

Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej – konteksty

The needs of the elderly in health care – contexts

Małgorzata Pabiś¹, Dorota Kuncewicz²

¹ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Instytut Psychologii Stosowanej, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Małgorzata Pabiś

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4-6 (Collegium Maximum), 20-081 Lublin

e-mail: malgosia.pabis@gmail.com

tel.: +48 81 448 68 00

STRESZCZENIE

POTRZEBY OSÓB STARSZYCH W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ – KONTEKSTY

Cel pracy. Celem pracy było ukazanie potrzeb osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej w kontekście ich zmian uwarunkowanych procesami demograficznymi. W analizach uwzględniono także prognozowane zmiany demograficzne oraz szerszy kontekst m.in. społeczny i kulturowy.

Materiał i metodyka. Analizie metodami statystyki opisowej poddano dane statystyczne, demograficzne i medyczne, ze szczególnym uwzględnieniem populacji powyżej 65. roku życia. Do analiz zaklasyfikowano także literaturę poruszającą kwestie osób starszych. Ze względu na obszerną rozpiętość tematyczną, wyselekcjonowano treści dotyczące potrzeb zdrowotnych seniorów oraz dynamiki ich zmian, a następnie przeprowadzono analizę skutków tych zmian, ze szczególnym uwzględnieniem populacji powyżej 65. roku życia.

Wyniki. Dynamika zmian w populacji powyżej 65. roku życia w Polsce w analizowanych latach (2011-2015) miała tendencję wzrostową (o 14,12%). Szacuje się, że tendencja ta utrzyma się jeszcze przez 35 lat (2015-2050). Odsetek populacji 65+ w 2015 roku wynosił 15,81%, a prognozowany na 2020 i 2050 rok – odpowiednio – 18,87% i 32,69%. Na ostateczny kształt zapotrzebowania na opiekę zdrowotną wpływają nie tylko czynniki demograficzne i chorobowe, ale również społeczno-kulturowe. Brak akceptacji dla procesu starzenia się, starości i śmierci nie buduje przestrzeni dla kultury, w której opieka nad osobami starszymi jest naturalną częścią życia. Coraz częściej, z różnych powodów rodzina nie podejmuje sprawowania opieki nad osobą starszą. Brak uwzględnienia tych powodów, ich złożoności a tym samym brak prób ich zmiany, może skutkować zwiększonym zapotrzebowaniem na opiekę instytucjonalną.

Słowa kluczowe:

osoby starsze, potrzeby zdrowotne, opieka zdrowotna

ABSTRACT

THE NEEDS OF THE ELDERLY IN HEALTH CARE – CONTEXTS

Aim. The objective of the study was presentation of the needs of the elderly in the context of changes of these needs conditioned by the demographic processes. Analyses also covered the projected demographic changes and a wider context, e.g. social and cultural.

Material and methods. Statistical, demographic and medical data were analyzed by the methods of descriptive statistics with particular consideration of the population aged over 65. Analyses also covered the relevant literature concerning problems of the elderly. On account of the wide thematic range, the content was selected concerning seniors' health needs and the development of their changes; subsequently, the effects of these changes were analyzed with particular emphasis on the population aged over 65.

Results. The development of changes concerning the Polish population aged over 65 within five analysed years (2011-2015) showed an upward tendency (by 14.12%). It is estimated that this tendency will continue within the next 35 years (2015-2050). In 2015, the percentage of the population aged over 65 was 15.81%, while in 2020 and 2050 it is projected to be 18.87% and 32.69% respectively. The ultimate demand for health care is affected not only by the demography and morbidity – related factors, but also by social and cultural ones. The lack of acceptance for the process of ageing, old age and death does not build space for culture, in which care of the elderly is a natural part of life. Increasingly more often, for various reasons, the family does not undertake care of an elderly person. The lack of consideration of these reasons, their complexity and therefore, the lack of attempts to change them, may result in an increased demand for an institutional care.

Key words:

the elderly, health needs, health care

WPROWADZENIE

Proces starzenia się społeczeństw krajów wysokorozwiniętych, polegający na stałym wzroście liczby i odsetka osób starszych w ogólnej liczbie danej populacji, wiąże się z wieloma problemami natury nie tylko medycznej. Proces ten zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym nie jest zawieszony w próżni, jest powiązany z innymi procesami społecznymi, kulturowymi czy ekonomicznymi i zanurzony w nich. Analiza zjawiska w oderwaniu od szerszego kontekstu daje obraz tak niepełny, że jego prawdziwość budzi zastrzeżenia. Tym samym wnioski oparte na tak ułomnej analizie, należałoby poddać w wątpliwość. Transdyscyplinarność w obecnej nauce staje się koniecznością, która nie omija również nauk medycznych [1,2]. Dlatego w artykule zostały uwzględnione czynniki pozademograficzne i pozamedyczne, ale z nimi powiązane i wpływające na potrzeby osób starszych w zakresie opieki medycznej.

Sfera psychospołeczna człowieka określa jego miejsce w społeczeństwie i pełnione przez niego role. Dominującą rolą osoby starszej jest rola użytkownika czasu wolnego (konsumenta) oraz emeryta (biorcy), następująca po roli pracownika (dawcy). Wiąże się to z przejściem człowieka z roli centralnej do roli peryferyjnej, marginalnej w rozumieniu systemu funkcjonowania społecznego. Ma to swoje konsekwencje w postaci obniżenia statusu społecznego i ekonomicznego, zmiany stylu życia, zmian w układzie ról rodzinnych (z żywiciela i opiekuna stopniowo staje się osobą wymagającą opieki i wsparcia), co z kolei może wiązać się z utratą szacunku oraz marginalizacją seniora. W sferze kulturowej, osoby starsze stanowią pewnego rodzaju przekaźnik tradycji rodzinnej i narodowej, a ich wiedza i umiejętności są bezcenne dla kolejnych pokoleń. Jednak ta rola osób starszych jest często niezauważana i niedoceniana ze względu na dość powszechny brak poszanowania dla tradycji, kultury. Z jednej strony można zauważyć przejawy troski społecznej o osoby starsze. Powstają osiedlowe kluby seniora, Uniwersytety III wieku oraz inne instytucje, które tworzą płaszczyznę kontaktów interpersonalnych, ukierunkowując swoje działania na wypełnianiu czasu wolnego i rozwoju kompetencji społecznych poprzez organizowanie i ułatwianie seniorom dostępu do różnych form aktywności fizycznej, kulturalnej, twórczej, edukacyjnej, społecznej. Kluby seniora stwarzają warunki do rozbudzania nowych zainteresowań i promowania zdrowego stylu życia w starości, a także kształtowania umiejętności bycia aktywnym przez całe życie [3]. Z drugiej strony pewna konieczność instytucjonalizacji owej troski, oderwanie od naturalnych zasobów rodzinnych czy wynikających z bliskich relacji każe postawić pytanie o kondycję naszego społeczeństwa.

W perspektywie ekonomicznej – niższe dochody a zatem gorsze odżywianie, obniżone możliwości np. aktywności fizycznej (korzystanie z basenów, ośrodków sportu jest płatne), możliwości zakupu leków, rehabilitacji – to wszystko przekłada się na zdrowie osób powyżej 65. roku życia, a w konsekwencji na zwiększone zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną.

Określenie potrzeb populacji osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej wymaga przyjęcia dwóch perspektyw: demograficznej oraz starzejącego się organizmu. Jednak nieuwzględnienie, choćby w tle, czynników psychospołecznych, kulturowych, ekonomicznych, wszelkie postulaty zmieniają w listę pobożnych życzeń.

Charakterystyka i prognozy zmian populacji osób starszych na tle całej populacji w Polsce

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości demograficznej przyjmuje wiek 65 lat. Starzenie się społeczeństwa choć jest tendencją globalną, to średnia globalna, jak każda średnia, nie oddaje sytuacji w poszczególnych regionach świata czy tym bardziej kraju (a takie dane są potrzebne przy planowaniu opieki zdrowotnej). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dynamika zmian w populacji ogółem w Polsce w ciągu ostatnich pięciu lat (2011-2015) miała tendencję spadkową (o 0,27%), natomiast w populacji powyżej 65. roku życia miała tendencję wzrostową (o 14,12%). Dla porównania, według danych [4], w ciągu 60 lat (lata 1950-2010) populacja Polski ogółem zwiększyła się o 54,20%, a populacja powyżej 65. roku życia zwiększyła się czterokrotnie. W 1950 roku w Polsce odsetek populacji powyżej 65. roku życia stanowił 5,2% natomiast w 2010 roku wynosił już 13,6% ogółu populacji. Według bardziej aktualnych danych z GUS w 2011 roku odsetek populacji 65+ w Polsce wynosił 13,81%, a w ciągu pięciu lat zwiększył się o 2% i wynosił 15,81% w 2015 roku [5].

Prognozowane zmiany demograficzne długoterminowe (do 2050 roku), wg danych GUS, w odniesieniu do 2015 roku potwierdzają tendencję spadkową liczby ludności ogółem, przy jednoczesnym wzroście liczby ludności populacji powyżej 65. roku życia w Polsce. Szacuje się, że populacja ogółem w Polsce zmniejszy się w ciągu 35 lat (2015-2050) o 11,67%. Tendencję wzrostową będziemy obserwować w Polsce wśród populacji powyżej 65. roku życia w ciągu 35 lat (2015-2050). Prognozując, odsetek osób powyżej 65. roku życia w Polsce będzie wynosił w 2020 i 2050 roku odpowiednio – 18,87% i 32,69% [5].

Długoterminowe prognozy demograficzne dla populacji 65+ (wg danych GUS) przewidują dla grupy wiekowej 65-74 lata tendencję spadkową w 2020, 2030 i 2040 roku, a w 2050 roku znaczny wzrost. Liczebność pozostałych grup wiekowych wewnątrz populacji powyżej 65. roku życia (75-84, 85-94 i powyżej 95. roku życia) będzie wzrastać we wszystkich prognozowanych latach [5]. Grupa osób starszych zmienia się więc nie tylko pod względem liczebności, ale również „jakościowym” – strukturalnym, co również wpływa na jakość potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej.

Charakterystyka zmian wewnątrz populacji osób starszych

Proces starzenia się społeczeństwa charakteryzuje się kilkoma istotnymi cechami, które wpływają na strukturę populacji osób starszych. Radykalna, ogólna poprawa warunków życia przejawiająca się w: poprawie warunków społeczno-gospodarczo-ekonomicznych, postępie medycyny, lepszym odżywianiu, ograniczaniu lub eliminacji

nałogów, zwiększeniu aktywności ruchowej oraz wydłużeniu aktywności zawodowej powoduje nie tylko wzrost odsetka i liczby osób starszych, wydłużenie średniej długości życia, ale również zmiany w samej strukturze populacji osób powyżej 65. roku życia a za tym idzie – długowieczność, feminizacja starzenia się, co pociąga za sobą singularyzację starości. Zmiany w strukturze populacji osób starszych i ich konsekwencje mają znaczenie dla funkcjonowania młodszego pokolenia, w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę przede wszystkim na tzw. zjawisko „sandwich generation”, które również zostanie pokrótce omówione poniżej.

Za granicę **długowieczności** Światowa Organizacja Zdrowia podaje wiek 90 lat i więcej. Liczba osób długowiecznych na świecie wzrasta [6]. W Polsce w 2015 roku populacja ta stanowiła 3,39% całej populacji osób powyżej 65. roku życia. Szacuje się, według danych Głównego Urzędu Statystycznego, że liczba osób powyżej 90. roku życia będzie rosła i w latach prognozowanych (2020-2050) powiększy się w 2050 roku o 13,35% w odniesieniu do 2015 roku i będzie stanowić 9,16% populacji osób powyżej 65. roku życia [5].

Feminizacja starzenia się oznacza, że w populacji osób starszych jest nadreprezentacja kobiet. Współczynnik feminizacji oznacza liczbę kobiet na 100 mężczyzn. Z danych GUS wynika, że w latach 2011-2015 zaobserwowano zjawisko feminizacji populacji ogólnej oraz powyżej 65. roku życia. W Polsce odsetek kobiet w ogólnej populacji w 2011 i 2015 roku oscylował w podobnych granicach – odpowiednio 51,59% i 51,62%. W populacji osób powyżej 65. roku życia odsetek kobiet w Polsce w latach 2011-2015 wynosił odpowiednio 62,07% oraz 61,04% [5].

Singularyzacja to pozostawanie w jednoosobowym gospodarstwie, często do pewnego wieku jest dobrowolnym wyborem, natomiast w późniejszym wieku często staje się sytuacją przymusową, do której dochodzi na skutek śmierci małżonka. Singularyzacja starości oznacza wysoki odsetek osób starszych, które prowadzą samotnie gospodarstwa domowe. Według prognoz GUS w Polsce w 2030 roku 53,3% gospodarstw będzie prowadzonych przez osoby w wieku powyżej 65. roku życia, a w tym 17,3% przez osoby powyżej 80. roku życia. Częściej w jednoosobowych gospodarstwach pozostają kobiety. Według danych z ogólnopolskiego badania PolSenior około 33% kobiet powyżej 75. roku życia mieszkało samotnie, natomiast udział mężczyzn w tej samej grupie wiekowej (75+) prowadzących jednoosobowe gospodarstwo był prawie dwu i półkrotnie niższy i wynosił 13,6% [5, 7].

Zjawisko „sandwich generation” odnosi się do pokolenia w wieku 45–65 lat. Wyraża „ściśnięcie” pomiędzy obowiązkami zawodowymi i obowiązkami opiekuńczymi wobec rodziców w zaawansowanym wieku, a także koniecznością wsparcia własnych dzieci, urodzonych później (późne macierzyństwo) i dłużej przebywających w systemie edukacji (studiujące) albo poszukujących pracy. Osoby z tego pokolenia często same pracując zawodowo, wspierają własne dzieci, nierzadko pomagają dzieciom również w opiece nad wnukami, a jednocześnie troszczą się o swoich starzejących się rodziców. Realizacja tak wielu zobowiązań może powodować wyczerpanie

psychiczne i fizyczne z jednej strony, z drugiej napięcia w relacjach rodzinnych i ograniczoną możliwość korzystania z naturalnego wsparcia. Pokolenie „sandwich” nie jest zjawiskiem nowym, jednakże większą uwagę do niego przykładają się w ostatnich latach, co prawdopodobnie ma swoje korzenie w wielu trendach demograficznych. Wraz z wydłużeniem się średniej długości życia, więcej osób w średnim wieku będzie mieć starych rodziców, którzy jeszcze żyją. Dodatkowo, ci rodzice prawdopodobnie mają mniej dzieci (niż demograficzny), zatem może być mniej rodzeństwa do opieki nad nimi. Jak wynika z prognoz, skala zjawiska „sandwich generation” będzie coraz większa [8, 9].

Starzejący się organizm – zmiany fizjologiczne wynikające z wieku oraz zmiany chorobowe

U ludzi w podeszłym wieku obserwuje się zmniejszenie sprawności czynnościowej komórek, tkanek i narządów, postępujące upośledzenie sprawności mechanizmów regulacyjnych oraz zmniejszenie zdolności organizmu do adaptacji zmian środowiskowych w następstwie procesu starzenia się [10].

Fizjopatologiczne zmiany starcze, zarówno strukturalne oraz czynnościowe, wpływają na przebieg procesów chorobowych u osób starszych, powodując istotną odmienność występowania i przebiegu schorzeń w tym wieku. Zmiany te obserwuje się we wszystkich narządach i układach [11].

Starość coraz częściej nie jest już kojarzona z chorobą czy niedołęstwem, ponieważ coraz większa grupa osób starszych, mimo ograniczeń wynikających z fizjologicznego procesu starzenia, cieszy się dobrym zdrowiem i sprawnością. Zaburzenia wywołane starzeniem nie są bezpośrednim zagrożeniem życia, natomiast śmierć człowieka starego jest wynikiem chorób wywołanych głównie wpływem niekorzystnych czynników środowiskowych [12].

Typową cechą problemów zdrowotnych osób starszych jest wielochorobowość, która wraz z występowaniem nietypowych objawów w przebiegu wielu chorób, znacznie utrudnia diagnostykę i leczenie starszych pacjentów [13]. Wymaga szczególnej wiedzy o następstwach procesu starzenia się, patologii i symptomatologii chorób wieku podeszłego. Celem pracy geriatrów jest ocena wydolności czynnościowej narządów, poznanie potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osób starszych, a także ustalenie planu postępowania podnoszącego poziom stanu zdrowia do optymalnego stopnia względem możliwości osoby starszej [14].

Wiele jednostek chorobowych występujących w okresie starości charakteryzuje się znaczną niespecyficnością objawów. Ta odmienność kliniczna staje się jednym z elementów sprawiających trudności diagnostyczne. Typowe dla geriatry jest zjawisko, gdy pojawienie się zmian chorobowych w jednym narządzie, pociąga za sobą ryzyko objęcia procesem chorobowym kolejnych. Wielonarządowość zmian wynika z gorszej funkcji wszystkich narządów, co wiąże się z procesem starzenia się. Sytuację pogarsza typowa dla wieku podeszłego wielochorobowość i związana z tym wielolekowość [13].

Osoby starsze najczęściej cierpią w większości na więcej niż jedną chorobę przewlekłą albo skutki występujących urazów, które niejednokrotnie mogą prowadzić do niepełnosprawności. Do najczęściej występujących chorób wraz z postępem starzenia się można zaliczyć: otępienie (w przebiegu choroby Alzheimera lub innych schorzeń mózgu), depresję, udary, niewydolność serca, powikłania w przebiegu miażdżycy, nowotwory, przewlekłą chorobę nerek, chorobę zwyrodnieniową stawów, osteoporozę, niedożywienie oraz złamania głowy szyjki kości udowej. Różnorodność powyższych problemów medycznych zmusza do poszukiwania pomocy u wielu różnych specjalistów, co zwykle przyczynia się do ordynowania leków często pokrywających się swym działaniem. W efekcie zwiększa się ryzyko wystąpienia zespołów jatrogennych, występowania problemów zdrowotnych, które prowadzą do hospitalizacji [13].

Z praktycznego punktu widzenia, problemy osób starszych można podzielić na trzy grupy:

- wielkie zespoły geriatryczne,
- delirium,
- jatrogenny zespół geriatryczny [13].

Geriatrya w holistycznym podejściu do człowieka w wieku starczym scala wszystkie potrzeby leczonych – zdrowotne, opiekuńcze, socjalne, jednak szczególne trudności sprawiają typowe stany chorobowe swoiste dla okresu starości zaliczane do zespołów geriatrycznych [11].

Wielkie zespoły geriatryczne (WZG) to przewlekłe, wieloprzyczynowe zaburzenia, które stopniowo ograniczają sprawność funkcjonalną osób starszych i obniżają jakość ich życia. Ryzyko wystąpienia wszystkich zespołów geriatrycznych narasta z wiekiem, a leczenie jest zazwyczaj objawowe. Znaczny stopień ograniczenia sprawności wynika z faktu, że obecność dowolnego wielkiego zespołu geriatrycznego, znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia następnym zespołów geriatrycznych. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się: upadki i zaburzenia lokomocji; zaburzenia wzroku i słuchu; nietrzymanie moczu i stolca; depresję; otępienie; niedożywienie. Stany te cechuje wieloprzyczynowość i przewlekły przebieg oraz trudności w leczeniu. W ich następstwie osoba starsza staje się uzależniona od osób trzecich. Wielkie zespoły geriatryczne stanowią poważny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego, co wynika z częstości ich występowania oraz z kosztów opieki medycznej [13, 15].

Potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej

Zmiany demograficzne o charakterze fluktuacyjnym wymagają elastycznego funkcjonowania ochrony zdrowia, a nie każdorazowo zmian, których odwrócenie jest bardzo kosztowne. By było to możliwe, wskazane jest w miarę stałe monitorowanie zmian i prognoz demograficznych oraz określanie potrzeb nie tyle całej populacji ile grupy docelowej. Zmieniła się znacząco struktura wiekowa ludności po 65. roku życia – szczególnie wzrosła liczba osób po 85. roku życia, co jest zgodne z ogólnopolskim trendem obserwowanym w ostatnich latach. Ten trend będzie postępować, a prognozy demograficzne na 2020 i 2030 rok przewidują znaczne zmniejszenie się liczby osób

w przedziale wiekowym 65-74 lat, przy prawie dwukrotnym wzroście liczby osób po 75. i 85. roku życia. To oznacza, że po wzroście liczby osób po 75. i 85. roku życia, będzie okres spadku liczebności osób w tym wieku (75-85 lat). Ze względu na zmiany w strukturze wiekowej konieczne jest przygotowanie personelu medycznego do pracy z osobami powyżej 85. roku życia.

Takie przygotowanie personelu powinno zakładać nie tylko znajomość „obsługi” osoby starszej, ale również umiejętność rozmawiania z nią. Współpraca pacjenta z lekarzem, personelem medycznym zależy również od tego, w jaki sposób ów personel, lekarz rozmawia z pacjentem. Brak takiej umiejętności utrudnia opiekę a czasem wręcz ją uniemożliwia. Powstałe bądź potęgowane w ten sposób trudności wtórnie mogą zwiększać irytację, złość w relacji do starszego pacjenta, co w sposób oczywisty jeszcze zwiększa niechęć do personelu medycznego. Poświęcenie czasu na rozmowę i poznanie pacjenta ma szansę „zwrócić się” w postaci jego lepszej współpracy w zakresie leczenia i opieki. Znaczenie miałyby poznanie trybu życia, jaki prowadziły osoby starsze w fazie aktywności zawodowej i społecznej. Jakiego rodzaju pracę wykonywały, o której wstawały do pracy, co robiły po pracy, w życiu prywatnym – czy miały rodzinę czy też nie. Czasem uciążliwe zachowania osób starszych, kiedy zrozumiemy ich uwarunkowania i kontekst, dają się zminimalizować lub wyeliminować prostymi i nisko kosztowymi środkami. To podejście obli-gowałooby do dokonania przemyślanej i rzetelnej selekcji opiekunów, jednak w efekcie opieka stałaby się mniej obciążająca i stresująca zarówno dla opiekunów, jak i osób starszych [16].

Optymalizacja opieki wymagałaby dokładniejszego przyjrzenia się grupie osób po 85. roku życia (wzrost zainteresowania grupą osób starszych jest widoczny, niestety głównie od strony komercyjnej) z uwzględnieniem różnic płciowych (ze względu na feminizację). Do najbardziej znaczącego wzrostu liczebności tej grupy zostało jeszcze kilka lat. Prace ukierunkowane na przygotowanie zaplecza opiekuńczego dla osób starszych, powinny również uwzględnić działania profilaktyczne rozszerzone na populację powyżej 65. roku życia. I nie powinna być to kalka działań z populacji młodszej. Profilaktyka skierowana do osób poniżej 65 roku życia oczywiście przynosi korzyści grupie seniorów, zmniejszając ich zachorowalność. Jednak części chorób można zapobiegać także po 65. roku życia i dzięki temu ograniczać zachorowalność wśród 70 i 80-latków.

Zarówno procesy naturalne jak i chorobowe najczęściej zachodzące w populacji osób starszych są względnie dobrze znane, zatem działania profilaktyczne na różnych poziomach (dostosowane do stanu i potrzeb zdrowotnych) są możliwe. Trzeba tutaj zaznaczyć, iż w literaturze przedmiotu o grupie 80+ i jej specyfice chorowania brakuje danych (choć logika i doświadczenie kliniczne jest inne).

W charakterystyce chorobowości wieku starszego są obecne wielochorobowość i wielolekowość, a dla grupy po 80. roku życia wskazuje się dodatkowo na problemy z pamięcią. I to właśnie osłabienie lub zaburzenie pamięci

powodują konieczność wzięcia pod uwagę, iż pacjent nie będzie w stanie podać wszystkich informacji istotnych ze względu na proces diagnostyczny i leczenie. Może rozwiązaniem byłoby stworzenie ogólnopolskiej bazy, w której każdy lekarz na terenie całego kraju mógłby sprawdzić pacjenta, który do niego trafia pod kątem historii choroby, przyjmowanych w przeszłości i aktualnie leków.

Można byłoby pomyśleć o podziale profilaktyki wśród osób dorosłych na dwa etapy. Pierwszy – do 65. roku życia, a drugi – powyżej 65. roku życia. I etap swoim zakresem obejmowałby profilaktykę chorób, które często ujawniają się około 65. roku życia (osteoporozy, nietrzymania moczu, raka piersi, raka szyjki macicy, raka gruczołu krokowego, raka jelita grubego). I ten częściowo istnieje, wymagałby ewentualnie poszerzenia.

II etap obejmowałby osoby powyżej 65. roku życia i zapobiegał głównie chorobom najczęściej występującym po 75. roku życia (np. zaburzenia widzenia, słyszenia, zaburzeń metabolicznych, zaburzeń ruchu). Przykładowo – osoba starsza raz na rok mogłaby być badana przez lekarza rehabilitanta celem wczesnego wykrywania zaburzeń ruchu w profilaktyce późniejszego unieruchomienia. Można byłoby stworzyć dla osób starszych, na wzór udogodnień dla kobiet z dziećmi czy dla osób niepełnosprawnych, świetlice oraz ścieżki rehabilitacyjne w parkach, ukierunkowane na ćwiczenia np. usprawniające palce dłoni, mięśnie kończyn górnych i dolnych. Przy okazji takie spotkania na ścieżkach rehabilitacyjnych mogłyby wzmacniać sieci społeczne.

Specyficzne cechy dla starości (długowieczność, feminizacja, singularyzacja, zjawisko „sandwich generation”) mogą nieść ze sobą wzrost porad ambulatoryjnych u lekarza pierwszego kontaktu, który staje się poniekąd kompensatorem innych dziedzin (np. zastępowanie osób, z którymi zwyczajnie można byłoby porozmawiać: opiekunów medycznych, niemedycznych; opiekunów środowiskowych w miejscu zamieszkania: pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, pomocy społecznej, rodziny). Więcej porad ambulatoryjnych może też wynikać z większego lęku czy niepokoju. Poza tym w przypadku osób starszych zwiększa się ryzyko konsekwencji założenia, że w „pewnym wieku” to pacjentowi zawsze coś dolega. Częste wizyty w połączeniu ze wspomnianym założeniem mogą powodować u lekarzy zniecierpliwienie, lekceważenie objawów, co z kolei pociąga za sobą większe prawdopodobieństwo przeoczenia czegoś ważnego. [Np. niejednokrotnie najpierw pacjent słyszy od lekarza „W tym wieku, to tak już jest ...”, a potem „ale czemu wcześniej z tym Pan/Pani się nie zgłosił(a)?”]. Zjawisko feminizacji wiąże się z koniecznością zapewnienia specjalistycznej opieki ze zwróceniem uwagi na płeć pacjenta, gdyż specyfika problemów zdrowotnych kobiet i mężczyzn jest oczywista na tle uwarunkowań fizjologicznych (np. choroby ginekologiczne, choroby prostaty). Singularyzacja wiąże się ze spadkiem standardu życia, co niesie za sobą grose możliwości leczenia. Może również nastąpić wzrost zapotrzebowania na opiekę i wsparcie pozamedyczne, chociaż samotność również przekłada się często na pogorszenie stanu fizycznego. W odniesieniu do zjawiska „sandwich generation”, liczba populacji w wieku pięćdziesięciu kilku

czy sześćdziesięciu kilku lat rośnie, co jest wynikiem znacznego przyrostu naturalnego sprzed kilku dekad. A ta sytuacja prowadzi do tego, że „pokolenie kanapkowe” będzie w perspektywie kilku lat samo potrzebować opieki.

Wraz z wiekiem, zmienia się charakter i zakres relacji społecznych, w jakie wchodzi człowiek z innymi ludźmi w swoim otoczeniu. Nie można pominąć faktu rozwoju nowoczesnych technologii, które pogłębiają istniejącą w wielu obszarach marginalizację osób w podeszłym wieku. Odmienność nowej, pełnej pośpiechu, agresji i sprzecznych wartości przestrzeni pozadomowej, sprzyja niezrozumieniu jej przez starsze pokolenie. Tempo zmian przyspiesza proces pogłębiania się międzygeneracyjnej przepaści [17, 18]. Starość we współczesnej kulturze wyznacza postępujący proces marginalizacji seniorów. Próbą zatrzymania tego procesu są przedsięwzięcia mające na celu aktywizowanie seniorów, które wtedy będą skuteczne, kiedy dotrą wprost do samych zainteresowanych, czyli osób starszych [19]. Jednak by wzajemne zrozumienie było możliwe wysiłek powinien być obustronny, oznaczałoby to konieczność podjęcia starań w tym kierunku również przez młodsze pokolenia. Osamotnienie jest problemem społecznym już teraz niezależnie od wieku. Jeśli osamotnienie jest obecnie problemem ludzi, którzy są aktywni zawodowo, mają rodziny – to, gdy będą w wieku seniorskim, ich osamotnienie może być jeszcze bardziej dotkliwie i tym samym zwiększać ryzyko zachorowalności. Osamotnienie będzie zatem sprzyjało wzrostowi liczby porad podwójnie: ze względu na rzeczywisty wzrost zachorowalności oraz próby jej zagłuszenia. Częstszy kontakt z lekarzem stanie się z jednej strony koniecznością (wynikającą z gorszego stanu zdrowia), zaś z drugiej strony próbą kompensacji braku relacji.

Niechęć do sprawowania opieki nad osobami starszymi wynika z potrzeby poszukiwania lepszego życia, ale jest też pochodną skrajnego indywidualizmu, koncentracji na sobie i własnych potrzebach, które nie sprzyjają zachowaniom zakładającym rezygnację czy ograniczenia. Pokolenie hołdujące zdrowiu, młodości, wysokiemu standardowi życia, mylące szczęście z przyjemnością w kontakcie ze schorowanymi, niedołączonymi starszymi ludźmi konfrontuje się z ograniczonością życia i nieuniknionością śmierci, również własnej. To, co „zakłóca” przyjemność życia i znajduje się poza kontrolą człowieka, najchętniej zostałoby przez niego zapomniane, wyrzucone ze świadomości. Kultura zachodnia promuje zdobywanie kolejnych umiejętności, które pozwolą mieć z czego żyć, a jednocześnie zagłuszą pytania egzystencjalne. Ta nieustanna ucieczka przed pytaniami o to jak żyć, jak się starzeć ma swoją cenę zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym. Taki model życia sprawia, że człowiek staje się biegły w wielu umiejętnościach, często poza umiejętność życia. Z czasem rozumienie otaczającej rzeczywistości staje się coraz mniejsze, koncentracja na sobie i wsłuchiwanie się we własne objawy uważniejsze, silniejsze. Na końcu poziom stresu i zagubienia większy. Jak wskazuje wiele badań taki stan sprzyja zwiększeniu zachorowalności [20].

Młodość, użyteczność – ich wartość obecnie jest przeszacowywana, a konsekwencją tego jest pogarda dla

starości, która na taką skalę chyba w historii nigdy nie była obecna. W starożytności seniorzy otaczani byli najwyższym szacunkiem, cieszyli się wysokim prestiżem i pozycją społeczną. Postrzegano ich, jako źródło wiedzy, doświadczeń, mądrości i mistrzostwa. W miarę rozwoju cywilizacji pełną opiekę i pomoc ludzie starzy otrzymywali w domu. Cały ciężar odpowiedzialności za codzienne potrzeby człowieka spoczywał na rodzinie i to ona zabezpieczała przed samotnością oraz dawała poczucie bezpieczeństwa. W dawnych Chinach uważano, że starość to faza życia, która zaczyna się dopiero po 70. roku życia. Okres między 60. a 70. rokiem życia nazywany był wiekiem upragnionym [21, 22]. Pod koniec XIX wieku wykreowany został nowy obraz postrzegania starości pod wpływem poglądów Williama Oslera, lekarza, który został uznany za symbol dyskryminacji starości. Określał on wszystkich ludzi w wieku powyżej 40 lat, jako „stosunkowo bezużytecznych”, a ponad 60–letnich, jako zupełnie zbędnych. Uczynił zatem przedmiotem dyskusji możliwość eutanazji w odniesieniu do ludzi starych za pomocą „spokojnego odejścia przez chloroform” [21].

Stworzenie miejsc geriatrycznej opieki dziennej mogłoby mieć działanie integrujące, co, jeśli weźmiemy pod uwagę dane o mniejszej zachorowalności osób aktywnych zawodowo, jest istotną kwestią. Brak jakiegokolwiek aktywności osób starszych zwiększa ich izolację społeczną, która przy osłabieniu więzi rodzinnych powoduje wzrost osamotnienia, a wtórnie pogarsza stan zdrowia i tym samym zwiększa zapotrzebowanie na kontakt z lekarzem. Szersze, stabilne kontakty społeczne są w stanie kompensować brak tych bliższych, rodzinnych, dlatego tak ważna jest aktywizacja osób starszych, ich uczestnictwo w klubach seniora, Uniwersytetach III wieku, aktywność ruchowa, uczestnictwo w Szkole Super Babci i Super Dziadka, rozwijanie własnych zainteresowań, hobby czy inne formy aktywności. Biorąc pod uwagę dane prognostyczne i mając w perspektywie wzrost populacji osób powyżej 65. roku życia, należałoby się już przemyśleć do tworzenia takiego miejsca. Mamy kilka, kilkanaście lat na przygotowania do pracy z seniorami (miejsce świadczenia opieki, wykształcenie kadry). Należy uwzględnić fakt, że stworzenie takiego miejsca będzie wiązało się prawdopodobnie z koniecznością uiszczenia opłaty za pobyt, więc nie każdy mógłby z tego rozwiązania skorzystać.

Obecnie społeczny stereotyp człowieka starego „jest jedną z przyczyn traktowania starzenia się społeczeństwa, jako kłęski” [23]. Zgodnie z tym stereotypowym wyobrażeniem, człowiek stary postrzegany jest, jako osoba schorowana oraz niedoświadczona, która nie jest w stanie pracować i pozostaje bez środków do życia – wymaga zatem stałej opieki. Ludzi starych odbiera się, jako społecznie izolowanych i izolujących się od rodziny, życia społecznego i społeczeństwa. Uważa się również, że są zbędnym balastem oraz jednostkami niezdolnymi do prowadzenia samodzielnego życia [23]. W tworzeniu odpowiedniej postawy wobec procesu starzenia się i wobec starości ważne jest osobiste doświadczenie – satysfakcja z mijającego życia lub jej brak, poczucie radości albo smutku, zmarnowane

lub udane życie oraz rezygnacja bądź walka, czyli zmaganie się z życiem i losem.

Brak akceptacji dla procesu starzenia się, starości i śmierci nie buduje przestrzeni dla kultury, w której opieka nad osobami starszymi jest naturalną częścią życia. Biorąc pod uwagę dane liczbowe i ich kontekst społeczno-kulturowy, można sądzić, że problem wzrastającego zapotrzebowania na opiekę jest poważniejszy niż wskazywałyby na to dane liczbowe i nie tylko z nich wynika. Co za tym idzie, rozwiązania koncentrujące się wyłącznie na aspekcie demograficznym są niewystarczające.

PODSUMOWANIE

W analizie potrzeb populacji osób starszych należy wziąć pod uwagę zmiany ilościowe i tempo tych zmian oraz zmiany jakościowe. Dynamika zmian demograficznych oraz zmiany zachodzące wewnątrz populacji powyżej 65. roku życia mają odzwierciedlenie w konsekwencjach, jakie niesie ze sobą zjawisko starzenia się społeczeństwa.

Populacja powyżej 65. roku życia charakteryzuje się nadreprezentacją kobiet. Zjawisko feminizacji sprzyja singularizacji starości i prowadzenia gospodarstw domowych głównie przez kobiety a dzięki wydłużeniu oczekiwanej dalszej długości życia i życia w zdrowiu – wzrasta liczba osób długowiecznych. Feminizacja i długowieczność w tej populacji, pociąga za sobą konieczność innej opieki medycznej, gdyż wzrasta liczba osób około stuletnich i to pociąga za sobą wzrost zachorowań specyficznych dla wieku i niewydolności wielonarządowych z koniecznością uwzględnienia demencji oraz wzrost zachorowań związanych z pcią. Grupa powyżej 90. roku życia charakteryzuje się nie tylko większym zniedołężnieniem – to również zmiany jakościowe, czyli specyfika chorowania. W organizmie ludzi starszych zachodzą specyficzne zmiany związane z procesem starzenia się – inne w grupie 65+ a inne w grupie 90+, w której te procesy nie tylko nabierają tempa, ale też zajądą w nich zmiany jakościowe (i temu należałoby poświęcić więcej uwagi, wyodrębnić tę grupę w analizach).

Kto zatem powinien leczyć osoby starsze? W społeczeństwie a nawet w samym środowisku lekarskim panuje przekonanie, że internista jest geriatrą. Prezes Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce – prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis w wywiadzie dla miesięcznika Rynek Zdrowia w 2011 roku (artykuł: „Specjalizacje deficytowe: geriatry o swojej dziedzinie”) powiedziała, że wynika to z faktu, że większość pacjentów internistycznych to osoby starsze, ale to nie znaczy, że automatycznie interniści są geriatrami. Zdaniem prof. K. Wieczorowskiej-Tobis definicja pacjenta geriatrycznego nie ma tylko związku z wiekiem, ale również ze stanem pacjenta. Cytując za autorką według definicji Sekcji Geriatrycznej Europejskiego Towarzystwa Lekarskiego (Union of European Medical Specialists – Geriatric Section): „pacjent geriatryczny to osoba z typową dla wieku podeszłego wielochorobowością (najczęściej mająca ponad 70 lat) lub każda osoba w wieku 80 lat i więcej ze względu na związane z wiekiem zwiększone ryzyko wystąpienia złożonych patologii (...) oraz

utruty autonomii w wyniku pogorszenia sprawności funkcjonalnej”. I dalej, cytując za autorką: „nie mówimy więc o pacjencie z nadciśnieniem i cukrzycą, mówimy o chorym z nadciśnieniem, cukrzycą, nietrzymaniem moczu, niedożywieniem, depresją i zaburzeniami funkcji poznawczych, który zaczyna upadać. Taki pacjent wymaga specyficznego podejścia, jakie oferuje geriatrya (będąca specjalizacją interdyscyplinarną) i powinien trafić do geriatry zamiast po kolei do kilku różnych specjalistów (w tym internisty). Tak jest zdecydowanie lepiej dla pacjenta i, co również ważne, znacznie taniej dla systemu, co zauważono już w wielu krajach Europy (na przykład w Niemczech praktycznie w każdym szpitalu powiatowym działa oddział geriatryczny)” [24].

Wspomniane specyficzne podejście jest konieczne by najpierw dobrze zdiagnozować pacjenta, a potem w sposób optymalny leczyć. Diagnozą pacjenta nie jest suma diagnoz poszczególnych narządów, w ramach diagnozy konieczne jest jeszcze zidentyfikowanie powiązań między chorobami, wzajemnych wpływów itd., jednak powiązania mogą i wykraczają poza sferę biologiczną. Żeby zrozumieć sposób i mechanizmy chorowania pacjenta, konieczne jest uwzględnienie czynników pozabiologicznych. I nie chodzi tu tylko o wielokrotnie badany stres i jego wpływ na przebieg choroby i leczenia, ale także znaczenie izolacji, poczucie bycia zbędnym, tym, który przeszkadza, którego życie obciąża innych. Nie tylko dlatego, że wymaga opieki i zaangażowania, ale również dlatego, że boleśnie przypomina o kruchości życia, o zależności, ograniczoności, pytaniach na które nie ma odpowiedzi, tym samym denerwuje i drażni tych młodszych, czasem niestety również tych, którzy powinni leczyć. W szukaniu systemowych sposobów odpowiedzi na potrzeby osób starszych w zakresie opieki zdrowotnej należałoby więc uwzględnić szeroki kontekst psychospołeczny funkcjonowania seniorów.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczerbińska K, Pietryka A. Rozwój geriatry w krajach europejskich – jakość kształcenia i opieki geriatrycznej (część 2). *Gerontologia Polska*. 2008; 16(3): 137–148.
2. Klein JT. Evaluation of Interdisciplinary and Transdisciplinary Research: A Literature Review. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008; 35(2): 116–123.
3. Chabior A, Fabiś A, Wawrzyniak JK. Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej. Warszawa: Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich; 2014.
4. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (ONZ, Departament Spraw Gospodarczych i Społecznych, Wydział do spraw Ludności) za lata 1950–2050, *World Population Prospects: The 2010, Volume II: Demographic Profiles*.
5. Bank Danych Lokalnych – Główny Urząd Statystyczny: <http://www.stat.gov.pl/gus>. Dostęp 03.10.2016 rok.
6. Wróblewska W. Długowieczność i zmiany maksymalnego trwania życia – wyzwania dla statystyki. [w:] *Wiadomości Statystyczne*. Główny Urząd Statystyczny, Polskie Towarzystwo Statystyczne. Warszawa: 2012; 11 (618).
7. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. *PolSenior*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2012.
8. Józwiak J, Kotowska IE. Przewidywane zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce do 2035 roku i ich skutki ekonomiczne. *Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa. Narodowa Rada Rozwoju*; 1–11.
9. De Rigne LA, Ferrante S. The Sandwich Generation: A Review of the Literature. *Florida Public Health Review*. 2012; 9: 95–104.
10. Luciak M. Fizjopatologia wieku podeszłego. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Zeszyt Specjalny*. 2004: 121–123.

11. Kocemba J. Problemy wieku podeszłego. [w:] *Latkowski JB, Lukas W. red. Medycyna rodzinna. Repetytorium*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL; 2007.
12. Barcikowska M. i wsp. Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski. *Raport. Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 2006; 15(3): 203–211.
13. Rudowski R. i wsp. Uwarunkowania realizacji programu badawczo-rozwojowego Ambient Assisted Living (AAL) w Polsce – komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym. Warszawa: grudzień 2007: http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/839d6a7d0d70ad557aea38776241f200.pdf. Dostęp 26.09.2016 rok.
14. Derejczyk J. Postępowanie z chorymi w starszym wieku. *Lekarz Rodzinny – opieka nad osobami starszymi*. 2007; XII, Dodatek – marzec: 4–8.
15. Wojszel B, Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przegląd Lekarski*. 2002; 59, 4–5: 216–221.
16. Kerr D, Wilkinson H. Jak zapewnić osobom starszym dobrą opiekę nocną. *Praktyczne metody do wykorzystania w klinikach i domach opieki*. Warszawa: Wyd. Fraszka Edukacyjna; 2013.
17. Bogusz R. Wsparcie pacjenta geriatrycznego w różnych sytuacjach życiowych. [w:] *Kachaniuk H, red. Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi. Poradnik aktualizowany*. Warszawa: Spółka Wydawnicza Josef Raabe; 2008: 3–12.
18. Woźniak B. Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopiśmie popularnych dotyczących zdrowia. *Gerontologia Polska*. 2007; 15, 1–2: 7–13.
19. Zboina B, Ślusarska B. Wybrane aspekty opieki długoterminowej. *Ostrowiec Świętokrzyski: Wyd. Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”*; 2009.
20. Drageset J, Espehaug B, Kirkevold M. The Impact of Depression and Sense of Coherence on Emotional and Social Loneliness Among Nursing Home Residents Without Cognitive Impairment – a Questionnaire Survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21: 965–974.
21. Halicka M. Historyczna zmienność traktowania starości. *Gerontologia Polska*, 1995; 3, 3–4: 42–44.
22. Dziewulska J. Opieka nad ludźmi starymi dawniej i współcześnie. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*. 1998; 5: 33–34.
23. Zych AA. Człowiek wobec starości. *Szkice z gerontologii społecznej*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego; 1999.
24. Specjalizacje deficytowe: geriatry o swojej dziedzinie. *Rynek Zdrowia*: <http://www.rynekzdrowia.pl/Geriatrya/Specializacje-deficytowe-geriatry-o-swojej-dziedzinie,111597,33.html>. Dostęp 16.08.2011.

Praca przyjęta do druku: 05.11.2016

Praca zaakceptowana do druku: 29.11.2016