

# Poza standardami opieki zdrowotnej nad osobami starszymi

Beyond the standards of health care for the elderly

Małgorzata Pabiś<sup>1</sup>, Dorota Kuncewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> 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, 20-081 Lublin

e-mail: malgosia.pabis@gmail.com

tel. +48 81 448 68 00

## STRESZCZENIE

### POZA STANDARDAMI OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD OSOBAMI STARSZYMI

**Cel pracy.** Celem pracy było omówienie ważnych aspektów opieki nad osobami starszymi, do których standardy opieki geriatrycznej nie odnoszą się.

**Materiał i metodyka.** Do analiz – zgodnie z założonym celem – zaklasyfikowano literaturę, z której wyselekcjonowano treści dotyczące: jakości standardów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, kompleksowego modelu opieki geriatrycznej pod kątem jakościowym, opieki instytucjonalnej, psychologicznego aspektu etapu życia seniorów.

**Wyniki.** Standardy opieki nad osobami starszymi różnią się między sobą: obszarem, do którego się odnoszą oraz sposobem i poziomem szczegółowości odniesień. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia są zaleceniami bardzo ogólnymi, a standardy polskiego zespołu geriatrów i gerontologów prezentują bardzo szczegółowe zalecenia. Z kolei w Kartce Standardów Osoby Starszej autorzy zwracają uwagę, że na proces leczenia osoby starszej mają wpływ nie tylko usługi medyczne, ale także: warunki ekonomiczne, społeczne i rodzinne, w jakich żyje. Sprawowanie opieki nad osobą starszą przez rodzinę jest rozwiązaniem idealnym. Gdy jednak nie jest to możliwe, funkcja ta jest przejmowana przez instytucje opiekuńcze. Opieka instytucjonalna w wyobrażeniu osób starszych powinna być namiastką życia rodzinnego – to swoisty wyraz pragnienia, by opieka nad osobą starszą nie sprowadzała się do obsługi, lecz uwzględniała także wymiar relacyjny opieki. Niestety wymiar ten jest dość konsekwentnie pomijany w standardach. W związku z ową nieobecnością, aspekt relacyjny opieki został szerzej podjęty w niniejszym artykule.

## Słowa kluczowe:

osoby starsze, opieka instytucjonalna, standardy geriatryczne, opieka jako relacja

## ABSTRACT

### BEYOND THE STANDARDS OF HEALTH CARE FOR THE ELDERLY

**Aim.** The objective of the study was discussion of the important aspects of care for the elderly, to whom the standards of geriatric care do not apply.

**Material and methods.** In accordance with the designed goal, the analysis included selected literature concerning: the quality of health care standards for the elderly, complex model of geriatric care from the qualitative aspect, institutional care and psychological aspect of the seniors' stage of life.

**Results.** Standards of care for the elderly differ from each other by the area they refer to and way and level of specificity of reports. The recommendations by the World Health Organization are very general, while the standards by the Polish team of geriatricians and gerontologists present very detailed recommendations. In turn, in the Charter for the Elderly, the authors draw attention to the fact that not only medical services influence the process of treatment of an elderly person, but also: economic, social, and family conditions in which he/she lives. Taking care for an elderly person by the family is an ideal solution. However, when this is not possible, this function is taken over by care institutions. The institutional care, as perceived by the elderly, should be a substitute of family life – this is a specific expression of the desire that the care for an elderly person should not be brought down to service, but should also consider the relational aspect of caring. Unfortunately, this aspect is relatively consequently omitted in standards. In relation to this absence, the relational aspect of care is handled more comprehensively in the presented article.

## Key words:

elderly population, institutional care, geriatric standards, care as a relationship

## WPROWADZENIE

Znaczne wydłużenie średniej długości życia populacji sprawia, że celem polityki zdrowotnej staje się poprawa jakości życia seniorów tak, aby mogli oni jak najdłużej funkcjonować samodzielnie, oczywiście w miarę swoich możliwości i we własnym środowisku. Dlatego w wielu krajach podejmowane są próby zbudowania skutecznego modelu opieki geriatrycznej, który spełniałby kryteria: ciągłości, kompleksowości i dostępności. Taki model opieki pozwoliłby na umacnianie istniejących zasobów zdrowotnych, wczesne wykrywanie powstających zaburzeń zdrowia i rozwijających się zmian patologicznych. Tym samym zwiększyłby szansę na skuteczne zapobieganie hospitalizacji oraz instytucjonalizacji opieki nad ludźmi starymi, co z kolei zmniejszyłoby wydatki w zakresie leczenia.

Sprawowanie opieki nad osobą starszą przez rodzinę jest rozwiązaniem idealnym. Często jednak rodzina nie chce lub nie może tej funkcji pełnić. W tych okolicznościach opiekę tę powierza się instytucjom opiekuńczo-pielęgniacyjno-leczniczym. Istnieje wiele modeli opieki, wśród których wymienić należy dzienny szpital geriatryczny, hospitalizację domową, program kompleksowej opieki dla ludzi w wieku podeszłym i ośrodki opieki przejściowej [1, 2]. Jednak niezależnie od tego, gdzie opieka ma miejsce i kim jest osoba sprawująca ową opiekę, to zawsze jest to relacja, w której ktoś dba o kogoś. Po obu stronach tej specyficznej relacji jest człowiek ze swoją historią, ułomnościami i ograniczeniami. Gdy osoby te przynależą do jednej rodziny, łączy je wspólna historia, wspomnienia i doświadczenia – czasem niełatwe, bolesne. Wówczas relacja dbania o kogoś również może być trudna. Forma instytucjonalna opieki nie pozbawia jej aspektu relacyjnego, to nadal relacja kogoś, o kogo należy dbać i kogoś, kto jest w roli dbającego. Ona także nie zawsze jest łatwa. O ile w pierwszym przypadku trudności mogą mieć swoje źródło we wspólnej historii życia, o tyle w drugim w braku wspólnych doświadczeń, wspólnej historii życia, wspólnych punktów odniesienia, trudności we wzajemnym zrozumieniu.

Ze względu na dbałość o jakość opieki instytucjonalnej – sprawowanej bez oparcia o bliską więź – różne środowiska opracowały standardy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi. Opieka nad osobami starszymi została zawarta w standardach stworzonych przez środowisko medyczne i organizacje socjalne, działaczy społecznych. Wspomniane standardy przeanalizowane zostały pod kątem obszarów, na których się koncentrują, jako najważniejszych dla sprawowania efektywnej opieki nad osobami starszymi. Pozwoliło to dokonać porównań oraz wskazać te obszary opieki nad osobami starszymi, które pozostają poza standardami.

### Standardy opieki zdrowotnej nad osobami starszymi

Standardy opieki zdrowotnej określają i opisują: Światowa Organizacja Zdrowia, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce, a także Karta Standardów Osoby Starszej. Poniżej zestawienie obszarów uwzględnianych i określanych przez poszczególne organizacje.

Światowa Organizacja Zdrowia w ramach standardów opieki geriatrycznej uwzględnia liczbę: łóżek geriatrycznych w oddziałach szpitalnych i dziennych, poradni geriatrycznych, lekarzy geriatrów, porad ambulatoryjnych, lekarskich i pielęgniarskich wizyt domowych na 100 000-120 000 mieszkańców populacji ogółem na świecie [3].

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne oraz Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultant Krajowy w dziedzinie geriatrii w opracowanych w 2003 roku standardach świadczenia usług medycznych w specjalności geriatryka uwzględnili i opisali: skład zespołu geriatrycznego, specyfikę opieki nad osobami w starszym wieku, zasady działania w geriatrii, miejsce sprawowania i formy opieki geriatrycznej, program edukacji w zakresie opieki i pielęgnacji osób w starszym wieku, zapewnienie jakości i efektywności opieki nad osobami starszymi. W dalszej części autorzy wymienili placówki świadczące opiekę nad seniorami i szczegółowo je opisali, uwzględniając w zależności od rodzaju placówki: warunki lokalowe, procedury, wymagania sprzętowe, skład i zadania zespołu geriatrycznego, zasady przyjmowania, czas oczekiwania i leczenia [3].

Założenia ogólne standardów opieki medycznej nad ludźmi w podeszłym wieku miały stanowić nowy model i wzór postępowania z osobą starszą. Stosując te standardy, zespół geriatryczny miał mieć możliwość „całościowego” podejścia do pacjenta i jego problemów. Zgodnie z założeniami, opiekę nad osobami starszymi powinien sprawować zespół interdyscyplinarny, złożony z personelu medycznego, niemedycznego i wolontariuszy, co zapewniłoby holistyczne spojrzenie na potrzeby pacjenta oraz indywidualizację świadczenia usług medycznych [3].

**Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia – projekt przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 roku.** Zespół zwrócił szczególną uwagę na Kompleksową Ocenę Geriatryczną, która jest fundamentalną zasadą postępowania w geriatrii. Wskazują na aspekt holistycznego podejścia opieki zdrowotnej do osoby starszej, obejmujące zdrowie fizyczne, psychiczne, funkcjonalne i społeczno-ekonomiczne. Takie całościowe podejście jest standardem w geriatrii i opisano je w Standardach Postępowania w Dziedzinie Geriatrii. Stanowi on dokument tworzący zbiór definicji, zasad i procedur w opiece geriatrycznej, opracowany przez Zespół ds. Geriatrii. Wskazują na niedopasowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych. Podkreślają, że system nie spełnia standardów podejścia geriatrycznego, czyli powszechności, jakości, dostępności i kompleksowości zaspokajania potrzeb tej grupy odbiorców. System opieki zdrowotnej ignoruje uznane w świecie standardy i koncentruje opiekę nad seniorami na rodzinie, która nie jest wspomagana usługami medycznymi. Zespół wskazuje na braki kadry i bazy geriatrycznej, ukazuje stan kształcenia w zakresie geriatrii w uczelniach medycznych, proponuje strukturę organizacyjną opieki geriatrycznej w Polsce i kończy swe dywagacje rekomendacjami [4].

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia z dnia 31 stycznia 2013 rok nt. **Standardów postępowania w opiece geriatrycznej** jest podobne do założeń i postulatów z 2003 roku<sup>1</sup>. Obejmują: cele obecnych standardów, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, skład zespołu geriatrycznego, założenia standardu postępowania oraz procedury medyczne w opiece geriatrycznej, zakres świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej, interdyscyplinarną współpracę zespołu geriatrycznego, a także wyszczególnione i opisane instytucje geriatryczne świadczące opiekę seniorom [6].

To były ostatnie działania dotyczące usankcjonowania standardów opieki zdrowotnej nad osobami starszymi w Polsce.

W ramach standardów opieki geriatrycznej powinny być ujmowane również prawa pacjenta. W tym miejscu zostaną zasygnalizowane obszary wskazań zawartych w **Karcie Standardów Osoby Starszej**, które porusza. Obszary wskazań pokazują, jak szeroko powinniśmy myśleć, podejmując refleksję nad standardami opieki nad osobami starszymi.

Na posiedzeniu Zarządu Europejskiego Towarzystwa Gerontologicznego Regionu Europy w styczniu 1997 roku w Madrycie określono ostateczny tekst „Karty Standardów Osoby Starszej”, a w sierpniu 1997 roku w Adelajdzie Zarząd Główny Międzynarodowego Towarzystwa Gerontologicznego zaaprobował jego ostateczną wersję. „Karta Standardów Osoby Starszej” kierowana jest do osób starszych oraz określa zalecane i oczekiwane standardy opieki nad seniorami na terenie Zjednoczonej Europy. Określono w niej cel opieki zdrowotnej oraz prawa osób starszych do opieki zdrowotnej a w szczególności do komunikacji i informacji w procesie leczenia; uzyskania informacji na temat promocji zdrowia; dostępu do leków i środków leczniczych; transportu do szpitala, gdy zajdzie taka potrzeba; możliwości hospitalizacji na oddziałach geriatrycznych oraz opisano najczęstsze problemy medyczne charakterystyczne dla wieku starszego; prawo do uzyskania opieki medycznej w domu i na odpowiednim oddziale; okres zdrowienia i rehabilitacji; wypisanie ze szpitala; kierowanie do szpitali dziennych; prawa do opieki zastępczej dla pacjenta i jego opiekuna; usługi środowiskowe i socjalne; zmiana miejsca zamieszkania w zależności od potrzeb – dom seniora, oddział opiekuńczo–pielęgnacyjny szpitala [7].

## Standardy opieki i pomocy w miejscu zamieszkania osób starszych

Standard pracy socjalnej z osobami starszymi opracowany przez Zespół ekspercki ds. osób starszych z 27 maja 2011 roku zawiera: informacje wstępne (definicja pracy socjalnej, misja pracy socjalnej z osobami starszymi, cel ogólny, cele szczegółowe); zasady pracy socjalnej z osobami starszymi (zasada rzetelności informacji i doradztwa; zasada ochrony godności; zasada respektowania światopoglądu, praktyk religijnych i przyzwyczajzeń kulturowych; zasada ochrony prywatności; zasada kwalifikacji i zaufania); strategię działania w ramach pracy socjalnej z osobami starszymi; zakres podmiotowy; stereotypową sylwetkę hipotetyczną osoby starszej; charakterystykę szczegółową procesu starzenia; kategoryzację grupy docelowej na potrzeby pracy socjalnej; kategorie związane z funkcjonalnym stanem zdrowia; kategorie społeczno-ekonomiczne; zakres rzeczowy; istotę i charakter usługi: praca socjalna z osobami starszymi; elementy składowe usługi: praca socjalna z osobami starszymi/ etapy postępowania pracownika socjalnego; realizację planu działania; realizatorów pracy socjalnej; warunki techniczno-organizacyjne; składniki kosztów usługi; podsumowanie. W etapie dotyczącym *elementów składowych usługi: praca socjalna z osobami starszymi/etapy postępowania pracownika socjalnego* – warto zwrócić uwagę na narzędzie wykorzystywane na tym etapie, jakim jest „Karta informacyjna osoby starszej” (KIOS). Korzysta się z kwestionariusza, w którym pytania dotyczą sfery ekonomicznej, społecznej, medycznej. Misją pracy socjalnej z osobami starszymi wg zespołu ekspertów, jest „wzmacnianie dobrostanu osoby starszej (jednostki) w tym utrzymywanie, wspieranie i poszerzanie niezależności osobistej oraz aktywności poprzez wzmacnianie jej zdolności sprawczej; rozwiązywanie (lub pomoc w rozwiązywaniu) problemów w osobistych związkach z innymi osobami oraz szerszym otoczeniem” [8].

Standard pracy socjalnej z osobami starszymi zakłada:

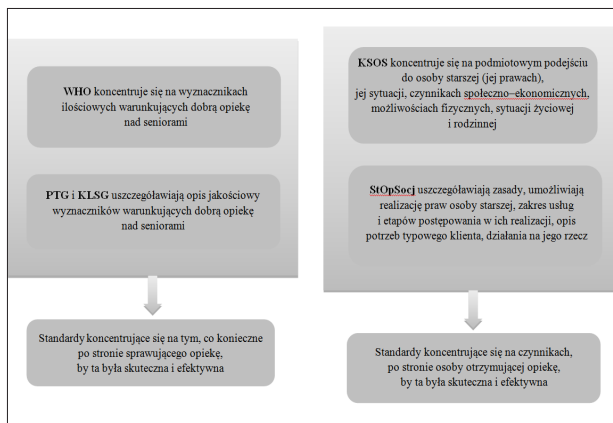
- pracę socjalną indywidualną: praca z osobą starszą,
- pracę socjalną grupową: praca z rodziną i innymi osobami bliskimi (w tym z „zaprzyjaźnionymi” sąsiadami, traktowanymi przez klienta, jako „bliscy”) z reguły z udziałem osoby starszej (klienta),
- pracę socjalną środowiskową: praca z szerszym otoczeniem klienta (np. środowisko miejsca zamieszkania) [8].

**Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania opracowany przez Zespół ekspercki ds. osób starszych z 01 czerwca 2011 roku** uwzględnia usługi opiekuńcze dla osób starszych świadczone w miejscu zamieszkania; zakres usług opiekuńczych; porady praktyczne w organizacji przestrzeni dla osób starszych ułatwiającej mobilność, zasady przemieszczania osoby starszej obłożnie chorej, organizacja czasu: przestrzeganie godzin posiłków, zabiegów higienicznych, przyjmowania leków, komunikacja z otoczeniem (niedosłuch); proponowane narzędzia do wykorzystania w procesie organizowania i realizacji usług opiekuńczych; warunki realizacji usług: warunki materialne, żywieniowe,

<sup>1</sup> Do standardów określonych w 2003 roku przez zespół polskich geriatrów, nawiązywał także Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki z 2010 roku. Określono w nim: warunki świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki, skład i wymogi wobec zespołu geriatrycznego, krótką charakterystykę poszczególnych miejsc sprawowania opieki geriatrycznej. Zgodnie z § 1 owego rozporządzenia: „Standard postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki dotyczy osoby w wieku co najmniej 60 lat z wielochorobowością i wielonarządową patologią zależną od wieku, która wymaga całościowej oceny i opieki specjalistycznej”. Natomiast w § 6, oprócz składu zespołu geriatrycznego w oddziale geriatrycznym, określono również, na ilu członków zespołu geriatrycznego powinno przypadać łóżek [5]. Obecnie na stronie internetowej widnieje informacja: „przeniesiono do archiwum – Projekt nie jest i nie będzie procedowany, zmienili się przepisy prawa dotyczące delegacji ustawowej, a projekt standardów przygotowany został w formie poprawkowej”: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=998&ml=pl&mi=998&mx=0&mt=&my=936&ma=015195>

dotyczące świadczenia usług; kwalifikacje realizatorów usług; monitoring i ewaluację realizowania usług opiekuńczych; typowe problemy związane z realizacją usług (bariery funkcjonalne, problemy zdrowotne, rodzinne, społeczno-ekonomiczne) [9].

Standardy opieki nad osobami starszymi koncentrują się na różnych sferach (ich zestawienie zaprezentowano na ryc. 1).



■ Ryc 1. Specyfika standardów opieki geriatrycznej – zestawienie porównawcze.

Legenda: WHO – Światowa Organizacja Zdrowia; PTG – Polskie Towarzystwo Gerontologiczne; KLSG – Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii; KSOS – Karta Standardów Osoby Starszej; StOpSoc – Standardy Opieki Socjalnej.

## DYSKUSJA

Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia są bardzo ogólne, bez szczegółowych wskazań i dotyczą odbiorców, jaką jest populacja świata. Standardy polskiego zespołu geriatrów i gerontologów prezentują bardzo szczegółowe zalecenia, które w zderzeniu z realiami zdają się jeszcze długo niemożliwe do realizacji. Pierwsze koncentrują się na wskaźnikach ilościowych, drugie jakościowych, w obu przypadkach standardy są wyznacznikami dobrej obsługi seniorów. Standardy odpowiadają na pytania: Jaka średnia liczba specjalistów, sprzętu, miejsc jest wystarczająca by zapewnić opiekę seniorom?; Jacy powinni to być specjaliści i jak kształceni?; Jakie warunki lokalowe powinny spełniać miejsca świadczące opiekę geriatryczną?; Jaki to powinien być sprzęt?; Jakie zasady powinny regulować opiekę geriatryczną i jakie formy powinna przybierać ta ostatnia? Karta Standardów Osoby Starszej to z kolei wskazania dotyczące seniora nie tylko jako pacjenta korzystającego z konkretnych usług medycznych. Uwzględnia cel i prawa seniora, tym samym wykracza poza funkcję usługową seniora; uwzględnia również, że osoba, nad którą opieka jest sprawowana żyje w określonych warunkach społeczno-ekonomicznych, które mają znaczenie dla efektywności opieki. W Karcie autorzy zwracają uwagę, iż na proces leczenia osoby starszej mają wpływ warunki, w jakich żyje, zarówno ekonomiczne, społeczne, jak i rodzinne.

Standardy geriatryczne koncentrują się głównie na fizyczności i odnoszą się do obsługi starszego organizmu z uwzględnieniem jego specyfiki. Opisują, co jest konieczne i jakie warunki należy spełnić, żeby zaspokoić potrzeby osób starszych, ale tylko te biologiczne. Karta

Standardów Osoby Starszej koncentruje się na sferze zdrowotnej, psychospołecznej i socjalnej. Senior, poza dostępem do opieki zdrowotnej, ma prawo do usług środowiskowych i socjalnych pod różnymi postaciami, jednakże nadal ma to kontekst usługowy. Standard pracy socjalnej z osobami starszymi koncentruje się w większości na aspekcie społecznym/ socjalnym, poszerza i uszczegóławia Kartę Standardów Osoby Starszej. Karta i Standardy Opieki Socjalnej zajmują się tym, kto ma być zaopiekowany i tym, co jest po jego stronie, a co należy uwzględnić, by ta opieka była możliwa.

Z takiego „rozumienia” zdefiniowania, kim jest osoba starsza, wynika sposób określenia przez kogo opieka geriatryczna powinna być sprawowana. Mianowicie przez interdyscyplinarny zespół złożony z następującego personelu medycznego: lekarzy geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych, rehabilitantów, psychologów, ale również personelu niemedycznego: wolontariuszy, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych, opiekunów czy asystentów osób starszych. Zdaniem Kerr i wsp. [10] ten personel należałoby szkolić z uwzględnieniem specyfiki opieki nad osobami starszymi i zgodnie z obowiązującymi standardami. Pracownicy instytucjonalnych zakładów opieki zdrowotnej powinni dążyć do samodzielności swoich podopiecznych. Aktywizacja powinna zmierzać do sprawnego, twórczego i aktywnego funkcjonowania człowieka. Budowanie relacji międzyludzkich między personelem a podopiecznym powinno się opierać na poszanowaniu godności podopiecznego, zachowaniu reguł zdrowego rozsądku, spontaniczności we wzajemnej komunikacji i działaniu, poczuciu humoru, cierpliwości i wzajemnej wyrozumiałości. Rodzina i osoby bliskie choremu powinny być zachęcane i włączane do uczestnictwa w procesie pielęgnacyjno-opiekuńczym, dlatego też ważne jest stałe informowanie rodziny o wszystkich wydarzeniach życia podopiecznego, uczestniczenie rodziny we wspólnych przedsięwzięciach i aktywnościach. Zadania opiekunów osób starszych powinny mieć charakter wspierający, gdzie wsparcie jest specyficzną formą pomocy, która zakłada emocjonalne zaangażowanie się osoby wspierającej i jej życzliwość wobec osoby wspieranej [11].

Holistyczne podejście do pacjenta obejmuje także edukację rodziny i/lub opiekunów w zakresie zasad opieki nad pacjentem w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia i związanej z tym niesprawności. Natomiast holistyczna opieka geriatryczna w okresie terminalnym powinna zapewnić komfort psychiczny i fizyczny umierającemu pacjentowi. Pozwala również przygotować rodzinę czy opiekunów do bycia z pacjentem w ostatnim okresie jego życia.

Postulaty uwzględnienia specyfiki opieki nad osobami starszymi, zapewnienie im komfortu psychicznego, z czasem przygotowanie rodziny do bycia z osobą starszą w ostatnim okresie jej życia są możliwe do spełnienia pod warunkiem próby zrozumienia, na jakim etapie życia jest osoba starsza i jak on może przebiegać w zależności od historii jej życia i relacji z bliskimi.

Wskazania dotyczące opieki nad osobami starszymi de facto odnoszą się przede wszystkim do sposobu opieki, a pomijają fakt, iż jest ona sprawowana przez kogoś

i w stosunku do kogoś. Korsch i Harding owo zapomnienie zasygnalizowali, pisząc, że pacjent spotyka się z profesjonalistą, który zapomniał, że jest człowiekiem i z człowiekiem pracuje. Owo zapomnienie jest też obecne pośrednio w przekonaniach seniorów i słyszalne w rozmowach personelu medycznego. Z jednej strony, słyszy się często „domy spokojnej starości”, a instytucje świadczące opiekę osobom starszym często postrzegane są przez nich samych, jako „umieralnie”. Wśród seniorów panuje przeświadczenie, że gdy pójdą do szpitala, to już nigdy z niego nie wyjdą. Osoby starsze niechętnie zgadzają się na hospitalizację czy umieszczanie w ośrodkach opiekuńczo–pielęgnacyjno–lecniczych. Z drugiej strony zaś, można usłyszeć żargonowe: „dzisiaj przyjęliśmy dwa wyrostki”, „jutro operujemy dwa biodra”. W tym kontekście opinia, iż „trafić do szpitala, to jakby znaleźć się na pasie transmisyjnym, który przerzuca nas błyskawicznie do sterylnej krainy niepewności i lęku” [12] – nie powinna być zaskakującą.

Kim jest osoba starsza? Jak seniorzy postrzegają samych siebie? Kim są w oczach młodszego pokolenia? Ważne jest, w jakim kontekście udzielana jest odpowiedź na tak sformułowane pytania. Starzenie się jest naturalnym procesem w życiu człowieka i coraz rzadziej akceptowalnym społecznie i kulturowo. To młodość jest afirmowanym okresem życia. Sposób postrzegania człowieka staroego nie jest dla niego przychylny, jest wręcz negatywny. Starość postrzegana jest przede wszystkim przez pryzmat fizyczności, ułomności, ograniczeń, a na końcu nieuniknionej śmierci. Sami ludzie starsi zdają sobie sprawę, że są postrzegani, jako słabi, uciążliwi, niepotrzebni, nieatrakcyjni [13]. Starość kojarzy się ze śmiercią i dlatego obarczona jest melancholią, smutkiem i przygnębieniem. Każdy zdaje też sobie sprawę, że w starości musi zmierzyć się z licznymi niedogodnościami, postępującą niepełnosprawnością w wielu dziedzinach życia [14].

W o wiele mniejszym stopniu obecny jest pryzmat doświadczeń życiowych, umiejętność życia. „Człowiek zajęty najmniej jest zdalny do życia, ponieważ żadna umiejętność nie jest trudniejsza niż umiejętność życia. Biegłych w innych umiejętnościach jest wszędzie wielu, niektóre z nich nawet młodzi opanowali do tego stopnia, że i sami mogliby innych nauczać. Żyć jednak trzeba się uczyć przez całe życie, a czym zapewne jeszcze bardziej się zdziwisz, przez całe życie trzeba się uczyć umierać” [15]. Tym samym człowiek dowiadyuje się, czym jest życie, właściwie wtedy, gdy dobiega ono końca.

W literaturze przedmiotu badacze koncentrują się głównie na negatywnych aspektach/ postawach wobec starości, ukazując starość, jako smutny i pełen bezradności okres w życiu człowieka [16]. W świadomości społecznej utrwaliło się przekonanie, iż rozwój człowieka osiąga swój szczytowy zakres między 30. a 40. rokiem życia, a potem, w sposób nieodwracalny i nieunikniony, zmierza ku bezwartościowości starości. Za jeden z najbardziej szkodliwych stereotypów dotyczący osób starszych uznaje się stereotyp infantyilizacji, który polega na przekonaniu, że osoby starsze są jak dzieci, ich zdolności – zarówno fizyczne, jak i umysłowe są obniżone. To przekonanie pociąga za sobą kolejne, szczegółowe, np., że do

osób starszych należy zwracać się prostymi, mało skomplikowanymi zdaniami, nie traktować tego, co mówią zupełnie poważnie itp. [17]. Starość może być pięknym, pełnym wdzięczności okresem życia, pod warunkiem, że człowiek zostawia za sobą spełnione życie – pełne satysfakcji i godności. Starość może być jednocześnie czasem smutku, poczucia osamotnienia i beznadziejności – gdy brakuje poczucia sensu życia i celu. Sposób przeżywania swojej starości zależy m.in. od własnej historii życia, co w literaturze przedmiotu obecne jest w stwierdzeniu, że „wyrasta z poprzednich faz rozwojowych” [16]. Co więcej, zgodnie z myślą Eriksona, w każdym kolejnym etapie życia są obecne jednocześnie wszystkie istotne dla człowieka problemy [18]. Ostatni etap życia, to czas, gdy człowiek dokonuje bilansu życia, odpowiada na pytanie, w jakim stopniu jego życie było udane, sensowne, szczęśliwe. Dotyczy wybieranych i realizowanych wartości, relacji z bliskimi, spełnionych szans, porażek. Z jednej strony obejmuje zatem to, co człowiek skłonny jest określić, jako wartościowe, korzystne, dające poczucie szczęścia, z drugiej strony zaś – porażki, trudne wydarzenia, cierpienie, krzywdy (te doznane i te wyrządzone), niespełnione pragnienia i to, co odbierało radość życia [19]. W tle bilansu coraz silniejsza jest świadomość zbliżającej się śmierci, która będzie jakimś końcem świata. Jednocześnie człowiek „musi jednak oswoić się z myślą, że będzie ona jedynie końcem jego świata. Być może zainteresuje kilku najbliższych. Świat będzie biegł swoimi torami” [20]. Pozytywny bilans niesie ze sobą integrację, mądrościowe uogólnienia, zadowolenie i przekonanie o sensie życia, które zbliża się do końca. Bilans negatywny prowadzi do przeświadczenia o stracie, przegranym życiu, w efekcie wywołuje złość za podjęte decyzje, rozgoryczenie i rozpacz, wynikającą z braku czasu na zmianę, niezgody na własną skończoność. Bilans życia jest sprawą tak ważną, zwłaszcza u jego kresu, że kiedy wypada negatywnie, rzutuje na całościową ocenę jakości i wartości życia. Rozpacz wynikająca z oceny życia, jako straconego, powoduje tragiczną sytuację egzystencjalną [20]. Brak uwzględnienia perspektywy etapu życia osób starszych właściwie wyklucza możliwość choćby próby ich zrozumienia.

Opiekunowie i ludzie zawodowo pomagający osobom starszym często postrzegają swoich podopiecznych, jako: przygnębiających, zniedołężniałych, trudnych, nieelastycznych, a sami doświadczają braku satysfakcji z leczenia, frustracji, złości i bezsilności, wynikającej z braku pożądaných efektów [17]. Opieka nad osobami starszymi to praca o specyficznym charakterze, niezwykle wymagająca. Wielochorobowość i związana z nią wielolekowość, utrudniają diagnostykę i leczenie starszych pacjentów. Specyfika sposobu chorowania – a co za tym idzie – procesu diagnostycznego i leczenia, niosą ze sobą konieczność zespołowej współpracy praktyków różnych dyscyplin medycznych i paramedycznych, a także współudział rodziny. Podejmowane działania mają umożliwić rozpoznanie możliwie wszystkich problemów zdrowotnych, środowiskowych i socjalnych pacjenta; planowanie terapii z ustaleniem jej priorytetów, kolejności rozwiązywania problemów z uwzględnieniem opinii pacjenta albo jego opiekuna; kwalifikację bądź dyskwalifikację do zabiegów

operacyjnych; racjonalizację farmakoterapii celem zapobiegania występowaniu geriatrycznych zespołów jatrogeicznych; planowanie i koordynowanie leczenia farmakologicznego z terapią pozafarmakologiczną; planowanie opieki długoterminowej; współpracę lekarza rodzinnego z geriatrą; wyrównanie zaburzeń funkcjonalnych oraz racjonalizację kosztów leczenia uwzględniając najlepsze efekty terapii i jakości życia [21]. To wszystko wymaga olbrzymiego wysiłku i zaangażowania, a dodatkowo rozwiązywania problemów wynikających z funkcjonowania i ograniczeń systemu opieki zdrowotnej. Długoterminowy wysiłek często jest niewspółmierny do efektów potencjalnie osiągalnych. To nieustanna konfrontacja z nieuniknionym procesem starzenia, który jest/ będzie udziałem wszystkich tych, którzy w tym czasie dopiero budują swoje życie rodzinne, zawodowe. To ostatnie często mierzy się skutecznością, efektywnością, awansem, których rozumienie z większości innych miejsc pracy, tu – nie przystaje. Wydaje się zatem, że rozumienie specyfiki etapu życia osób starszych (a przez to również odmienności własnej sytuacji osób sprawujących opiekę) ma szansę z jednej strony wesprzeć wzajemne zrozumienie obu stron relacji, z drugiej zmniejszyć ryzyko poczucia bezradności, nieskuteczności czy braku sprawczości opiekunów. Gotowość tych ostatnich do wysłuchania historii życia osób starszych i wejścia w relację mogłaby być tym, co pomaga w procesie bilansu życia. Świadomość udzielania pomocy w zamykaniu historii życia w sposób, który pozwala (w takim stopniu, w jakim to możliwe w przypadku konkretnej osoby) na integrację, mądrościowe uogólnienia, zadowolenie i przekonanie o sensie życia, może być dla osób sprawujących opiekę doświadczeniem niosącym satysfakcję i poczucie sensu, i ważności własnej pracy.

## PODSUMOWANIE

Standardy opieki nad osobami starszymi niemal całkowicie pomijają jej relacyjny charakter, choć wydaje się on ważnym aspektem. Jeśli mówimy o opiece, to zawsze jest to sytuacja, gdy ktoś opiekuje się kimś, co implikuje asymetryczną relację między dwiema osobami. Relację, w której ktoś troszczy się, dba o tego, kto jest w niej słabszy. Instytucjonalny charakter tej opieki nie zmienia faktu, iż ostatecznie ma ona miejsce w relacji. Każda relacja, by była dobrą, winna się opierać na wymianie, obie strony powinny zarówno dawać jak i brać. Dzięki temu każda relacja może być w pewien sposób symetryczna, zachowywać równowagę. Tylko w sytuacji wymiany i wspomnianej równowagi owa relacja ma szansę być satysfakcjonującą dla obu stron. Słuchając historii życia, towarzysząc w cierpieniu osobom starszym, człowiek otrzymuje szansę uczenia się tego, co ważne w życiu (słuchając: czego żałując; co wspominają z radością; co sprawia, że mogą powiedzieć, że są szczęśliwi, a co powoduje, że powiedzieć tego nie mogą). W kontakcie z osobą starszą można uczyć się starzenia, umierania i życia, bo jak mówi Gadacz – ze śmierci powinniśmy uczyć się o życiu [22]. Gdyby się temu przyrzec z uważnością, to może się okazać, że dostać można, co najmniej tyle samo, ile się daje. Żeby to zauważyć konieczne jest w relacji poznanie i próba wzajemnego zrozumienia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Szerbińska K. Wybrane modele opieki geriatrycznej na świecie. *Służba Zdrowia*; 3–14 sierpnia 2000, 61–64; s. 2954–2957. <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/html/more2954i.php>. Dostęp 03.10.2016 rok.
2. Bień B. Lekarz rodzinny „geriatrą pierwszej linii”. *Polska Medycyna Rodzinna*. 2002; 4(2): 171–176.
3. Derejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska–Sowińska A i wsp. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. *Gerontologia Polska*. 2005; 13(2): 67–83.
4. Grodzicki T. Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia. Projekt przygotowany przez Zespół ds. Geriatrii, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 roku.
5. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrii z dnia 26.05.2010 rok: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=015195>. Dostęp 03.10.2016 rok.
6. Bień B, Błędowski P, Broczek K i wsp. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*. 2013; 21(2): 33–47.
7. Pędich W. „Karta Standardów Osoby Starszej” – w X rocznicę jej uchwalenia. *Gerontologia Polska*. 2007; 15(1–2):1–6.
8. Staręga–Piasek J, Balon K, Rutkiewicz G i wsp. Standard pracy socjalnej z osobami starszymi. Standard w Pomocy opracowany przez Zespół ekspercki do Spraw osób starszych. Wersja robocza z 27.05.2011 roku.
9. Staręga–Piasek J, Balon K, Rutkiewicz G. i wsp. Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania. Standard w Pomocy opracowany przez Zespół ekspercki do Spraw osób starszych. Wersja robocza z 01.06.2011 roku.
10. Kerr D, Wilkinson H. Jak zapewnić osobom starszym dobrą opiekę nocną. Praktyczne metody do wykorzystania w klinikach i domach opieki. Warszawa: Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna; 2013.
11. Zboina B, Ślusarska B. Wybrane aspekty opieki długoterminowej. *Ostrowiec Świętokrzyski: Wydawca Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”*; 2009.
12. Dobska M. Dehumanizacja usług medycznych oraz przywracanie symetryczności relacji w kontaktach profesjonalista – pacjent. *Handel wewnętrzny*. 2015; 3 (356); s. 24–36. [w:] Korsch BM, Harding C. Świadomy pacjent. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka; 1999, s. 154–157.
13. Stefaniak–Hrycko A. Stare kobiety: problemy z rolą i tożsamością. *Teksty Drugie*. 2006; 3: 202–210.
14. Miszczak E. Aktywność seniorów sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom procesu starzenia się. [w:] Kałuża D, Szukalski P. (red.): *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*. Łódź: Uniwersytet Łódzki; 2010, s. 24–33.
15. Seneka LA. *Dialogi*, tłum. Joachimowicz L. Warszawa; 1989, s. 144–145.
16. Kijak RJ, Szarota Z. Starość. Między diagnozą a działaniem. Koordynacja na rzecz aktywnej integracji. Warszawa; 2013.
17. Kołodziej W. Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku. [w:] Steuden S, Marczuk M. (red.): *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2006, s. 91–102.
18. Brzezińska A. *Spółeczna psychologia rozwojowa*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2000.
19. Oleś KP. *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2015.
20. Gadacz T. *O umiejętności życia*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2003.
21. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka–Paszko J, Szczygieł J. Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontologia Polska*. 2008;16(3): 149–159.
22. Gadacz T. „Śmierć pomaga żyć ...”. *Polityka*. 44 (2982); 29.10–4.11.2014: <http://jozefitischner.pl/aktualnosci/item/39-smierc-pomaga-zyc.html>. Dostęp 23.11.2016 rok.

Praca przyjęta do druku: 29.11.2016

Praca zaakceptowana do druku: 29.12.2016