulnerable to depression or anxiety, including new parents, refugees or people living with HIV/AIDS (see [Box 7.5 Friendship benches for mental health](#)). A recent promising innovation is to use a single intervention approach for common problems that cross a range of mental health conditions (transdiagnostic therapy) ([465](#), [466](#)). This approach has been successfully tested with survivors of violence in countries as diverse as Colombia, Ethiopia, Iraq, Thailand, Ukraine and Zambia.

CASE STUDY

BOX 7.5

Friendship benches for mental health

In Zimbabwe, the Friendship Bench project has been integrating mental health into other health programmes for more than 20 years. The project uses problem-solving therapies delivered by community volunteers, known as “grandmothers”, to address “kufungisisa” (which means thinking too much and is a local concept in the Shona language that denotes a range of non-psychotic mental health conditions).

Friendship grandmothers are trained to counsel people for structured 45-minute sessions on wooden benches within the grounds of primary care clinics, where people access services for various medical conditions, including HIV/AIDS, TB, NCDs and NTDs. People are referred to the benches by medical care providers and, after the first session, are invited back by the grandmothers for up to five more sessions. They may also receive home visits, join group therapy or be referred to a specialist, depending on their needs.

The Friendship Bench approach has been shown to significantly reduce symptoms of depression and anxiety compared with the usual standard of care. It is also thought to lead to improvements in

co-occurring health conditions, including adherence to antiretroviral therapy for HIV.

Since 2006, more than 600 grandmothers have been trained through the Friendship Bench. They have delivered free therapy to tens of thousands of people in more than 70 communities in Zimbabwe; and can now also be found in a range of other countries.

The model has also been adapted to be more relevant for adolescents, few of whom engaged in the original project, either because they were not using the primary health care clinics where the benches were or because they were embarrassed about being seen seeking help from a grandmother. The Youth Friendship Bench is designed for 16–19 year-olds and uses psychology and sociology student “buddies” to provide problem-solving therapy instead of grandmothers. Counsellor training is the same but with added focus on topics such as drug use, sex and relationships. Buddies reported managing to create alliances with their clients and say they see their work as meaningful and urgent; but more studies are needed to investigate client experiences.

Sources: Chibanda et al, 2016 (467); Wallén et al, 2021 (468).

Self-help

As mentioned in [Chapter 5 Foundations for change](#), self-help can be guided (when a worker helps the person to use materials) or unguided (when the person receives no support or encouragement). Both specialists and non-specialists can have a role in guided self-help interventions for depression and anxiety. For example, they can facilitate discussions, demonstrate techniques and support people to work through self-help materials; and they can do this face-to-face or remotely.

Self-help interventions help equip people with the tools and tactics they need to discuss and manage any mental health problems as they arise (read [Nour's experience in Chapter 5](#)). They can be delivered rapidly to large numbers of people, making them particularly useful for scale-up (see [Box 7.6 Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](#)), including in countries affected by crisis (see [Box 7.7 Step-by-Step: guided self-help for depression in Lebanon](#)).

CASE STUDY

BOX 7.6

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) is a national programme of evidence-based psychological treatments for anxiety and depression in the United Kingdom. Launched in 2008 as a service for adults, the programme has since expanded to include a children and young people's sub-component, including in schools. Receiving around 1.25 million referrals each year, it is by far the largest publicly funded and systematic implementation of evidence-based psychological treatment in the world. The programme has served as a model for developing similar services in Australia, Canada, Japan and Norway.

IAPT adopts a stepped care approach that offers progressively intensive treatments, according to need. People are initially offered low-intensity,

guided self-help based on principles of CBT. The self-help is psychoeducational in nature and is delivered over the phone, via computerized CBT, in large groups or individually. It is delivered by supervised non-specialized helpers called Psychological Well-being Practitioners who provide standardized, evidence-based interventions. Practitioners are guided by associated assessment and treatment competency measures.

People who do not improve after guided self-help are stepped up to receive high-intensity psychological therapies from qualified therapists.

A review of 60 studies found large improvements in depression and anxiety among people attending IAPT services.

Source: Wakefield et al, 2021 (469).

Even unguided self-help books and materials can be useful in scaling up psychological support for common mental health conditions. Research shows that using self-help books can help reduce depressive symptoms in adults, including in the long term (470). Nonetheless, unguided interventions tend to be less effective than guided ones

(471). Computer therapy that delivers CBT for depression and anxiety through the Internet has also been shown to be effective, acceptable and practical for those with good digital access. Guided computer therapy based on CBT provides equal benefits to conventional face-to-face CBT (472).

CASE STUDY

BOX 7.7

Step-by-Step: guided self-help for depression in Lebanon

Step-by-Step is a new WHO digital self-help intervention. It provides psychoeducation through a narrated story and uses interactive exercises to teach people to use therapeutic techniques to reduce their depression. It focuses on behavioural activation combined with stress management (slow breathing), increasing social support and relapse prevention.

When Lebanon faced a series of crises in 2020, the Ministry of Public Health and partners tested a culturally adapted version of Step-by-Step called “Khoutweh-Khoutweh” with Lebanese citizens and displaced Syrians. A guided self-help format was

used. Supervised non-specialist counsellors provided no more than 15 minutes of remote guidance (by phone or through online messaging) each week to people with symptoms of depression. People who completed the programme said it was relevant, acceptable and beneficial (read [Nour’s experience in Chapter 5](#)).

Two large randomized controlled trials suggest that the intervention was effective in reducing symptoms of depression and improving functioning and well-being countrywide. The intervention is now offered by government as a routine service.

Source: Cuijpers et al, in press (472).



Światowy raport o zdrowiu psychicznym

Powszechny dostęp
do zdrowia psychicznego

To tłumaczenie nie zostało stworzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). WHO nie ponosi odpowiedzialności za treść ani dokładność tego tłumaczenia. Oryginalne wydanie angielskie „*World mental health report. Transforming mental health for all*”. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022. Licencja: CC BY-NC-SA 3.0 IGO” jest wiążącą i autentyczną edycją. // This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition “*World mental health report. Transforming mental health for all*”. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO”.



7

Restrukturyzacja i zwiększanie skali opieki w celu uzyskania efektu

OPIEKA ŚRODOWISKOWA

USŁUGI ZINTEGROWANE

ŚWIADCZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO OPARTE NA SPOŁECZNOŚCI

ŚWIADCZENIA POZA SEKTOREM ZDROWIA

Podsumowanie rozdziału

W niniejszym rozdziale omówiono działania w zakresie restrukturyzacji i zwiększania ich skali, które są niezbędne, aby przekształcić system opieki nad zdrowiem psychicznym tak, by odpowiadał na potrzeby wszystkich osób. Podkreślono potrzebę stworzenia systemu zdrowia psychicznego opartego na społeczności lokalnej. Pokazano również, jak ważne jest zapewnienie opieki skoncentrowanej na osobie, ugruntowanej w prawach człowieka i zorientowanej na powrót do zdrowia.



Najważniejsze informacje zawarte w tym rozdziale

- Opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego jest bardziej dostępna i akceptowalna niż opieka instytucjonalna, pomaga zapobiegać naruszeniom praw człowieka i daje lepsze wyniki w zakresie powrotu do zdrowia osobom z zaburzeniami psychicznymi.
- Ogromna luka w dostępie do opieki w przypadku zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia lękowe, oznacza, że państwa muszą zdywersyfikować opiekę i zwiększyć jej skalę, na przykład poprzez niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne lub samopomoc z wykorzystaniem technologii cyfrowych.
- Opieka środowiskowa obejmuje sieć wzajemnie powiązanych świadczeń, w tym: świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego zintegrowanych z podstawową opieką zdrowotną, świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej oraz świadczeń, które zapewniają opiekę nad zdrowiem psychicznym w środowiskach niezwiązanych z opieką zdrowotną, a także wspierają dostęp do podstawowych świadczeń społecznych.
- Wsparcie społeczne oraz wsparcie nieformalne oferowane przez świadczeniodawców społecznych (takich jak osoby o podobnych doświadczeniach, wolontariusze społeczni czy grupy kobiece) są uzupełnieniem świadczeń formalnych i mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia środowiska sprzyjającego osobom z zaburzeniami psychicznymi.
- Integracja świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego ze świadczeniami zdrowotnymi zazwyczaj oznacza dzielenie się zadaniami z niespecjalistycznymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej lub dodaniem wyspecjalizowanego personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym oraz zasobów w tym zakresie do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.
- Często podstawą opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego są szpitale ogólne oraz centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, które pomagają łączyć świadczenia i wsparcie kliniczne z rehabilitacją psychospołeczną.
- Tam, gdzie jest to możliwe, kluczowym elementem procesu deinstytucjonalizacji są usługi mieszkalnictwa wspomagane; obejmują one różnorodne formy zakwaterowania o różnych poziomach wsparcia dostosowane do poszczególnych poziomów zależności pacjentów.
- Uzupełnienie działań na rzecz zdrowia o kluczowe świadczenia społeczne, w tym ochronę dzieci i dostęp do edukacji, zatrudnienie i świadczenia socjalne, ma zasadnicze znaczenie dla umożliwienia osobom z zaburzeniami psychicznymi osiągnięcia celów związanych z powrotem do zdrowia oraz dla prowadzenia bardziej satysfakcjonującego życia.

U podstaw reformy zdrowia psychicznego w większości krajów leży gruntowna reorganizacja świadczeń w tym zakresie. Wyzwanie w tym względzie polega na przeniesieniu miejsca opieki nad osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi z instytucji na rzecz społeczności przy jednoczesnym zwiększeniu dostępności opieki nad schorzeniami, takimi jak depresja czy zaburzenia lękowe. Obie strategie są kluczowe dla osiągnięcia postępów w dziedzinie praw człowieka oraz poprawy zasięgu i jakości opieki nad zdrowiem psychicznym.

Każde województwo, dystrykt, prefektura, region, duże miasto lub inna duża jednostka administracyjna (zwana tutaj „regionem”) powinny dysponować siecią dostępnych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, aby zapewnić zintegrowaną platformę do wspierania osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne. Sieć

ta musi również zaspokoić szersze potrzeby społeczne i ekonomiczne osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, co oznacza, że sieć oraz oferowane w jej ramach świadczenia muszą być rozwijane i realizowane w ścisłej współpracy z wieloma sektorami i zainteresowanymi stronami (423).

W niniejszym rozdziale przedstawiono, czym w teorii jest kompleksowa opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego i jak może ona wyglądać w praktyce. Przedstawiono niektóre założenia tej koncepcji, omówiono każdą z jej głównych części składowych oraz podano przykłady praktyk z całego świata. Nie wszystkie przykłady muszą stanowić najlepsze rozwiązanie. Każdy kraj musi rozważyć, co jest wykonalne i odpowiednie w zależności od własnych realiów, możliwości i potrzeb.

7.1 Zrozumienie opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego

Dyskusje na temat reformy świadczeń często utrudnia brak wspólnego języka. WHO używa terminu „opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego” w odniesieniu do każdej formy opieki nad zdrowiem psychicznym świadczonej poza szpitalem psychiatrycznym. Obejmuje to usługi dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznych programów zdrowotnych (np. kliniki HIV), okręgowych lub regionalnych szpitali ogólnych, a także odpowiednie świadczenia społeczne. Opieka ta obejmuje również szereg świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, w tym m.in. centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, programy rehabilitacji psychospołecznej oraz małe placówki opiekuńcze.

7.1.1 Stawianie ludzi na pierwszym miejscu

WHO od dawna zdecydowanie promuje opiekę środowiskową w zakresie zdrowia psychicznego jako

alternatywę dla opieki instytucjonalnej (1, 23). Dzięki *Kompleksowemu planowi działania na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030* kraje zobowiązały się do podwojenia liczby placówek opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym do 2030 roku.

Powszechnie uznaje się, że w porównaniu z opieką instytucjonalną opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego oznacza:

- **większą dostępność.** Opieka środowiskowa umożliwia uzyskanie dostępu do świadczeń bliżej miejsca zamieszkania, co eliminuje potencjalnie zaporowe koszty związane z koniecznością szukania pomocy w odległych lokalizacjach i zwiększa dostępność świadczeń. Pozwala również na leczenie w znanym otoczeniu, w którym dane osoby mogą utrzymywać sieci wsparcia, relacje, przyjaźnie oraz kontynuować aktywność zawodową, edukacyjną i inne codzienne zajęcia podczas terapii, co ułatwia powrót do zdrowia (424);

- **zmniejszenie stygmatyzacji.** Opieka środowiskowa może pomóc zmienić nastawienie do zaburzeń psychicznych, aby zmniejszyć wykluczenie społeczne osób dotkniętych takimi zaburzeniami i zwiększyć prawdopodobieństwo, że będą one szukać pomocy (425);
- **lepszą ochronę praw człowieka.** Opieka środowiskowa zmniejsza prawdopodobieństwo doświadczania izolacji, ograniczeń, nadmiernego stosowania leków, zaniedbań i nadużyć, które są szczególnie powszechne w placówkach instytucjonalnych. Opieka środowiskowa odgrywa również istotną rolę w ograniczaniu dyskryminacji oraz w realizowaniu prawa każdej osoby do wolności, a także uczestnictwa i włączenia w życie społeczności, w której funkcjonuje (23);
- **lepsze wyniki.** Opieka środowiskowa jest skuteczniejsza niż opieka instytucjonalna, jeżeli chodzi o uwzględnianie preferencji poszczególnych osób, wspieranie reintegracji ze społecznością i poprawę jakości życia (426).

W odniesieniu do wdrażania opieki środowiskowej w praktyce WHO podkreśla potrzebę stosowania podejścia skoncentrowanego na osobie, ukierunkowanego na powrót do zdrowia, które zapewnia wszystkim ludziom dostęp do różnorodnych świadczeń i form wsparcia: od promocji i profilaktyki po leczenie i rehabilitację. Opieka powinna być w związku z tym koordynowana na różnych poziomach i w różnych miejscach w ramach sektora zdrowia i poza nim, w zależności od potrzeb ludzi chorych na poszczególnych etapach życia (427).

Podejście uwzględniające etapy całego życia jest szczególnie ważne, aby uchwycić newralgiczne momenty, punkty zwrotne i konteksty, w których różne interwencje mogą być szczególnie istotne (zob. [sekcja 2.1.3 Zdrowie psychiczne jest zmiennie w ciągu życia](#)). Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego często koncentrują się na osobach dorosłych, a nie na dzieciach, młodzieży i osobach starszych, mimo że są to okresy kluczowe dla zdrowia psychicznego.

Opieka skoncentrowana na osobie

We wszystkich przypadkach dobra i wspierająca opieka środowiskowa jest organizowana wokół potrzeb zdrowotnych i oczekiwań osób chorych, a nie chorób.

Taka opieka skoncentrowana na osobie angażuje jednostki, rodziny i społeczności jako aktywnych uczestników, a nie biernych odbiorców wsparcia. W jej ramach świadomie przyjmuje się perspektywę i priorytety ludzi oraz odpowiada na nie w sposób humanitarny i holistyczny (427). W ten sposób dąży się do zrozumienia i poszanowania kulturowego postrzegania zdrowia psychicznego przez ludzi oraz zapewnia zaangażowanie świadczeniodawców opieki w zakresie zdrowia psychicznego w znaczące rozmowy na temat potrzeb i obaw ludzi (428).

Co ważne, opieka skoncentrowana na osobie promuje bardziej holistyczne podejście do identyfikowania ogólnych potrzeb zdrowotnych danej osoby i zarządzania nimi, zamiast skupiać się wyłącznie na konkretnej chorobie lub patologii. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób z wielorakimi potrzebami lub współistniejącymi problemami zdrowotnymi.

Dobra i wspierająca opieka środowiskowa jest organizowana wokół potrzeb zdrowotnych i oczekiwań osób, a nie chorób.

W praktyce opieka skoncentrowana na osobie oznacza między innymi:

- pełne poszanowanie praw człowieka i wartości osobistych danej osoby;
- uwzględnianie i respektowanie preferencji dotyczących leczenia oraz wyrażonych potrzeb;
- koordynację i integrację opieki pomiędzy różnymi świadczeniami i miejscami, w których się je zapewnia;
- angażowanie danych osób w planowanie oraz realizowanie opieki świadczonej na ich rzecz;
- zapewnienie danym osobom fizycznego komfortu i bezpieczeństwa; oraz
- w razie potrzeby zapewnienie interwencji i wsparcia.

W przypadku dzieci i młodzieży opieka skoncentrowana na osobie jest zazwyczaj zorientowana na rodzinę – wymaga zaangażowania opiekunów w podejmowanie decyzji i opiekę stosownie do potrzeb przy jednoczesnym poszanowaniu rozwijającej się autonomii starszych nastolatków.

OPOWIADANIE

Dostęp do dobrej jakości opieki umożliwił mi powrót do zdrowia

Doświadczenie Claudii

Z mojego doświadczenia wynika, że dobrej jakości opieka w zakresie zdrowia psychicznego opiera się na wzajemnym zrozumieniu: odkrywaniu podstawowych problemów i znajdowaniu rozwiązań poprzez skupienie się na indywidualnych potrzebach danej osoby.

Moja droga w skrócie to: dwie dobrowolne hospitalizacje, jasno określone podejście interdyscyplinarne do leczenia, leczenie szpitalne i ambulatoryjne oraz ciągła terapia. Obie hospitalizacje były przerażające. Za pierwszym razem bałam się, że świadomie zdecydowałam się na leczenie, o którym nie wiedziałam zbyt wiele. Przy drugim pobycie byłam już lepiej zorientowana w zagadnieniach związanych ze zdrowiem psychicznym, ale wciąż nie wiedziałam do końca, czego się spodziewać. Białe ściany, długie kolejki, ciągły nadzór, restrykcyjne godziny odwiedzin – wszystko to było nowe i onieśmielające.

Podczas drugiej hospitalizacji miałam codzienne sesje z wykwalifikowanymi specjalistami i uczestniczyłam w zajęciach grupowych, które pomogły mi zrozumieć moją diagnozę, co oznacza życie z zaburzeniem psy-

chicznym i co mogę zrobić, by sobie pomóc. Były też dodatkowe zajęcia z medytacji, ćwiczeń oddechowych oraz terapii z wykorzystaniem sztuki i rękodzieła. To właśnie ta opieka w zakresie zdrowia psychicznego umożliwiła mi powrót do zdrowia.

Po wypisie postanowiłam pomagać innym w taki sam sposób, w jaki pomogli mi leczący mnie lekarze i ich leczenie skoncentrowane na osobie. Ukończyłam studia psychologiczne, a dziś jestem certyfikowaną doradczynią ds. dobrostanu oraz wicedyrektorką międzynarodowej organizacji zrzeszającej osoby z doświadczeniem w zakresie zdrowia psychicznego.

Życie z zaburzeniami psychicznymi nie czyni cię gorszą osobą, ani nie musi odbierać ci zdolności do optymalnego funkcjonowania. Wierzę, że dzięki odpowiednim systemom opieki zdrowotnej na całym świecie będzie można pomóc wielu osobom takim jak ja. Dzięki odpowiednim umiejętnościom i narzędziom wszyscy możemy rozwijać się w życiu i w pełni wykorzystywać swój potencjał.

Claudia Sartor, Republika Południowej Afryki

W każdej grupie wiekowej wdrożenie opieki skoncentrowanej na osobie zależy od tego, czy ludzie mają dostęp do informacji i wsparcia, których potrzebują, aby podejmować decyzje i brać udział w opiece (427).

Opieka skoncentrowana na osobie może przynieść trwałe korzyści jednostkom, społecznościom, pracownikom służby zdrowia, a nawet całym systemom opieki zdrowotnej (429). To z kolei może zwiększyć zaufanie pacjentów oraz poprawić doświadczenie

i wyniki, jakie uzyskują oni z leczenia (przeczytaj doświadczenie Claudii). Opieka skoncentrowana na osobie może również ułatwić dostęp do opieki oraz zwiększać kompetencje zdrowotne i umiejętności podejmowania decyzji, co sprzyja uzyskaniu niezależności. Może też dodać pewności siebie i zwiększyć satysfakcję z pracy w przypadku pracowników służby zdrowia; może ponadto poprawić jakość i wydajność systemów opieki zdrowotnej.

Opieka zorientowana na powrót do zdrowia

Powrót do zdrowia jest powszechnie uznawany za ważny element opieki skoncentrowanej na osobie w ramach świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, w tym także tych skierowanych do osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, takie jak schizofrenia (430).

Termin „powrót do zdrowia” był kiedyś w dużej mierze definiowany w kategoriach klinicznych jako remisja objawów wraz z poprawą funkcjonowania poznawczego, społecznego i zawodowego. Osoby z doświadczeniem życiowym od dawna kwestionują jednak założenie, że występowanie zaburzeń psychicznych oznacza brak możliwości prowadzenia produktywnego i satysfakcjonującego życia, argumentując, że powrót do zdrowia może nastąpić nawet przy utrzymujących się objawach. W tym kontekście pojawiła się idea osobistego powrotu do zdrowia, oznaczająca sposób na prowadzenie satysfakcjonującego, pełnego nadziei i sensu życia pomimo ograniczeń, jakie mogą wiązać się z doświadczaniem problemów w zakresie zdrowia psychicznego (431).

Z perspektywy praw człowieka powrót do zdrowia koncentruje się na prawie do uczestniczenia we wszystkich aspektach życia na równych zasadach z wszystkimi innymi osobami (432).

Opieka zorientowana na powrót do zdrowia nie polega na leczeniu objawów, ale na umożliwieniu ludziom odzyskania kontroli nad własnym życiem.

W praktyce opieka zorientowana na powrót do zdrowia obejmuje zarówno elementy indywidualnego, jak i społecznego powrotu do zdrowia osobistego. Dla różnych osób może to znaczyć coś zupełnie odmiennego. Co istotne, opieka zorientowana na powrót do zdrowia nie polega na leczeniu objawów, ale na umożliwieniu ludziom odzyskania kontroli nad własnym życiem (430). Wiąże się to ze wspieraniem ludzi w odnajdywaniu nadziei, budowaniu poczucia własnej wartości i odporności, tworzeniu zdrowych relacji, odzyskaniu niezależności i prowadzeniu życia, które jest zgodne z ich osobistym poczuciem sensu, czy to dzięki szkole, szkoleniu zawodowemu, pracy, przyjaź-

niom, zaangażowaniu społecznemu, duchowości, czy też jeszcze innym czynnikiem (23).

Skuteczna opieka zorientowana na powrót do zdrowia często opiera się na:

- **planowaniu powrotu do zdrowia.** Poszczególne osoby otrzymują wsparcie w określeniu swoich oczekiwań i celów oraz w opisanu, jak chcą żyć, na przykład poprzez spisanie planu powrotu do zdrowia uwzględniającego wszystkie aspekty ich życia, takie jak relacje, praca czy edukacja (321). W przypadku młodzieży planowanie powrotu do zdrowia obejmuje uznanie i poszanowanie ich rozwijających się zdolności do tworzenia planów powrotu do zdrowia (432);
- **wspieraniu w samodzielnym zarządzaniu.** Osoby otrzymują wsparcie pod względem budowania umiejętności i nabierania pewności siebie, które są niezbędne, aby osoby te mogły rozpoznawać fizyczne, społeczne i emocjonalne skutki zaburzeń psychicznych oraz nimi zarządzać. Wsparcie samodzielnego zarządzania obejmuje na przykład psychoedukację na temat choroby i sposobów jej leczenia, rozpoznawanie wczesnych sygnałów ostrzegawczych nawrotu i opracowanie planu zapobiegania nawrotom oraz wzmacnianie umiejętności radzenia sobie z utrzymującymi się objawami (433). Dowody wskazują na to, że wsparcie samodzielnego zarządzania może poprawić wyniki w przypadku osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne (434). Jest to również stosunkowo prosta metoda w porównaniu z innymi interwencjami terapeutycznymi i może być realizowana w różnych środowiskach i na różne sposoby;
- **koordynacji wielosektorowej.** Świadczenia są koordynowane pomiędzy sektorem zdrowia, opieki społecznej i innymi sektorami, w tym ochroną dzieci, tak aby równolegle odpowiadać na zróżnicowane potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi.

Opieka oparta na prawach człowieka

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych wymaga, aby rządy zapewniły osobom niepełnosprawnym dostęp do wysokiej jakości świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego, z poszanowaniem ich praw i godności. Oznacza to, że świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego powinny być nie tylko przystępne cenowo,

dostępne, skoncentrowane na osobie, zorientowane na powrót do zdrowia i oparte na dowodach, ale także powinny wspierać autonomię, zdolność do czynności prawnych (równość wobec prawa), brak przymusu, poufność, uczestnictwo i włączenie społeczne.

Poszanowanie autonomii ludzi może być wyzwaniem, ale przykłady dobrych praktyk pokazują, że jest to możliwe (zob. [sekcja 4.2.3. Autonomia w procesie podejmowania decyzji dotyczących zdrowia](#)) (23). Na przykład służby coraz częściej wprowadzają z wyprzedzeniem plany lub wytyczne, które umożliwiają osobom wskazanie, jak chcą być traktowane w sytuacji kryzysu (203). Planowanie z wyprzedzeniem może obejmować wiele kwestii, w tym m.in., kiedy i w jaki sposób aktywować taki plan, z kim należy się kontaktować w celu uzyskania wsparcia przy podejmowaniu decyzji oraz jakie formy leczenia są akceptowalne, a jakie nie (205).

Służby powinny i mogą również poczynić znaczne postępy w opiece, która w pełni angażuje daną osobę w jej plan opieki. Osoby, które były leczone bez wy-

rażenia na to zgody, zgłaszają poczucie uprzedmiotowienia oraz długotrwałe skutki dla ich dobrostanu psychicznego (przeczytaj doświadczenia Sandry i Alexandry w rozdziale 4). Stosowanie środków przymusu podważa zaufanie pacjentów do pracowników specjalizujących się w świadczeniach w zakresie zdrowia psychicznego, co prowadzi do unikania przez nich opieki nad zdrowiem psychicznym (23). Wszystkie placówki mogą i powinny promować praktyki bez stosowania środków przymusu (zob. [ramka 7.1 Promowanie praktyk bez stosowania środków przymusu](#)).

W niniejszym rozdziale wykorzystano studia przypadków z całego świata, aby zilustrować, jak w praktyce wygląda opieka środowiskowa oraz w jaki sposób reformy opieki nad zdrowiem psychicznym mogą ją umożliwić. Nie wszystkie przedstawione tu przykłady w pełni realizują wszystkie aspekty opieki skoncentrowanej na osobie, zorientowanej na powrót do zdrowia i opartej na prawach człowieka, ale wszystkie stanowią postęp pod względem jakości opieki.

NARZĘDZIE

RAMKA 7.1

Promowanie praktyk bez stosowania środków przymusu

Oprócz zmian legislacyjnych i politycznych WHO wskazuje kilka działań, które mają zasadnicze znaczenie dla promowania praktyk bez stosowania środków przymusu.

1. Edukowanie pracowników stosownych służb na temat nierównowagi sił w relacji z pacjentem, hierarchii oraz tego, w jaki sposób może to prowadzić do zastraszenia, lęku i utraty zaufania.
2. Pomaganie pracownikom w zrozumieniu, jakie praktyki są uważane za środki przymusu i jakie są konsekwencje ich stosowania.
3. Zapewnianie wszystkim pracownikom systematycznych szkoleń w zakresie reagowania na sytuacje kryzysowe bez użycia środków przymusu, w tym strategii deeskalacji i skutecznej komunikacji.
4. Wspieranie zindywidualizowanego planowania, w tym planów kryzysowych i wytycznych z wyprzedzeniem.
5. Modyfikowanie środowiska fizycznego i społecznego w celu stworzenia przyjaznej atmosfery, w tym poprzez korzystanie z pokoi komfortu czy zespołów interwencyjnych pomagających uniknąć sytuacji konfliktowych lub innych trudnych sytuacji bądź rozwiązać takie sytuacje.
6. Ustanowienie skutecznych mechanizmów przyjmowania skarg, reagowania na nie i wyciągania z nich wniosków, w tym przeprowadzanie odpraw merytorycznych w każdym przypadku zastosowania środków przymusu.
7. Przeprowadzanie refleksji nad rolą wszystkich zainteresowanych stron, jeżeli chodzi o stosowanie środków przymusu, w tym wymiaru sprawiedliwości, policji, pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i całej społeczności, a w stosownych przypadkach wprowadzenie zmian.

Źródła: WHO, 2021 (23); WHO, 2019 (435).

7.1.2 Połączenie świadczeń i wsparcia

Potrzeby ludzi w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym są bardzo zróżnicowane. Niektóre osoby będą w stanie samodzielnie poradzić sobie ze swoimi zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza przy wsparciu ze strony świadczeniodawców społecznych, takich jak członkowie rodziny, grupy wsparcia rówieśniczego, organizacje wyznaniowe lub pracownicy społeczni (318). Wiele innych osób będzie potrzebowało formalnych interwencji jako wsparcia ich powrotu do zdrowia, zazwyczaj oferowanych w formie świadczeń dziennych. U niektórych osób występują ciężkie objawy wymagające krótkoterminowej opieki całodobowej, po której konieczna jest opieka środowiskowa. Tylko w rzadkich przypadkach ludzie doświadczają zaburzeń wymagających wysoce specjalistycznej lub długoterminowej, całodobowej opieki, która powinna odbywać się w społeczności, na przykład w szpitalach ogólnych lub w środowiskowych placówkach opiekuńczych. Dzieci, młodzież, dorośli lub osoby starsze mogą potrzebować innych świadczeń lub świadczeń dostosowanych do ich konkretnej sytuacji.

Wiele osób z zaburzeniami psychicznymi potrzebuje również pomocy w dostępie do kluczowych świadczeń społecznych, takich jak mieszkalnictwo, zatrudnienie, edukacja i opieka społeczna. Ponadto każda osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne może potrzebować innego rodzaju świadczeń i wsparcia w poszczególnych momentach swojego życia (436).

Wszystkie kraje będą musiały zapewnić dostęp do specjalistycznej opieki na poziomie regionalnym lub równoważnym.

Skuteczna opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego obejmuje starannie dobrane połączenie świadczeń i wsparcia, które może zaspokoić wszystkie te potrzeby (437). Zapewni to również ciągłość opieki w ramach różnych form świadczeń i wsparcia, szczególnie dla osób, które mają złożone potrzeby lub wymagają stałej opieki, co jest powszechne choćby w schizofrenii. W przypadku każdej osoby celem jest uniknięcie przerw lub luk w zapewnianym wsparciu.

W praktyce środowiskowy system zdrowia psychicznego można ogólnie opisać jako sieć powiązanych

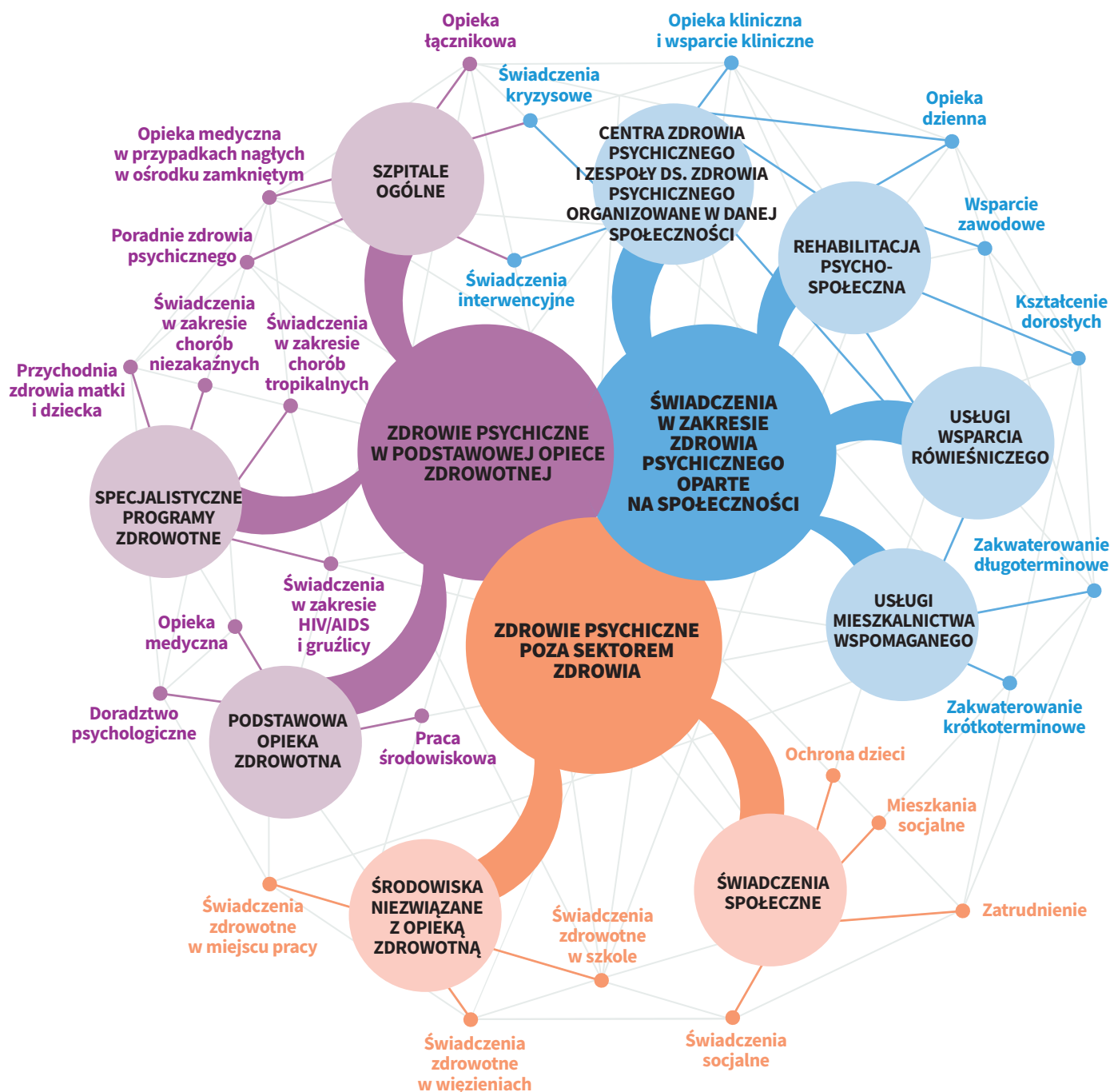
świadczeń, które zazwyczaj obejmują połączenie poniższych elementów (zob. rys. 7.1):

- **Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego, które są zintegrowane z podstawową opieką zdrowotną**, w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalach ogólnych, w tym w ramach istniejących specjalistycznych programów zdrowotnych (na przykład dotyczących HIV);
- **Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego oparte na społeczności**, które koncentrują się na zaspokajaniu potrzeb osób cierpiących na zaburzenia psychiczne oraz ich rodzin i które potencjalnie obejmują centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, a także usługi wsparcia rówieśniczego, programy rehabilitacji psychospołecznej oraz, w miarę możliwości, mieszkalnictwo wspomagane realizowane w małych placówkach opiekuńczych. Świadczenia te są nadal bardzo rzadkie w krajach o niskich dochodach;
- **Świadczenia wykraczające poza sektor zdrowia**, w ramach których zapewnia się opiekę nad zdrowiem psychicznym w środowiskach niezwiązanych z opieką zdrowotną, takich jak szkoły, miejsca pracy i więzienia; oraz w ramach których wspiera się dostęp do kluczowych świadczeń społecznych, takich jak mieszkalnictwo, edukacja, zatrudnienie, świadczenia socjalne i wsparcie w utrzymaniu.

Na rys. 7.1 przedstawiono wizję kompleksowej sieci powiązanych świadczeń formalnych. Nie da się jej zrealizować bez odpowiednich zasobów, jest więc mało prawdopodobne, aby w najbliższej przyszłości kraje o niskich dochodach były w stanie rozwinąć tak kompleksową sieć świadczeń. Zasadniczo większość krajów musi zdecydować, które świadczenia rozwijać lub wzmacniać w pierwszej kolejności. Sposób tworzenia i organizowania sieci świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w praktyce będzie się więc różnić. Prawie wszystkie kraje słusznie przyznają podstawowej opiece zdrowotnej kluczową rolę we wspieraniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Wszystkie kraje – w tym kraje o niskich dochodach – będą jednak również musiały zapewnić dostęp do pewnej formy specjalistycznej opieki nad zdrowiem psychicznym na poziomie regionalnym lub równoważnym.

RYS. 7.1

Modelowa sieć świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej



Niektóre kraje oferują specjalistyczną opiekę poprzez rozwój centrów zdrowia psychicznego i zespołów ds. zdrowia psychicznego organizowanych w danej społeczności lub poprzez uczestnictwo w podstawowej opiece zdrowotnej pielęgniarek środowiskowych zajmujących się zdrowiem psychicznym. Wiele innych oferuje takie świadczenia w ramach szpitali ogólnych na poziomie regionalnym. Kraje o większych zasobach

często łączą różne formy świadczeń specjalistycznych. Jak opisano w rozdziale 5: Podstawy do wprowadzenia zmian, gdy kraje o niższych zasobach nie mają wystarczającej liczby specjalistów do zapewnienia tych świadczeń na poziomie regionalnym, powinny rozważyć strategię służącą wypełnieniu tej luki. Może to oznaczać na przykład wprowadzenie i szkolenie nowych kadr specjalistów, którzy mogą tymczasowo

zastępować psychiatrów, psychologów klinicznych lub pielęgniarki psychiatryczne (zob. ramka 5.11 *Innowacje w zakresie zasobów ludzkich w celu rozwijania wiedzy specjalistycznej*).

Ogólnie rzecz biorąc, nie istnieje jeden model organizowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, który miałby zastosowanie we wszystkich krajach. Każdy kraj, bez względu na ograniczenia w zasobach, może podjąć kroki w celu restrukturyzacji i zwiększenia skali opieki nad zdrowiem psychicznym. Różnice w strukturach systemu opieki zdrowotnej, zasobach ludzkich i następstwie wcześniej funkcjonujących świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego będą miały wpływ na dokładną konfigurację sieci świadczeń. Należy również wziąć pod uwagę lokalne uwarunkowania geograficzne, sposoby dostępu do świadczeń, umiejętności czytania i pisanie oraz społeczne i nieformalne systemy wsparcia.

Poza świadczeniami formalnymi

Poza świadczeniami formalnymi opisanymi na rys.

7.1 szczególnie istotnym czynnikiem w rozwoju sieci opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym są systemy wsparcia oparte na społeczności. Systemy te obejmują wsparcie psychospołeczne zapewniane przez różnorodnych świadczeniodawców społecznych, w tym członków rodziny, przyjaciół, rówieśników, liderów społeczności i przywódców religijnych, wolontariuszy społeczności, nauczycieli, fryzjerów, grupy kobiece, kluby młodzieżowe oraz praktyków medycyny tradycyjnej i niekonwencjonalnej.

Wsparcie społeczne oraz wsparcie nieformalne są uzupełnieniem świadczeń formalnych i mają zasadnicze znaczenie dla zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wspierającego środowiska (przeczytaj doświadczenie Eleni). Według międzynarodowego badania z 2020 r. najczęstszym sposobem, w jaki badane osoby radzą sobie z depresją lub zaburzeniami lękowymi, jest rozmowa z naturalnymi opiekunami (tj. przyjaciółmi i rodziną) (150).

Jak pokazano w innych częściach niniejszego raportu, osoby z doświadczeniem życiowym mogą odgrywać dużą rolę we wspieraniu osób doświadczających zaburzeń psychicznych, broniąc ich praw i perspektyw, promując ich integrację społeczną i zapewniając świad-

czenia (zob. rozdz. 4: *W centrum uwagi: Angażowanie i wzmocnienie osób z doświadczeniem życiowym oraz sekcja 7.3.2 Usługi wsparcia rówieśniczego*) (438).

W większości krajów prowadzone są szerokie konsultacje z przywódcami religijnymi oraz praktykami medycyny tradycyjnej i niekonwencjonalnej. Ich przekonania i praktyki różnią się znacznie w zależności od środowiska, podobnie jak ich skuteczność (439). Tradycyjni uzdrowiciele czasem stosują bardzo szkodliwe praktyki (440). Często jednak są pierwszym punktem kontaktu dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które postrzegają ich pomoc jako znaczącą i potencjalnie skuteczną (441). Prawdopodobnie istnieje wiele sytuacji, w których możliwa jest owocna współpraca między służbą zdrowia a lokalnymi uzdrowicielami. Duże randomizowane badanie kontrolowane przeprowadzone w Ghanie i Nigerii rzeczywiście wykazało skuteczność i opłacalność modelu wspólnej opieki nad psychozą świadczonej przez lokalnych uzdrowicieli i świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej (442).

Równocześnie z rozwijaniem sieci świadczeń formalnych wszystkie kraje powinny stworzyć sprzyjające środowisko dla świadczeniodawców społecznych. W tym celu rządy powinny udostępniać zasoby (na przykład środki finansowe i przestrzenie) na potrzeby takich inicjatyw społecznościowych, które mogą wprowadzać i wzmacniać przydatne formy wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi.

Planowanie na poziomie krajowym i lokalnym

Kompleksowe i spójne sieci świadczeń wymagają starannego planowania i zarządzania na wielu poziomach (443). Kluczową rolę odgrywają w tym aspekcie krajowe organy, dyrekcje lub departamenty ds. zdrowia psychicznego, które nadzorują i koordynują ogólnokrajową politykę i prawodawstwo (444). Podmioty te doradzają rządowi centralnemu i mogą pomóc w ustaleniu priorytetów w kwestiach zdrowia psychicznego na szczeblu krajowym. Odpowiadają również za opracowywanie normy jakości i zapewniania świadczeń oraz za gromadzenie krajowych danych dotyczących wszystkich świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego.

Prowadzą one monitorowanie i ocenę oraz mogą ułatwiać wymianę dobrych praktyk między regionami. Śledzą też międzynarodowe zmiany w dziedzinie zdrowia psychicznego i uczestniczą w forach międzynarodowych, przenosząc zdobyte doświadczenia do kraju. Organy ds. zdrowia psychicznego mogą zostać pociągnięte do odpowiedzialności za brak wyników w zakresie poprawy zdrowia psychicznego i jego rozwoju w kraju.

Lokalne organy ds. zdrowia psychicznego planują świadczenia dla określonego obszaru geograficznego, takiego jak okręg, biorąc pod uwagę lokalne uwarunkowania w zakresie dostępności zasobów ludzkich i innych zasobów. Planowanie na szczeblu lokalnym

można ułatwić przez zaangażowanie lokalnych zainteresowanych stron, w tym osób z doświadczeniem życiowym. Wspomniane planowanie pozwala też świadczeniobiorcom rozliczać lokalnych planistów z efektów ich pracy (445).

Planowanie i wdrażanie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego – zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym – musi obejmować określenie i uwzględnienie w budżecie odpowiedniego zakresu tych świadczeń w oparciu o ocenione potrzeby, priorytety i dostępne zasoby w populacji, w tym przeszkolony personel (zob. rys. 7.2).

OPOWIADANIE

Moimi opiekunami społecznymi są członkowie mojej rodziny

Doświadczenie Eleni

Żyję z chorobą afektywną dwubiegunową w Etiopii, gdzie do niedawna nie było żadnych opcji leczenia poza lekami. Dziesięć lat temu opiekę nad zdrowiem psychicznym sprawowało jedynie kilku psychiatrów, którzy musieli rozdzielać swoją uwagę i opiekę między długą kolejkę oczekujących. Inne formy terapii w ogóle nie istniały; nie były nawet uznawane przez krajowy system opieki zdrowotnej.

Dla mnie opiekunami społecznymi są członkowie mojej rodziny. Mam ten przywilej, że moi rodzice mają wykształcenie medyczne, a siostra i mąż są pracownikami socjalnymi. Ich wiara we mnie była głównym wsparciem, gdy dążyłam do powrotu do zdrowia.

Inwestowanie w opiekę nad zdrowiem psychicznym nigdy nie było postrzegane w mojej rodzinie jako strata czasu czy pieniędzy. Ich empatia oraz wsparcie emocjonalne i finansowe pomogły mi przezwyciężyć własne ograniczenia i stygmatyzację.

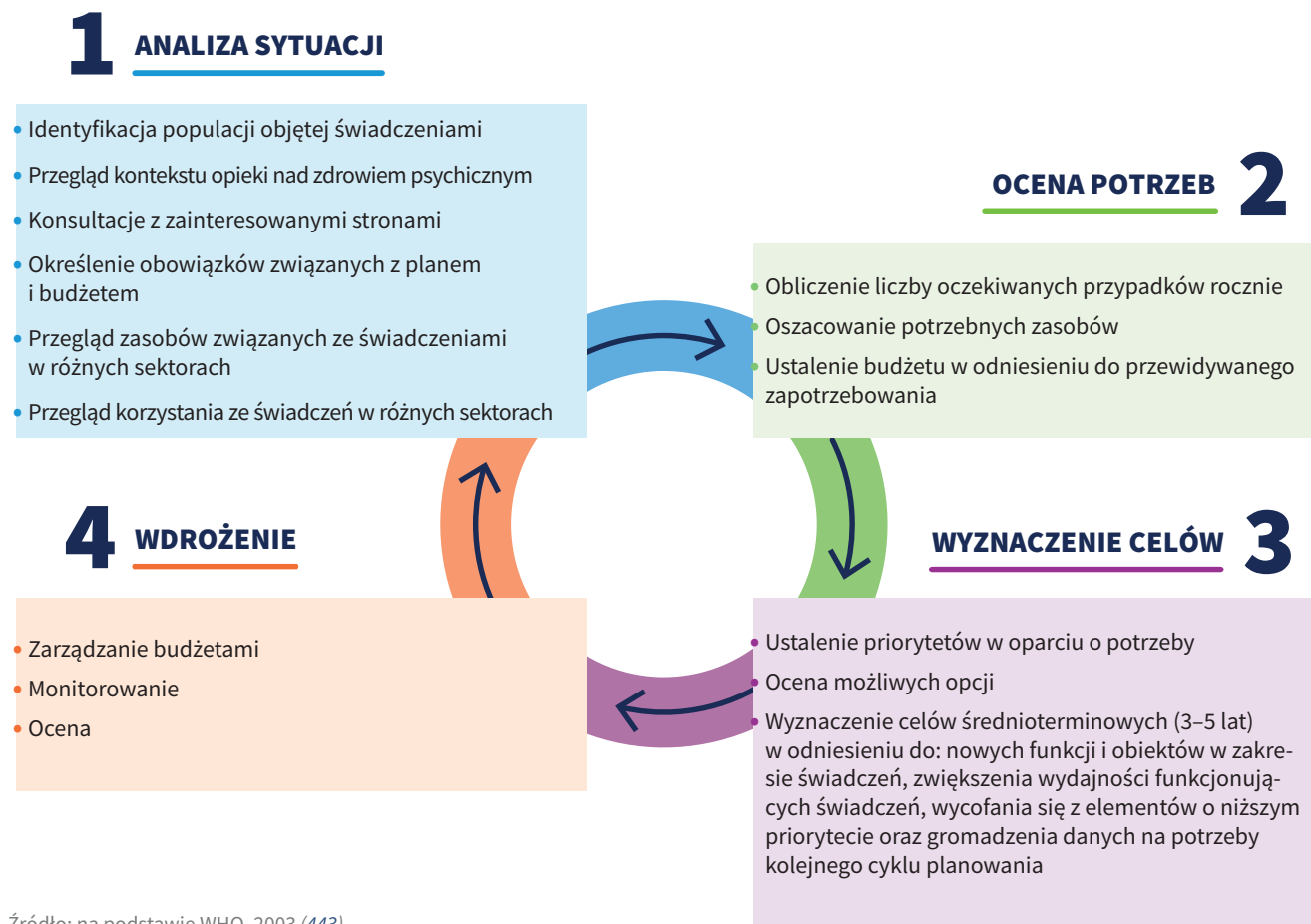
W czasach, gdy w mieście nie było usług doradczych w zakresie zdrowia psychicznego, moja rodzina wypełniła tę lukę; robią to do dzisiaj. Nigdy nie zaszłabym tak daleko w moim dążeniu do powrotu do zdrowia, gdyby moja rodzina nie wspierała mnie na każdym etapie tej drogi.

Eleni Misganaw, Etiopia



RYS. 7.2

Etapy planowania świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i włączenia ich do budżetu



Źródło: na podstawie WHO, 2003 (443).

Zintegrowane i specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego

Świadczenia dotyczące zdrowia psychicznego zawsze będą obejmować określone świadczenia łączące opiekę nad zdrowiem fizycznym i psychicznym w miejscu zamieszkania (świadczenia zintegrowane) oraz określone świadczenia unikalne dla zdrowia psychicznego (świadczenia specjalistyczne).

Świadczenia zintegrowane obejmują interwencje z zakresu zdrowia psychicznego, które są zapewniane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, głównie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i szpitalach ogólnych. Dzięki integracji świadczeń wszędzie tam, gdzie dostępne są świadczenia w zakresie zdrowia fizycznego, zapewniona jest również opieka w zakresie zdrowia psychicznego. Świadczenia specjalistyczne obejmują wszelkie świadczenia zaprojektowane specjalnie z myślą o wspieraniu zdrowia

psychicznego. Zalicza się do nich na przykład psychiatryczne oddziały szpitalne i ambulatoryjne w szpitalach ogólnych, centra zdrowia psychicznego i zespoły ds. zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności, świadczenia interwencyjne w zakresie zdrowia psychicznego, ośrodki opieki dziennej, świadczenia kryzysowe w zakresie zdrowia psychicznego i wiele innych rodzajów świadczeń na poziomie opieki specjalistycznej w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Świadczenia specjalistyczne są często opisywane jako skierowania lub dalsze leczenie w pakietach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (446). W rzeczywistości mogą one jednak mieć szerszy zakres, ponieważ niektóre świadczenia specjalistyczne (takie jak świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego w sytuacjach kryzysowych) powinny być dostępne bez skierowania. Inne (takie jak niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne) mogą być zapewniane przez pracowników społecznych, którzy

zostali przeszkoleni i którzy podlegają nadzorowi, ale których nie można uznać za specjalistów, ponieważ nie przeszli zaawansowanego szkolenia.

We wszystkich przypadkach przy planowaniu opieki w zakresie zdrowia psychicznego i opracowywaniu pakietów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ogólnym pytaniem nigdy nie powinno być to, czy świadczenia powinny być zintegrowane, czy specjalistyczne, ale raczej jak zapewnić jedno i drugie. Inwestowanie w integrację zdrowia psychicznego z podstawową opieką zdrowotną jest raczej trudne do utrzymania w dłuższej perspektywie, chyba że w danym miejscu funkcjonują specjalistyczne służby ds. zdrowia psychicznego, które mogą zapewnić wsparcie, mentoring i nadzór personelu podstawowej opieki zdrowotnej oraz przyjmować skierowania w złożonych przypadkach. I odwrotnie, jest mało prawdopodobne, aby za pomocą samych inwestycji w specjalistyczne świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego możliwe było zapewnienie i poprawa opieki nad zdecydowaną większością osób, które jej potrzebują, ze względu na wysoką częstość występowania zaburzeń psychicznych.

Odpowiedzialność wielosektorowa

Odpowiedzialność za zapewnianie opieki środowiskowej w zakresie zdrowia psychicznego – czy to poprzez świadczenia zintegrowane, czy też świadczenia specjalistyczne – spoczywa na wielu sektorach.

Ministerstwo lub departament zdrowia odpowiada za zapewnienie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz za większość świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej. Inne obowiązki nie są już jednak tak jasno określone.

Na przykład w krajach oferujących usługi mieszkaniowego wspomaganego i wsparcie ekonomiczne dla osób cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne, tego rodzaju usługi i wsparcie mogą, ale nie muszą wchodzić w zakres kompetencji ministerstwa zdrowia. Podobnie zapewnianie świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego w szkołach może leżeć w gestii ministerstwa zdrowia lub ministerstwa edukacji. Wiele innych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i świadczeń psychospołecznych opartych na społeczności lokalnej – takich jak te skierowane w szczególności do ofiar przemocy ze względu na płeć, osób bezdomnych i dzieci objętych opieką zastępczą – jest zwykle zapewnianych przez ministerstwo

opieki społecznej. Co więcej, w kilku krajach jeszcze inne ministerstwa są odpowiedzialne za duże, długoterminowe instytucje, które *de facto* pełnią rolę zakładów psychiatrycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami związanymi z zażywaniem substancji psychoaktywnych oraz osób z niepełnosprawnością poznawczą, intelektualną lub psychospołeczną.

Ważne jest, aby zdecydować, który sektor będzie odpowiedzialny za dane świadczenie. Jeszcze ważniejsze jest jednak zapewnienie pełnego spektrum dostępnych, przystępnych cenowo i wysokiej jakości świadczeń opartych na społeczności lokalnej, silnych mechanizmów wielosektorowej współpracy i koordynacji, które umożliwią osiągnięcie tych celów, oraz strategicznego, stopniowego wycofywania długoterminowej opieki instytucjonalnej we wszystkich sektorach.

Istotne jest również zaangażowanie odpowiednich zainteresowanych stron. W wielu krajach lokalne organizacje pozarządowe są głównymi dostawcami świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i świadczeń społecznych opartych na społeczności lokalnej. Świadczenia te mogą być zlecane przez rząd lub tworzone niezależnie. W przypadku niezależnych świadczeń zapewnianych przez organizacje pozarządowe często łatwiej jest dostosowywać się do zmieniających się potrzeb i wprowadzać innowacje niż ma to miejsce w przypadku świadczeń rządowych. Jednak, podobnie jak w przypadku świadczeń zapewnianych przez organy rządowe, również i te świadczenia muszą być objęte nadzorem regulacyjnym.

7.1.3 Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym

W większości krajów rozwój efektywnej sieci świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego wymaga skutecznej deinstytucjonalizacji opieki nad zdrowiem psychicznym z opieki stacjonarnej w szpitalach lub zakładach psychiatrycznych na rzecz opieki środowiskowej, obejmującej wszystkie grupy wiekowe. Deinstytucjonalizacja jest równie istotna dla tradycyjnych instytucji, takich jak obozy modlitewne (440). Dotyczy to także każdej innej formy opieki prowadzonej przez organizacje charytatywne lub rząd, która funkcjonuje jako zakład psychiatryczny dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi.

Deinstytucjonalizacja to trudny proces o wysokim stopniu złożoności pod względem organizacyjnym i technicznym, który zazwyczaj jest realizowany stopniowo i rzadko w sposób liniowy. To nie tylko proces wymagający dobrego zarządzania – to także transformacja sposobu życia i myślenia wszystkich zaangażowanych osób. W procesie odpowiedzialnej deinstytucjonalizacji wprowadza się w życie wspólną wizję ucztowienia opieki nad zdrowiem psychicznym, opartą na zrozumieniu znaczenia wspólnoty, wolności i autonomii każdego człowieka.

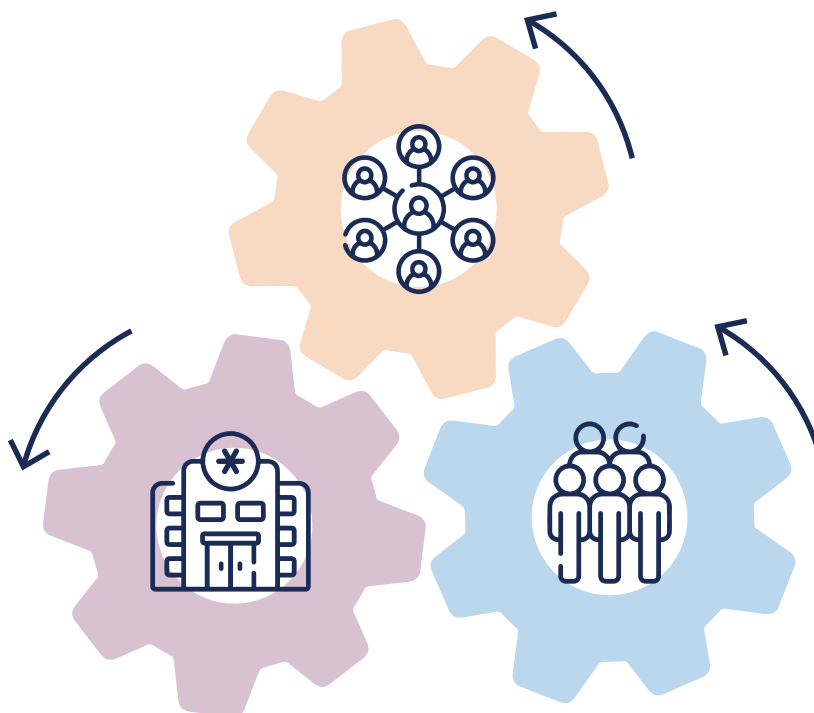
Deinstytucjonalizacja nie oznacza po prostu wypisywania ludzi z instytucji.

Ważne jest stopniowe zmniejszanie liczby pacjentów w celu likwidacji lub przekształcenia instytucji psy-

chiatrycznych specjalizujących się w opiece długoterminowej. Deinstytucjonalizacja nie oznacza po prostu wypisywania ludzi z instytucji, ponieważ muszą jej towarzyszyć odpowiednie inwestycje finansowe, strukturalne i strategiczne w świadczenia oparte na społeczności lokalnej. Jest to niezbędne, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne i społeczne byłych pacjentów instytucjonalnych oraz ich rodzin lub opiekunów, a także by zapobiegać nowym lub ponownym hospitalizacjom (zob. rys. 7.3). Wraz z rozwojem świadczeń środowiskowych ważne jest ograniczanie liczby łóżek instytucjonalnych, by uniknąć przyjmowania kolejnego pokolenia pacjentów opieki długoterminowej. Instytucje psychiatryczne specjalizujące się w opiece długoterminowej powinny być zamykane, gdy tylko pojawią się odpowiednie rozwiązania alternatywne w społeczności lokalnej.

RYS. 7.3

Deinstytucjonalizacja oznacza jednocześnie zwiększanie liczby wypisów, ograniczanie liczby przyjęć oraz zwiększanie skali opieki środowiskowej



OGRODZANIE LICZBY PRZYJĘĆ

Systematyczne zmniejszanie liczby nowych przyjęć do szpitali psychiatrycznych oraz poprawa jakości opieki i praw osób przebywających we wszystkich placówkach szpitalnych i opiekuńczych.

ZWIĘKSZENIE SKALI ŚWIADCZEŃ

Budowa sieci skoordynowanych i powiązanych świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i opieki społecznej opartych na społeczności lokalnej, aby zapewnić wsparcie wszystkim osobom z zaburzeniami psychicznymi.

ZWIĘKSZANIE LICZBY WYPISÓW

Stopniowe wypisywanie pacjentów szpitali psychiatrycznych w miarę dostępności rozwiązań opartych na społeczności lokalnej zaspokajających potrzeby zdrowotne i społeczne tych osób.

Wnioski wyciągnięte z doświadczeń

Deinstytucjonalizacja opieki w zakresie zdrowia psychicznego i budowanie świadczeń opartych na społeczności lokalnej to proces równoległy, w którym stopniowo przekierowuje się zasoby z instytucji do społeczności. Doświadczenie pokazuje, że przenoszenie osób z psychiatrycznych zakładów zamkniętych może przebiegać bardzo dobrze – lub bardzo źle (447, 448). Oba scenariusze dostarczają nam ważnych lekcji i łącznie pozwalają wskazać 10 elementów potrzebnych, by odnieść sukces w przyszłych działaniach.

- 1. Wsparcie na najwyższym poziomie i o największym zakresie.** Wsparcie jest kluczowe, nie tylko ze strony przywódców politycznych i urzędników państwowych, ale także liderów i członków społeczności oraz środowisk akademickich.
- 2. Staranne planowanie i wdrażanie.** Przeniesienie pacjentów opieki długoterminowej z opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej wymaga dokładnego planowania i przygotowania, a także stopniowego procesu wdrażania, w tym skracania pobyków i zapobiegania nowym przyjęciom. Reforma instytucji powinna się zacząć od poprawy życia wewnątrz takich instytucji, na przykład przez zmianę rodzajów aktywności, rutynowych czynności oraz relacji personelu z pacjentami, a także przez wyeliminowanie zjawisk przymusu i nadużyć.
- 3. Zaangażowanie i upodmiotowienie pacjentów.** Pacjenci muszą mieć możliwość aktywnego udziału w procesie wprowadzania zmian, w tym pełnego zaangażowania w dyskusje na temat możliwości wypisu oraz w przywracanie umiejętności związanych z funkcjonowaniem w życiu codziennym. Oznacza to również wsparcie w korzystaniu przez te osoby z ich praw obywatelskich, na przykład w celu zarządzania własnymi zasobami, podejmowania świadomych decyzji dotyczących miejsca zamieszkania czy wyboru ubrań, a także otrzymywania wynagrodzenia za wszelką pracę wykonywaną w instytucji.
- 4. Świadczenia oparte na społeczności lokalnej.** Aby uniknąć zaniedbania i bezdomności pacjenta, po wypisaniu z instytucji należy zapewnić odpowiednie świadczenia i wsparcie oparte na społeczności lokalnej zgodne z indywidualnymi potrzebami danego pacjenta. Zazwyczaj niektórzy pacjenci (lub grupy pacjentów z określonych obszarów

geograficznych) mogą zostać wypisani z instytucji wcześniej niż inni, w zależności od ich potrzeb i poziomu świadczeń opartych na społeczności lokalnej dostępnych w regionie ich zamieszkania.

- 5. Dodatkowe środki finansowe w okresie przejściowym.** W celu deinstytucjonalizacji w okresie przejściowym należy zapewnić równoległe finansowanie zarówno szpitali psychiatrycznych, jak i służb ds. zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej, aby umożliwić dalsze funkcjonowanie instytucji przy jednoczesnym rozwoju wspomnianych służb.
- 6. Zaangażowani pracownicy służby zdrowia.** Należy zaangażować pracowników służby zdrowia i ich organizacje zawodowe w planowanie i wdrażanie procesu oraz prowadzić z nimi szeroko zakrojone konsultacje, tak aby wspierali oni omawiane zmiany, zamiast stawiać im opór. Zazwyczaj w sytuacji stopniowego zmniejszania rozmiarów instytucji specjalizujących się w opiece długoterminowej konieczne jest przeszkolenie personelu szpitalnego w zakresie świadczenia opieki w społeczności lokalnej.
- 7. Ograniczanie stygmatyzacji.** Interwencje służące przeciwdziałaniu stygmatyzacji z udziałem liderów, pracowników służby zdrowia i ogółu społeczeństwa powinny stanowić część każdego programu deinstytucjonalizacji, aby zmniejszyć ryzyko złego traktowania pacjentów, którzy powrócą do życia w społeczności.
- 8. Zgoda pacjentów i zaangażowanie rodzin.** Zasadnicze znaczenie dla deinstytucjonalizacji ma uzyskanie zgody od pacjentów, którzy mają zostać wypisani, oraz, w miarę możliwości, zaangażowanie rodzin i bliskich w cały proces.
- 9. Dbłość zarówno o zdrowie psychiczne, jak i fizyczne.** Monitorowanie nie tylko zdrowia psychicznego wypisanych pacjentów, ale także ich zdrowia fizycznego ma niezwykle istotne dla zapobiegania przedwczesnemu zgonowi tych osób po powrocie do społeczności.
- 10. Monitorowanie i ocena.** Należy ustanowić normy i standardy w zakresie opieki, leczenia i rehabilitacji oparte na społeczności lokalnej. Konieczne jest przeprowadzanie regularnych kontroli i ocen, aby zapewnić wysoką jakość opieki i wsparcia na rzecz każdej osoby, która zostanie wypisana z instytucji długoterminowej.

Czas ma kluczowe znaczenie dla powodzenia deinstytucjonalizacji (zob. sekcja 5.2.1 **Wzmocnienie woli politycznej i zaangażowania politycznego**). Po wdrożeniu modele opieki środowiskowej niekoniecznie są mniej lub bardziej kosztowne niż opieka instytucjonalna, zwłaszcza jeśli uwzględni się potrzeby ludzi i jakość zapewnianej opieki. Mogą one natomiast być bardziej opłacalne, gdy przynoszą lepsze wyniki pod względem powrotu do zdrowia (449).

W każdym razie powodem przenoszenia ludzi z instytucji stacjonarnych powinna być nie tylko opłacalność takiego działania, ale także przekonanie, że w ten sposób dane osoby mogą prowadzić lepsze i bardziej wartościowe życie. Doświadczenie pokazuje, że dobrze przeprowadzona deinstytucjonalizacja może poprawić jakość życia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i uchronić je przed szeregiem naruszeń praw człowieka.

W większości przypadków ograniczenie liczby łóżek w połączeniu ze znacznymi inwestycjami w służby oparte na społeczności lokalnej pozwoliło na skuteczne przeniesienie ludzi do kompleksowej opieki środowiskowej i reintegrację tych osób ze społecznościami, co zapobiegło długoterminowej instytucjonalizacji, bezdomności i uwięzieniu (przeczytaj doświadczenia Reginy w rozdziale 2) (447, 450). Reformy mogą być wdrażane na małą skalę, w poszczególnych miastach lub okręgach, lub na dużą skalę, w całych krajach (zob. ramka 7.2 **Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii**). W wielu przypadkach przydatne były ankiety dotyczące możliwości umieszczenia w społeczności przeprowadzane wśród pacjentów opieki długoterminowej – pomogły one w zaplanowaniu przeniesienia tych osób i zapewnieniu ciągłości opieki (451).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.2

Deinstytucjonalizacja opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii

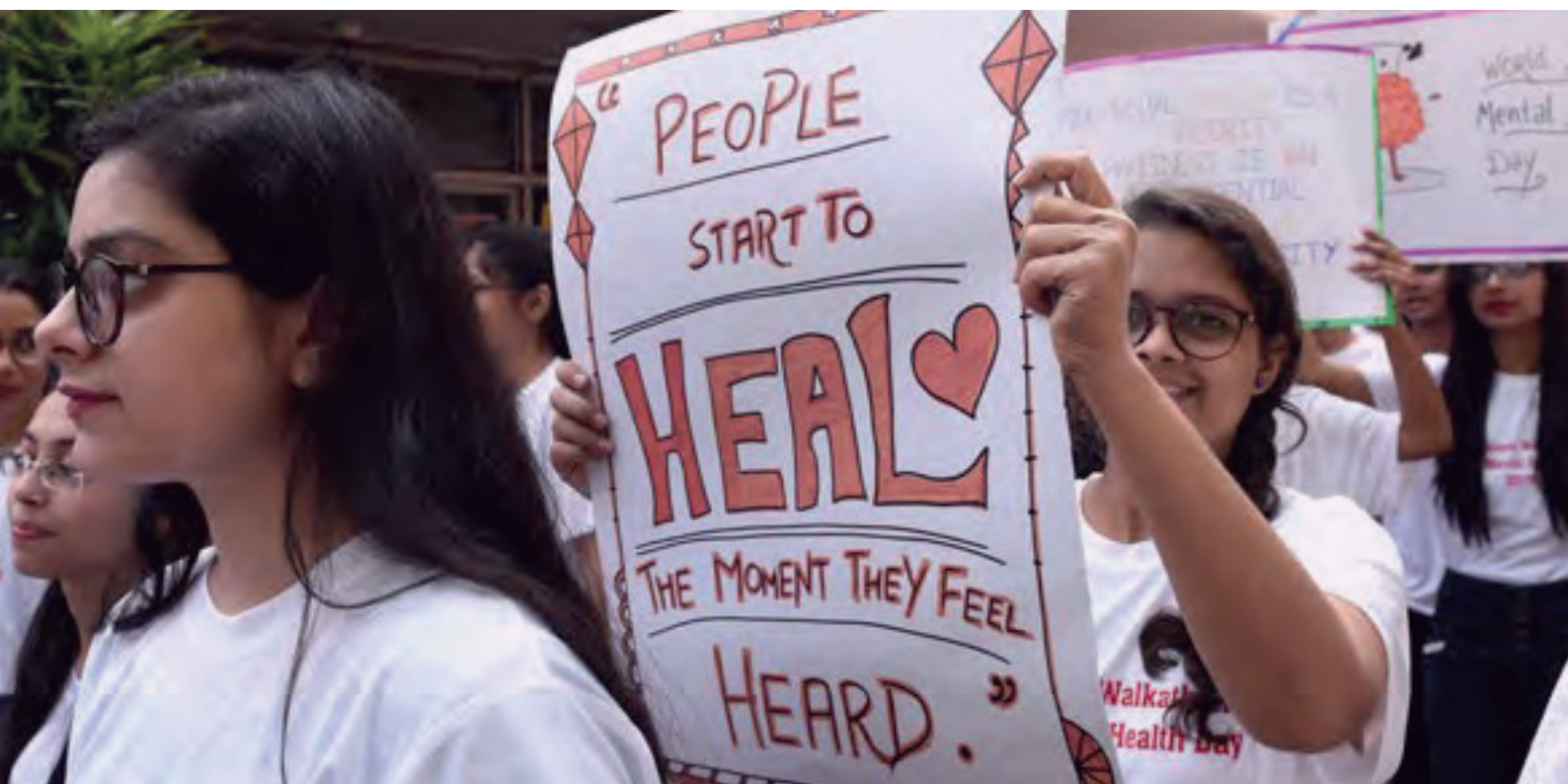
Na początku lat 90. XX wieku 75% brazylijskich funduszy federalnych przeznaczonych na zdrowie psychiczne trafiło do szpitali zamkniętych działających w złych warunkach i w poważny sposób naruszających prawa człowieka. W ciągu trzech dekad od tego czasu nastąpiło stopniowe przesunięcie środków w kierunku opieki w społeczności, a pacjenci byli sukcesywnie wypisywani z opieki instytucjonalnej. Obecnie ponad 79% funduszy federalnych inwestuje się w środowiskowy system opieki oparty na podejściu zorientowanym na prawa człowieka i powrót do zdrowia.

Nowy system integruje podstawową opiekę zdrowotną, szpitale ogólne i opiekę kryzysową w ramach sieci opieki psychospołecznej, które są koordynowane przez **centra zdrowia psychicznego organizowane w danej społeczności (CAPS)**. Działają one 24 godziny

na dobę, siedem dni w tygodniu. System obejmuje placówki opiekuńcze, a także zasilek rehabilitacyjny dla osób powracających do domu po długoterminowej hospitalizacji. Zapewnia również wsparcie techniczne i finansowe na rzecz lokalnych inicjatyw mających na celu rehabilitację społeczną, generowanie dochodów i rzecznictwo.

W latach 1998–2020 liczba CAPS w całym kraju wzrosła ze 148 do 2657. Obecnie stanowią one podstawę opieki nad zdrowiem psychicznym w Brazylii i korzysta z nich ponad połowa osób, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne. Badania pokazują, że CAPS skutecznie wspierają autonomię i powrót do zdrowia pacjentów, a także charakteryzują się wysokim poziomem zadowolenia wśród osób z doświadczeniem życiowym i ich rodzin.

Źródła: Lociks de Araújo, 2016 (452); Ministério da Saúde, 2020 (453).



W kilku przypadkach, w których zredukowano liczbę łóżek szpitalnych bez równoległych inwestycji w alternatywne rozwiązania środowiskowe, odnotowano dramatyczne pogorszenie jakości i dostępności opieki, co miało bardzo niekorzystne skutki dla pacjentów. Na przykład w 2017 r. co najmniej 144 osoby zmarły, w tym z głodu i zaniedbania, po tym, jak zostały wypisane ze szpitali do niedofinansowanych i niedoświadczonych placówek opieki środowiskowej w ramach pospiesznego i źle zaplanowanego programu deinstytucjonalizacji opieki nad zdrowiem psychicznym w Gauteng w RPA (448).

Doświadczenie z Gauteng podkreśla potrzebę kompleksowych interwencji służących przeciwdziałaniu stygmatyzacji i dyskryminacji. Pokazuje, jak istotne są szeroko zakrojone konsultacje z wszystkimi zainteresowanymi stronami oraz pełna zgoda osób korzystających ze świadczeń i ich rodzin. Podkreśla też znaczenie planowego i stopniowego podejścia ze starannie wyznaczonymi normami i standardami opieki środowiskowej, które powinny być regularnie monitorowane przez organy ds. zdrowia publicznego.

Jak pokazuje doświadczenie, jeżeli deinstytucjonalizację przeprowadzono w sposób odpowiedzialny, może ona mieć również bardzo zrównoważony charakter i przynosić efekty przez dziesięciolecia. W 1978 r. Włochy rozpoczęły wdrażanie ustawy nr 180, na mocy której zakazano wszelkich nowych przyjęć do publicznych szpitali psychiatrycznych. Po 40 latach bez szpitali psychiatrycznych włoski system zdrowia psychicznego jest porównywalny z innymi państwami grupy G-7, które są gospodarkami o wysokich dochodach (454). Włochy mają jednak znacznie mniej personelu zajmującego się zdrowiem psychicznym w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców. W 2019 r. w kraju tym nie było żadnych łóżek w szpitalach psychiatrycznych, podczas gdy w innych państwach grupy G-7 liczba łóżek w takich szpitalach wahała się od 11 na 100 000 mieszkańców w Kanadzie do 170 na 100 000 w Japonii (5). We Włoszech jest również mniej łóżek w szpitalach ogólnych, ale więcej w środowiskowych placówkach opiekuńczych niż w innych państwach grupy G-7. We Włoszech odnotowano spadek liczby przymusowych przyjęć z ponad 20 000 w 1978 r. do mniej niż 9000 w 2015 r. (zob. ramka 7.3 Triest, Włochy: 40 lat opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.3

Triest, Włochy: 40 lat opieki środowiskowej nad zdrowiem psychicznym

W Trieście we Włoszech opieka środowiskowa w zakresie zdrowia psychicznego funkcjonuje skutecznie od ponad 40 lat. Transformacja w Trieście rozpoczęła się w latach 70. XX wieku, kiedy osoby przebywające w miejskim zakładzie psychiatrycznym zostały przeniesione do społeczności. Środki, które wcześniej służyły finansowaniu zakładu psychiatrycznego, były stopniowo przekierowywane na rozwój kompleksowej sieci świadczeń opartych na społeczności lokalnej. Centra zdrowia psychicznego w tej społeczności są otwarte 24 godziny na dobę i zapewniają między innymi przychodnie bez rejestracji, leczenie w domu, opiekę dzienną, wsparcie psychospołeczne, leki i całodobową opiekę kryzysową. Dostępne są także programy rehabilitacyjne i mieszkaniowe, w których zapewnia się różne poziomy wsparcia w zakwaterowaniu; są one powiązane z lokalnymi sieciami spółdzielni socjalnych, które oferują miejsca pracy i prowadzą działania kulturalne i edukacyjne.

Źródła: Barbui et al., 2018 (454); Mezzina, 2018 (455); Mezzina, 2014 (456); Dipartimento di Salute Mentale, 2019 (457).

W miarę możliwości pacjenci otrzymują wsparcie we własnych domach i dzielnicach, dzięki czemu mogą kontynuować życie w swoich społecznościach.

Co ważne, w Trieście pacjenci aktywnie uczestniczą w planowaniu swojej opieki. Pomagają tworzyć spersonalizowane plany opieki, które wychodzą poza interwencje kliniczne i uwzględniają szeroki zakres potrzeb w zakresie opieki społecznej – od wsparcia mieszkaniowego i higieny osobistej po finanse i pracę.

Model deinstytucjonalizacji z Triestu przyczynił się do poprawy zadowolenia osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, ich funkcjonowania społecznego i wyników w zakresie ich zdrowia. Odnotowano spadek, jeśli chodzi o wskaźnik samobójstw w mieście; zmniejszyła się też liczba przymusowych hospitalizacji. Co więcej, dzięki ponownej integracji osób cierpiących na zaburzenia psychiczne ze społecznością zmniejszeniu uległa też stygmatyzacja związana ze zdrowiem psychicznym. Nowy model opieki jest również tańszy, ponieważ jego koszt stanowi 37% kosztów starego zakładu psychiatrycznego w Trieście.

W wielu krajach trwa proces deinstytucjonalizacji. W Argentynie reforma w zakresie zdrowia psychicznego jest prowadzona w kilku prowincjach. W prowincji Buenos Aires w okresie od stycznia 2020 r. do czerwca 2021 r. odnotowano spadek liczby osób przebywających w instytucjach z 1810 do 1391. Osiągnięto to dzięki wstrzymaniu długoterminowych przyjęć, przyznaniu 381 osobom dotacji na przeniesienie w celu wsparcia ich wypisu, a także dzięki zapewnieniu wsparcia mieszkaniowego dla 306 wypisanych osób. Wypisani pacjenci są objęci opieką w ramach funkcjonujących służb ds. zdrowia psychicznego opartych na społeczności lokalnej (458).

7.1.4 Zwiększanie skali opieki nad osobami cierpiącymi na powszechne zaburzenia

Wysoka częstość występowania i ogromna luka w dostępie do opieki w przypadku powszechnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja i zaburzenia lękowe, oznaczają, że kraje muszą zdywersyfikować i rozszerzyć możliwości opieki nad tymi zaburzeniami, jeśli chcą zmierzać w kierunku powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej lub osiągnąć ten cel. Potrzebne będą nowe środki finansowe i zwiększony wysiłek

w celu dodania opieki psychologicznej opartej na dowodach do już funkcjonujących świadczeń w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, a także do placówek opieki społecznej, wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, szkół i uczelni oraz środowisk internetowych.

W sekcjach 7.2–7.4 opisano szczegółowo niektóre ze strategii niezbędnych do realizacji tego celu w ramach różnych świadczeń. Na przykład, chociaż każda służba ds. zdrowia psychicznego oparta na społeczności lokalnej prawdopodobnie będzie zajmować się zarówno powszechnymi, jak i poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takie działania nie będą wystarczające. Należy rozszerzyć świadczenie opieki psychologicznej w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej oraz za pośrednictwem świadczeniodawców społecznych. Inne kluczowe strategie zwiększania skali opartej na dowodach opieki nad powszechnymi zaburzeniami psychicznymi obejmują umożliwienie samopomocy i lepsze wykorzystanie technologii cyfrowych (zob. [rozdz. 5: W centrum uwagi: Wykorzystanie technologii cyfrowych na rzecz zdrowia psychicznego](#)).

Doradztwo niespecjalistyczne

Jak się okazało, programy doradztwa psychologicznego, w ramach których rekrutuje się, szkoli i wdraża niespecjalistycznych doradców do prowadzenia grupowych lub indywidualnych interwencji psychologicznych opartych na dowodach, są bardzo skuteczne dla osób z depresją lub zaburzeniami lękowymi (314). Tej formy doradztwa nie należy mylić z udzielaniem ogólnych informacji lub porad (np. gdy ktoś doradza kobiecie, która właśnie została matką, jak opiekować się dzieckiem). Programy doradztwa psychologicznego mogą być wdrażane na dużą skalę (zob. [ramka 7.4 Niespecjalistyczni pracownicy opieki nad zdrowiem psychicznym leczą depresję w Ugandzie i Zambii](#)).

Niespecjalistyczni doradcy ds. depresji i zaburzeń lękowych mogą wywodzić się z bardzo różnych grup zawodowych. Mogą to być zarówno pracownicy społeczni, wolontariusze czy osoby o podobnych doświadczeniach z jedynie podstawowym lub średnim wykształceniem, jak i osoby z wykształceniem wyższym, ale bez specjalistycznego szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego (na przykład pielęgniarki lub absolwenci psychologii bez przygotowania klinicznego).



STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.4

Niespecjalistyczni pracownicy opieki nad zdrowiem psychicznym leczą depresję w Ugandzie i Zambii

W Ugandzie i Zambii przedsiębiorstwo społeczne StrongMinds szkoli niespecjalistycznych pracowników i wolontariuszy w zakresie dostosowanej kulturowo i zatwierdzonej lokalnie terapii interpersonalnej oraz wdraża ich do pracy z kobietami i nastolatkami cierpiącymi na depresję.

Niespecjalistyczni terapeuci pomagają uczestnikom grupy zidentyfikować czynniki wywołujące u nich depresję (przedłużająca się żałoba, konflikty, samotność lub izolacja społeczna oraz zmiany w życiu) i opracować strategie ich przezwyciężenia. Grupy, składające się zazwyczaj z 12 uczestników, spotykają się w swoich lokalnych społecznościach na co najmniej osiem sesji. Ponieważ depresja może nawracać, umiejętności nabyte podczas terapii mają zarówno natychmiastowy, jak i długoterminowy wpływ prewencyjny.

Organizacja identyfikuje uczestników dzięki działaniom mobilizacyjnym, które obejmują psychoedukację i pomoc we współpracy z liderami społeczności,

szkołami, partnerskimi organizacjami pozarządowymi i odpowiednikami rządowymi. StrongMinds prowadzi także publiczne kampanie edukacyjne w radiu i mediach społecznościowych. W ciągu ostatnich ośmiu lat leczeniem w ramach programu objęto ponad 100 000 osób. Jak oceniono za pomocą narzędzia do monitorowania depresji PHQ-9, ponad 80% leczonych osób wraca do zdrowia, a wyniki utrzymują się sześć miesięcy po leczeniu. Osoby, które ukończyły terapię, zgłaszają 16% wzrost frekwencji w pracy, 28% wzrost, jeśli chodzi o więzi społeczne, 13% wzrost liczby rodzin jedzących regularne posiłki i 30% wzrost frekwencji szkolnej wśród ich dzieci.

StrongMinds obecnie zwiększa skalę swojej działalności, współpracując z rządami i organizacjami pozarządowymi w celu zintegrowania interwencji w zakresie zdrowia psychicznego z istniejącymi programami ukierunkowanymi na kwestie związane ze źródłami utrzymania, bezpieczeństwem żywnościowym, zdrowiem i edukacją.



Źródła: StrongMinds, 2021 (459); Bolton et al., 2003 (460).

We wszystkich przypadkach duże znaczenie dla dodawania pewności siebie niespecjalistycznym świadczeniodawcom i monitorowania ich kompetencji mają szkolenia i stały nadzór wspierający (zob. [sekcja 5.4.3 Wyposażenie świadczeniodawców społecznych w kompetencje w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym](#)).

Niespecjalistyczne doradztwo psychologiczne może również stanowić istotną wartość dodaną w odniesieniu do specjalistycznej opieki psychiatrycznej. Na przykład w specjalistycznej placówce opieki nad zdrowiem psychicznym w Islamabadzie (Pakistan) do rutynowej – głównie farmakologicznej – opieki dodano krótką interwencję psychologiczną o nazwie „Problem Management Plus” (PM+). PM+ i podobne interwencje są zwykle wdrażane poza placówkami specjalistycznymi. W Islamabadzie interwencja była prowadzona w ramach opieki specjalistycznej, ale przez niespecjalistycznych doradców, którzy ukończyli studia licencyjne z psychologii, natomiast nie mieli przygotowania klinicznego. Stwierdzono, że dodanie interwencji psychologicznej znacznie poprawiło wyniki leczenia osób z depresją i zaburzeniami lękowymi (461). Gdyby więcej specjalistycznych placówek opieki włączyło tego rodzaju niespecjalistyczne doradztwo oparte na dowodach do swojej rutynowej praktyki, byłyby one lepiej przygotowane, aby kierować wdrażaniem tych interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej i na poziomie społeczności oraz aby skuteczniej wspierać ten proces.

Programy poradnictwa niespecjalistycznego mogą być i coraz częściej rzeczywiście są wdrażane w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i innych środowiskach opartych na społeczności lokalnej, w tym poprzez niezależne świadczenia zapewniane przez organizacje pozarządowe.

Badania pokazują, że programy te mogą zwiększyć możliwości podstawowych placówek ds. zdrowia psychicznego i znacznie poprawić opiekę. Na przykład jeden z programów w północno-zachodniej prowincji RPA polegał na tym, że pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej identyfikowały osoby z depresją wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi w ramach programu opieki łączonej. Osoby z łagodnymi lub umiarkowanymi objawami depresji były przez nie kierowane

do niespecjalistycznych doradców w celu uzyskania ustrukturyzowanego doradztwa opartego na terapii poznawczo-behawioralnej. Badanie wykazało istotne klinicznie zmniejszenie objawów w 12 miesięcy po interwencji. Osoby objęte terapią zgłaszały poczucie większego upodmiotowienia i lepszego przygotowania do radzenia sobie z problemami społecznymi (462).

Doradztwo niespecjalistyczne może zwiększyć możliwości podstawowych placówek ds. zdrowia psychicznego i znacznie poprawić opiekę.

Na obszarach wiejskich w stanie Maharasztra w Indiach w ramach programu Atmiyata przeszkoleni wolontariusze ze społeczności identyfikują i wspierają członków społeczności cierpiących na powszechne zaburzenia psychiczne oraz doradzają tym osobom. Wolontariusze ci oferują techniki rozwiązywania problemów i aktywacji behawioralnej. Ułatwiają również dostęp do opieki nad zdrowiem psychicznym i świadczeń socjalnych (finansowych), zwiększają świadomość społeczności na temat kwestii zdrowia psychicznego i promują dbanie o dobrostan. W ramach programu Atmiyata oferuje się świadczenia stanowiące uzupełnienie formalnego sektora zdrowia. Podejście to jest obiecujące, jeśli chodzi o zwiększenie akceptowalności opieki, ograniczenie niepełnosprawności oraz poprawę jakości życia, a także uczestnictwa społecznego osób z depresją i zaburzeniami lękowymi (463, 464).

Programy niespecjalistycznego doradztwa psychologicznego mogą być również wykorzystywane w celu dotarcia do określonych grup osób, które mogą być szczególnie narażone na depresję lub zaburzenia lękowe, w tym nowych rodziców, uchodźców lub osób żyjących z HIV/AIDS (zob. [ramka 7.5 „Ławki przyjaźni” dla zdrowia psychicznego](#)). Wprowadzoną niedawno obiecującą innowacją jest zastosowanie pojedynczego podejścia interwencyjnego do wspólnych problemów, które obejmują szereg zaburzeń psychicznych (terapia transdiagnostyczna) (465, 466). Podejście to zostało z powodzeniem przetestowane wśród ofiar przemocy w tak zróżnicowanych krajach, jak Kolumbia, Etiopia, Irak, Tajlandia, Ukraina i Zambia.

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.5

Ławki przyjaźni dla zdrowia psychicznego

W Zimbabwie projekt „Friendship Bench” [Ławka przyjaźni] od ponad 20 lat przyczynia się do integracji zdrowia psychicznego z innymi programami zdrowotnymi. Projekt ten wykorzystuje terapie oparte na rozwiązywaniu problemów prowadzone przez wolontariuszy społeczności, znanych jako „babcie”, w celu leczenia „kufungisisa” (co dosłownie oznacza „zbyt intensywne myślenie” i jest lokalnym pojęciem w języku shona odnoszącym się do niepsychotycznych zaburzeń psychicznych).

„Babcie przyjaźni” są szkolone, aby doradzać podczas zorganizowanych 45-minutowych sesji na drewnianych ławkach na terenie przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie ludzie mają dostęp do świadczeń związanych z różnymi chorobami, w tym HIV/AIDS, gruźlicą, chorobami niezakaźnymi i zaniedbanymi chorobami tropikalnymi. Pacjenci są kierowani do ławek przez lekarzy prowadzących, a po pierwszej sesji są zapraszani przez babcie na maksymalnie pięć kolejnych sesji. W zależności od potrzeb mogą oni również korzystać z wizyt domowych, dołączyć do terapii grupowej lub zostać skierowani do specjalisty.

Wykazano, że podejście stosowane w ramach „Friendship Bench” znacząco zmniejsza objawy depresji i zaburzeń lękowych w porównaniu ze zwykłym standardem opieki. Uważa się również, że prowadzi

to do poprawy w odniesieniu do współwystępujących chorób, w tym pod względem przestrzegania terapii antyretrowirusowej w leczeniu HIV.

Od 2006 r. w ramach „Friendship Bench” przeszkolono ponad 600 babć, które następnie zapewniły bezpłatną terapię dziesiątkom tysięcy osób w ponad 70 społecznościach w Zimbabwie. Teraz można je znaleźć także w wielu innych krajach.

Zaprojektowano również wersję programu skierowaną do młodzieży, ponieważ niewielu nastolatków korzystało z pierwotnego projektu – czy to dlatego, że nie odwiedzali przychodni podstawowej opieki zdrowotnej, czy też dlatego, że wstydziło się prosić o pomoc u babci. „Youth Friendship Bench” [Młodzieżowa Ławka Przyjaźni] jest skierowana do osób w wieku 16–19 lat i wykorzystuje studentów psychologii i socjologii w roli „kolegów”, którzy w miejsce babć prowadzą terapie oparte na rozwiązywaniu problemów. Szkolenie doradców przebiega w taki sam sposób, ale z dodatkowym naciskiem na takie zagadnienia, jak używanie narkotyków, seks i związki. „Koledzy” zgłaszali, że udaje im się nawiązać dobre relacje ze swoimi rozmówcami, i twierdzą, że postrzegają swoją pracę jako znaczącą i pilną; potrzebne są jednak dalsze badania nad doświadczeniami odbiorców pomocy.

Źródła: Chibanda et al., 2016 (467); Wallén et al., 2021 (468).

Samopomoc

Jak wspomniano w rozdziale 5: Podstawy do wprowadzenia zmian, interwencje samopomocowe mogą być prowadzone z udziałem osoby wspierającej (samopomoc ze wsparciem) albo bez wsparcia czy zachęt (samopomoc bez wsparcia). Zarówno specjaliści, jak i osoby niebędące specjalistami mogą odgrywać rolę we wspieraniu interwencji samopomocowych dla osób z depresją lub zaburzeniami lękowymi. Mogą na przykład moderować dyskusje, demonstrować techniki i wspierać dane osoby w pracy z materiałami samopomocowymi; mogą to robić zarówno osobiście, jak i zdalnie.

Interwencje samopomocowe pomagają wyposażyć dane osoby w narzędzia i taktyki, których potrzebują, aby rozpoznawać pojawiające się problemy ze zdrowiem psychicznym oraz radzić sobie z nimi (przeczytaj doświadczenia Nour w rozdziale 5). Tego rodzaju interwencje można szybko wprowadzić w odniesieniu do dużej liczby osób, co czyni je szczególnie przydatnymi w zwiększaniu skali zapewnianej opieki (zob. [ramka 7.6 Poprawa dostępu do terapii psychologicznych – inicjatywa „Improving Access to Psychological Therapies” \(IAPT\)](#)), w tym w krajach dotkniętych kryzysem (zob. [ramka 7.7 Step-by-Step: wsparcie samopomocy przy leczeniu depresji – Liban](#)).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.6

Poprawa dostępu do terapii psychologicznych – inicjatywa „Improving Access to Psychological Therapies” (IAPT)

IAPT to ogólnokrajowy program terapii psychologicznych opartych na dowodach dla osób z zaburzeniami lękowymi lub depresją realizowany w Wielkiej Brytanii. Program ten został uruchomiony w 2008 r. jako usługa dla osób dorosłych, ale od tego czasu rozszerzono go o komponent dla dzieci i młodzieży, w tym w celu realizacji w szkołach. Około 1,25 miliona skierowań każdego roku sprawia, że jest to zdecydowanie największy na świecie finansowany publicznie i systematycznie wdrażany program terapii psychologicznej opartej na dowodach naukowych. Program ten stał się wzorem dla utworzenia podobnych usług w Australii, Kanadzie, Japonii i Norwegii.

IAPT opiera się na modelu opieki progresywnej, w której oferuje się stopniowo coraz intensywniejsze formy terapii stosownie do potrzeb pacjenta. Na początku oferowana jest terapia o niskiej intensywności, w postaci samopomocy ze wsparciem opartej

na zasadach terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Samopomoc ma charakter psychoedukacyjny i prowadzona jest przez telefon, w formie komputerowej terapii poznawczo-behawioralnej, w dużych grupach lub indywidualnie. Świadczona jest przez niespecjalistycznych pomocników zwanych „praktykami dobrostanu psychicznego” [Psychological Well-being Practitioners], którzy zapewniają ustandaryzowane interwencje oparte na dowodach. Praktycy ci działają w oparciu o powiązane narzędzia oceny kompetencji w zakresie diagnostyki i leczenia.

Osoby, u których nie nastąpiła poprawa po samopomocy, są kierowane na intensywniejsze terapie psychologiczne prowadzone przez wykwalifikowanych terapeutów.

Na podstawie przeglądu 60 badań wykazano znaczną poprawę w zakresie depresji i zaburzeń lękowych wśród osób korzystających z IAPT.

Źródło: Wakefield et al., 2021 (469).

Nawet książki i materiały samopomocowe bez wsparcia mogą być użyteczne w zwiększaniu skali wsparcia psychologicznego w przypadku powszechnych zaburzeń psychicznych. Badania pokazują, że korzystanie z książek samopomocowych może przyczynić się do zmniejszenia objawów depresji u dorosłych, w tym w perspektywie długoterminowej (470). Interwencje bez wsparcia są jednak zwykle mniej skuteczne niż te ze wsparciem (471). Wykazano również, że terapia

komputerowa, w ramach której zapewnia się terapię poznawczo-behawioralną w celu leczenia depresji i zaburzeń lękowych za pośrednictwem internetu, jest skuteczna, akceptowalna i praktyczna dla osób z dobrym dostępem do internetu. Terapia komputerowa ze wsparciem oparta na terapii poznawczo-behawioralnej zapewnia takie same korzyści jak konwencjonalna terapia poznawczo-behawioralna prowadzona osobiście (472).

STUDIUM PRZYPADKU

RAMKA 7.7

Step-by-Step: wsparcie samopomocy przy leczeniu depresji – Liban

Step-by-Step to nowa cyfrowa interwencja samopomocowa WHO. W jej ramach zapewniono psychoedukację za pomocą opowiadanej historii i wykorzystuje interaktywne ćwiczenia, aby nauczyć osoby korzystające z tej interwencji technik terapeutycznych, które pomagają zmniejszyć objawy depresji. Skupiono się na aktywacji behawioralnej w połączeniu z zarządzaniem stresem (np. za pomocą ćwiczeń oddechowych), zwiększaniem wsparcia społecznego oraz zapobieganiem nawrotom.

Kiedy Liban został dotknięty serią kryzysów w 2020 r., Ministerstwo Zdrowia Publicznego i partnerzy przetestowali dostosowaną kulturowo wersję programu Step-by-Step o nazwie „Khoutweh-Khoutweh” wśród obywateli Libanu i syryjskich uchodźców. Zastoso-

wano format samopomocy ze wsparciem. Nadzorowani doradcy niespecjalistyczni zapewniali osobom z objawami depresji nie więcej niż 15 minut zdalnego doradztwa (telefonicznie lub za pośrednictwem wiadomości online) tygodniowo. Osoby, które ukończyły program, uznały go za odpowiedni, akceptowalny i korzystny (przeczytaj doświadczenia Nour w rozdziale 5).

Dwa duże randomizowane badania kontrolowane na poziomie ogólnokrajowym sugerują, że interwencja była skuteczna w zmniejszaniu objawów depresji oraz poprawie funkcjonowania i samopoczucia. Obecnie interwencja ta jest oferowana przez rząd jako rutynowe świadczenie.

Źródło: Cuijpers et al., w druku (472).

Depresja u osób w wieku senioralnym jako problem zdrowia publicznego w Polsce. Przegląd literatury

Natalia Kucharska^{1,A,B,C,D}

ORCID: 0009-0006-4619-6012

Joanna Burzyńska^{2,D,E,F}

ORCID: 0000-0001-8143-8204

Magdalena Rękas^{1,D,E}

ORCID: 0000-0002-5763-9564

Małgorzata Nagórska^{1,A,D,E,F}

ORCID: 0000-0002-3229-1186

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski,

² Pracownia Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025/n.kucharska/m.rekas/j.burzynska/m.nagorska



STRESZCZENIE

Depresja u osób w wieku senioralnym jako problem zdrowia publicznego w Polsce. Przegląd literatury

Kucharska N.¹, Rękas M.¹, Burzyńska J.², Nagórska M.¹

¹ Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski, ² Pracownia Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

Celem pracy jest określenie rozpowszechnienia depresji u seniorów na podstawie dostępnego piśmiennictwa. Artykuł obejmuje kwestie występowania depresji u osób w wieku senioralnym, analizuje czynniki wpływające na występowanie objawów depresji, porusza temat prób samobójczych wśród seniorów oraz przedstawia możliwości radzenia sobie z chorobą. Depresja osób starszych jest istotnym problemem dla zdrowia publicznego a edukacja społeczna jest bardzo ważną kwestią ze względu na ciągły wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie oraz rosnącą liczbę przypadków depresji, aby skutecznie poprawić jakość życia seniorów.

Słowa kluczowe: depresja, seniorzy, czynniki, profilaktyka.

ABSTRACT

Depression in the Elderly as a Public Health Problem in Poland. Literature Review

Kucharska N.¹, Rękas M.¹, Burzyńska J.², Nagórska M.¹

¹ Institute of Nursing, Faculty of Health Sciences and Psychology, Collegium Medicum, University of Rzeszów, Poland, ² Department of Public Health, Faculty of Health Sciences and Psychology, Collegium Medicum, University of Rzeszów, Poland

The aim of the study is to determine the prevalence of depression in seniors on the basis of available literature. The article addresses the issue of depression in the senior population, analyzes factors influencing the occurrence of depressive symptoms, discusses the topic of suicide attempt within this age group, and presents coping strategies for dealing with this illness. Depression among older adults is a significant public health concern, and educating society is crucial due to the ongoing increase in the number of elderly individuals in the population and the rising incidence of depression, in order to effectively improve the quality of life for seniors.

Keywords: depression, seniors, factors, prevention.

Wstęp

Depresja to zaburzenie psychiczne charakteryzujące się przez dłuższy czas obniżonym nastrojem oraz utratą zainteresowania lub przyjemności z wykonywania codziennych czynności. Towarzyszyć jej mogą również objawy, takie jak: zmęczenie, zaburzenia snu, zmiany apetytu, trudności w koncentracji, poczu-

cie bycia bezwartościowym oraz myśli samobójcze. Depresja wpływa na różne aspekty funkcjonowania jednostki, zarówno emocjonalne, jak i fizyczne, może występować u osób w każdym wieku, a jej ryzyko zwiększa się po doświadczeniu stresujących lub traumatycznych wydarzeń [1].

Zgodnie z definicją WHO wiek senioralny zaczyna się od 60. roku życia. WHO wyróżnia w jego obrębie

trzy podgrupy: osoby w wieku podeszłym – 60–74 lat, osoby w wieku starszym – 75–89 lat oraz osoby w wieku sędziwym 90 lat i więcej [2].

W Europie zmienia się struktura społeczności z rosnącą liczbą seniorów. Opublikowane przez Eurostat prognozy demograficzne w 2016 r. głoszą, że za dwie dekady Polska będzie państwem z najwyższą medianą wieku, wynoszącą 54,7 lat [3]. Wśród głównych problemów dotyczących większości starszych ludzi wymienia się pogarszający się stan zdrowia oraz występowanie niepełnosprawności, niższe dochody niż osób aktywnych zawodowo, wykluczenie technologiczne oraz niedostateczną aktywizację seniorów [4]. Wśród osób powyżej 60. r.ż. ryzyko depresji zwiększa się. W grupie 60–69 lat 6,6% badanych zgłaszało objawy tej choroby, w przedziale wiekowym 70–79 lat – 10%, a powyżej 80 lat – 20%. Najczęściej objawy depresji zgłaszają wdowy i wdowcy – 13,5%, oraz osoby żyjące w separacji lub po rozwodzie – 9,2% [5].

Podstawowe objawy depresji obejmują: zwiększoną męczliwość, obniżenie nastroju, brak zainteresowań, spadek energii. Dodatkowymi objawami mogą być: brak poczucia własnej wartości, wiary w siebie, uczucie niepokoju, zaburzenia okołodobowego rytmu snu i czuwania, poczucie winy, zaburzenia koncentracji oraz myśli samobójcze [6].

Depresja rozpoznana zbyt późno lub nieleczona prowadzi do wielu powikłań, w istocie wpływa na zdrowie fizyczne, wzmacnia objawy chorób somatycznych, w szczególności chorób serca. Depresja nierzadko pojawia się po raz pierwszy u osób po 60. r.ż., jest także według autorów najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym wśród osób starszych [7]. Dlatego tak ważne jest skupienie się na problemie depresji w tej grupie wiekowej.

Metodologia

W niniejszym przeglądzie literatury uwzględniono 21 publikacji naukowych, w tym artykuły, monografie oraz raporty dotyczące problematyki depresji wśród osób starszych. Szczególną uwagę zwrócono na badania przeprowadzone w Polsce, aby dokładnie odzwierciedlić specyfikę i wyzwania związane z tym problemem w naszym kraju. Jednocześnie, dla szerszego kontekstu i porównania, w analizie uwzględniono również wybrane publikacje zagraniczne, zwłaszcza dotyczące leczenia i strategii profilaktycznych stosowanych w innych krajach europejskich. Wybrane źródła pochodzą z lat 2014–2025 i obejmują zarówno badania empiryczne, jak i opracowania poglądowe.

Kryteria włączenia do analizy:

1. Artykuły dotyczące depresji u osób starszych.

2. Badania obejmujące ankiety, kwestionariusze i skale oceny depresji osób starszych w Polsce.

3. Publikacje w języku polskim i angielskim.

Kryteria wyłączenia analizy obejmowały:

1. Artykuły, które nie odnosiły się do tematu depresji osób starszych w Polsce.

2. Publikacje bez dostępu do pełnego tekstu.

3. Prace oparte na opiniach eksperckich, bez wsparcia empirycznego.

Dyskusja

Depresja jest najważniejszym, najczęstszym i najrzadziej rozpoznawalnym problemem zdrowotnym u osób starszych. W większości przypadków jest chorobą możliwą do wyleczenia w sytuacji podjęcia odpowiedniego leczenia. Badania wykazują, że 25% populacji osób dorosłych zgłasza objawy depresji. Co więcej, objawy te występują u ludzi po 65. r.ż. trzy razy częściej w porównaniu do pozostałej części populacji [8]. W Polsce w przeciwieństwie do innych krajów rozwiniętych wraz z wiekiem rośnie odsetek osób z depresją. Jej rozwojowi sprzyja płeć żeńska, osamotnienie, zła sytuacja materialna, mieszkanie na wsi oraz niższe wykształcenie. Związek z występowaniem zaburzeń depresyjnych mają obciążenia somatyczne, takie jak: cukrzyca, przebyty udar, obniżona sprawność fizyczna oraz ból przewlekły [9].

Zgodnie z danymi z Ministerstwa do spraw Polityki Senioralnej z 2023 r. liczba ludności Polski w wieku powyżej 60 lat, wynosiła 9,9 mln (26,3%). W stosunku do 2022 r. liczba tych osób wzrosła o 96 tys. (1%). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 65–69 lat (25,5%). Większość z nich stanowiły kobiety (58,05%) [10]. Depresja jest poważnym problemem zdrowotnym, szczególnie wśród osób starszych, które często zmagają się z wieloma wyzwaniami, takimi jak utrata bliskich, problemy zdrowotne oraz zmiany stylu życia. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktualnych danych na temat częstości występowania objawów depresji wśród seniorów, a także omówienie ich znaczenia dla zdrowia publicznego.

Częstotliwość występowania depresji w badaniach

W badaniu przeprowadzonym w 2024 r., które objęło 93 osoby w wieku 60–100 lat mieszkające w polskich domach opieki, stwierdzono, że aż 44% badanych wykazywało objawy depresji, zgodnie z wynikami Geriatrycznej Skali Depresji (GDS). Tak wysoki odsetek wskazuje na konieczność zwrócenia uwagi na zdrowie psychiczne osób starszych, zwłaszcza w instytucjach opiekuńczych, gdzie pacjenci mogą być narażeni na dodatkowe czynniki stresogenne, takie

jak izolacja społeczna i ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu [11].

W kontekście wcześniejszych badań warto przytoczyć badanie z 2020 r., przeprowadzone w Krakowie, które objęło 438 pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych w wieku 65–96 lat. W tym przypadku tendencje depresyjne zidentyfikowano u 32% seniorów. Różnica w wynikach może wynikać z różnych metod badawczych, jak również z kontekstu społecznego i zdrowotnego, w jakim dane badania były przeprowadzone [12].

Inne badanie, dotyczące 140 pacjentów w wieku 65–88 lat hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym, ujawniło, że 37,86% badanych miało łagodną depresję, a 12,14% cierpiało na ciężką formę tego schorzenia. Warto zauważyć, że w tej grupie dominowały kobiety (73,57%), co może wskazywać na większą podatność kobiet na depresję w starszym wieku, a także na różnice w sposobach radzenia sobie z problemami zdrowotnymi i emocjonalnymi [13].

Kolejne badanie z 2016 r., w którym brało udział 196 pacjentów aglomeracji górnośląskiej, objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową w wieku powyżej 65 lat wykazało, że u 36,7% pacjentów występowały objawy depresyjne. W poszczególnych grupach wiekowych zaobserwowano następujące wyniki: w grupie 65–75 lat u 50% występowały objawy depresyjne, w grupie 76–90 lat u 34,4%, natomiast w grupie osób 91 lat i więcej u 20% [14].

W szerszym, europejskim ujęciu interesujące wnioski przynosi badanie przeprowadzone w 2020 r. przez Káčerovą i Ondačkovą, które objęło 29 679 seniorów z 16 krajów Europy, na podstawie danych z międzynarodowego projektu SHARE. Wśród badanych kobiety stanowiły większą grupę – 16 541 osób, przy 13 138 mężczyznach. W próbie uwzględniono także osoby z Polski – łącznie 857 osób (398 mężczyzn i 459 kobiet).

W Polsce objawy depresyjne deklarowało ponad 48% mężczyzn i 30% kobiet, co sytuuje Polskę na jednym z najniższych miejsc w Europie pod względem dobrostanu psychicznego seniorów. W krajach

takich jak Holandia, Niemcy czy Szwajcaria symptomy depresji wykazywało 10–20% osób. Seniorzy w tych krajach dysponują znacznie wyższymi emeryturami, a ich systemy zabezpieczenia społecznego są lepiej rozwinięte i bardziej stabilne. W Polsce natomiast mediana dochodów seniorów była jedną z najniższych w Europie, co może znacząco wpływać na poczucie bezpieczeństwa, samodzielność i ogólny dobrostan psychiczny [15].

Depresja jako czynnik samobójstwa

Jak wskazuje literatura, spośród wszystkich zaburzeń psychicznych depresja jest najczęstszym czynnikiem samobójstw. Ze względu na szerokie rozpowszechnienie objawów depresji u ludzi ten problem staje się istotny. Wśród osób chorych na depresję 40–80% ma myśli samobójcze, 20–60% podejmuje próby samobójcze, a u 15% próby te kończą się śmiercią [16]. Problem ten dotyczy w dużym stopniu osób starszych. Poniższa tabela przedstawia podział na grupy wiekowe osób starszych w Polsce, które w latach 2017–2024 dokonały samobójstwa lub prób samobójczych. Najwięcej przypadków odnotowano wśród osób w wieku 60–64 lat, co może być związane z czasem przejścia na emeryturę, utratą dotychczasowej roli zawodowej, pogorszeniem sytuacji materialnej oraz nasilającym się poczuciem samotności. W kolejnych grupach wiekowych widoczna jest tendencja spadkowa, jednak zwraca uwagę ponowny wzrost wartości w przedziale 75–79 lat, szczególnie po roku 2020, co można wiązać z izolacją społeczną i ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 (tabela 1) [17].

Sposoby radzenia sobie z depresją

Badanie przeprowadzone w latach 2016–2017 w Bydgoszczy, w którym wzięło udział 105 słuchaczy Kazimierskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy oraz 183 osoby niepodlegające tej formy

Tabela 1. Struktura wiekowa prób samobójczych i samobójstw w Polsce w latach 2017–2024 wśród seniorów

Grupa wiekowa	Rok							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
60–64	759	786	788	810	750	767	756	622
65–69	509	468	578	557	587	567	550	546
70–74	274	328	371	373	393	413	396	413
75–79	185	202	200	196	192	239	259	260
80–84	177	142	162	171	187	181	148	151
85	132	159	180	177	183	170	160	166

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyk policji [17].

aktywności wykazało, że objawy depresyjne występowały w grupie pierwszej u osób 5,7% symptomów depresyjnych, a w drugiej grupie 30,6% [18].

W 2023 r., w kontekście pandemii przeprowadzono badania, które wykazały zależność poprawy samopoczucia od określonych aktywności, w których wzięło udział 77 seniorów w wieku 55–95 lat (54 kobiety i 24 mężczyzn). Wyniki wykazały, że 25,7% badanych uznało rozmowy z rodziną za kluczowy czynnik poprawiający samopoczucie. Innymi formami aktywności, wpływającymi pozytywnie na nastrój wśród badanych było wykonywanie ulubionej aktywności fizycznej – 14,9%, obejrzenie pogodnego filmu lub przedstawienia – 18,9%, słuchanie muzyki – 10,8%, dobre jedzenie – 2,7%, modlitwa – 14,9%, czytanie książek – 12,2% [19].

Leczenie depresji u osób starszych powinno obejmować zarówno farmakoterapię, jak i psychoterapię lub ich kombinację. W przypadku pacjentów z łagodnymi objawami depresji najczęstszą metodą jest psychoterapia, która może pomóc w planowaniu rytmu dnia, poprawie higieny snu oraz organizacji różnorodnej aktywności. Mimo że farmakoterapia, w tym stosowanie antydepresantów, jest najskuteczniejszą metodą radzenia sobie z objawami depresji, wiele osób starszych obawia się jej z powodu potencjalnego ryzyka uzależnienia [20].

Chociaż standardowe leki, takie jak SSRI i SNRI, są uważane za najskuteczniejsze, nie zawsze przynoszą oczekiwane rezultaty u pacjentów, szczególnie tych z trudniejszym przebiegiem depresji. W takich przypadkach warto rozważyć dodatkowe metody, np. terapię poznawczo-behawioralną, terapię dostosowaną do specyficznych potrzeb, np. dla osób z problemami uzależnień, a także włączenie działań wspomagających, takich jak aktywność fizyczna, zdrowa dieta i techniki radzenia sobie ze stresem. Nowoczesne terapie, np. ketamina czy neuromodulacja, obiecują poprawę skuteczności leczenia i dłuższą remisję objawów depresji u seniorów [21].

Wnioski

Depresja u osób starszych jest jednym z poważniejszych i szybko narastających problemów zdrowia publicznego w Polsce i problem ten będzie prawdopodobnie narastał wraz z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa. Analiza danych wskazuje, że szczególnie wysokie wskaźniki występowania objawów depresyjnych notuje się wśród mieszkańców domów opieki, osób żyjących w samotności, wdów i wdowców, a także tych, którzy zmagają się z trudną sytuacją materialną, niskim poziomem wykształcenia czy ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej. To właśnie te czynniki – społeczne, ekonomiczne i śro-

dowiskowe, w istotny sposób zwiększają ryzyko zachorowania oraz głębokość przebiegu depresji w starszym wieku.

Wczesna diagnoza oraz szybkie wdrożenie kompleksowego i zintegrowanego leczenia stanowią klucz do poprawy jakości życia seniorów. Leczenie depresji powinno obejmować nie tylko farmakoterapię i psychoterapię, ale również działania wspierające, takie jak aktywność fizyczna, kontakt społeczny czy udział w programach aktywizacyjnych. Wykazano, że nawet niewielkie zmiany w codziennym funkcjonowaniu – regularne rozmowy z rodziną, uczestnictwo w zajęciach edukacyjnych lub rekreacyjnych – mogą znacząco wpłynąć na poprawę nastroju i redukcję objawów depresyjnych.

Ważnym elementem działań profilaktycznych i terapeutycznych jest zwiększenie dostępności do opieki psychologicznej i psychiatrycznej dla osób starszych, zwłaszcza w środowiskach wiejskich oraz instytucjach opiekuńczych, gdzie poziom izolacji społecznej jest szczególnie wysoki. Równie istotna pozostaje edukacja seniorów oraz ich rodzin, opiekunów i personelu medycznego na temat objawów depresji i jej specyfiki w podeszłym wieku. Wiele objawów tej choroby bywa mylnie interpretowanych jako naturalne skutki starzenia się, co prowadzi do opóźnień w diagnozie i leczeniu.

Nie można też pominąć narastającego problemu samobójstw wśród osób starszych, który w dużej mierze związany jest właśnie z nieleczoną lub zbyt późno rozpoznaną depresją. Dlatego tak ważne jest budowanie systemu wsparcia psychicznego i społecznego, który nie tylko będzie reagował na kryzysy, ale przede wszystkim będzie im zapobiegał. Wnioski płynące z dostępnych badań wskazują jednoznacznie, że inwestycje w zdrowie psychiczne seniorów, poprzez rozwój programów profilaktycznych, edukacyjnych, terapeutycznych oraz wspierających integrację społeczną, przynoszą wymierne korzyści nie tylko jednostkom, ale całemu społeczeństwu. Skuteczne przeciwdziałanie depresji w tej grupie wiekowej wymaga więc podejścia wielowymiarowego i długofalowego, uwzględniającego zarówno czynniki medyczne, jak i społeczne, kulturowe oraz ekonomiczne.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization: Depressive disorder (depression); <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (dostęp 16.04.2025).
2. World Health Organization: World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO Press 2015.
3. Bogalska-Martin E., Wachowiak A.: Ruchy społeczne osób starszych i działalność pokoleniowa seniorów w usieciowanych miastach. *Perspektywa polsko-francuska*.: Rocznik Lubuski 2024; 50(2).
4. Kotowska M.: Seniorzy jako osoby zagrożone wykluczeniem społecznym na przykładzie małych miast. red. Wybrane pro-

- blemy prawne, kryminologiczne i wiktymologiczne. Olsztyn: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski; 2025.
5. Kotton R.: Depresja w każdym wieku. Medycyna Praktyczna 2017.
 6. Lepsi E., Kaczorowska A.G., Kałuża K. i in.: Funkcje poznawcze i natężenie objawów depresji u seniorów z różnych środowisk życia. W: Danielewska A., Kozłowska J., red. Postępy w diagnostyce, leczeniu i prewencji chorób OUN. Vol. 1. Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2022; 171-180.
 7. Hoffman-Aulich J., Wojciechowska-Łącka A., Milewska-Wilk G. i in.: Wpływ samodzielnego funkcjonowania seniora na poziom satysfakcji z życia i nasilenie depresji. W: Gutkowska A., Wódz J., red. Biblioteka Gerontologii Społecznej. Warszawa: EXLIBRIS; 2024.
 8. Barczak K., Szmidt M., Buczkowska-Radlińska J.: Funkcjonalność narządu zucia a poczucie depresji u pacjentów po 55 roku życia. Psychiatr Pol 2016; 50(5): 1027-1038. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/45318.
 9. Wierzbą K.: Seniorów portret własny. Menedżer Zdrowia 2020; (11): 89-93.
 10. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej: Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce 2024; <https://das.mpips.gov.pl/> (dostęp 16.04.2025).
 11. Kaczorowska A., Kaczorowska A., Kowalska J.: Associations between physical fitness, cognitive function and depression in nursing homes residents between 60–100 years of age in South-Western Poland. Med Sci Monit 2024.
 12. Pacholek A., Kronos A., Drwiła D. et al.: Comprehensive geriatric assessment in primary care practices: a multi-centre, cross-sectional study in Krakow, Poland. Hippokratia 2020; 24(4): 173-181.
 13. Wróblewska I., Bartyzel M., Chmielowiec B. i in.: Wpływ depresji na jakość życia osób w wieku podeszłym – badania pilotażowe. Med Og Nauk o Zdr 2021; 27(2): 199-204.
 14. Irzyniuec T., Nowak-Kapusta Z., Franek G. i in.: Osoby starsze objęte pielęgniarstwą opieką długoterminową. Gerontol Pol 2016; 24: 207-213.
 15. Káčerová M., Ondačková J.: How Seniors Live from Economic, Health, Social and Emotional Point of View? Multi-dimensional Review of Quality of Life of Seniors in Europe. Geographia Polonica 2020; 93(2): 183-209.
 16. Girzelska J., Wiśniewska K., Głowacka M. i in.: Zagrożenie suicydalne u pacjentów ze zdiagnozowaną depresją. W: Jarema M., red. Depresja w praktyce lekarza POZ. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017; 60-63.
 17. Policja, statystyka, Dane samobójcze od 2017 roku; <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html> (dostęp 16.04.2025).
 18. Bielińska A.: Edukacja seniorów szansą na aktywną starość. Uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku a jakość życia emerytów. Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2020.
 19. Szymala-Pędzik M.: Analiza jakości życia osób w podeszłym wieku w dobie pandemii COVID-19. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2023.
 20. Kałużka S.: Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie. Geriatria 2014; 8: 240-247.
 21. Chiappini S., Sampogna G., Ventriglio A. et al.: Emerging strategies and clinical recommendations for the management of novel depression subtypes. Taylor & Francis 2025; 443-463.
- Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
-
- Adres do kontaktu:**
- Natalia Kucharska
e-mail: nakucharska@ur.edu.pl
tel.: 535 510 178
-

Ciężki przypadek malarii powikłanej niedokrwistością autoimmunohemolityczną w przebiegu leczenia dożylnym artesunatem

Kamil Kosal^{1,2,B,C,D}

ORCID: 0009-0008-5441-7668

Julia Zosik^{1,2,B,C,D}

ORCID: 0009-0008-1207-4740

Karolina Kawińska^{3,B,C,D}

ORCID: 0009-0001-0344-5318

Iwona Anderko^{1,2,B,C,D}

ORCID: 0009-0007-4369-9666

Joanna Swarczewicz^{3,B,C,D}

ORCID: 0009-0009-1550-298X

Małgorzata Paul^{4,A,D,E,F}

ORCID: 0000-0003-1327-4062

¹ Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

² Studenckie Koło Naukowe Medycyny Tropikalnej, Pracownia Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

³ Pracownia Diagnostyki Parazytologicznej, Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu,

⁴ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025/k.kosal/i.anderko/j.zosik/j.swarczewicz/k.kawinska/m.paul



STRESZCZENIE

Ciężki przypadek malarii powikłanej niedokrwistością autoimmunohemolityczną w przebiegu leczenia dożylnym artesunatem

Kosal K.^{1,2}, Anderko I.^{1,2}, Zosik J.^{1,2}, Swarczewicz J.³, Kawińska K.³, Paul M.⁴

¹ Studenckie Towarzystwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ² Studenckie Koło Naukowe Medycyny Tropikalnej, Pracownia Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ³ Pracownia Diagnostyki Parazytologicznej, Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu, ⁴ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zaburzeń Metabolicznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Malaria jest ciężką chorobą pasożytniczą wywoływaną przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium* rozpowszechnioną na obszarach strefy międzyzwrotnikowej i subtropikalnej. Wysokie temperatury i duża wilgotność powietrza sprzyjają namnażaniu wektora zarodźca malarii – komara widliszka z rodzaju *Anopheles*, którego samica jest odpowiedzialna za transmisję zarażenia w naturalnym środowisku przyrodniczym.

W pracy przedstawiono powikłany przypadek malarii wywołanej przez *Plasmodium falciparum* o wysokiej parazytemii 11% z objawami niewydolności wielonarządowej – ostrą niewydolnością nerek

ABSTRACT

A Severe Case of Malaria Complicated by Autoimmune Haemolytic Anaemia after Treatment with Intravenous Artesunate

Kosal K.^{1,2}, Anderko I.^{1,2}, Zosik J.^{1,2}, Swarczewicz J.³, Kawińska K.³, Paul M.⁴

¹ Student Scientific Society of the Poznań University of Medical Sciences, Poznań, Poland, ² Student Research Group of Trop, ³ Laboratory of Parasitology, Central Laboratory of Microbiology, Clinical Hospital of the Poznań University of Medical Sciences, Poznań, Poland, ⁴ Department of Internal Medicine and Metabolic Disorders, University of Medical Sciences, Poznań, Poland

Malaria is a severe parasitic disease caused by a protozoan of the *Plasmodium* genus, widespread in the warm climate tropical areas. High temperatures and humidity favor the multiplication of the malaria vector – the *Anopheles* mosquito, whose female is responsible for the transmission of the infection in the natural environment.

The study presents a complicated case of malaria caused by *P. falciparum* with a high parasitemia of 11% and symptoms of multi-organ injuries – acute renal failure with black water fever and anuria, impaired consciousness related to ischaemia of the brain with cerebral malaria, hemorrhagic diathesis, respiratory distress, liver damage, hyperpyrexia,

z czarnomoczem malarycznym i anurią, zaburzeniami świadomości w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego, skazą krwotoczną, niewydolnością oddechową, uszkodzeniem wątroby, hiperpireksją i hipotensją, która rozwinęła się w następstwie opóźnienia rozpoznania i transportu chorego do ośrodka tropikalnego. Pacjent przebywał przez 2 tygodnie w Gwinei w celach służbowych, nie stosując profilaktyki farmakologicznej rekomendowanej dla tej strefy geograficznej świata. Podobnie ciężki obraz kliniczny zimnicy zaobserwowano u współpracownika pochodzącego z Belgii, który był leczony jednocześnie w swoim kraju. W terapii zastosowano dożylny artesunat oraz leczenie objawowe uzyskując całkowitą eradykację parazytemii z krwi obwodowej już w 3. dobie farmakoterapii przeciwmalarycznej.

W 3. tygodniu hospitalizacji w okresie rekonwalescencji pojawiły się wykładniki gwałtownie pogłębiającej się niedokrwistości niemającej związku z nawrotem zarażenia, ani nieskutecznością terapii czy też opornością na zastosowane leki przeciwmalaryczne. Badania immunodiagnostyczne wykrywające obecność immunoglobuliny IgG opłaszczającej erythrocyty pacjenta potwierdziły ostrą anemię hemolityczną o etiologii autoimmunologicznej w następstwie leczenia artesunatem. W terapii rzadkiego powikłania zastosowano transfuzję preparatów krwiopochodnych oraz systemową steroidoterapię z pozytywnym efektem terapeutycznym.

Leczenie powikłanych przypadków malarii wymagających podania parenteralnych preparatów artemizyny powinno odbywać się wyłącznie w ośrodkach referencyjnych, posiadających udokumentowane doświadczenie praktyczne w tym zakresie.

Słowa kluczowe: ciężka malaria, *Plasmodium falciparum*, powikłania, artesunat, niedokrwistość autoimmunohemolityczna.

hypotension, which developed as a result of delayed diagnosis and transport of the patient to a tropical centre. The patient stayed in Guinea for 2 weeks for business purposes, without using pharmacological prophylaxis against malaria recommended for this geographical zone of the world. A similarly severe clinical picture of malaria was observed in a colleague from Belgium, who was treated at the same time in his country. The therapy included intravenous artesunate and symptomatic treatment, achieving complete eradication of parasitaemia from peripheral blood already on the 3rd day of antimalarial pharmacotherapy. In the 3rd week of hospitalization during the convalescence period, there were signs of rapidly deepening anaemia not related to recurrence of infection, ineffective therapy, or resistance to the antimalarial drugs used. Immunodiagnostic tests detecting the presence of immunoglobulin IgG coating the patient's erythrocytes confirmed acute haemolytic anaemia of autoimmune aetiology following artesunate therapy. In the treatment of the rare complication, blood transfusions and systemic steroids were used with a positive therapeutic effect. Treatment of complicated cases of malaria requiring parenteral artemisinin preparations should be carried out in reference centres with documented practical experience in this field.

Keywords: complicated malaria, *Plasmodium falciparum*, sequelae, artesunate, autoimmune haemolytic anaemia.

Wstęp

Malaria jest ostro i gwałtownie przebiegającą chorobą tropikalną rozpowszechnioną na obszarach strefy międzyzwrotnikowej i subtropikalnej. Czynnikiem etiologicznym zarażenia są zarodźce należące do pierwotniaków z rodzaju *Plasmodium* przenoszone na człowieka za pośrednictwem ukłucia samicy widliszka z rodzaju *Anopheles*, która jest aktywna od zmierzchu do świtu. Zarodziec sierpowaty *Plasmodium falciparum* został uznany za najgroźniejszego zabójcę obszarów strefy gorącej. Ze względu na potencjalnie ciężki przebieg kliniczny choroby z niewydolnością wielonarządową i niekorzystnym rokowaniem klinicznym, zarażenie *Plasmodium* spp. jest poważnym problemem zdrowotnym dla mieszkańców strefy endemicznej. Według ostatniego raportu Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) szacuje się, że w 2023 r. na świecie odnotowano 263 mln zachorowań na malarię, co stanowiło 60,4 przypadków na 1000 osób narażonych na ryzyko zachorowania. Zaobserwowano niepokojący wzrost zapadalności o 11 mln więcej w porównaniu do poprzedzającego roku 2022, w którym odnotowano 58,6 przypadków malarii na 1000 osób mieszkających w strefie endemicznej [1]. Malaria stanowi największe zagrożenie zdrowotne dla najmłodszej populacji dziecięcej poniżej 5. r.ż. zamieszkującej strefę endemicznego występowania choroby i kobiet ciężarnych oraz osób podróżujących do tropiku, nieposiadających żadnej odporności przeciwmalarycznej. W Afryce nadal ist-

nieje najwyższe ryzyko wystąpienia malarii, gdzie obserwuje się obecnie ok. 94% wszystkich zachorowań na świecie (246 mln rocznie) [1].

To właśnie w 5 afrykańskich krajach strefy równikowej notowane jest największe ryzyko zarażenia *Plasmodium* spp.: Nigerii (26%), Demokratycznej Republice Konga (13%), Ugandzie (5%), Etiopii (4%) i Mozambiku (4%). W 2023 r. liczba zgonów z powodu malarii na świecie została określona na 597 tys., co stanowiło współczynnik śmiertelności 13,7 na 100 tys. mieszkańców. Region afrykański nadal ponosi największe ryzyko śmiertelności, na które przypada aż 95% szacowanych zgonów z powodu malarii na całym świecie (569 tys.) [1].

Chociaż śmiertelność z powodu malarii znacząco spadła w porównaniu do lat ubiegłych, nadal jest ona ponad 2-krotnie wyższa od poziomu docelowego. W latach 2023–2024 poczyniono znaczne postępy w eliminacji malarii na świecie. Liczba krajów, w których malaria nadal występuje endemicznie zmniejszyła się z 85 w 2022 r. do 83 w roku 2023, w wyniku udokumentowania przez Timor Wschodni i Arabię Saudyjską zerowych przypadków rodzimych przez 3 kolejne lata. Ponadto do 2024 r. łącznie 26 krajów, w których malaria była endemiczna w 2000 r., pomyślnie zgłosiło brak zarejestrowania nowych przypadków rodzimych przez 3 kolejne lata. W 2023 r. Azerbejdżan, Belize, Republika Zielonego Przylądka i Tadżykistan uzyskały certyfikat krajów wolnych od autochtonicznej (rodzimej) transmisji malarii. W 2024 r. Egipt również uzyskał status kraju wolnego od malarii, stając się trzecim pań-

stwem we wschodnim regionie Morza Śródziemnego, który tego dokonał. Ponadto kolejne kraje – Gruzja i Turcja złożyły aktualnie do WHO wnioski o certyfikację swoich obszarów jako wolnych od rodzimej transmisji malarii. Z drugiej strony, ponowny wzrost zachorowań na malarię obserwowany w Republice Iranu w 2022 r., po 4 latach jej nieobecności wśród rdzennych mieszkańców podkreśla stałe ryzyko transmisji zarażenia w środowisku przyrodniczym i konieczność regularnego monitorowania epidemiologicznego nawet na obszarach uznawanych do niedawna za bezpieczne [1].

Według meldunków epidemiologicznych Państwowego Zakładu Higieny – Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Warszawie, w Polsce w 2023 r. odnotowano 46 zachorowań na malarię importowaną z tropiku, w tym 44 wymagające hospitalizacji (95,7%) co stanowiło 0,12 przypadków malarii na 100 tys. mieszkańców naszego kraju [2]. Zaobserwowano niepokojący w porównaniu do roku poprzedzającego, prawie 2-krotny wzrost liczby zawlekanych przypadków malarii, który stał się bardzo wyraźny po zakończeniu pandemii SARS-CoV-2, gdyż w 2022 r. zarejestrowano w Polsce tylko 26 przypadków zachorowań, w tym 23 wymagające hospitalizacji (88,5%), co stanowiło 0,07 osób na 100 tys. mieszkańców. Wstępne opracowania epidemiologiczne z 2024 r. wskazują na stabilną liczbę raportowanych w naszym kraju rozpoznanych utrzymującą się na podobnym poziomie 43 przypadków zawlekanych z tropiku, co stanowi 0,11 zachorowań na 100 tys. mieszkańców. Jest to bardzo obiecująca obserwacja, gdyż jeszcze w latach 70./80. rejestrowano w Polsce średnio 150–200 przypadków importowanej malarii każdego roku, a podobna szacunkowa liczba polskich podróżujących ok. 120–150 wymagała leczenia jeszcze podczas pobytu w strefie endemicznej. Podobnie, szczególnie niepokojąca była wówczas śmiertelność z powodu nieodwracalnych objawów niewydolności wielonarządowej w Polsce określana jako 7–16 razy wyższa niż śmiertelność w przypadkach malarii zawlekanych z tropiku do innych krajów europejskich [3].

Powikłaniem zarażenia zarodźcem malarii może być ciężka postać choroby, obserwowana niemal wyłącznie u pacjentów zarażonych zarodźcem sierpowatym *P. falciparum* i odzwierzęcym gatunkiem małpim – *P. knowlesi*, przebiegająca z niewydolnością wielonarządową [4]. Ze względu na swój gwałtowny i trudny do przewidzenia przebieg kliniczny, zimnica może doprowadzić do zgonu w ciągu 24 godzin od momentu pojawienia się objawów klinicznych w postaci wysokiej gorączki z dreszczami. Powikłaną malarię rozpoznaje się na podstawie klinicznych i laboratoryjnych wykładników niewydolności tkanek i narządów wewnętrznych, ściśle zdefiniowanych w postaci kryteriów WHO (tabela 1) [3,5,6].

Objawy ciężkiej malarii zazwyczaj rozwijają się w przedziale 3–7 dni od momentu pojawienia się wysokiej gorączki [4]. Do powikłań ciężkiej malarii należą: ostra niewydolność oddechowa, kwasica metaboliczna, skaza krwotoczna, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, głęboka niedokrwistość, niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, wstrząs hipoglikemiczny, skrajne wyczerpanie, retinopatia oraz malaria mózgowa, na którą składają się napady padaczkowe, zaburzenia świadomości i śpiączka [3,7]. Takie niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego może powodować długotrwałe ubytki neurologiczne, takie jak m.in: ataksja, niedowład lub porażenie kończyn, epilepsja, zaburzenia mowy, zmiany w zachowaniu, niedowidzenie i głuchota. W ostrej fazie u pacjentów można zaobserwować objawy psychozy, ataksję, przejściowe porażenie nerwów czaszkowych, drżenie kończyn oraz obrzęk mózgu i wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego [3,7,8]. Należy podkreślić, że objawy regularnie nawracającej gorączki w przebiegu malarii należą obecnie do rzadkości i zwykle obserwuje się u pacjentów nieregularną gorączkę w postaci kilku epizodów w ciągu doby.

Preferowanym leczeniem w ciężkiej malarii jest zastosowanie dożylnych preparatów artesunatu przez minimum 24 godziny aż do momentu odzyskania świadomości, a następnie włączenie doustnej terapii skojarzonej opartej na pochodnych artemizyny (*artemisinin-based combination therapy*, ACT) [6]. Terapia ACT jest obecnie stosowana jako leczenie z wyboru pierwszej linii terapeutycznej w zarażeniach wywoływanych przez *P. falciparum* na obszarach chlorochinooporności i oporności wielolekowej, zwłaszcza w Afryce Subsaharyjskiej, Azji Południowo-Wschodniej i Ameryce Południowej. Odkrycie wartości leczniczej artemizyny wywodzącej się z bylicy jednorocznej (*Artemisia annua*), stosowanej już od ponad 1500 lat w chińskiej medycynie ludowej jako środek przeciwgorączkowy, przeciwzapalny i przeciwdrobnoustrojowy, ratuje każdego roku życie wielu milionom mieszkańców tropiku zarażonych najgroźniejszym dla człowieka zarodźcem *P. falciparum*. Za wyizolowanie artemizyny w 1972 r., a następnie wynalezienie efektywnej metody jej ekstrakcji oraz opracowanie wysoce aktywnych półsyntetycznych pochodnych została przyznana Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny w grudniu 2015 r. dla chińskiej farmakolog klinicznej i specjalistki chemii farmaceutycznej pani profesor Tu Youyou z Akademii Tradycyjnej Medycyny Chińskiej w Pekinie. Badaczka prowadziła swoje prace naukowe nad artemizyną od 1969 r. w ramach tajnego projektu wojskowego znanego pod kryptonimem „Projekt 523”, poszukując nowych rozwiązań farmakologicznych dla żołnierzy cierpiących z powodu malarii podczas wojny wietnamskiej. Herbata z liści drzewa

Tabela 1. Kryteria rozpoznania ciężkiej malarii według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2023)

Zaburzenia świadomości	<11 punktów w skali GCS u dorosłych lub <3 w skali BCS u dzieci
Głęboka niedokrwistość	Hematokryt <20% lub stężenie hemoglobiny we krwi <7 g/dl przy jednoczesnej parazytemii >10 000/μl
Uszkodzenie wątroby	Stężenie bilirubiny w surowicy >3,0 mg/dl przy parazytemii >100 000/μl ponad 3-krotny wzrost aminotransferaz
Ostra niewydolność nerek	Stężenie kreatyniny w surowicy >3 mg/dl (265 μmol/l) lub stężenie mocznika >20 mmol/l
Obrzęk płuc lub ostra niewydolność oddechowa	Obrzęk płuc potwierdzony badaniem radiologicznym lub wysycenie tlenem hemoglobiny krwi tętniczej <92% z częstotliwością oddechów >30/min, paradoksalnymi ruchami klatki piersiowej oraz trzeszczeniami w badaniu osłuchowym
Wstrząs	Nawrót kapilarny >3 s lub dystalne ochłodzenie kończyn dolnych
Hiperparazytemia	Parazytemia >10%
Kwasica	Deficyt zasad >8 mEq/l lub HCO_3^- <15 mmol/l lub mleczany >5mmol/l
Hipoglikemia	<2,2 mmol/l lub <40 mg/dl
Napady drgawkowe	>2 napady drgawkowe w ciągu 24 godz.
Skrajne wyczerpanie	Niemожność samodzielnego siadania

Qinghao (ang. *sweet wormwood*) była bowiem bardzo znana i ceniona od dawna w chińskiej medycynie ludowej. Wysoka aktywność tej substancji roślinnej w połączeniu z niewielkim ryzykiem oporności stawia artemizynę na czele jednych z najskuteczniejszych leków przeciwmalarycznych. Sama artemizyna stosunkowo słabo rozpuszcza się w wodzie i tłuszczach, dlatego też zastosowanie praktyczne znajdują jej związki pochodne. Szersze zastosowanie preparatów artemizyny, takich jak artemeter i artesunat okazało się być krokiem milowym w zakresie skutecznej terapii i eradykacji malarii na świecie oraz w istotny sposób zrewolucjonizowało dotychczas stosowane metody leczenia tej choroby. W Klinice Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w Poznaniu, skojarzone leczenie przeciwmalaryczne opierające się na preparatach artemizyny jest stosowane z powodzeniem od lat 90. XX w. i w znaczący sposób wyparło stosowaną wcześniej chininę [3].

Rycina 1. Plantacja bylicy jednorocznej (*Artemisia annua*) w Fort Portal (Uganda, Afryka). Kolekcja własna

Niedawno zaobserwowano, że dożylnie leczenie artesunatem wiąże się z potencjalnym ryzykiem wystąpienia ostrej niedokrwistości autoimmunohemolitycznej, określanej jako PADH (ang. *post-artesunate delayed hemolysis*), rzadkiego powikłania terapii tym lekiem. Hemoliza pojawia się zazwyczaj w okresie 7–30 dni od pierwszego dożylnego podania artesunatu [9,10]. Obserwacje różnych autorów wskazują na rozbieżne dane na temat częstości występowania tego powikłania wśród ciężkich pacjentów wymagających parenteralnego leczenia przeciwmalarycznego, wahające się od 2,7% do nawet 42,8% w zależności od grupy badanej [9,11,12].

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie przypadku pacjenta cierpiącego na malarię złośliwą wywołaną przez *P. falciparum* o krytycznej parazytemii we krwi obwodowej i skrajnie ciężkim przebiegu klinicznym, u którego rozwinął się pełnoobjawowy zespół PADH, oraz omówienie zastosowanego algorytmu diagnostyczno-terapeutycznego.

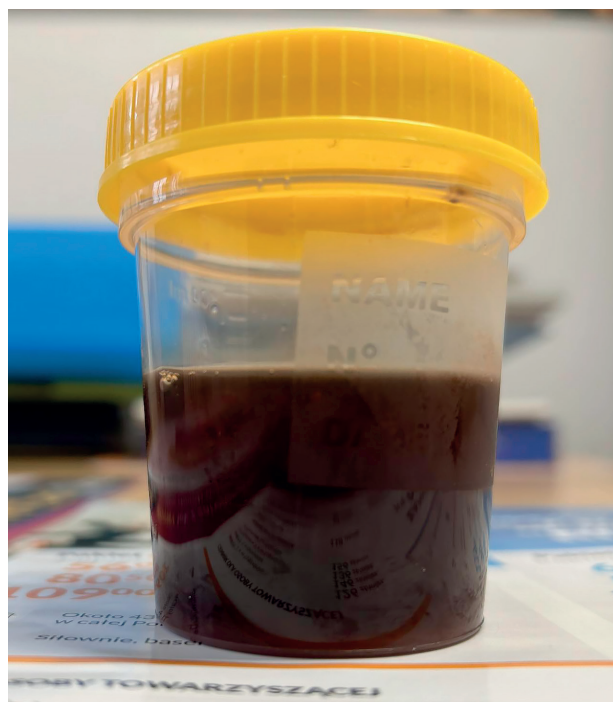
Opis przypadku

Prezentujemy przypadek 52-letniego mężczyzny przekazanego w stanie klinicznym ciężkim z oddziału chorób zakaźnych z objawami niewydolności wielonarządowej z powodu ograniczonych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w szpitalu rejonowym. Wywiad chorobowy pacjenta obejmował nadciśnienie tętnicze od ok. 15 lat regularnie leczone metoprololem, lerkanidypiną, indapamidem i peryndoprylem oraz dnę moczanową podczas terapii allopurynolem. W wywiadzie epidemiologicznym pacjent podawał liczne podróże służbowe do krajów Afryki, w ostatnim czasie przebywał przez 2 tygodnie w Gwinei, niestosując profilaktyki farmakologicznej w kierunku malarii reko-

mendowanej dla tej strefy geograficznej świata. Używał jedynie indywidualnej profilaktyki mechanicznej w postaci repelentu stosowanego okresowo na skórę (dietylenotoluamid – Mugga). Pacjent nie był przygotowywany do wyjazdu przez specjalistę medycyny tropikalnej, ani lekarza medycyny podróży. Pacjent zastosował wybrane szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym, obowiązkowe i zalecane w międzynarodowym ruchu turystycznym zlecone przez lekarza rodzinnego, m.in. w kierunku żółtej gorączki, duru brzuszego i wirusowych zapaleń wątroby A i B. W czasie pobytu w Afryce nie zgłaszał żadnych dolegliwości chorobowych, obserwował natomiast liczne ukłucia owadów w porze nocnej. Po 10 dniach od momentu powrotu do kraju u mężczyzny pojawiły się niepokojące objawy chorobowe: wysoka gorączka przekraczająca 39°C poprzedzona dreszczami, wzmożona potliwość, nudności i krwiste wymioty, bóle brzucha, luźne wypróżnienia, brak apetytu, duszność wysiłkowa i wyczerpanie. Pacjent zauważył również ciemne zabarwienie moczu. W pierwszej dobie objawów klinicznych mężczyzna zgłosił się do Poradni Lekarza Rodzinnego, gdzie otrzymał leki przeciwgorączkowe, przeciwzapalne, przeciwwirusowe i suplementy elektrolitowe bez wykonania badań diagnostycznych w kierunku chorób tropikalnych. Wobec pogarszającego się stanu zdrowia, w 3. dobie objawów chorobowych pacjent zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w którym zastosowano empiryczną antybiotykoterapię parenteralną ceftriaksonem oraz nawodnienie dożylnie. Zlecono wykonanie posiewów mikrobiologicznych krwi obwodowej w kierunku obecności bakterii chorobotwórczych. W podstawowych badaniach laboratoryjnych przeprowadzonych w regionalnym szpitalu zwracały uwagę skrajnie wysokie stężenia parametrów stanu zapalnego (białko C-reaktywne 334,67 mg/l, zakres referencyjny 0–5 mg/l; prokalcytonina 2,897 ng/ml, zakres referencyjny 0–0,05 ng/ml), znacząca hipertransaminazemia (aminotransferaza alaninowa 391 U/l, zakres referencyjny 0–55 U/l; aminotransferaza asparaginianowa 331 U/l, zakres referencyjny 5–34 U/l), hiperbilirubinemia (bilirubina całkowita 3,9 mg/dl, zakres referencyjny 0,2–1,2 mg/dl), małopłytkowość (płytki krwi $91 \times 10^3/\mu\text{l}$, zakres referencyjny $150\text{--}420 \times 10^3/\mu\text{l}$), zaburzenia w układzie krzepnięcia i fibrynolizy (D-dimery 14 658 ng/ml, zakres referencyjny 0–500 ng/ml) oraz wysokie stężenie dehydrogenazy mleczanowej (906 U/l, zakres referencyjny 125–220 U/l) i fosfatazy alkalicznej (166 U/l, zakres referencyjny 40–150 U/l). Ze względu na wysoką gorączkę pacjent został przekazany na najbliższy oddział chorób zakaźnych w szpitalu wojewódzkim. Dopiero po uzyskaniu informacji o zachorowaniu na malarię u współpracownika pochodzącego z Belgii wykonano przesiewowy test immunochromatograficzny

na obecność antygenów *Plasmodium* spp. uzyskując wynik dodatni w kierunku *P. falciparum* / malarii mieszanej bez możliwości dalszej identyfikacji gatunku lub gatunków zarodźca malarii. Zdecydowano wówczas o pilnym przekazaniu pacjenta do oddziału chorób tropikalnych, a na czas transportu medycznego choroby otrzymał doraźnie 100 mg dożylną doksycyklinę oraz 4 tabletki atowakwonu skojarzonego z proguanilem (Malarone, 250 + 100 mg) ze względu na brak dostępności do innych preparatów przeciwmalarycznych i stan bezpośredniego zagrożenia życia chorego, z uwagi na gwałtownie rozwijające się objawy niewydolności wielonarządowej.

Pacjent został przekazany do Ośrodka Medycyny Tropikalnej transportem sanitarnym na przełomie 4. i 5. doby trwania objawów chorobowych w stanie ogólnym ciężkim. W badaniu przedmiotowym stwierdzano wysoką gorączkę 40,2°C, żółto-sine zabarwienie powłok, wyczuwalne powiększenie śledziony i wątroby, obrzęki obwodowe, cechy zastojów nad polami płucnymi, czarnomocz malaryczny (rycina 2), cechy skazy krwotocznej oraz hipotensję. W 1. dobie hospitalizacji w przebiegu niedotlenienia mózgu mężczyzna rozwinął również zaburzenia orientacji auto- i allopsychicznej, był splątany, bez logicznego kontaktu z otoczeniem, okresowo pojawiały się urojenia i stany lękowe (skala zaburzeń świadomości GCS 9 punktów).



Rycina 2. Czarnomocz malaryczny (hemoglobinuria) niekorzystnym wykładnikiem klinicznym powikłanej malarii wywołanej przez *P. falciparum*. Kolekcja własna

W celu potwierdzenia malarii wykonano rozmazy parazytologiczne krwi obwodowej (preparaty grubej kropli i cienkiego rozmazu) barwione metodą Giemsy,

ujawniające krytyczną parazytemię *Plasmodium falciparum* na poziomie 11% z wykładnikami mikroskopowymi niekorzystnego rokowania klinicznego: licznymi złożami hemozoiny w neutrofilach i schizontami zarodźca sierpowatego obserwowanymi we krwi obwodowej (ryciny 3 A i B). W podstawowych badaniach laboratoryjnych morfologiczno-biochemicznych wykazano liczne odchylenia: skrajnie wysokie parametry stanu zapalnego (białko C-reaktywne 273,1 mg/l, zakres referencyjny <5 mg/l; prokalcytonina 2,51 ng/ml, zakres referencyjny <0,50 ng/ml), znaczną małopłytkowość ($34 \times 10^3/\mu\text{l}$, zakres referencyjny $130\text{--}400 \times 10^3/\mu\text{l}$), leukocytozę $13,28 \times 10^3/\mu\text{l}$, zakres referencyjny $3,90\text{--}11,0 \times 10^3/\mu\text{l}$), niewielką niedokrwistość (hemoglobina 13,1 g/dl, zakres referencyjny 13,5–17,2 g/dl; hematokryt 35,5%, zakres referencyjny 39,5–50,5%; krwinki czerwone $4,28 \times 10^6/\mu\text{l}$, zakres referencyjny $4,20\text{--}5,80 \times 10^6/\mu\text{l}$), znaczną hiperbilirubinemię (bilirubina całkowita 14,24 mg/dl, zakres referencyjny <1,20 mg/dl), wysoką hipertransaminazemię (aminotransferaza alaninowa 612 U/l, zakres referencyjny 10–41 U/l; aminotransferaza asparaginianowa 1102 U/l, zakres referencyjny 10–37 U/l), hipoproteinemię (białko całkowite 4,45 mg/dl, zakres referencyjny 6,40–8,30 g/dl), hipalbuminemię (albumina 2,05 g/dl, zakres referencyjny 3,50–5,20 g/dl), zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (sód 130 mmol/l, zakres referencyjny 136–145 mmol/l; potas 3,34 mmol/l, zakres referencyjny 3,50–5,10 mmol/l), zaburzenia w układzie krzepnięcia i fibrynolizy (fibrynogen 611 mg/dl, zakres referencyjny 200–393 mg/dl; D-dimery 14,06 $\mu\text{g/ml}$, zakres referencyjny <0,50 $\mu\text{g/ml}$; wskaźnik INR 0,80, zakres referencyjny 0,86–1,14; czas protrombinowy 8,7 s, zakres referencyjny 9,4–12,5 s; wskaźnik protrombinowy 125%, zakres referencyjny 87–116%), wysoką aktywność dehydrogenazy mleczanowej (722 U/l, zakres referencyjny 135–225 U/l), a także ciemne zabarwienie moczu z białkomoczem, hemoglobinurią i podwyższonym stężeniem barwników żółciowych. Na podstawie badań immunodiagnostycznych wykluczono inne potencjalne przyczyny infekcyjne: m.in. zakażenie SARS-CoV-2, RSV, grypę, zakażenia arbowirusowe, wirusowe zapalenia wątroby oraz zakażenie HIV/AIDS. Ujemne wyniki posiewów bakteriologicznych krwi i moczu pozwoliły również na wykluczenie sepsy. Badania funkcji nerek wykazywały gwałtownie postępującą ostrą niewydolność ze skąpomoczem,

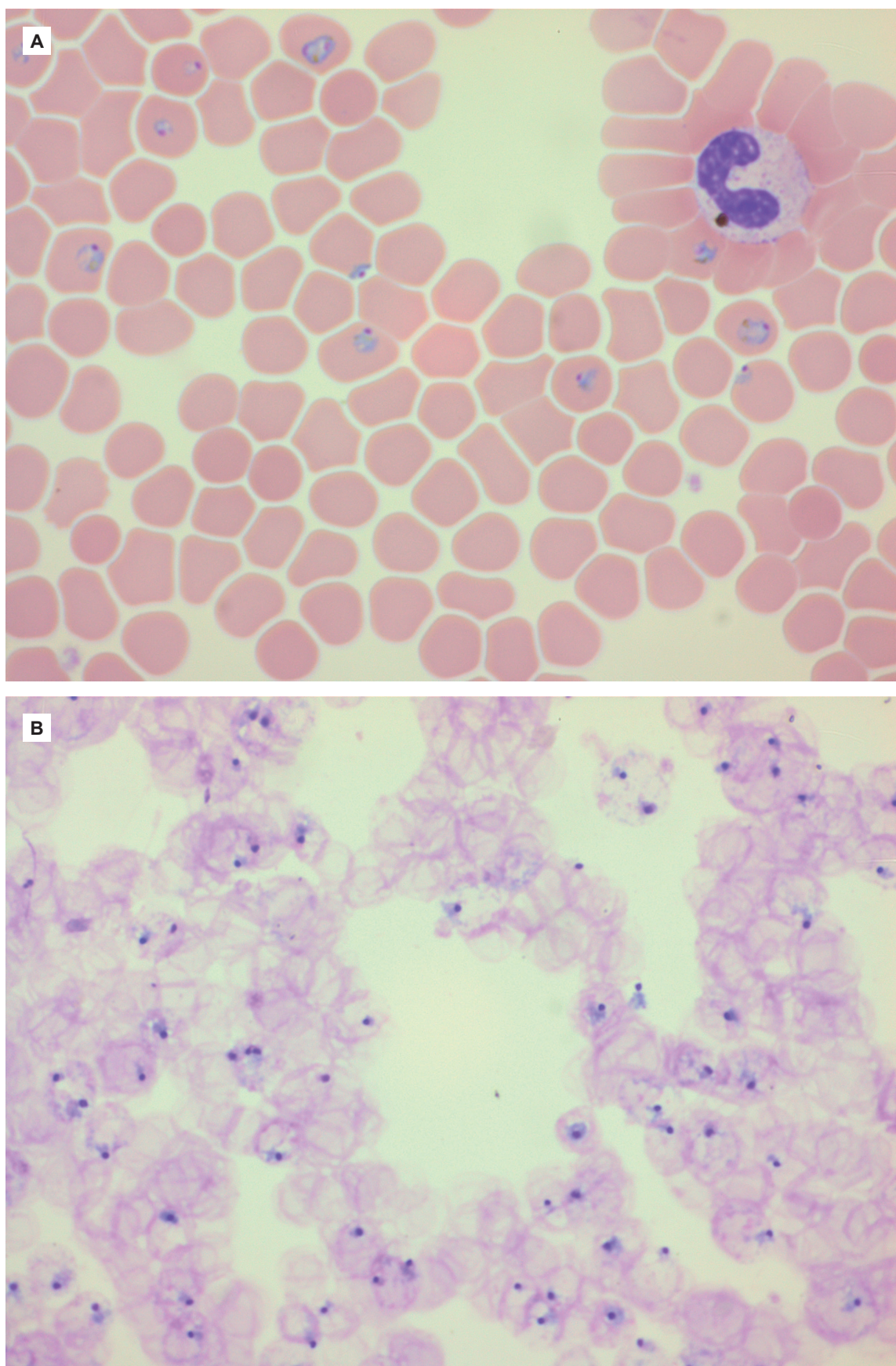
a następnie anurią w obrazie klinicznym (tabela 2). W skali niewydolności narządów związanej z sepsą (SOFA) pacjent otrzymał 14 punktów.

W leczeniu ciężkiej malarii o wysokiej intensywności zarażenia *P. falciparum* zastosowano niezwłocznie parenteralny artesunat w skojarzeniu z preparatami wspomagającymi o działaniu przeciwpierwotniaczym – doksycykliną i azytromycyną, a także wielokierunkowe leczenie objawowe – przeciwkrwotoczne, przeciwgorączkowe, przeciwbólowe, przeciwwymiotne, moczopędne, hepatoprotekcyjne, uszczelniające naczynia krwionośne, suplementację żelazem, osłaniającą błonę śluzową żołądka, nawodnienie parenteralne (krystaloidy, koloidy) oraz preparaty krwiopochodne (20% albuminy).

W 2. dobie hospitalizacji pojawiła się anuria mimo maksymalnego nawodnienia parenteralnego oraz stosowania wysokich dawek diuretyku pętlowego i oszczędzającego potas. Obserwowano też objawy ostrej niewydolności oddechowej o umiarkowanym nasileniu ze spadkiem saturacji do 86% wymagającej okresowej tlenoterapii biernej. Zwracały uwagę wykładniki skazy krwotocznej z krwistymi wymiotami oraz krwawieniem z centralnego wkłucia dożylnego i cewnika Foleya. W związku z postępującą niewydolnością nerek i anurią oraz okresową niewydolnością oddechową przez 3 dni prowadzono leczenie nerkozastępcze, tlenoterapię i monitorowanie funkcji życiowych na Oddziale Intensywnej Terapii, a następnie kontynuowano dializoterapię przez następnych 10 dni podczas pobytu na oddziale tropikalnym. Już w 3. dobie hospitalizacji w wyniku intensywnego leczenia przeciwmalarycznego i objawowego uzyskano całkowitą eradykację parazytemii *P. falciparum* z krwi obwodowej pacjenta. W badaniach immunodiagnostycznych wykazano serokonwersję swoistych przeciwciał IgG przeciwko *P. falciparum* we krwi obwodowej (indeks >10, wyniki dodatnie przy wartościach >1,1). Niezależnie, na podstawie mikrobiologicznych badań mikroskopowych i molekularnych kału wykluczono egzotyczne i kosmopolityczne zarażenia pasożytnicze i infekcyjne przewodu pokarmowego. Nie wykazano też obecności swoistych przeciwciał w kierunku tropikalnych zarażeń endemicznych występujących w Afryce – schistosomozy (bilharziozy), amebozy i leishmaniozy trzewnej (choroby kala-azar).

Tabela 2. Zmiany parametrów funkcji nerek u pacjenta z powikłaną malarią wywołaną przez *P. falciparum* hospitalizowanego w Klinice

Parametr	1. doba	2. doba	3. doba godz. 12:00	3. doba godz. 19:00	Zakres norm
Kreatynina w surowicy [mg/dl]	0,74	3,82	6,22	6,78	0,70–1,20
eGFR [ml/min/1,73 m ²]	>60	17	10	9	>60
Mocznik w surowicy [mg/dl]	51,4	-	153,0	163,0	17–50



Rycina 3. Preparaty krwi obwodowej pacjenta z powikłaną malarią *P. falciparum* leczonego w Klinice. Barwienie metodą Giemsy. Axioskop (Zeiss, Niemcy). Powiększenie 1000 razy. Kolekcja własna. A. Skupisko hemozoiny w granulocyte obojętnochłonnej i schizonty *P. falciparum* w erytrocytach jako niekorzystne wykładniki mikroskopowe ciężkiej malarii w preparacie cienkiego rozmazu krwi obwodowej. B. Niepoliczalne trofozoity *P. falciparum* w preparacie grubej kropli krwi obwodowej

W 17. dobie hospitalizacji w okresie rekonwalescencji niespodziewanie pojawiły się wykładniki ostrej niedokrwistości hemolitycznej o etiologii autoimmunologicznej po intensywnym leczeniu parenteralnym artesunatem. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano wówczas gwałtowny spadek stężenia hemoglobiny do 5,6 g/dl (zakres referencyjny 13,5–17,2 g/dl), hematokrytu do 16,4% (zakres referencyjny 39,5–50,5%) oraz liczby krwinek czerwonych do $1,83 \times 10^6/\mu\text{l}$ (zakres referencyjny $4,2\text{--}5,8 \times 10^6/\mu\text{l}$) wraz z wysoką retikulocytozą do 87,6‰ (zakres referencyjny 6–22‰) i podwyższoną aktywnością dehydrogenazy mleczanowej we krwi obwodowej (285 U/l, zakres referencyjny 135–225 U/l). W badaniach immunologicznych uwidoczniiono cząsteczki immunoglobuliny IgG opłaszczające na krwinkach czerwonych pacjenta, co pozwoliło na ostateczne udokumentowanie rozpoznania klinicznego. Pacjent otrzymał przetoczenie 4 jednostek koncentratu krwinek czerwonych zgodnych grupowo z dobrą tolerancją oraz systemową steroidoterapię metyloprednizonem w dawce 24 mg/dobę przez 7 dni, a następnie po tygodniu dawki stopniowo zmniejszające. W osłonie przeciwbakteryjnej podczas immunosupresji chory otrzymał skojarzoną antybiotykoterapię piperacyliną z tazobaktamem wraz z leczeniem probiotycznym. Uzyskano dobrą odpowiedź na leczenie i szybką poprawę stanu klinicznego pacjenta. W 10. dobie steroidoterapii uzyskano wzrost stężenia hemoglobiny do 11,6 g/dl i liczby erytrocytów do $3,76 \times 10^6/\mu\text{l}$. Mężczyzna został wypisany ze szpitala w stanie ogólnym dobrym po 27 dniach hospitalizacji z zaleceniem suplementacji preparatów żelaza i kwasu foliowego w trybie ambulatoryjnym. Leczenie pacjenta zakończyło się pełnym sukcesem terapeutycznym – mimo bardzo ciężkiego przebiegu klinicznego podczas wizyty kontrolnej po 3 miesiącach nie stwierdzano żadnych odległych powikłań, ubytków neurologicznych, ani innych nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym i analizach laboratoryjnych.

Dyskusja

Mimo prowadzonych na szeroką skalę lokalnych i międzynarodowych projektów globalnego zwalczania i eradykacji malarii na świecie nadal stanowi ona najważniejszy problem zdrowotny dla krajów rozwijających się położonych na obszarach strefy gorącej. Gwałtowny i nieprzewidywalny przebieg kliniczny zarażenia jest zawsze ogromnym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia ze względu na szybkość występowania groźnych dla życia powikłań wielonarządowych, które mogą okazać się nieodwracalne [13,14]. Przedstawiony opis przypadku klinicznego obrazuje niezwykle rzadkie, ale ciężkie powikłanie w postaci ostrej niedokrwistości autoimmunohemoli-

tycznej po leczeniu dożylnym artesunatem u pacjenta z powikłaną postacią malarii. Opóźnione rozpoznanie i leczenie malarii oraz rozwój ostrego uszkodzenia nerek znacząco wpłynęły na przebieg choroby. Dzięki intensywnemu, skojarzonemu leczeniu przyczynowemu i objawowemu stan kliniczny pacjenta stopniowo poprawiał się w ciągu kilku tygodni hospitalizacji. Zaskakujący i niepokojący pozostaje jedynie fakt, że mimo typowych objawów gorączkowych po powrocie z Afryki Zachodniej pacjent został skierowany do Ośrodka Tropikalnego dopiero po otrzymaniu informacji o rozpoznaniu ciężkiej malarii u współpracownika pochodzącego z Belgii, u którego też w tym samym czasie rozwinęła się ostra niewydolność nerek, wymagająca dializoterapii. Opóźnienie ustalenia rozpoznania i transportu pacjenta przekazanego do ośrodka referencyjnego dopiero po upływie 4. doby trwania objawów chorobowych znacząco wpłynęło na rozwój niewydolności wielonarządowej i konieczność szybkiego wdrożenia terapii dożylnym artesunatem, gdyż na doustne pochodne artemizyny było już zdecydowanie za późno. Tymczasem Gwinea jest obszarem o wysokim ryzyku zarażenia *P. falciparum* na terenie całego kraju, gdzie w roku 2023 zarejestrowano ponad 4,6 mln zachorowań, co stanowiło 32% całej populacji mieszkańców [1].

W przedstawionym przypadku, podobnie jak w badaniach przeprowadzonych w Hubei w Chinach w latach 2013–2018, podróże zawodowe do krajów afrykańskich stanowią istotny czynnik ryzyka zachorowania na malarię, zwłaszcza wobec braku przyjmowania właściwie dobranej profilaktyki farmakologicznej. W badaniach tych zidentyfikowano 763 przypadki importowanej malarii, z czego 69,2% z nich było wywołanych przez najgroźniejszego dla człowieka zarodźca – *P. falciparum*. Najczęstszym źródłem zarażeń były kraje Afryki równikowej, a brak skutecznej ochrony przed malarią, w tym profilaktyki farmakologicznej, zwiększał istotnie ryzyko rozwoju ciężkiego przebiegu choroby [15].

Wieloośrodkowe badania Europejskiej Sieci Naukowej ds. Chorób Importowanych z Tropiku – European Research Network on Imported Infectious Diseases Surveillance (TropNetEurop) wykazały, że wśród Europejczyków powracających do swoich rodzinnych krajów z malarią zawleczoną z tropiku, zdecydowana większość zarażeń nabywana jest właśnie na obszarach Afryki Zachodniej. W 2008 r. wśród europejskich podróżnych rozpoznano łącznie 412 przypadków malarii zawleczonej z obszarów endemicznych wywołanej przez *P. falciparum*, z czego 76,9% pacjentów nie korzystało ze specjalistycznej konsultacji przedwyjazdowej ($n = 317$), a 80,7% chorych nie stosowało żadnej chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej ($n = 331$). Spośród szczególnie niebezpiecznych krajów afry-

kańskich znalazły się 4 z największym ryzykiem zarażenia – Nigeria, Kamerun, Benin i Ghana, a średni czas wyjazdu chorych z rozpoznaną malarią wynosił 30 dni (raport TropNetEurop, dane niepublikowane, 2009).

W opracowaniu Kliniki Chorób Zakaźnych w Warszawie wszyscy pacjenci spełniający kryteria ciężkiej, powikłanej malarii leczonej parenteralnym artesunatem ulegli zarażeniu w Afryce. Podobnie jak w naszym przypadku, ocena kliniczna w skali SOFA okazała się bardzo przydatna w określeniu stopnia zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych i zakwalifikowania chorych do intensywnego leczenia przeciwmalarycznego [16].

Nasz pacjent, który przebywał w Gwinei (Afryka Zachodnia), nie zastosował odpowiednich środków ochrony przeciwmalarycznej, co doprowadziło do wystąpienia u niego poważnych powikłań. Dodatkowo wiek pacjenta (52 lata) stanowił kolejny czynnik ryzyka, który mógł wpłynąć na nasilenie objawów oraz rozwój niewydolności wielonarządowej, co również zostało uwzględnione w badaniach innych autorów dotyczących importowanej malarii [15]. Opóźnione ustalenie rozpoznania, szczególnie gdy przekracza 3 dni od momentu pojawienia się pierwszych objawów klinicznych, jest kolejnym istotnym czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu malarii [15]. Pacjent początkowo otrzymał jedynie leczenie objawowe, co opóźniło wdrożenie odpowiedniego leczenia przeciwmalarycznego i przyczyniło się do pogorszenia jego stanu zdrowia. Badania przeprowadzone w Chinach w latach 2014–2021 wskazują, że zarówno opóźnione szukanie pomocy, jak i ustalenie rozpoznania miały znaczący wpływ na nasilenie objawów i następstw choroby, szczególnie w przypadkach wywołanych przez inne niż *P. falciparum* gatunki zarodźców malarii [17].

Wczesne ustalenie rozpoznania i szybkie leczenie malarii, zwłaszcza wywołanej przez *P. falciparum*, są kluczowe dla zapobiegania powikłaniom i zmniejszenia śmiertelności. Programy takie jak np. *Early Detection and Treatment* (EDT), wspierane testami *Rapid Diagnostic Tests* (RDT) i terapią *Artemisinin-based Combination Therapy* (ACT), znacząco obniżają wskaźniki zachorowań i umieralności, szczególnie w trudno dostępnych regionach geograficznych świata [18]. Przykłady z Tajlandii, Mjanmaru i Senegalu pokazują, że szybko wdrożone leczenie przeciwmalaryczne po pojawieniu się pierwszych objawów gorączki istotnie zmniejsza ryzyko ciężkiego przebiegu malarii. Opóźnione ustalenie rozpoznania znacząco zwiększa ryzyko powikłań, dlatego szybkie wykrywanie i leczenie są kluczowe w eliminacji pierwotniaka *Plasmodium* spp. z krwi obwodowej [18].

Kolejną istotną uwagę dotyczącą omawianego przypadku jest rozwój ostrej niewydolności nerek

(AKI), która stanowi jedno z poważniejszych powikłań malarii wywołanej przez *P. falciparum*. U prezentowanego pacjenta AKI wystąpiło mimo skutecznej eradykacji parazytemii po leczeniu artesunatem i uzupełniającymi antybiotykami o działaniu przeciwpierwotniaczym. W retrospektywnym badaniu przeprowadzonym w Rotterdamie, obejmującym aż 485 pacjentów z malarią wywołaną przez *P. falciparum*, ostre uszkodzenie nerek wystąpiło u 8% ogółu zakażonych, a wśród pacjentów z ciężką malarią – aż u 38%. Pacjenci z importowaną malarią, szczególnie nieimmunizowani, byli bardziej narażeni na rozwój powikłań, w tym AKI. Większość z nich nie wymagała leczenia nerkozastępczego (RRT), a funkcje nerek poprawiały się po leczeniu przeciwmalarycznym i płynoterapii. W grupie pacjentów wymagających RRT, 5 z 8 odzyskało pełną sprawność funkcji nerek [19]. W przypadku omawianego pacjenta, mimo podobnego leczenia, rozpoznano ostrą niewydolność nerek, która wymagała intensywnej terapii nerkozastępczej oraz podtrzymania funkcji życiowych przez 3 dni na Oddziale Intensywnej Terapii. Dializoterapia była kontynuowana przez kolejne 10 dni. Zastosowanie ujednoliconych kryteriów KDIGO (ang. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*) umożliwiło wczesną identyfikację AKI, co jest kluczowe dla szybszego wdrożenia odpowiedniego leczenia i poprawy wyników terapeutycznych [19]. Zbyt późne przekazanie pacjenta do ośrodka tropikalnego i bardzo wysoka parazytemia we krwi obwodowej o wartościach krytycznych przyczyniły się podczas leczenia do masywnego rozpadu pierwotniaka i uszkodzonych krwinek czerwonych, uwolnienia dużych stężeń białka i wywołania ostrej martwicy kanalików nerkowych.

W kontekście leczenia malarii, niezwykle rzadkim, ale dobrze udokumentowanym powikłaniem jest ostra niedokrwistość autoimmunohemolityczna po leczeniu dożylnym artesunatem (PADH). Zjawisko to występuje zazwyczaj już po zakończeniu leczenia przeciwmalarycznego i objawia się znacznym spadkiem stężenia hemoglobiny, podwyższoną aktywnością dehydrogenazy mleczanowej oraz obniżonym poziomem haptoglobiny, wskazując na masywną, ostrą hemolizę [20]. Powikłanie PADH jest złożonym schorzeniem, którego mechanizmy nie zostały jeszcze w pełni wyjaśnione. Najczęściej przyjmuje się hipotezę mechanizmu o nazwie „pitting”, polegającego na usuwaniu martwych pasożytów malarii z erytrocytów w śledzionie, co prowadzi do ich uszkodzenia i skrócenia życia tych komórek do zaledwie 7–21 dni [21]. Oprócz tego, PADH może być wynikiem zniszczenia zdrowych erytrocytów, zahamowania produkcji nowych czerwonych krwinek w szpiku kostnym przez artesunat oraz reakcji autoimmunologicznych, które prowadzą do produkcji przeciwciał skierowanych przeciwko własnym erytro-

cytom pacjenta. Te mechanizmy mogą powodować stopniowy rozwój niedokrwistości, której nasilenie zależy od czasu leczenia i stopnia zainfekowania organizmu zarodźcem malarii [21]. Zespół PADH jest bardzo ciężkim następstwem farmakoterapii, gdyż dotyczy pacjentów z powikłaną malarią o niekorzystnym rokowaniu klinicznym, którzy ze względu na niewydolność wielonarządową musieli otrzymać terapię parenteralnym artesunatem, gdyż nie kwalifikowali się już do leczenia doustnymi preparatami artemizyny. Niezależnie, takim pacjentom towarzyszy również ciężka niedokrwistość wynikająca z wysokiej parazytemii i dużej intensywności zarażenia erytrocytów przez *P. falciparum*, dodatkowo pogłębiona ich ostrą i niespodziewaną hemolizą w wyniku mechanizmów autoimmunologicznych. Zespół objawów klinicznych nie jest łatwy do rozpoznania a narastająca niedokrwistość mimo wdrożonej farmakoterapii stwarza wiele trudności diagnostycznych i najczęściej jest mylnie interpretowana jako nawrót zimnicy lub brak efektywności dotychczasowego leczenia przeciwpierwotniaczego. Nieznajomość tego powikłania może dodatkowo w drastyczny sposób jeszcze bardziej pogorszyć przebieg kliniczny i rokowanie chorego, gdy kontynuowane jest leczenie parenteralnym artesunatem w przypadku niewłaściwie podejrzewanej oporności na ten lek albo w obawie przed jego nieskutecznością. Z drugiej strony, zjawisko opóźnionej hemolizy jest zwykle bardzo zaskakującym dla lekarza i nieoczekiwanym powikłaniem, którego można się nie spodziewać u pacjenta, u którego eradykacja pierwotniaka z krwi obwodowej zakończyła się wcześniej sukcesem terapeutycznym.

Badania wskazują, że opóźniona hemoliza może wystąpić u 20–25% pacjentów leczonych dożylnym artesunatem, co wymaga systematycznego monitorowania w celu skutecznego zidentyfikowania i nadzorowania tego powikłania [20]. W tej sytuacji, uwzględniając historię leczenia naszego pacjenta, rozpoznano PADH, które zostało rozpoznane na podstawie określonych kryteriów diagnostycznych. Najważniejsze z tych wyznaczników laboratoryjnych to pojawienie się anemii hemolitycznej po ponad 7 dniach od rozpoczęcia leczenia artesunatem, co stanowi charakterystyczny wzorzec „opóźnionego typu” PADH. Przy przyjęciu nie obserwowano ewidentnych wykładników niedokrwistości: stężenie hemoglobiny wynosiło 13,1 g/dl (zakres referencyjny 13, –17,2 g/dl), liczba erytrocytów $4,28 \times 10^6/\mu\text{l}$ (zakres referencyjny $4,20\text{--}5,80 \times 10^6/\mu\text{l}$), a poziom hematokrytu 36,5% (zakres referencyjny 39,5–50,5%). Dodatkowymi kryteriami diagnostycznymi są wyniki badań laboratoryjnych, w tym spadek stężenia hemoglobiny o co najmniej 10% w porównaniu z wartościami wyjściowymi, obniżenie poziomu haptoglobiny poniżej 0,1 g/l oraz wzrost aktywności dehydrogenazy mleczanowej po-

wyżej 390 IU/l po 7 dniach stosowania artesunatu [21]. U naszego pacjenta, poddanego leczeniu artesunatem w 3. tygodniu hospitalizacji, pojawiły się typowe objawy dla PADH, takie jak znaczący spadek poziomu hemoglobiny do poziomu 5,6 g/dl oraz hematokrytu do wartości 16,4%, wysoka retikulocytoza do $0,169 \times 10^6/\mu\text{l}$ (zakres referencyjny $0,03\text{--}0,10 \times 10^6/\mu\text{l}$) oraz podwyższone stężenie dehydrogenazy mleczanowej na poziomie 285 U/l. Istotnym elementem diagnostyki jest również wykluczenie innych przyczyn hemolizy, takich jak uogólnione infekcje, choroby autoimmunologiczne czy wrodzone niedobory enzymatyczne [21]. Dodatkowym czynnikiem ryzyka zespołu PADH, jak wskazują niektóre źródła, może być także hiperparazytemia we krwi obwodowej (obciążenie pasożytami wynoszące 4–37%), która u opisywanego pacjenta wynosiła 11% [22].

Stosowany powszechnie immunochromatograficzny test diagnostyczny oparty na wykrywaniu białka bogatego w histydynę 2 (HRP-2), które jest specyficznym antygenem produkowanym przez *P. falciparum*, może stać się przydatnym i dostępnym w rejonach endemicznych narzędziem do wczesnego potwierdzenia malarii, oceny skuteczności leczenia oraz monitorowania ewentualnych pozostałości pasożyta po nieskutecznej terapii. Badania przeprowadzone przy użyciu testów paskowych opartych na wykrywaniu białka HRP-2, wykazały obiecującą skuteczność w rozpoznawaniu PADH, osiągając czułość na poziomie 89% oraz swoistość wynoszącą 73% [21]. Wyniki te mogą stanowić istotny krok w rozwoju praktycznego narzędzia diagnostycznego, umożliwiającego wczesne wykrywanie PADH w przyszłości na obszarach tropikalnych. W Klinice Chorób Zakaźnych w Warszawie, testy immunochromatograficzne są powszechnie stosowane w rozpoznawaniu zarażeń *Plasmodium* spp. [16]. Szybkie testy antygenowe są proste w użyciu, lecz stwarzają istotne ryzyko nieswoistych reakcji krzyżowych z zakażeniami arbowirusowymi i chorobami odkleszczowymi. Wymagają one zawsze ostatecznego potwierdzenia mikroskopowego z zastosowaniem preparatów grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi obwodowej, ocenianych przez doświadczonego parazytologa.

Zespół PADH może mieć charakter samoograniczający się, ale w większości przypadków wystarczające jest wspomagające leczenie immunosupresyjne [22]. U pacjentów z ciężką niedokrwistością transfuzje krwi są jednak niezbędne do stabilizacji poziomu hemoglobiny i niwelowania skutków wcześniejszego niedotlenienia spowodowanego rozetkowaniem zarażonych i niezarażonych krwinek czerwonych, mikrozatorowością, wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym i cytoadherencją zarażonych pierwotniakiem erytrocytów do śródbłonna drobnych naczyń włosowatych w tkankach

i narządach wewnętrznych [23]. W opisywanym przypadku przetoczenie 4 jednostek koncentratu krwinek czerwonych było kluczowe dla stabilizacji poziomu hemoglobiny oraz poprawy stanu ogólnego pacjenta. Ponadto wdrożenie terapii steroidowej z metyloprednizolonem okazało się bardzo efektywne, prowadząc do szybkiej poprawy stanu klinicznego chorego. Mimo rozwoju dysfunkcji wielonarządowej, w przypadku dobrze prowadzonej malarii w ośrodku specjalistycznym możliwe jest osiągnięcie pełnego powrotu do zdrowia bez żadnych odległych następstw i powikłań.

Piśmiennictwo

1. Venkatesan P.: The 2023 WHO World malaria report. *Lancet Microbe* 2024; 5(3): e214. doi: 10.1016/S2666-5247(24)00016-8.
2. Czarkowski M.P., Wielgosz U.: Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 roku. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru, Główny Inspektorat Sanitarny, Departament Przeciwdziałania i Ochrony Sanitarnej Granic. Warszawa: 2024, 1-176.
3. Dziębański T.H., Kacprzak E., Kajfasz P. et al.: Malaria w Polsce i na świecie – wczoraj i dziś. W: Knap J.P. i Myjak P. red. Bielsko-Biała: α-medica press; 2009, wyd. II, 1-246.
4. Trampuz A., Jereb M., Muzlovic I. et al.: Clinical review: severe malaria. *Crit Care* 2003; 7(4): 315–323. doi: 10.1186/cc2183.
5. World Health Organization: Management of severe malaria: a practical handbook. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2012: 1-83.
6. World Health Organization: WHO guidelines for malaria, 2023. Geneva: World Health Organization; 2023: 1-447.
7. Balaji S.N., Deshmukh R., Trivedi V.: Severe malaria: Biology, clinical manifestation, pathogenesis and consequences. *J Vector Borne Dis* 2020; 57(91): 1-13. doi: 10.4103/0972-9062.308793.
8. Song X., Wei W., Cheng W. et al.: Cerebral malaria induced by *Plasmodium falciparum*: clinical features, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Front Cell Infect Microbiol* 2022; 12: 939532. doi: 10.3389/fcimb.2022.939532.
9. Roussel C., Caumes E., Thellier M. et al.: Artesunate to treat severe malaria in travellers: review of efficacy and safety and practical implications. *J Travel Med* 2017; 24(2): taw093. doi: 10.1093/jtm/taw093.
10. Jaita S., Madsalae K., Charoensakulchai S. et al.: Post-artesunate delayed hemolysis: a review of current evidence. *Trop Med Infect Dis* 2023; 8(1):49. doi: 10.3390/tropical-med8010049.
11. Abanyie F., Ng J., Tan K.R.: Post-artesunate delayed hemolysis in patients with severe malaria in the United States – April 2019 through July 2021. *Clin Infect Dis* 2023; 76(3): e857–e863. doi: 10.1093/cid/ciac719.
12. Roussel C., Ndour P.A., Kendjo E. et al.: Intravenous artesunate for the treatment of severe imported malaria: implementation, efficacy, and safety in 1391 patients. *Clin Infect Dis* 2021; 73(10): 1795–1804. doi: 10.1093/cid/ciab133.
13. World Health Organization: Malaria. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria> (accessed 23.09.2025).
14. Mayo Clinic: Malaria symptoms and causes. Mayo Clinic; 2024. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/malaria/symptoms-causes/syc-20351184> (accessed 23.09.2025).
15. Xia J., Wu D., Wu K. et al.: Epidemiology of *Plasmodium falciparum* malaria and risk factors for severe disease in Hubei Province, China. *Am J Trop Med Hyg* 2020; 103(4): 1534–1539. doi: 10.4269/ajtmh.20–0299.
16. Makowiecki M., Bednarska A., Paciorek M. et al.: Usefulness of SOFA score and artesunate-based treatment in severe malaria – a single center study. *Przegl Epidemiol* 2018; 72(2): 215–221.
17. Zhang T., Wang D., Qian Y. et al.: Profile and determinants of delayed care-seeking and diagnosis among patients with imported malaria: a retrospective study in China, 2014–2021. *Infect Dis Poverty* 2022; 11: 125. doi.org/10.1186/s40249-022-01050-3.
18. Landier J., Parker D.M., Thu A.M. et al.: The role of early detection and treatment in malaria elimination. *Malar J* 2016; 15: 363. doi: 10.1186/s12936-016-1399-y.
19. Koopmans L.C., van Wolfswinkel M.E., Hesselink D.A. et al.: Acute kidney injury in imported *Plasmodium falciparum* malaria. *Malar J* 2015; 14: 523. doi: 10.1186/s12936-015-1057-9.
20. Foster A.: Post-artesunate delayed hemolysis after treatment of malaria with intravenous artesunate: A case study. *IDCases* 2022; 27: e01418. doi: 10.1016/j.idcr.2022.e01418.
21. Jaita S., Madsalae K., Charoensakulchai S. et al.: Post-artesunate delayed hemolysis: a review of current evidence. *Trop Med Infect Dis* 2023; 8(1): 49. doi: 10.3390/tropical-med8010049.
22. Alsolami E.: Intravenous artesunate treatment of severe malaria in a patient with systemic lupus erythematosus: a case of post-artesunate delayed hemolysis. *Cureus* 2023; 15(8): e44201. doi: 10.7759/cureus.44201.
23. Plewes K., Haider M.S., Kingston H.W. et al.: Severe falciparum malaria treated with artesunate complicated by delayed onset haemolysis and acute kidney injury. *Malar J* 2015; 14: 246. doi: 10.1186/s12936-015-0760-x.

Autorzy oświadczają, że nie występuje konflikt interesów związany z niniejszą publikacją.

Adres do kontaktu:

Małgorzata Paul
e-mail: mpaul@ump.edu.pl

Ocena funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami – aktualne perspektywy i wyzwania

Krzysztof Mirosław Czechowski^{A,B,C,D,E,F}

ORCID: 0000-0003-0673-0189

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego;
Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025/k.m.czechowski



STRESZCZENIE

Ocena funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami – aktualne perspektywy i wyzwania

Czechowski K.M.

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego; Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

Współczesne podejście do oceny funkcjonalnej osób z niepełnosprawnościami odchodzi od tradycyjnego modelu medycznego na rzecz holistycznej perspektywy, opartej na Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). W artykule dokonano analizy ewolucji modeli niepełnosprawności, przechodząc od podejścia medycznego, przez społeczne, aż do aktualnego modelu biopsychospołecznego, na którym oparty jest ICF. Klasyfikacja ta zastąpiła wcześniejszą ICI DH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), która koncentrowała się na negatywnych aspektach zdrowia i była modelem liniowym (kaskadowym) i przyczynowo-skutkowym. Nowe podejście ICF zakłada, że niepełnosprawność jest wynikiem interakcji między stanem zdrowia danej osoby a czynnikami środowiskowymi i osobowymi. Klasyfikacja ta nie ocenia ludzi, lecz jedynie opisuje ich stan funkcjonowania w różnych sferach życia. W artykule omówiono powiązanie z ICF, niezależne od diagnozy narzędzia oceny, takie jak WHODAS 2.0. Przedstawiono również zastosowanie oceny funkcjonalnej w różnych kontekstach oraz omówiono rolę nowoczesnych technologii, takich jak sensory noszone i sztuczna inteligencja.

Słowa kluczowe: ocena funkcjonalna, ICF, WHODAS, niepełnosprawność, rehabilitacja, system wsparcia, inkluzja, technologie.

ABSTRACT

Assessing the Functioning of People with Disabilities – Current Perspectives and Challenges

Czechowski K.M.

Faculty of Medicine, Lazarski University; Faculty of Health Sciences and Psychology, Medical College, University of Rzeszów

The contemporary approach to functional assessment of persons with disabilities abandons the traditional medical model in favour of a holistic perspective based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The article analyses the evolution of disability models, moving from a medical approach, through social approaches, to the current bio-psycho-social model, which is reflected in the ICF. This classification replaced the earlier ICI DH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps), which focused on health impairments. The new ICF approach assumes that disability is the result of interactions between a person's health condition and environmental and personal factors. This classification does not evaluate people, but only describes their functioning in various spheres of life. The article discusses ICF-related, diagnosis-independent assessment tools such as WHODAS 2.0. It also presents the use of functional assessment in various contexts and discusses the role of modern technologies such as wearable sensors and artificial intelligence.

Keywords: functional assessment, ICF, WHODAS, disability, rehabilitation, support system, inclusion, technology.

Nowe podejście do niepełnosprawności: zmiana sposobu myślenia

Ocena funkcjonalna to interdyscyplinarna analiza, której celem jest określenie profilu funkcjonowania jednostki oraz potencjału do uczestnictwa w życiu

społecznym poprzez badanie wzajemnych relacji między funkcjami i strukturami ciała a aktywnościami i partycypacją w środowisku kontekstowym. W przeciwieństwie do tradycyjnej diagnozy medycznej, która koncentruje się na chorobie, ocena funkcjonalna ma na celu identyfikację zarówno mocnych, jak i słabych

stron osoby. Celem jest, nie tylko stwierdzenie dysfunkcji i zdiagnozowanie choroby, ale przede wszystkim określenie jej przyczyny oraz zaplanowanie programu działań w zakresie rehabilitacji medycznej, społecznej i zawodowej. Ostatecznie, proces ten ma stanowić podstawę do tworzenia indywidualnych planów wsparcia. Stanowi o tym również Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) o prawach osób niepełnosprawnych, która rewolucjonizuje sposób postrzegania niepełnosprawności, odchodząc od tradycyjnego modelu medycznego na rzecz modelu społecznego (lub interakcyjnego), podkreśla, że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z długotrwałymi dysfunkcjami (fizycznymi, umysłowymi, intelektualnymi lub sensorycznymi) a barierami środowiskowymi i barierami wynikającymi z postaw ludzkich.

Ta zmiana w sposobie postrzegania niepełnosprawności odzwierciedla fundamentalną ewolucję. Początkowo dominował model medyczny, który traktował niepełnosprawność jako wadę wrodzoną lub nabytą (na skutek choroby lub urazu), którą należy leczyć lub korygować, aby osoba mogła „normalnie” funkcjonować w społeczeństwie. Ten model spotkał się jednak z dużą krytyką przez to, że pomijał psychologiczne i społeczne aspekty niepełnosprawności, co często prowadziło do stygmatyzacji i wykluczenia. W odpowiedzi na te zarzuty pojawił się model społeczny, który radykalnie zmienił perspektywę, głoszący, że to społeczne uprzedzenia i bariery są główną przyczyną niepełnosprawności. Chociaż model ten przyczynił się do promowania inkluzji i równych praw, był jednocześnie krytykowany za to, że ignorował znaczenie fizycznych (zdiagnozowanych medycznie) ograniczeń organizmu, które przecież u podstaw determinują życie osób z niepełnosprawnościami.

Obecnie, w większości krajów świata przyjęto model biopsychospołeczny. Jego najpełniejszym wyrazem jest Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) [6]. ICF łączy elementy obu poprzednich modeli, traktując funkcjonowanie i niepełnosprawność jako dynamiczną interakcję między stanem zdrowia, czynnikami środowiskowymi i cechami osobistymi. Zamiast koncentrować się na dysfunkcji jednostki, model ten przechodzi od pytania „co jest nie tak z osobą?” do pytania „jak osoba funkcjonuje w swoim środowisku?”. Ta fundamentalna zmiana paradygmatu, wykraczająca poza samą terminologię, stanowi rewolucję w podejściu do diagnozy, rehabilitacji, orzecznictwa, edukacji, redefiniując ich ramy systemowe. Rozpoznanie choroby oraz informacje na temat funkcjonowania są niezbędne do pełnego zrozumienia potrzeb danej osoby

w zakresie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz życia prywatnego. ICF zapewnia podstawę do pełnego opisu indywidualnego profilu funkcjonowania danej osoby, który z kolei pozwala lepiej zrozumieć konkretne potrzeby tej osoby [5].

ICF jako uniwersalne narzędzie do oceny funkcjonowania

ICF to „uniwersalny system”, który został przyjęty w 2001 r. przez 191 krajów. Jego głównym celem jest zapewnienie wspólnego, standaryzowanego języka, który pozwoli na opisywanie zdrowia i związanych z nim stanów, co ułatwia komunikację między różnymi specjalistami [9].

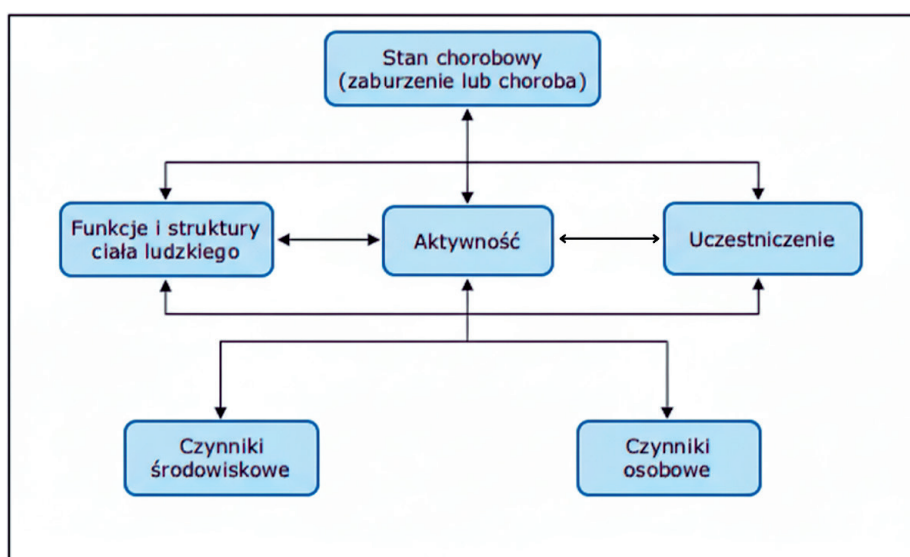


Rysunek 1. Schemat ilustrujący Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) jako wspólny język

Źródło: WHO ICF e-learning.

Klasyfikacja ICF składa się z czterech głównych, wzajemnie powiązanych elementów [6,8]:

- **Funkcje i Struktury Ciała** (oznaczane literami b i s) – odnoszą się do fizjologicznych funkcji układów ciała oraz ich anatomicznych części, takich jak np. narządy czy kończyny.
- **Aktywność i Uczestniczenie** (litera d) – ten element dotyczy wykonywania zadań przez jednostkę (aktywność) oraz jej zaangażowania w różne sytuacje życiowe (uczestniczenie). ICF wprowadza tu ważne rozróżnienie między „zdolnością” (*capacity*), czyli tym, co osoba może zrobić w standardowym środowisku, a „wykonaniem” (*performance*), czyli tym, co faktycznie robi w swoim codziennym środowisku.



Rysunek 2. Zależności między składnikami ICF

Źródło: ICF WHO 2001.

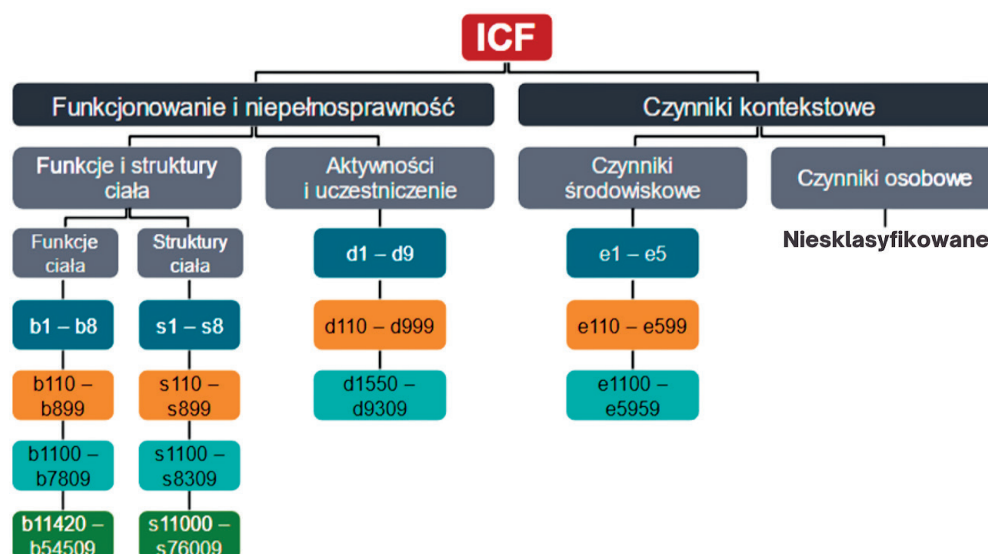
- Czynniki Kontekstowe – dzielą się na czynniki środowiskowe (litera e), obejmujące fizyczne i społeczne otoczenie (np. dostępność budynków, postawy społeczne), oraz czynniki osobowe, które stanowią unikalny kontekst życia jednostki (np. wiek, płeć, wyznanie). Mogą one działać jako bariery lub jako ułatwienia [10].

Aby przejść od ogólnego modelu do praktycznej oceny, ICF posługuje się kwalifikatorami i Core Sets (zestawami podstawowymi/rdzeniowymi). Kwalifikatory to numeryczna skala, która pozwala na ilościowe określenie stopnia problemu w danej dziedzinie funkcjonowania. W przypadku upośledzeń i ograniczeń stosuje się skalę od 0 do 4, gdzie 0 oznacza brak problemu, a 4 – skrajnie duży problem. Kwalifikatory można również stosować do oceny czynników środo-

wiskowych, w tym wypadku w skali od +4 (całkowite ułatwienie) do -4 (całkowita bariera).

Z kolei ICF Core Sets rozwiązują problem praktycznego stosowania klasyfikacji. Pełna wersja ICF zawiera ponad 1400 kategorii, co jest niepraktyczne w codziennym stosowaniu. Zestawy Rdzeniowe, stworzone przez ekspertów, ograniczają liczbę kategorii do tych, które są najważniejsze dla konkretnych schorzeń (np. urazy rdzenia kręgosłupa, schorzenia neurologiczne) lub kontekstów, co pozwala na bardziej systematyczny i kompleksowy opis funkcjonowania. Wprowadzenie Core Sets pokazuje, że globalne standardy muszą być dostosowane do lokalnych, praktycznych potrzeb, aby mogły być skuteczne [12,13,14,15].

ICF w praktyce klinicznej jest postrzegana jako wspólna platforma dla medycyny, edukacji i pracy



Rysunek 3. Struktura ICF

Źródło: WHO ICF e-learning.

Tabela 1. Struktura i znaczenie poszczególnych elementów ICF

Komponent	Definicja	Kwalifikatory	Znaczenie w ocenie funkcjonalnej
Funkcje Ciała (b)	Fizjologiczne funkcje układów ciała, w tym funkcje psychiczne	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena upośledzeń na poziomie ciała, np. osłabienie siły mięśniowej
Struktury Ciała (s)	Anatomiczne części ciała, jak narządy czy kończyny	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena problemów anatomicznych, np. brak kończyny
Aktywność i Uczestniczenie (d)	Wykonywanie zadań i zaangażowanie w sytuacje życiowe	Skala problemu: 0–4 (brak–skrajny)	Ocena, jak upośledzenia wpływają na codzienne życie, np. trudności w poruszaniu się po schodach, brak kontaktów z innymi ludźmi
Czynniki Środowiskowe (e)	Fizyczne i społeczne otoczenie	Skala ułatwień (od +1 do +4) lub barier (od -1 do -4)	Ocena wpływu środowiska na funkcjonowanie, np. dostępność ramp dla wózków, postawy społeczne
Czynniki Osobowe	Cechy indywidualne, takie jak wiek, płeć czy wyznanie	Brak kwalifikatora	Choć nie są sklasyfikowane i nie mają własnego prefiksu kodowego w ICF (jak b dla funkcji ciała czy e dla czynników środowiskowych), są niezbędne do pełnego, kompleksowego i spersonalizowanego opisu funkcjonowania. Pełny profil ICF wymaga ich opisowego uwzględnienia

socjalnej, umożliwiającą tworzenie spójnych opisów funkcjonowania. Dzięki niej specjaliści mogą mówić jednym językiem o problemach i potrzebach pacjenta, a także planować i monitorować skuteczność interwencji. Model oceny ICF, z uwzględnieniem czynników środowiskowych i osobowych, pozwala na stworzenie bardziej zindywidualizowanego programu rehabilitacji i aktywizacji.

Narzędzia do oceny klinicznej i rehabilitacyjnej

Na całym świecie w praktyce klinicznej i badawczej stosuje się wiele standaryzowanych narzędzi do oceny funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami. Starsze skale, takie jak FIM (The Functional Independence Measure), Indeks Barthel czy Indeks Katza [17], skupiały się głównie na ocenie samodzielności w podstawowych czynnościach dnia codziennego (*activities of daily living*, ADL) [16,17,18]. Skala FIM

ocenia 18 czynności, od samoobsługi po funkcjonowanie społeczne, w skali od 1 (całkowita zależność) do 7 (pełna niezależność) [16]. Indeks Barthel z kolei ocenia 10 podstawowych czynności, a jego wynik końcowy wyrażany jest w skali 0–100 punktów [17]. Indeks Katza to prostsze narzędzie, obejmujące 6 czynności i pozwalające na szybkie określenie ogólnego poziomu niezależności pacjenta w skali 0–6 punktów.

Chociaż te tradycyjne skale są nadal powszechnie używane i charakteryzują się wysoką rzetelnością, badania pokazały ich niedoskonałości. Na przykład, wyniki FIM mogą się różnić w zależności od diagnozy (np. u pacjentów po udarze w porównaniu z innymi grupami), co utrudnia obiektywne porównywanie różnych osób.

Nowoczesnym i uznawanym za globalny standard narzędziem jest WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule), opracowany przez WHO [22,23,24]. Jest on oparty bezpośrednio na koncepcjach ICF i co najważniejsze, jest niezależny

Tabela 2. Tabela porównawcza narzędzi oceny klinicznej i rehabilitacji

Narzędzie	Główne domeny oceny	Skala oceny	Maksymalny wynik	Krytyka / ograniczenia
FIM	Samoobsługa, kontrola zwieraczy, mobilność, lokomocja, komunikacja, poznanie społeczne	7-punktowa, od 1 (całkowita zależność) do 7 pkt (niezależność)	126 pkt	Wyniki mogą zależeć od diagnozy, co utrudnia porównywanie różnych grup
Indeks Barthel	Odżywianie, kąpiel, higiena osobista, ubieranie, kontrola jelit i pęcherza, toaleta, przemieszczanie, poruszanie się, schody	0–10 lub 0–15 pkt na czynność	100 pkt	Skupia się wyłącznie na podstawowych czynnościach fizycznych dnia codziennego
Indeks Katza	Kąpiel, ubieranie, toaleta, przemieszczanie, kontrola zwieraczy, jedzenie	1 pkt (niezależność), 0 pkt (zależność)	6 pkt	Bardzo uproszczona, daje jedynie ogólny obraz niezależności
WHODAS 2.0	Poznanie, mobilność, samoobsługa, relacje międzyludzkie, aktywności życiowe, uczestnictwo w społeczeństwie	5-punktowa, od 0 (brak trudności) do 4 pkt (skrajne trudności)	100 pkt	Wdrożenie w skali systemowej może napotykać bariery organizacyjne i proceduralne

od diagnozy medycznej, co stanowi jego istotną zaletę. WHODAS 2.0 ocenia funkcjonowanie w sześciu szerokościach obszarach: poznanie (rozumienie i komunikacja), mobilność (poruszanie się), samoobsługa, kontakty międzyludzkie, aktywności życiowe (praca, szkoła, obowiązki domowe) oraz uczestnictwo w życiu społecznym. W przeciwieństwie do skal takich jak FIM, które mierzą stopień wymaganej pomocy, WHODAS 2.0 mierzy stopień trudności, jakiego osoba doświadcza w danych obszarach, w skali od 0 (brak trudności) do 4 (bardzo duże trudności). Badania potwierdzają wysoką wiarygodność i trafność tego narzędzia w różnych kulturach. Z tego względu WHODAS 2.0 stanowi ważny krok w kierunku pełniejszej, bardziej całościowej oceny funkcjonowania, uwzględniającej wymiar poznawczy i społeczny, a nie tylko fizyczny.

Ocena funkcjonalna na przykładzie edukacji i aktywizacji zawodowej

Współczesne badania pokazują, że ocena funkcjonalna musi być dopasowana do konkretnego kontekstu, w którym osoba funkcjonuje. Nie ma jednego uniwersalnego testu, który byłby odpowiedni do wszystkich potrzeb.

W edukacji włączającej w Polsce planowane jest wprowadzenie oceny funkcjonalnej jako metody wspierającej proces nauczania, a nie jako formy klasyfikacji ucznia [1]. Jest to bezpośrednie przeniesienie założeń modelu ICF do systemu edukacji. Zgodnie z tym podejściem, ocena ma charakter wieloetapowego i wielospecjalistycznego procesu [2]. Zaczyna się od oceny w najbliższym środowisku ucznia (dom, szkoła), a dopiero jeśli nie ma postępów, pogłębia się ją w placówkach takich jak poradnie psychologiczno-pedagogiczne. W tym procesie bierze się pod uwagę nie tylko trudności, ale przede wszystkim mocne strony ucznia oraz warunki środowiskowe, które sprzyjają jego rozwojowi. W praktyce edukacyjnej stosuje się wyspecjalizowane narzędzia, takie jak:

- Profil Psychoedukacyjny PEP-R/PEP-3-PL, który służy do oceny umiejętności i planowania terapii dla dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwojowymi [28,29]. Innym narzędziem jest
- Program VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program), oparty na zasadach Stosowanej Analizy Zachowania (ABA), używany do oceny kamieni milowych rozwoju, identyfikacji barier i tworzenia spersonalizowanych planów terapii [30].

W ocenie zdolności do pracy klasyfikacja ICF jest używana do projektowania programów aktywizacji zawodowej i rehabilitacji. Model ten pozwala na precyzyjne określenie, jak dysfunkcje fizyczne i psychospołeczne wpływają na zdolność do wykonywania pracy,

a także jak środowisko pracy może być dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnościami [3,46]. W tym kontekście stosuje się również specjalistyczne narzędzia ergonomiczne do oceny zdolności do wykonywania konkretnych czynności, takie jak systemy ERGOS czy Metriks Education.

Wyzwania pojawiają się również przy ocenie takich zaburzeń jak niepełnosprawność intelektualna i sensoryczna. Badania pokazują, że sama diagnoza medyczna jest niewystarczająca do określenia rzeczywistych potrzeb osoby. W przypadku osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, choć uszkodzenie jest biologicznie uwarunkowane, to ocena funkcjonalna, obejmująca aspekty samoobsługi, komunikacji czy integracji sensorycznej jest kluczowa dla zaplanowania odpowiedniego wsparcia. Podobnie w przypadku niepełnosprawności sensorycznej (np. wzroku czy słuchu), chociaż stanowi uszkodzenie biologiczne, to jej skutki funkcjonalne są w dużej mierze determinowane przez interakcję z barierami środowiskowymi i społecznymi. Ocenianie funkcjonowania w tych kontekstach jest więc bardziej złożone niż tradycyjne, dwubiegunowe „zdolny/niezdolny” i obejmuje całe spektrum możliwości.

Rola technologii w ocenie funkcjonalnej – nowe możliwości

Wprowadzenie nowoczesnych technologii otwiera nowe perspektywy w ocenie funkcjonowania. Tradycyjne metody, oparte na kwestionariuszach, dostarczają jedynie jednorazowej „migawki” z danego momentu. Natomiast technologie, takie jak sensory noszone, pozwalają na ciągłe i obiektywne zbieranie danych w naturalnym środowisku osoby, co jest kluczowe dla pełnej oceny rzeczywistego funkcjonowania (*performance*), a nie tylko potencjału (*capacity*).

Sensory noszone i analiza danych to jeden z najszybciej rozwijających się obszarów. Przykładem jest sensor Freestyle Libre 2, który umożliwia ciągłe monitorowanie poziomu glikemii, eliminując konieczność częstego klucia palca. Podobnie, wskaźniki takie jak PAI, mierzone przez opaski sportowe, dostarczają informacji o ogólnym stanie zdrowia i aktywności fizycznej na podstawie danych z sensorów [31]. W obszarze rehabilitacji, badania koncentrują się na analizie chodu za pomocą sensorów umieszczanych na nogach (np. jednostki pomiaru bezwładności IMU, czujniki hydrożelowe). Urządzenia te dostarczają precyzyjnych danych na temat długości i częstotliwości kroku, prędkości czy siły reakcji podłoża [34]. Te dane mają ogromny potencjał w diagnozowaniu problemów z chodem, monitorowaniu leczenia i projektowaniu spersonalizowanych terapii.

Sztuczna Inteligencja (AI) odgrywa coraz większą rolę, szczególnie w personalizacji terapii i analizie zło-

zonych danych [35]. Algorytmy AI mogą dostosowywać plany rehabilitacji do zmieniających się potrzeb pacjentów, a także umożliwiają dostęp do wsparcia w lokalizacjach, gdzie pacjenci są wykluczeni komunikacyjnie (np. obszary wiejskie). W obszarze oceny behawioralnej i kompetencji, narzędzia AI do analizy wywiadów wideo (jak Pymetrics czy HireVue) oceniają cechy poznawcze i emocjonalne, co wskazuje na potencjalne zastosowanie tych technologii w ocenie funkcjonalnej w szerszym zakresie.

Robotyka i biofeedback to kolejny filar rewolucji technologicznej. Roboty, takie jak Lokomat czy Andago, są wykorzystywane do nauki chodu, zbierając precyzyjne dane na temat postępów pacjenta, co jest niemożliwe w przypadku tradycyjnej terapii [36]. Z kolei systemy biofeedbacku (wzrokowego lub słuchowego) znacznie zwiększają zaangażowanie i motywację pacjenta, co przekłada się na szybsze i bardziej widoczne efekty terapeutyczne. Wdrożenie tych technologii wiąże się jednak z poważnymi wyzwaniami etycznymi, zwłaszcza w odniesieniu do Aktu o AI, który zwraca uwagę na potrzebę regulacji systemów, które mogą wykorzystywać słabości osób z niepełnosprawnościami i prowadzić do dyskryminacji [37].

Trudności i wyzwania systemowe

Wdrożenie nowoczesnych metod oceny funkcjonalnej, choć brzmi obiecująco, rzeczywistość napotyka liczne problemy. Jednym z podstawowych jest adaptacja i walidacja kulturowa narzędzi. Przeniesienie narzędzia, nawet tak uniwersalnego jak WHODAS 2.0, do innego kraju wymaga czegoś więcej niż tylko przetłumaczenia. Konieczna jest walidacja psychometryczna, aby upewnić się, że narzędzie mierzy to samo zjawisko w odmiennym kontekście kulturowym, co jest procesem długotrwałym i złożonym [38,39,40].

Sytuacja w Polsce w kwestii wprowadzenia nowego świadczenia wspierającego, opartego na ocenie poziomu potrzeby wsparcia zgodnej z założeniami ICF, jest dobrym przykładem problemów z implementacją [41]. Mimo że koncepcja opiera się na nowoczesnym, całościowym podejściu, jej realizacja napotyka poważne bariery. W relacjach osób ocenianych i organizacji pozarządowych pojawiają się liczne skargi na dramatyczne opóźnienia w procesie, sięgające 6–15 miesięcy, a czasami nawet prowadzące do śmierci wnioskodawców przed wydaniem decyzji [42,43,44].

Główną przyczyną tych problemów jest niewydolność kadrowa zespołów orzekających, które nie są w stanie sprostać ogromnej liczbie wniosków. Dodatkowo, skomplikowane i niejasne przepisy prowadzą do licznych błędów formalnych popełnianych przez wnioskodawców, co z kolei powoduje odrzucenie wniosków i wydłuża cały proces. To dowodzi, że na-

wet najlepiej zaprojektowane teoretycznie systemy oceny funkcjonalnej mogą zawieść rzeczywistość, jeśli nie są wsparte odpowiednią infrastrukturą, jasnymi procedurami i wystarczającymi zasobami ludzkimi.

Podsumowanie i rekomendacje

Przegląd globalnych badań nad oceną funkcjonalną osób z niepełnosprawnościami wskazuje na wyraźny trend, tj. odchodzenie od diagnozy klinicznej na rzecz holistycznej, wielowymiarowej oceny funkcjonowania. Klasyfikacja ICF stanowi uniwersalny paradygmat tej zmiany, a jej zastosowanie jest łatwiejsze dzięki praktycznym narzędziom, takim jak WHODAS 2.0 czy specyficzne dla danej dziedziny Core Sets. Jednocześnie rozwój technologii, w tym sensorów noszonych i sztucznej inteligencji, umożliwia przeniesienie oceny z warunków laboratoryjnych do naturalnego środowiska, dostarczając obiektywnych i stałych danych na temat faktycznego funkcjonowania.

Jednakże, jak pokazuje przykład polskiego systemu, największe wyzwania nie dotyczą teorii, lecz praktycznego wdrożenia. Bez odpowiedniego przygotowania infrastruktury, uproszczenia procedur administracyjnych i inwestycji w kadry nawet najbardziej innowacyjny model nie przełoży się na realną poprawę jakości życia.

Wnioski

- Należy stosować wyłącznie narzędzia o udokumentowanej wiarygodności i trafności, a w przypadku adaptacji narzędzi z innych kultur, przeprowadzać pełną walidację psychometryczną.
- W badaniach z użyciem technologii noszonych należy dążyć do standaryzacji metodologii pomiarowej, aby zwiększyć wiarygodność i porównywalność wyników.
- Konieczne jest zacieśnienie współpracy między specjalistami z różnych dziedzin (medycyna, rehabilitacja, edukacja, praca socjalna) w oparciu o wspólny język ICF, aby stworzyć spójny system wsparcia.
- Pilne jest uproszczenie i usprawnienie procedur administracyjnych w systemach orzecznich, aby wyeliminować dramatyczne opóźnienia i zminimalizować ryzyko błędów formalnych.
- Należy zwiększyć inwestycje w kadry orzecznice oraz w cyfryzację i automatyzację procesów, aby sprostać rosnącej liczbie wniosków i zapewnić terminowe rozpatrywanie spraw.
- Należy tworzyć polityki społeczne, które koncentrują się na eliminacji barier środowiskowych i społecznych, a nie wyłącznie na ocenie trudności, aby promować pełne uczestnictwo osób z niepełnosprawnościami w życiu społecznym.

Tabela 3. Rekomendacja narzędzi w odniesieniu do celu oceny

Kontekst	Rekomendowane narzędzia/podejścia	Cel oceny w danym kontekście
Rehabilitacja fizyczna	FIM, Indeks Barthel, Robotyka (Lokomat), Biofeedback	Monitorowanie postępów w zakresie czynności dnia codziennego i lokomocji
Planowanie opieki	WHODAS 2.0, Indeks Katza	Określenie stopnia potrzeby wsparcia i planowanie opieki spersonalizowanej
Edukacja włączająca	PEP-R/PEP-3-PL, VB-MAPP, CAFAS	Identyfikacja potrzeb edukacyjnych i behawioralnych, tworzenie indywidualnych programów edukacyjnych (IPET)
Aktywizacja zawodowa	ICF, Ergonomiczne systemy oceny (ERGOS)	Ocena zdolności do wykonywania konkretnych czynności pracy i projektowanie dostosowań stanowiska

Piśmiennictwo

- Knopik M.: Diagnoza funkcjonalna odnośnie do edukacji włączającej. – w Knopik M., Domagała-Zyśk A. (red.): Edukacja włączająca. Wydawnictwo KUL, Lublin, 2021.
- Ministerstwo Edukacji Narodowej: Nowe podejście do kształcenia specjalnego w Polsce. MEN, Warszawa, 2025.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu: Wykorzystanie klasyfikacji ICF w programach aktywizacji społeczno-zawodowej osób niepełnosprawnych. WUP, Opole, 2018.
- World Health Organization, World Bank: World report on disability. WHO Press, Genewa, 2011.
- Kaplan D.B.: The social model of disability. – w Mizrahi T., Davis L.E. (red.): Encyclopedia of Social Work. 20th ed. Oxford University Press, 2009.
- World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press, Genewa, 2001.
- Hemmingsson H., Jonsson H.: The World Health Organization's ICF: a framework for an occupational therapy-based analysis of the social model of disability. Am J Occup Ther, 2005; 59(1): 86-95.
- Adolfsson M., Granlund M., Björck-Åkesson E. et al.: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the ICF-CY. Paediatr Child Health, 2009; 14(10): 653-657.
- World Health Organization: Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. WHO, Genewa, 2002.
- World Health Organization: ICF and the environmental factors. WHO, Genewa, 2016.
- Stucki G., Cieza A., Ewert T. et al.: The use of the ICF in clinical practice. Clin Rehabil, 2002; 16(3): 239-254.
- Cieza A., Ewert T., Üstün T.B. et al.: Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 9-11.
- Cieza A., Kirchberger I., Biering-Sørensen F. et al.: ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in the early post-acute context. Spinal Cord, 2010; 48(4): 297-304.
- Gotsch K., Cieza A., Stucki G.: The ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 135-140.
- Stucki G., Cieza A., Geyh S. et al.: ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. J Rehabil Med, 2004; 36(Suppl 44): 87-93.
- Turner-Stokes L., Turner-Stokes T.: The Functional Independence Measure (FIM) and the FIM+FAM. Br J Occup Ther, 1998; 61(3): 116-118.
- Collin C., Wade D.T., Davies S. et al.: The Barthel ADL Index: a reliability study. Int Disabil Stud, 1988; 10(2): 61-63.
- Shelkey M., Wallace M.: Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. J Gerontol Nurs, 1999.
- Dodds T.A., Martin D.P., Stolov W.C. et al.: A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. Arch Phys Med Rehabil, 1993; 74(5): 531-536.
- Ottenbacher K.J., Hsu Y., Granger C.V. et al.: The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. Arch Phys Med Rehabil, 1996; 77(12): 1226-1232.
- Shah S., Vanclay F., Cooper B.: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol, 1989; 42(8): 703-709.
- World Health Organization: WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). WHO Press, Genewa, 2010.
- Üstün T.B., Kostanjsek N., Chatterji S. et al.: Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. WHO, Genewa, 2010.
- Üstün T.B., Chatterji S., Kostanjsek N. et al.: Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ, 2010; 88: 815-823.
- Gold L.H.: The use of the WHODAS 2.0 in psychiatric rehabilitation. Psychiatr Serv, 2014.
- Garin O., Ayuso-Mateos J.L., Almansa J. et al.: Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. Health Qual Life Outcomes, 2010; 8: 51.
- Kubicka L., Barłóg K.: Ocena funkcjonalna: model teoretyczny a rzeczywistość orzecznicza. Instytut Badań nad Niepełnosprawnością, Warszawa, 2024.
- Schopler E., Lansing M.D., Reichler R.J. et al.: PEP-3: Profil Psychoedukacyjny. Wydanie polskie. GWP, Gdańsk, 2014.
- Fulton E., Eapen V., Črnčec R., et al.: The use of the PEP-3 for assessing functional skills in children with autism. J Autism Dev Disord, 2019.
- Sundberg M.L.: VB-MAPP: Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program. AVB Press, New York, 2008.
- Abbott Laboratories: FreeStyle Libre 2 User's Manual. Abbott Diabetes Care, 2023.
- Pai S., Alathur S.: Mobile health applications for physical activity: A systematic review. J Med Internet Res, 2020.
- Celis-Morales C.A., Perez-Bravo F., Ibañez L. et al.: Objective measurement of physical activity using wearable devices. Gait Posture, 2021.
- Prasanth L., Kaburlasos V.G., Vrochidou E. et al.: A systematic review of IMU-based gait analysis. Sensors, 2022; 22(12): 4434.
- Tack G.R.: The role of artificial intelligence in physical rehabilitation. J Healthc Eng, 2021.
- Mehrholz J., Thomas S., Werner C. et al.: Electromechanical-assisted training for walking after stroke. Cochrane Database Syst Rev, 2017.
- Parlament Europejski i Rada (UE): Rozporządzenie w sprawie sztucznej inteligencji (Akt w sprawie sztucznej inteligencji). Dz. Urz. UE, 2024.
- Federici S., Meloni F., Manson H. et al.: Cross-cultural adaptation of the WHODAS 2.0. Int J Rehabil Res, 2017.
- Regnault A., Herdman M.: Cultural adaptation of health measurement scales. Routledge, New York, 2016.
- Søberg H.L., Bautz-Holter E., Røe C.: Psychometric properties of the WHODAS 2.0 in different cultural contexts. J Clin Epidemiol, 2019.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej: Ustawa z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz.U. 2023 poz. 1429). Kancelaria Sejmu, Warszawa, 2023.
- Klimek B.: Świadczenie wspierające: opóźnienia, biurokracja i dramat osób z niepełnosprawnościami. Dziennik Gazeta Prawna, 2024.
- Rzecznik Praw Obywatelskich: Wystąpienie do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie problemów wdrożenia świadczenia wspierającego. Biuro RPO, Warszawa, 2024.
- Kurowski P., Grodzicki J.: Analiza wdrożenia systemu świadczenia wspierającego w Polsce. Raport ekspercki, 2024.
- Zboina R., Kalinowski P., Gąsior I. et al.: Podstawy i źródła danych statystyki niepełnosprawności w Polsce. Wiad Stat, 2018; 63(2): 7-26.
- World Health Organization: Guidance on the use of the ICF to assess and support participation in work. WHO, Genewa, 2018.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do kontaktu:

Krzysztof Mirosław Czechowski
e-mail: krzysztof.czechowski@lazarzski.edu.pl

Wybrane problemy związane z przebyłym udarem mózgu – perspektywa fizjoterapeuty

Adam Gostyński^{1,A,B,C,D}

ORCID: 0009-0003-9426-1024

Zofia Konopielko^{3,A,C,D,E,F}

ORCID: 0000-0001-7188-9888

Paulina Rosińska^{2,C,D,E}

ORCID: 0000-0002-3410-780

Jerzy T. Marcinkowski^{4,A,E,F}

ORCID: 0000-0001-6495-8988

¹ Centrum Medyczne HCP, Szpital im. Św. Jana Pawła II w Poznaniu,

² Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju, Instytut Psychologii,

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie;

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego,

³ em. adiunkt Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego u Dzieci,

⁴ Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Zielonogórskiego;

Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego;

Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
(konsultant w dziedzinie neurologii);

Sąd Okręgowy w Poznaniu i Kaliszu (stały biegły sądowy w dziedzinie neurologii)

A – koncepcja i projekt badań, B – gromadzenie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – pisanie artykułu, E – krytyczna korekta artykułu, F – ostateczne zatwierdzenie artykułu

DOI: 10.26399/rmp.v31.4.2025/a.gostynski/p.rosinska/z.konopielko/j.t.marcinkowski



STRESZCZENIE

Wybrane problemy związane z przebyłym udarem mózgu – perspektywa fizjoterapeuty

Gostyński A.¹, Rosińska P.², Konopielko Z.³, Marcinkowski J.T.⁴

¹ Centrum Medyczne HCP, Szpital im. Św. Jana Pawła II w Poznaniu, ² Zakład Psychologii Wspomagania Rozwoju, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego, ³ em. adiunkt Kliniki Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego u Dzieci, ⁴ Katedra Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Zielonogórskiego; Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego; Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (konsultant w dziedzinie neurologii); Sąd Okręgowy w Poznaniu i Kaliszu (stały biegły sądowy w dziedzinie neurologii)

Udar mózgu (UM) w Polsce rocznie dotyczy ok. 80 tys. osób, jest trzecią przyczyną zgonów (na świecie drugą), główną przyczyną niepełnosprawności osób dorosłych, też w skali globalnej. UM to wyzwanie dla zespołów medycznych a szczególnie fizjoterapeutów i problem społeczno-ekonomiczny. Istotna jest utrata sprawności lokomocyjnej i upadki po UM (od pierwszego tygodniu po UM dotyczą 7% osób, ich liczba stopniowo wzrasta do 55–73% po roku). Przyczyny upadków po UM są zwykle złożone (zaburzenia równowagi, deficyty sprawności lokomocyjnej, poznawcze, depresja, PTSD).

ABSTRACT

Selected Problems Related to a Stroke – a Physiotherapist's Perspective

Gostyński A.¹, Rosińska P.², Konopielko Z.³, Marcinkowski J.T.⁴

¹ HCP Medical Center, St. John Paul II Hospital in Poznań, Poland, ² Department of Developmental Psychology, Institute of Psychology, Cardinal Stefan Wyszyński University, Warsaw, Poland; Faculty of Medicine, Łazarski University, Warsaw, Poland, ³ retired Assistant Professor of the Department of Nephrology, Kidney Transplantation and Pediatric Hypertension, Children's Health Center in Warsaw, Poland, ⁴ Department of Hygiene and Epidemiology at the University of Zielona Góra, Poland; Faculty of Medicine, Łazarski University, Warsaw, Poland; Department of Forensic Medicine, Poznań University of Medical Sciences (consultant in the field of neurology); District Court in Poznań, Kalisz, Poland (permanent court expert in the field of neurology)

Stroke affects approximately 80,000 people in Poland annually. It is the third leading cause of death (second worldwide) and the leading cause of adult disability globally. Stroke poses a challenge for medical teams, especially physiotherapists, and a socioeconomic problem. Loss of locomotion and falls are significant after stroke (affecting 7% of people in the first week after stroke, gradually increasing to 55–73% after a year). The causes of falls after stroke are usually complex (balance disorders, locomotion deficits, cognitive impairment, depression, PTSD). Falls carry the risk of fractures, hospitalization, subsequent

Upadki to ryzyko złamań, hospitalizacji, kolejnych udarów, pogarszania koncentracji, motywacji, poczucia bezpieczeństwa, lęku przed aktywnością z ograniczaniem udziału pacjenta w rehabilitacji, życiu codziennym i społecznym. W artykule podano dane epidemiologiczne wymienionych problemów, ogólne koszty, które ponoszą państwa i społeczeństwa w związku z leczeniem, rehabilitacją czy świadczeniami związanymi z udarem mózgu, omówiono zaburzenia zdrowia psychicznego osób po UM, ale także jego najbliższych. Zwrócono uwagę na to, że fizjoterapeuta może mieć znaczny wpływ na poprawę stanu zdrowia nie tylko somatycznego, ale też psychicznego i dobrostanu osoby po UM, spędza relatywnie więcej czasu z pacjentem niż pozostali pracownicy ochrony zdrowia, często nawiązuje z nim bliższe relacje, może najwcześniej zwrócić uwagę na niepokojące objawy depresyjne, których rodzina czasem nie zauważa, skontaktować się z psychologiem a przede wszystkim wzmacniać motywację, m.in. poprzez przekazywanie chorym nadziei na to, że fizjoterapia umożliwi im powrót do funkcjonowania i codziennego życia.

Słowa kluczowe: udar mózgu, fizjoterapia, upadki, koszty, depresja, PTSD.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych problemów klinicznych i społeczno-ekonomicznych związanych z udarem mózgu z perspektywy fizjoterapeuty, ze szczególnym uwzględnieniem upadków jako powikłania poudarowego oraz znaczenia depresji i PTSD dla przebiegu usprawniania i współpracy terapeutycznej.

Wprowadzenie

Pierwsze opisy nagłego pogorszenia stanu zdrowia z utratą przytomności, paraliżem, często zagrożeniem życia, szczególnie u osób starszych zawarł Hippokrates w latach 460–370 p.n.e. w dziele *Peri aeron, hydaton, topon* a można je również znaleźć w przypisywanych mu innych dziełach, np. w Aforyzmach (*Aphorismoi*). Zaproponowane wówczas określenie apopleksja (gr. paraliż, porażenie) utrzymywało się przez setki lat a słowo udar zostało wprowadzone do medycyny prawdopodobnie w 1689 r. przez Williama Cole'a w książce *A Physico-Medical Essay Concerning the Late Frequency of Apopleksja*. Przez ponad 200 lat nie udało się zdefiniować udaru mózgu i dopiero w 1970 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) podała, wciąż aktualną, **definicję udaru** jako „szybko rozwijające się objawy kliniczne ogniskowych (lub globalnych) zaburzeń czynności mózgu, trwające dłużej niż 24 godziny lub prowadzące do śmierci, bez widocznej przyczyny innej niż pochodzenia naczyniowego” [1]. Praktycznie więc można uznać, że „udar mózgu jest zawsze powikłaniem znanej lub nierozpoznanej choroby układu krążenia” [2]. Od co najmniej pierwszej dekady XXI w., wobec ogromnego postępu w dziedzinie nauk podstawowych, patofizjologii i neuroobrazowania, w tym nowoczesnego obrazowania mózgu, z uwagi na archaiczność definicji, dyskutuje się nad precyzyjnym określeniem nieobejmującym jedynie norm czaso-

strokes, impaired concentration, motivation, sense of security, and fear of activity, limiting the patient's participation in rehabilitation, daily life, and social life. The article provides epidemiological data on these issues, the overall costs incurred by states and societies for treatment, rehabilitation, and stroke-related services, and discusses the mental health of stroke survivors and their loved ones. It highlights the fact that physiotherapists can significantly improve not only the physical but also the mental health and well-being of stroke survivors. They spend relatively more time with patients than other healthcare professionals, often establish closer relationships with them, can be the first to highlight disturbing depressive symptoms that families sometimes overlook, can contact a psychologist, and above all, can strengthen motivation, for example, by conveying hope that physiotherapy will enable them to return to functioning and daily life.

Keywords: stroke, physiotherapy, falls, costs, depression, PTSD.

wych. Pod patronatem Amerykańskiego Stowarzyszenia Kardiologicznego / Amerykańskiego Stowarzyszenia Udarowego (American Heart Association / American Stroke Association, AHA/ASA) obradują gremia nie tylko neurologów czy neurochirurgów, ale też neuroradiologów, neuropatologów, specjalistów metodyki badań klinicznych, epidemiologii, biomarkerów, polityki i globalnego zdrowia publicznego. „Nie ma już wątpliwości, że trwałe uszkodzenie ciała następuje na długo przed upływem progu 24 godzin” [3] i wiedza ta jest szczególnie ważna nie tylko dla epidemiologii, ale też programowania terapii łącznie z rehabilitacją czy oceny jej skuteczności.

Epidemiologia

Według WHO udar mózgu obecnie jest drugą najczęstszą przyczyną zgonów na świecie, zaraz po chorobach sercowo-naczyniowych i pierwszą przyczyną niepełnosprawności wśród osób dorosłych. Podobne dane dotyczą krajów Unii Europejskiej, ale nie wszystkich, bo przykładowo w Polsce udary stanowią trzecią przyczynę śmierci – po chorobach układu krążenia i nowotworach.

Obecnie szacuje się, że na każde 4–6 osób jedna osoba dozna udaru mózgu. Jedna na sześć osób z udarem mózgu umiera a ok. 25% chorych z udarem mózgu dozna kolejnego udaru. Pomimo tego, że w ostatnich latach można obserwować olbrzymi postęp w profilaktyce i leczeniu udaru mózgu, co powinno skutkować obniżeniem zapadalności, śmiertelności, ale też ryzyka niepełnosprawności poudarowej, nadal istotna jest dbałość o jakość życia tych chorych i poprawę funkcjonowania na dalszym etapie życia, co wiąże się też ze skuteczną rehabilitacją w różnych wymiarach. Ze względu na swoje konsekwencje udar mózgu wciąż pozostaje bardzo istotnym problemem zdrowotnym i społecznym [4].

Dane globalne

W 2020 r. globalna częstość występowania wszystkich podtypów udaru mózgu wyniosła 89,13 mln przypadków na ogół 7,96 mld mieszkańców świata, w tym ostrego udaru niedokrwiennego mózgu (*acute ischemic stroke*, AIS) doświadczyło 68,16 mln osób na świecie. W tym samym roku zapadalność, czyli częstość wystąpienia nowych przypadków, w skali globalnej wyniosła 11,71 mln osób, a spośród wszystkich udarów – udar niedokrwienno mózgu stanowił ok. 65% wszystkich przypadków [5]. Jeśli chodzi o śmiertelność, w 2020 r. liczba zgonów z powodu udaru mózgu w skali globalnej wyniosła 7,08 mln, w tym 3,48 mln było spowodowanych udarem niedokrwinnym. Stanowiło to wzrost liczby zgonów w 2019 r. w porównaniu do 2000 r. o 44,5% w przypadku mężczyzn i 26,4% w przypadku kobiet [6].

W Stanach Zjednoczonych 7,6 mln osób podaje, że przeżyło udar mózgu i każdego roku ok. 795 tys. osób doświadcza nowego lub nawracającego udaru, a 87% wszystkich udarów stanowią udary niedokrwienne [5]. W 2015 r. organizacja *Stroke Alliance for Europe*, do której należy Polska Fundacja Udaru Mózgu, opublikowała raport *The Burden of Stroke in Europe* i podała prognozę, że w całej Unii Europejskiej do 2035 r. dojdzie do zwiększenia liczby udarów mózgu o 35% [4].

Dane polskie

Zgodnie z danymi raportu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w latach 1990–2019 bezwzględna liczba przypadków udaru mózgu w Polsce wzrosła o ok. 70%, a liczba zgonów z powodu udaru wzrosła o 43%. Według tegoż Raportu, liczba zachorowań na udar mózgu niedokrwienno (UMN) w Polsce, po uwzględnieniu zmian struktury wiekowo-płciowej obniżyła się w 2022 r. (22,5/10 tys. ludności) w porównaniu do 2017 roku. Według danych NFZ z lat 2017–2023, ok. 87% wszystkich udarów mózgu stanowiły udary niedokrwienne. W Polsce, w 2022 r., zarejestrowano 73 900 zachorowań na udar niedokrwienno mózgu, w tym 8,1% przypadków stanowiły ponowne zachorowania. Pacjenci w wieku powyżej 74. r.ż. stanowili 44% wszystkich przypadków pierwszorazowych UMN. Mediana wieku kobiet z UMN w 2022 r. wyniosła 77 lat (niezależnie od rodzaju udaru), a mediana wieku mężczyzn 70 lat. W latach 2017–2022 średnia wieku pacjentów z UMN spadła – w 2017 r. wynosiła 72,9 lat, a w 2022 r. 72,3 lata. W 2023 r. odnotowano w Polsce 74,7 tys. przypadków UMN, z czego 89% stanowiły udary pierwszorazowe. Zapadalność na UMN wzrastała wraz z wiekiem – w 2022 r. w grupie wiekowej 85+ zanotowano 16,67 przypadków UMN

na 1000 osób w tym wieku. Jest to również jedyna grupa wiekowa, w której zapadalność u kobiet była wyższa niż zapadalność u mężczyzn [6].

Czynniki ryzyka udaru mózgu

1. Niemodyfikowalne:

- wiek: >55. r.ż. ryzyko udaru podwaja się; współczynnik umieralności wzrasta skokowo z wiekiem;
- płeć – mężczyźni mają wyższe ryzyko udaru niż kobiety, ale kobiety mają większą śmiertelność z jego powodu;
- predyspozycje genetyczne (jeżeli członek rodziny miał udar przed 65. r.ż., każda osoba pierwszego stopnia pokrewieństwa ma 2 razy większe ryzyko udaru; obecnie na podstawie badania GWAS można już ustalić szacunkowo to ryzyko);
- rasa/etniczność: Afroamerykanie, Latynosi i w różnym stopniu Azjaci mają wyższe ryzyko udaru niż osoby rasy białej; prewalencja, tj. częstość występowania udarów mózgu w ściśle określonym okresie, niezależnie od czasu wystąpienia choroby, w przeliczeniu na 10 tys. lub 100 tys. osób dotyczy: 4,1% Afroamerykanów i 2,4% Amerykanów rasy białej; w Wielkiej Brytanii wykazano, że w porównaniu z osobami o białej barwie skóry, u osób czarnoskórych notuje się: dwukrotnie wyższą zapadalność na udar mózgu, pierwszy udar występuje częściej u osób młodych, które jednak mają większe szanse przeżycia, częściej obserwuje się nadciśnienie tętnicze zwykle o cięższym przebiegu, częstsze są choroby małych naczyń, ale rzadziej dużych naczyń; różnice nie zależą od przynależności do klasy społecznej.

2. Modyfikowalne (dobrze poznane):

- status socjoekonomiczny;
- otyłość;
- niska aktywność fizyczna;
- palenie tytoniu (zwiększa ryzyko udaru 2–4-krotnie) [7];
- alkohol (regularne spożywanie alkoholu w większych ilościach, tj. >3 porcji dziennie, zwiększa ryzyko zarówno udaru niedokrwiennego, jak i krwotocznego; epizodyczne upijanie się np. pięcioma i więcej porcjami na raz – drastycznie podnosi ryzyko udaru, szczególnie krwotocznego; wbrew przyjętym poglądom spożywanie alkoholu w niewielkich ilościach nie obniża ryzyka udaru; porcja alkoholu to: 10 g czystego etanolu, czyli np.: 250 ml piwa, 100 ml wina, 30 ml wódki) [8];
- nadciśnienie tętnicze (najważniejszy pojedynczy czynnik ryzyka udaru);
- cukrzyca i zespół metaboliczny (ryzyko udaru, zwłaszcza niedokrwiennego od 1,5 do 3 razy wyższe);

- zaburzenia lipidowe (triglicerydy >200 mg%; stężenia cholesterolu: frakcja LDL >200 mg%, całkowity >280 mg% – 2,5 razy większe ryzyko udaru, ale cholesterol <160 mg% – 3 razy większe ryzyko udaru krwotocznego szczególnie u mężczyzn z nadciśnieniem tętniczym), fibrynogen (>360mg% – 1,8 razy zwiększa ryzyko TIA) [2];
 - wcześniejsze udary mózgu lub przemijający udar niedokrwienny (*transient ischemic attack*, TIA);
 - miażdżycy tętnic;
 - choroby serca (migotanie przedsionków, choroba wieńcowa, wady serca, niewydolność serca).
3. Modyfikowalne (słabiej poznane i/lub o mniejszym znaczeniu):
- dieta;
 - hiperhomocysteinemia [9];
 - stosowanie narkotyków;
 - zaburzenia oddychania podczas snu;
 - trombofilia;
 - zakażenia;
 - migrena;
 - stosowanie doustnej antykoncepcji (szczególnie u palących tytoń);
 - stosowanie hormonalnej terapii zastępczej (szczególnie u palących tytoń);
 - inne leki [10].

Upadki – są jednym z najczęstszych powikłań po udarze mózgu i stanowią poważny problem prowadzący do zaburzeń fizycznych, poznawczych i psychologicznych. Na podstawie badań publikowanych od pierwszej dekady XXI w. w pierwszym tygodniu po udarze 7% pacjentów doznaje upadku, w okresie 1–6 miesięcy po udarze upadki notuje się u 25–37% pacjentów, pomiędzy 6. a 12. miesiącem po udarze upadków doznaje 40–50% osób a rok po udarze liczba zgłoszonych przypadków wynosi od 55–73%. Mimo że nie wszystkie upadki są na tyle poważne, iż wymagają pomocy medycznej (choć nawet te oceniane jako niepoważne są wskaźnikiem sugerującym możliwość wystąpienia kolejnych upadków), często powodują strach pacjenta przed kolejnym upadkiem, co staje się przyczyną ograniczania codziennej aktywności, izolacji i wycofania się z życia społecznego przez osobę po udarze. Interesujące są dane wskazujące, że ten strach osoby po udarze przed upadkiem wydaje się rozciągać na opiekunów rodzinnych [11].

Do czynników ryzyka upadków osób po udarze mózgu zalicza się m.in.:

- wiek >65. r.ż.;
- depresję;
- nietrzymanie moczu;
- przyjmowanie leków uspokajających oraz
- deficyty poznawcze.

Przyczynami upadków po udarze mózgu są:

- deficyty równowagi;

- zmiana sposobu i możliwości lokomocji (porażenie połowicze);
- zaburzenia czucia powierzchniowego i głębokiego;
- obniżona zdolność uwagi, koncentracji i orientacji przestrzennej, jak również
- trudności w korzystaniu z własnych doświadczeń i porad innych osób.

Osoby po udarze mózgu doznające upadku są obciążone większym ryzykiem urazów – zwłaszcza złamań. Ryzyko złamań jest też dodatkowo związane z przyspieszonym u tych chorych rozwojem osteoporozy – szczególnie w kończynie po stronie niedowładnej. Tak więc zarówno poważne w skutkach upadki, jak i te mniej poważne, nadal należą do najczęstszych powikłań po udarze, a ich rosnąca częstość występowania stanowi wyzwanie dla rehabilitacji. Ponieważ tendencja do upadków utrzymuje się a nawet nasila u osób z nikłymi tylko problemami, które obserwowano bezpośrednio po udarze mózgu, to ryzyko upadku powinno być zawsze uwzględniane w fizjoterapii i opiece nad konkretnym chorym [12].

Zalecenia dotyczące zapobiegania upadkom osób po udarze są bardzo zbliżone do zaleceń dotyczących osób starszych. W profilaktyce upadków udowodniono znaczenie różnych programów ćwiczeń korzystnych dla poprawy równowagi, obniżenia poziomu strachu przed skutkami upadku i utratą mobilności. Ponadto od końca lat 90. XX w. szeroko już stosuje się urządzenia wspomagające zdolność bezpiecznej lokomocji, takie jak ortezy stawu skokowego, różnego rodzaju tzw. chodziki. Skuteczne są zabiegi takie jak funkcjonalna stymulacja elektryczna a do rozwiązywania problemów związanych z równowagą, zaburzeń lokomocji, które nasilają ryzyko upadków, na przestrzeni ostatniej dekady w rehabilitacji rośnie zainteresowanie wykorzystaniem technologii, takich jak:

- trening chodu i równowagi w modelu dual-task;
- trening równowagi w warunkach dynamicznych, w tym w z kontrolowanymi perturbacjami;
- wykorzystanie VR/exergaming jako uzupełnienie terapii zadaniowej;
- wybrane elementy robotyki/BWS;
- biofeedback oraz elementy telerehabilitacji/monitorowania (zwłaszcza w środowisku domowym).

Jednakże warto podkreślić, że część interwencji poprawia parametry funkcjonalne, natomiast wpływ na samą liczbę upadków bywa zależny od jakości i zakresu programu. Autorzy metaanalizy badań przeprowadzonych w ośmiu różnych krajach: pięć w Australii, po dwa w Kanadzie i Wielkiej Brytanii i po jednym w Brazylii, Włoszech, Hongkongu i Szwecji, opublikowanych do 2018 r. nie znaleźli wystarczających dowodów na to, że dotychczasowe programy ćwiczeń miały istotny wpływ na obniżenie liczby osób po udarze doznających upadków. Jednakże autorzy metaanalizy

zauważają, że podejście rehabilitacyjne oparte na poprawie siły mięśniowej nie tylko porażonych kończyn i zorientowane na równowagę ma większe znaczenie w obniżeniu liczby upadków po udarze niż pozostawianie bez rehabilitacji. Większość interwencji ma na celu nie zapobieganie upadkom, lecz poprawę wyników funkcjonalnych. Okazało się jednak, że wielokrotne ćwiczenia grupowe oraz indywidualnie przepisywane ćwiczenia wieloskładnikowe do wykonywania w domu wykazały korzystny wpływ na zmniejszenie ryzyka i częstości upadków w populacji osób starszych. „Powinniśmy jednak być ostrożni, rozważając, czy te interwencje mogą być odpowiednie do zapobiegania upadkom osób po udarze” [11] – podają autorzy cytowanej metaanalizy. Ustalono też, że w rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu i zapobieganiu upadkom bardzo ważna jest adaptacja do środowiska. Badacze podkreślają znaczenie wizyt domowych specjalistów fizjoterapii, jednak generuje to znaczne koszty, co może być dodatkowym ograniczeniem do wdrożenia w krajach o niskich dochodach.

Zgony, niepełnosprawność

Udar mózgu obecnie jest na świecie drugą (w Polsce trzecią) najczęstszą przyczyną zgonu i pierwszą przyczyną niepełnosprawności wśród osób dorosłych [6]. Według danych Instytutu Pomiarów i Oceny Zdrowia (Institute of Health Metrics and Evaluation, IHME) z Uniwersytetu Waszyngtona w Seattle, który zbiera i opracowuje dane z całego świata, w 2019 r. z powodu udaru niedokrwinnego zmarło 3,3 mln osób na świecie (1,6 mln mężczyzn i 1,7 mln kobiet), a ponadto utracono 63,5 mln lat życia skorygowanego niepełnosprawnością (*disability-adjusted life years*, DALY) z powodu przedwczesnej śmierci bądź niepełnosprawności czy dodatkowych problemów zdrowotnych. Jak podano w raporcie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), liczba DALY z powodu udaru w latach 1990–2019 wzrosła w Polsce o 32%. Według wspomnianego IHME w 2019 r. w Polsce udar niedokrwenny mózgu odpowiadał za 4,2% całkowitej wartości wskaźnika DALY z powodu wszystkich chorób [6].

Koszty

Pomimo tego, że choroby serca są częstszą przyczyną śmierci niż udar mózgu, całkowite koszty związane z udarem mózgu są znacznie wyższe. Różnica wynika z tego, że udary mózgu są główną przyczyną ciężkiej, przewlekłej i zwykle pogłębiającej się niepełnosprawności, co stanowi obciążenie nie tylko indywidualne, ale też społeczne. Szacuje się, że w latach 2015–2035 całkowite bezpośrednie koszty leczenia udaru mózgu w skali globalnej wzrosną ponad dwukrotnie

(z 36,7 bln dolarów do 94,3 bln dolarów), przy czym większość przewidywanego wzrostu kosztów będzie dotyczyć osób w wieku ≥ 80 lat [5]. W 2015 r. organizacja Stroke Alliance for Europe, do której należy polska Fundacja Udaru Mózgu – opublikowała raport *The Burden of Stroke in Europe* podając prognozę, że w całej Unii Europejskiej do roku 2035 koszty związane z udarem, które wówczas wynosiły ok. 45 bln euro będą co roku się zwiększać [7]. W 2022 r. polski NFZ wydał 1,11 mld zł na hospitalizacje związane z UMN. W 2022 r. na refundację leków w programie lekowym przeznaczono 6,7 mln zł. W 2021 r. NFZ przeznaczył 5,7 mln złotych na leki i świadczenia w programach lekowych dotyczących leczenia spastyczności kończyn a na rehabilitację neurologiczną po udarach mózgu – 192,3 mln zł [6].

Problemy zdrowia psychicznego a rehabilitacja

Efekty rehabilitacji zależą od wielkości i lokalizacji obszaru mózgu objętego udarem, czasu rozpoczęcia leczenia i fizjoterapii, stanu funkcjonalnego organizmu przed zachorowaniem, współistnienia zaburzeń innych narządów, odpowiednio wcześniej rozpoczętej i prowadzonej systematycznie fizjoterapii, ale też od wsparcia rodziny czy bliskich osoby dotkniętej udarem oraz odpowiedniego działania pracowników medycznych, a także pozamedycznych [13]. Jednakże przy planowaniu i realizacji rehabilitacji niezbędne jest „rozeznanie podstawowych mechanizmów życia psychicznego osoby rehabilitowanej (...)”. Tak więc każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie zgodnie z jego właściwościami psychicznymi, strukturą osobowości (...). Osobowość determinuje wybór i zachowanie jednostki, co ma istotne znaczenie zarówno dla określenia ryzyka zachorowania, jak i dla uzyskiwania oczekiwanego przystosowania po zachorowaniu. Zdolność radzenia sobie ze stresem, chorobą, niepełnosprawnością jest indywidualną właściwością jednostki, określoną przez jej strukturę oraz poziom dojrzałości osobowości” [14]. Ponadto każdy z zespołu opiekującego się pacjentem po udarze mózgu – a szczególnie dotyczy to fizjoterapeutów, którzy spędzają dużo czasu pracując z chorymi, ale też osób z najbliższego otoczenia – powinien zrozumieć odczucia osoby, która nagle doznaje udaru, gdyż „w każdej sytuacji zachorowania czy niepełnosprawności obserwuje się występowanie lęku, najczęściej klasyfikowanego jako lęk biologiczny (lęk przed cierpieniem i obawa o własne życie) (...)”. Reakcje lękowe najczęściej współtowarzyszą innym zespołom reakcji, np. zaburzeniom nastroju, depresji” [14].

Zarówno fizjoterapeuta, jak i rodzina/najbliżsi pacjenta po udarze mózgu muszą mieć świadomość, że

nagła utrata zdolności do pełnej aktywności, ograniczenie możliwości wykonywania podstawowych czynności, szczególnie u osoby starszej, są przyczyną zaburzeń nastroju. Nie łatwo o zrozumienie i tolerancję, wykazywanie ogromu cierpliwości i odpowiednie reagowanie na często gwałtownie zmieniające się emocje pacjenta, rozdrażnienie, gniew czy nawet agresję, a nawet całkowitą apatię. Poczucie niepełnosprawności, niesamodzielności, długi okres rehabilitacji i oczekiwania na pierwsze efekty często są przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego osoby po udarze. Pojedyncze **objawy depresyjne** dotyczą nawet 60% osób po udarze mózgu a poważnym problemem jest fakt, że u części pacjentów depresja poudarowa pozostaje nierozpoznana; 25–48% osób po udarze wykazuje już znacznie więcej objawów depresyjnych i zdarza się, że stan zupełnej bierności osoby po udarze praktycznie uniemożliwia współpracę w zakresie usprawniania [15]. Istotne jest zatem odpowiednio wczesne rozpoznanie zaburzenia, które ma znaczny wpływ na pozytywne nastawienie pacjenta do ćwiczeń, podnosi wiarę w możliwość powrotu sprawności, co ostatecznie determinuje wyniki rehabilitacji.

PTSD po udarze mózgu

Fizjoterapeuta musi mieć świadomość wystąpienia u pacjentów po udarze mózgu nie tylko depresji, ale też zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorders*, PTSD). Objawem tego zespołu jest bardzo przykre odczucie, że traumatyczne wydarzenie – jakim w tym przypadku było doznanie udaru mózgu – znowu się dzieje i wraz z obrazami jest wielokrotnie odtwarzane w pamięci pacjenta – zjawisko to nosi nazwę *flashback*. PTSD może prowadzić do nadmiernego pobudzenia, złości, poczucia winy i depresji i ma znaczny negatywny wpływ na cały proces rehabilitacji i jego efekty, o dodatkowych utrudnieniach relacji społecznych nie wspominając. Jak podano w 2024 r. w przeglądzie 30 badań naukowych obejmujących 4320 osób, zespołu tego doświadcza 17,5% (2,9–71,4%) pacjentów ze wszystkimi rodzajami udaru, po udarze niedokrwiennym dotyczy to 13,8% pacjentów, po przemijającym udarze niedokrwiennym – 4,6%, po krwotoku śródmózgowym – 6,5% a po krwotoku podpajęczynówkowym – 37,1%. Średnia częstość występowania PTSD w okresie trzech i ≥ 12 miesięcy po udarze wynosiła odpowiednio 24,7% (0,0–37,1%) i 17,8% (6,5%–71,4%). Autorzy przeglądu sugerują, aby zwiększyć świadomość możliwości wystąpienia PTSD, który ma wpływ nie tylko na wyniki rehabilitacji, ale też na ogólną jakość życia pacjenta, jego rodziny i ostatecznie szerokiego kręgu społeczeństwa. Badacze wychodzą też z założenia, że należy prowadzić

badania przesiewowe w kierunku zagrożenia PTSD i jak najszybciej objąć tych pacjentów opieką psychologiczną [16]. Fizjoterapeutom i zespołowi zajmującemu się pacjentem po udarze mózgu zaleca się, aby problemy zdrowia psychicznego chorego traktować na równi z problemami związanymi z upośledzeniem funkcji narządu ruchu. Jeżeli pacjent nie jest objęty opieką psychologa, wówczas to właśnie fizjoterapeuta najwcześniej może zauważyć niepokojące objawy, ponieważ patrzy obiektywnie i ma wiedzę z zakresu psychologii, a zarazem spędza znacznie więcej czasu z pacjentem niż lekarz, może więc zgłosić potrzebę terapii psychologicznej czy wręcz konsultacji z psychiatrą w przypadku takich pacjentów, często wymagają oni bowiem stosowania leków antydepresyjnych i uspokajających oraz szczególnej opieki środowiskowej [13].

Podsumowanie

Udar mózgu pozostaje istotnym problemem klinicznym i społeczno-ekonomicznym, ponieważ często prowadzi do trwałych ograniczeń funkcjonalnych, utraty samodzielności oraz obniżenia jakości życia. Jednym z najczęstszych i zarazem szczególnie obciążających powikłań poudarowych są upadki, które nie tylko zwiększają ryzyko kolejnych udarów, lecz także wpływają na przebieg rehabilitacji, nasilają lęk przed aktywnością i mogą wtórnie ograniczać udział pacjenta w terapii. Ryzyko upadków ma charakter wieloczynnikowy i wynika zarówno z deficytów ruchowych i zaburzeń równowagi, jak i z problemów poznawczych oraz czynników psychicznych, w tym depresji i PTSD, które mogą pogarszać koncentrację, motywację i poczucie bezpieczeństwa. W tym kontekście fizjoterapeuta odgrywa kluczową rolę w ocenie funkcjonalnej, identyfikacji indywidualnych czynników ryzyka upadku, edukacji pacjenta i opiekunów oraz planowaniu usprawniania ukierunkowanego na bezpieczną lokomocję. Skuteczna fizjoterapia po udarze mózgu powinna łączyć klasyczne metody usprawniania z elementami nowoczesnych podejść wspierających kontrolę posturalną i przeniesienie tych umiejętności do codziennych sytuacji, przy jednoczesnym zachowaniu krytycznej oceny ich rzeczywistego wpływu na częstość upadków. Z tych względów profilaktyka upadków powinna stanowić stały i integralny element kompleksowej opieki nad pacjentem po udarze mózgu. Fizjoterapeuta może mieć znaczny wpływ na poprawę stanu zdrowia nie tylko somatycznego, ale też psychicznego i dobrostanu osoby po UM, spędza relatywnie więcej czasu z pacjentem niż pozostali pracownicy ochrony zdrowia, często nawiązuje z nim bliższą relację, może najwcześniej zwrócić uwagę na niepokojące objawy depresyjne, których rodzina cza-

sem nie zauważa, skontaktować się z psychologiem a przede wszystkim wzmacniać motywację, m.in. poprzez przekazywanie choremu nadziei na to, że fizjoterapia umożliwi mu powrót do funkcjonowania i codziennego życia.

Piśmiennictwo

1. Nilsen M.L.: A historical account of stroke and the evolution of nursing care for stroke patients, *J Neurosci Nurs* 2010 Feb; 42(1):19-27. doi: 10.1097/jnn.0b013e3181c1fdad; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20187346/> (accessed 17.02.2025).
2. Kwolek A.: Rehabilitacja neurologiczna. Choroby i urazy mózgowia. Rehabilitacja w udarze niedokrwiennym mózgu. W: Kwolek A., red. Rehabilitacja medyczna. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2017, t. II, 13-62.
3. Kasner S.E., Sacco R.L.: Implications of the AHA/ASA Updated Definition of Stroke for the 21st Century. *World Neurology* 2019 29 Nov; <https://worldneurologyonline.com/article/implications-of-the-ahaasa-updated-definition-of-stroke-for-the-21st-century/> (accessed 17.02.2025).
4. Kobayashi A., Szyper S., Siger A.: Udar Mózgu. W: Gierczyński J., Kułakowska A., Rejdak K. PTN, red. Raport pt. Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju. AdMeritum; 2024, 175-182.
5. Tsao C.W., Aday A.W., Almarzooq Z.I. et al.: Heart disease and stroke statistics – 2022 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2022; 145(8): e153-e639. doi: 10.1161/CIR.0000000000001052; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35078371/> (accessed 17.02.2025).
6. Kruk M., Pawlewicz A.: NFZ o zdrowiu. Udar niedokrwienny mózgu. Raport dotyczy lat 2017–2023. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń. ISBN: 978-83-969225-0-, 2024-05-16. <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-udar-niedokrwienny-mozgu> (accessed 17.02.2025).
7. Virani S.S., Alonso A., Benjamin E.J. et al.: Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2020 Mar 3; 141(9): e139-e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000757. Epub 2020 Jan 29; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992061/> (accessed 1.03.2025).
8. Smyth A., O'Donnell M., Rangarajan S. et al.: Alcohol Intake as a Risk Factor for Acute Stroke: The INTERSTROKE Study. *Neurology* 2023 Jan 10; 100(2): e142-e153. doi: 10.1212/WNL.0000000000001388. Epub 2022 Oct 11; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36220600/> (accessed 1.03.2025).
9. Wichlińska-Lubińska M., Lubiński I.: Hiperhomocysteinemia w udarze niedokrwiennym mózgu – implikacje kliniczne. *Udar Mózgu* 2010, t. 12, nr 1-2; 10-19.
10. Markus G., Pereira A., Cloud G.: Udary mózgu (tłum. Barycki J.). Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2018.
11. Denissen S., Staring W., Kunkel D. et al.: Interventions for preventing falls in people after stroke. *Review Cochrane Database Syst Rev* 2019 Oct 1; 10(10): CD008728. doi: 10.1002/14651858.CD008728.pub3.; <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6770464/> (accessed 25.02.2025).
12. Sarzyńska- Długosz I.: Problemy opieki nad chorym z udarem, który nie odzyskał sprawności. Niepełnosprawność ruchowa i towarzyszące jej problemy (niesamodzielność w czynnościach codziennych, zwiększone ryzyko upadków, spastyczność, przykurcze). Problemy funkcjonalne. W: Sienkiewicz- Jarosz H., red. Udar mózgu. Kompendium dla praktyka. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2024, 191.
13. Cipora E., Niemiec M., Ściborowicz A.: Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji osób starszych po udarze mózgu. Praca przeglądowa. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2022, t. 28, nr 1; 28-32.
14. Tylka J.: Rehabilitacja psychiczna. W: Kwolek A., red. Rehabilitacja medyczna. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2017, 50.
15. Wichowicz H.M., Puchalska L., Rybak-Korneluk A. i in.: Miejsce psychoterapii w prewencji i leczeniu depresji poudarowej. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2018; 18(1): 56-60.
16. Janssen E.P.J., Spauwen P.J.J., Bus B.A.A. et al.: Prevalence of posttraumatic stress disorder after stroke: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 2024 Dec; 187: 111914. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39306898/> (accessed 27.02.2025).

Autorzy oświadczają, że nie występuje konflikt interesów związany z niniejszą publikacją.

Adres do kontaktu:

dr n. med. Zofia Konopielko
e-mail: zofiakonopielko@gmail.com
tel.: 604 683 581

prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski
e-mail: jtmarcin@gmail.com
tel.: 603 223 198

