

Wybrane aspekty opieki geriatrycznej w opinii osób starszych oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa w kontekście dyskusji na temat ageizmu w sektorze opieki zdrowotnej

Selected aspects of geriatric care in the opinion of the elderly and students of medicine and nursing, discussion on ageism in the health care sector

Bernadeta Jędrzejkiewicz

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie

Beata Dobrowolska

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Boris Miha Kaučič

Wyższa Szkoła Zawodowa w Celje, Wydział Pielęgniarstwa, Celje, Słowenia

Streszczenie

Wstęp. Dyskryminacji ze względu na wiek można doświadczyć w każdej dziedzinie życia. Szczególnie naganne jest, kiedy wiek staje się przyczyną braku szacunku oraz przeszkodą w dostępie i korzystaniu z ogólnodostępnych dóbr czy usług, jak podstawowa i specjalistyczna opieka medyczna. **Cel.** Analiza wybranych aspektów realizowania opieki geriatrycznej w opinii osób starszych oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa w kontekście dyskusji na temat zjawiska ageizmu. **Materiał i metody.** Wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego, przeprowadzono badania ankietowe wśród 80 osób powyżej 65 roku życia (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku) oraz 100 studentów kierunków medycznych. **Wyniki.** Zdecydowana większość respondentów przyznaje, że nie była nigdy pytana przez lekarza rodzinnego o występowanie wielkich zespołów geriatrycznych (nietrzymanie moczu, upadki, problemy z pamięcią). Dwie na pięć badanych osób starszych deklaroowało, że lekarz rodzinny nie badał ich podczas wizyty, której celem było wystawienie recepty, a połowa respondentów doświadczyła, iż lekarz tłumaczył ich dolegliwość starością. Większość seniorów (70,2%) była zdania, że opieka pielęgniarska była zapewniona na wystarczającym poziomie. Jednak, tylko 39,3% badanych uważa, że pielęgniarki poświęcają wystarczającą ilość czasu osobom starszym. Niemal wszyscy studenci kierunków medycznych uznali, że pacjenci w podeszłym wieku wymagają szczególnej opieki. Ponad połowa studentów nie wyraża chęci pracy z osobami starszymi w przyszłości. **Wnioski.** Brak badania seniorów pod kątem specyficznych dla osób starszych wielkich problemów geriatrycznych oraz tłumaczenie ich dolegliwości wiekiem może sugerować obecność zjawiska ageizmu w opiece zdrowotnej. Fakt ten, rozpatrywany łącznie z danymi mówiącymi, że przyszli lekarze (rzadziej pielęgniarki) nie wyrażają zainteresowania pracą z osobami w podeszłym wieku, wymaga podjęcia kompleksowych działań, pośród których istotne znaczenie mają specjalistyczne szkolenia przed i podyplomowe. (Gerontol Pol 2015, 4, 143-58)

Słowa kluczowe: opieka geriatryczna, ageizm, osoby w podeszłym wieku, studenci medycyny, studenci pielęgniarstwa

Abstract

Introduction. Age-based discrimination can be experienced in various areas of life. It is particularly reprehensible when it becomes a cause of disrespect and creates barriers in the access and use of public goods and services, such as primary and specialist medical care. **Aim.** Analysis of selected aspects of geriatric care in the opinion of the elderly and students of medicine and nursing in the context of the discussion on the phenomenon of ageism in health care. **Material and methods.** The study was conducted in 2015 among 80 elderly persons (over 65 years of age, students of the University of the Third Age) and 100 medical university students (50 studying nursing and 50 studying medicine). **Results.** Vast majority of the elderly respondents admitted that they had never been asked by their GPs about the occurrence of the geriatric giants (e.g. urinary incontinence, falls, memory problems). Two out of five respondents stated that their GP did not examine them during a visit aimed at prescribing medication, and half of the respondents were told that their ailments were a result of senility. Most seniors (70.2%) felt that nursing care was provided at a sufficient level. However, only 39.3% of seniors believed

that nurses devoted sufficient amount of time to them. Almost all the students surveyed concluded that elderly patients require special care. However, more than half of the students were unwilling to work with the elderly in the future. **Conclusions.** Not testing seniors for specific to the elderly geriatric giants and attributing their ailments to age may suggest the presence of ageism in health care. This fact, taken together with data indicating that future doctors (less often nurses) do not express interest in working with the elderly requires complex action, among which specialized undergraduate and postgraduate trainings play an important role. (*Gerontol Pol* 2015, 4, 143-58)

Key words: geriatric care, ageism, the elderly, medical students, nursing students

Wstęp

Pomimo ogromnego wzrostu zapotrzebowania na opiekę geriatryczną, nadal nie ma ona swojego silnego miejsca w rodzimym systemie ochrony zdrowia [1]. Doniesienia z badań pokazują, że zarówno w opinii osób młodych, jak i osób starszych, szacunek dla seniorów we współczesnym społeczeństwie nie jest wysoki [2-4]. Zjawisko to pod różnymi postaciami obecne jest także w sektorze opieki zdrowotnej [5,6]. Według badań CBOS z 2009 roku, o życzliwości w stosunku do seniorów w placówkach służby zdrowia mówi tylko 38% badanych Polaków, obojętność i brak zainteresowania seniorami widoczna jest dla 39% ankietowanych, a niechęć wobec osób starszych zauważa aż 15% respondentów [3].

Pojęcie *wiekizm* (ang. *ageism*) zostało po raz pierwszy użyte przez Roberta Butlera, szefa Amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starości i Starzenia się, w 1969 roku. Butler uznał wiekizm za formę fanatyzmu polegającą na niechęci do starości oraz dyskryminowanie ludzi z tego powodu, iż są starzy [7,8].

Szukalski [7] jako dwa podstawowe źródła ageizmu wymienia przyczyny kulturowe, kiedy uprzedzenia do osób starszych wynikają ze strachu przed śmiercią i fizyczną starością oraz strukturalne, kiedy pojawiające się zmiany np. w gospodarce powodują spychanie na margines osób starszych z powodu nienadążania za zmianami technologicznymi czy organizacyjnymi. Do przejawów ageizmu wyliczonych przez Szukalskiego należą m.in. [7]:

- niedostrzeżenie – brak zwracania uwagi na osoby starsze w miejscach publicznych, brak ofert rynkowych kierowanych dla seniorów;
- lekceważenie – uznawanie opinii, wartości, przekonań osób starszych za mniej istotne i ważne niż ludzi młodych;
- ośmieszanie – wyolbrzymianie, karykaturalne przekształcanie problemów ludzi starszych;
- nadopiekuńczość – wyręczanie osoby starszej w prostych czynnościach, traktowanie seniora „jak dziecko”;
- protekcyjność – traktowanie seniora jako osoby niezdolnej do funkcjonowania bez pomocy, co często wzmaga bezradność i doprowadza do infantyliacji osoby starszej;

- zaniedbanie – pomijanie ważnych potrzeb czy praw seniorów;
- segregacja – oddzielenie osób starszych od reszty społeczeństwa, czemu często towarzyszy izolacja społeczna;
- nadużycia – np. finansowe, prawne, czy nawet cielesne;

Cel pracy

Celem pracy była analiza wybranych aspektów realizacji opieki geriatrycznej w opinii osób starszych oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa w kontekście dyskusji na temat zjawiska ageizmu w sektorze opieki zdrowotnej.

Materiał i metody

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i przeprowadzono badania ankietowe wśród 80 osób (100%) powyżej 65 roku życia (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku) oraz 100 studentów kierunków medycznych (100%) (50 – medycyna; 50 – pielęgniarstwo).

Do badań wykorzystano dwa narzędzia badawcze: *Kwestionariusz badania zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród osób starszych* oraz *wśród studentów* autorstwa Sylwii Kropińskiej [6]. Narzędzia zaadoptowano do celów pracy, dodając pytania dotyczące opieki pielęgniarstwa. Na wykorzystanie narzędzi badawczych uzyskano zgodę autorki. Badania zrealizowano po akceptacji Komisji Bioetycznej przy UM w Lublinie. Numer zgody: KE-0254/288/2014. Każdy respondent zaproszony do udziału w badaniu został poinformowany o celu badań oraz zapewniony o całkowitej anonimowości przebiegu procesu badawczego i zgromadzonych danych, jak również o możliwości wycofania się z udziału w badaniach na każdym etapie ich trwania.

Analizę statystyczną wykonano przy pomocy programu IBM SPSS Statistics. Posłużono się testem Chi-2. Przy poziomie istotności $p < 0,05$ uznano zależność za istotną statystycznie, przy $p < 0,01$ uznano zależność za wysoce istotną statystycznie.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

W grupie seniorów zdecydowaną większość stanowiły kobiety, mieszkańcy miasta w wieku 65-70 lat oraz osoby z wykształceniem wyższym. Wśród badanych studentów przeważały kobiety i mieszkańcy miasta w wieku 23 lat. 50% respondentów z tej grupy studiowało pielęgniarstwo a 50% medycynę. Szczegółowe dane socjodemograficzne respondentów przedstawia tabela I.

Opinia seniorów na temat wybranych elementów opieki lekarskiej

Połowa badanych osób starszych (50%) usłyszała, że powodem ich dolegliwości jest ich wiek. Wykazano zależność między wykształceniem pacjenta a jego deklaracją na ten temat. Im niższe wykształcenie, tym więcej respondentów deklaruje, że lekarz tłumaczył ich dolegliwości starością ($p = 0,004$). Zjawisko to dotyczy w zdecydowanej większości mężczyzn ($p = 0,004$) aniżeli kobiet (odpowiednio: 78,9%, 40,7%).

U 61,3% starszych respondentów przed wypisaniem recepty nie przeprowadzono badania lekarskiego. Po analizie opinii w tej kwestii okazało się, że badanie pacjenta przed wypisaniem recepty jest częściej przeprowadzane u pacjentów z najstarszej grupy wiekowej i wraz z wiekiem rośnie ($p = 0,001$).

Blisko 1/3 osób starszych (27,3%) wskazała, że lekarz rodzinny pytał ich o to, czy mają problem z nietrzymaniem moczu. Posiadanie takiego problemu deklarowało 21,1% badanych (tabela II).

Problem z pamięcią deklarowało 37,7% seniorów, jednak tylko 17,9% badanych zostało o to zapytanych przez

lekarza. 18,7% samodzielnie zgłosiło problem, a tylko 6,5% miało kiedykolwiek wykonane badania oceniające pamięć. Jednocześnie, im starsi pacjenci, tym częściej deklarowali, że lekarz pytał ich o występowanie problemów z pamięcią ($p = 0,017$) (tabela III).

Tabela II. Wielkie zespoły geriatryczne – nietrzymanie moczu

Table II. Geriatric giants – urinal incontinence

Czy ma Pani/Pan problem z nietrzymaniem moczu?	
TAK	21,1%
NIE	78,9%
Czy lekarz rodzinny pytał czy ma Pani/pan problem z nietrzymaniem moczu?	
TAK	27,3%
NIE	72,7%

Tabela III. Wielkie zespoły geriatryczne – problemy z pamięcią

Table III. Geriatric giants – memory problems

Czy ma Pani/Pan problemy z pamięcią?	
TAK	37,7%
NIE	62,3%
Czy lekarz rodzinny pytał czy ma Pani/Pan problemy z pamięcią?	
TAK	17,9%
NIE	82,1%
Czy lekarz rodzinny wykonał kiedykolwiek Pani/Panu badania (testy) oceniające pamięć?	
TAK	6,5%
NIE	93,5%
Czy zgłaszał/a Pani/Pan problem z pamięcią lekarzowi?	
TAK	18,7%
NIE	81,3%

Tabela I. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Table I. Sociodemographic characteristics of respondents

	Osoby starsze			Studenci		
Płeć	kobiety	61	76,3%	kobiety	75	75%
	mężczyźni	19	23,7%	mężczyźni	25	25%
Wiek	65 - 70 lat	36	45%	22 lata	14	14%
	71 - 75 lat	19	23,8%	23 lata	46	46%
	76 - 80 lat	14	17,5%	24 lata	28	28%
	81 - 85 lat	8	10%	pow. 24 lat	12	12%
	86 - 90 lat	3	3,8%			
Wykształcenie/kierunek studiów	wyższe	44	52,5%	pielęgniarstwo medycyna	50	50%
	średnie	25	33,8%			
	zasadnicze zawodowe	10	12,5%			
	podstawowe	1	1,3%			
Miejsce zamieszkania	miasto	77	96,3%	miasto	67	67%
	wieś	3	3,8%	wieś	33	33%

O upadki pytanych było przez lekarza rodzinnego 9,1% starszych pacjentów, podczas gdy w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz przewróciło się 14,3% badanych. Tylko 6,8% badanych zgłosiło ten problem lekarzowi i jedynie u 6,6% seniorów ryzyko upadków zostało ocenione. Szczegółowe dane przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Wielkie zespoły geriatryczne – upadki

Table IV. Geriatric giants - falls

Czy upadł/a Pani/Pan w ciągu ostatniego roku?	
TAK	14,3%
NIE	85,7%
Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał Panią/Pana o upadki?	
TAK	9,1%
NIE	90,9%
Czy zgłaszał/a Pani/Pan upadek lekarzowi?	
TAK	6,8%
NIE	93,2%
Czy lekarz oceniał kiedykolwiek ryzyko upadków?	
TAK	6,6%
NIE	93,4%

Opinia seniorów na temat wybranych elementów opieki pielęgniarskiej

Co trzeci badany (33,8%) w ciągu ostatniego roku przebywał w szpitalu lub innej placówce opiekuńczej. Większość ankietowanych seniorów (70,2%) była zdania, że miało zapewnioną opiekę pielęgniarską na wystarczającym poziomie. Seniorzy twierdzą ponadto, że wiek pacjenta ma wpływ na jakość opieki i zachowanie

personelu pielęgniarskiego (65%). 59% badanych deklaroowało, iż otrzymało wystarczające wsparcie emocjonalne ze strony pielęgniarek. Większość seniorów (87%) wskazała, że pielęgniarki zapewniły im warunki intymności podczas wykonywania toalety. Jednak tylko 40% osób starszych było zdania, że pielęgniarki wykazały się cierpliwością podczas pomocy w spożywaniu posiłków; i tylko 39% seniorów stwierdziło, że pielęgniarki poświęcają wystarczającą ilość czasu osobom starszym. Dodatkowo, 4% badanych podało, że pielęgniarka zwróciła się do nich używając słów „babciu/dziadku”, a jedna osoba (1,4%) przyznała, że pielęgniarka użyła względem niej słów wulgarnych.

Studenci medycyny i pielęgniarstwa a opieka geriatryczna

W opinii 97% studentów medycyny i pielęgniarstwa, seniorom należy zapewnić szczególną opiekę. Jednocześnie 81% ankietowanych studentów uważa, że ta opieka nie jest wystarczająca.

Blisko połowa badanych studentów (48%) wyraża chęć pracy z osobami starszymi w przyszłości; zdecydowanie więcej studentów pielęgniarstwa (61,5%) niż medycyny (36%), i jest to zależność istotna statystycznie ($p = 0,005$).

Analiza odpowiedzi studentów na pytanie otwarte proszące o uzasadnienie braku chęci pracy z osobami starszymi w przyszłej praktyce zawodowej polegała na pogrupowaniu odpowiedzi w główne kategorie tematyczne i została zawarta w tabeli V.

Tabela V Uzasadnienie studentów braku zainteresowania pracą z osobami starszymi w przyszłości

Table V Explanations of students who are not interested in work with the elderly in their future medical practice

Kategorie odpowiedzi	Studenci medycyny	Studenci pielęgniarstwa
	n	n
Chęć pracy z dziećmi lub osobami młodszymi	5	6
Chęć pracy z osobami w różnym wieku, nie tylko starszymi	1	-
Inne plany na przyszłość zawodową i wybór specjalizacji	6	2
Brak określonych cech do pracy z osobami starszymi (głównie cierpliwości)	5	6
Praca z osobami starszymi jest trudna, wymaga dużego wysiłku fizycznego i psychicznego	4	3
Określone cechy osób starszych (osoby starsze są problematyczne, trudność we współpracy, trudności z komunikacją)	1	1
Brak efektów terapeutycznych, możliwości wyleczenia	4	-
Brak możliwości rozwoju	1	-
Inne, jak np. „nie jestem zainteresowany(a)”, „nie lubię”, „nie da mi to satysfakcji”, „nie chcę pracować ze starszymi osobami”, „szkoda czasu”	7	3

*liczba kategorii nie odpowiada liczbie odpowiadających studentów, gdyż studenci w jednej odpowiedzi podawali czasem kilka powodów.

Omówienie

Tzw. wielkie zespoły geriatryczne (ang. *geriatric giants*), charakterystyczne dla pacjentów w podeszłym wieku, obniżają sprawność funkcjonalną i negatywnie wpływają na jakość życia osób starszych. Możemy do nich zaliczyć m.in. nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia mobilności i upadki, niedożywienie, zaburzenia wzroku i słuchu, problemy z pamięcią oraz depresję [9,10]. W celu określenia ryzyka występowania tych problemów medycznych lub ich nasilenia oraz celem ustalenia priorytetów w opiece nad pacjentem starszym zaleca się wdrażanie Kompleksowej Oceny Geriatrycznej (KOG) [11-13]. W badaniach własnych, 72,7% osób starszych przyznało, że nigdy nie było pytanych przez lekarza rodzinnego o występowanie nietrzymania moczu; 82,1% badanych seniorów nie zapytano o problemy z pamięcią, a 90,9% respondentów lekarz nigdy nie zapytał o upadki. Podobne wyniki w swoich badaniach uzyskała Kropińska, w których 75,5% seniorów nie pytano o występowanie nietrzymania moczu; 83,5% nie zapytano o problemy z pamięcią; a 83,2% lekarz nie zapytał o występowanie upadków [6]. Istnieje wiele testów, które można wykonać celem oceny zagrożenia m.in. upadkami (np. test Tinetti), czy problemami z pamięcią (np. Skrócony Test Sprawności Umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), test MiniCog, test Mini Mental State Examination (MMSE)) [12]. Pomijając dyskusje na temat wad i zalet wymienionych testów, stanowią one, obok wielu innych stosowanych skal, sprawdzony sposób badania przesiewowego identyfikującego problemy pacjenta, które wymagają działania [11,14]. W badaniach własnych, 93,5% seniorów nie miało wykonanych żadnych testów oceniających pamięć; zaś u 93,4% badanych nie dokonano oceny ryzyka upadków. Faktem jest, że większość respondentów nie zgłaszała lekarzowi problemów z pamięcią i mobilnością. Jednak z drugiej strony, aż 37,7% ankietowanych seniorów zadeklarowało, że ma problem z pamięcią, a 14,3% badanych przyznało się do upadku w ciągu ostatniego roku. Wczesne wykrycie i zdiagnozowanie tych zaburzeń pozwala wdrożyć właściwe postępowanie i na dłużej utrzymać sprawność funkcjonalną pacjentów [11].

Ankietowani seniorzy w 50% przypadków usłyszeli w gabinecie lekarza rodzinnego, że powodem ich dolegliwości jest podeszły wiek. Częściej osoby z wykształceniem niższym ($p = 0,004$) i częściej w grupie mężczyzn ($p = 0,004$). U 61,3% respondentów przed wypisaniem recepty nie przeprowadzono badania lekarskiego. Takie badanie jest przeprowadzane częściej u pacjentów z najstarszej grupy wiekowej i wraz z wie-

kiem rośnie ($p = 0,017$). W badaniach Kropińskiej grupa pacjentów, która podała, że lekarz tłumaczył ich dolegliwości wiekiem jest mniejsza i wynosi 22% badanych. Podobnie mniej seniorów wskazało na brak badania przed wypisaniem recepty - 42,6% badanych [6]. Biorąc pod uwagę zjawisko wielolekowości wynikające z charakterystycznej dla pacjentów w podeszłym wieku wielochorobowości, jak również tendencje pacjentów do samoleczenia i przyjmowania leków na własną rękę, brak badania przed wypisywaniem recepty może skutkować poważnymi komplikacjami zdrowotnymi wynikającymi m.in. z interakcji między lekami. Nieprzeprowadzenie badania pacjenta przed wypisaniem recepty na lek jest dlatego traktowane jako jeden z poważniejszych błędów w farmakoterapii geriatrycznej [15,16].

Badani seniorzy podali, że opieka pielęgniarska była realizowana na wystarczającym poziomie (70,2%). W innych badaniach [17], osoby starsze wysoko oceniły opiekę realizowaną przez pielęgniarki (71,69%). Jednak kiedy pytamy o wybrane elementy tej opieki, np. cierpliwość podczas pomagania w spożywaniu posiłków, udzielanie wsparcia emocjonalnego, ilość czasu poświęcanego osobom starszym, opinia seniorów w znacznym odsetku wyrażona jest w kategoriach negatywnych. Specyfika opieki medycznej nad seniorami wynika m.in. z faktu, że pacjenci starsi, podobnie jak przewlekle chorzy, potrzebują więcej czasu, zwracają uwagę na obecność, rozmowę i wsparcie [18,19]. Zmiana priorytetów powinna być związana ze zmianą rozwiązań systemowych i organizacyjnych w opiece zdrowotnej nad pacjentami w wieku podeszłym, m.in. w zakresie obsad pielęgniarstwa.

W opinii 97% badanych studentów medycyny i pielęgniarstwa seniorom należy zapewnić szczególną opiekę. W badaniach Kropińskiej, 89,7% studentów uważa podobnie [6]. Jednocześnie, zarówno w badaniach własnych, jak i w badaniach Kropińskiej [6], zdecydowana większość studentów uznała, że ta opieka jest niewystarczająca (81% studentów w badaniach własnych i 83,3% studentów w badaniach Kropińskiej). Badani w Norwegii lekarze i pielęgniarki zdają sobie sprawę z potrzeb pacjenta w podeszłym wieku oraz specyfiki opieki, jaka powinna mu być zagwarantowana. Jednak, podobnie jak w opinii studentów, w badaniach własnych widzą, że opieka, którą pacjent otrzymuje, z różnych przyczyn nie spełnia tych kryteriów [18].

Tendencje demograficzne i wzrost liczby osób starszych w oczywisty sposób zwiększa zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną. Jednak zainteresowanie ankietowanych studentów kierunków medycznych pracą z osobami starszymi nie jest duże. Tylko 48% badanych złożyło taką deklarację. Więcej studentów pielęgniarstwa

niż medycyny (odpowiednio: 61,5% i 36%) ($p = 0,005$). W badaniach Kropińskiej [6] ten odsetek jest jeszcze mniejszy - 16,6% studentów pielęgniarstwa i fizjoterapii wyraziło chęć pracy w przyszłości z osobami starszymi. Podobny trend jest widoczny także wśród studentów studiów medycznych za granicą [4]. W przyszłości może to oznaczać problem z odpowiednią liczbą personelu medycznego zainteresowanego pracą w dziedzinie geriatry.

Analiza odpowiedzi studentów uzasadniających brak zainteresowania pracą z osobami starszymi w ich przyszłej praktyce zawodowej pokazała dwie główne tendencje. Po pierwsze, studenci odpowiadali w kategoriach pozytywnych, np. inne plany na swoją przyszłość zawodową, czy chęć pracy z dziećmi. Po drugie, w kategoriach negatywnych, np. brak pewnych cech predestynujących do pracy z osobami starszymi, brak widocznych efektów terapeutycznych w opiece nad seniorami, czy brak chęci pracy z osobami starszymi. Ta druga tendencja stanowi wyzwanie dla edukacji zarówno przed jak i podyplomowej, a jednym z jej celów powinna być eliminacja stereotypów w postrzeganiu geriatry oraz zmiany postrzegania istoty medycyny i pielęgniarstwa.

Badania przedstawiające dane wskazujące na jawny ageizm w opiece medycznej nie należą do rzadkości [19], wiele jest również doniesień pokazujących zjawisko ageizmu ukrytego [5]. Zaprezentowane wyniki ba-

dań własnych wskazują na obecność różnych przejawów ageizmu w opiece medycznej nad seniorami. Można dyskutować nad uwarunkowaniami tej sytuacji, zadając pytanie czy zaniedbania w opiece nad osobami w podeszłym wieku wynikają z błędów systemowych, czy są raczej związane z indywidualnymi postawami personelu sprawującego opiekę nad pacjentem-seniorem [19]. Dlatego zaleca się więcej pogłębionych badań w tym zakresie.

Wnioski

Brak badania seniorów pod kątem specyficznych dla osób starszych wielkich zespołów geriatrycznych oraz tłumaczenie ich dolegliwości wiekiem budzi niepokój i może sugerować obecność zjawiska ageizmu w opiece zdrowotnej. Fakt ten, rozpatrywany łącznie z danymi mówiącymi, że przyszli lekarze (rzadziej pielęgniarki) nie wyrażają zainteresowania pracą z osobami w podeszłym wieku, dosyć często uzasadniając swoje stanowisko w kategoriach negatywnych, wymaga podjęcia kompleksowych działań, pośród których istotne znaczenie mają specjalistyczne szkolenia przed i podyplomowe.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. 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? *Gerontol Pol.* 2008; 16 (3): 149-59.
2. Cybulski M., Krajewska-Kulak E., Jamiolkowski J. Perception of the elderly by youth and seniors in Poland. *Iran J Public Health.* 2015; 44(4): 580-2.
3. CBOS. Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Komunikat z badań BS/157/2009.
4. Chan K.W., Hubbard R.E. Attitudes to ageing and to geriatric medicine. *Turk J Geriatr* 2014; 17(1): 90-94.
5. Pedersen R., Nortvedt P., Nordhaug M., Slettebř A., Grřthe K.H., Kirkevold M. i wsp. In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics.* 2008; 34: 230-5.
6. Kropińska S. Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Praca doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra Geriatry i Gerontologii, Poznań 2013.
7. Szukalski P. Dyskryminacja osób starszych. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny* 2011; nr 5. <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3477/2011-5%20Ageizm.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 29.12.2015].
8. Klimczuk A. Wiekizm jako przeszkoda w budowie społeczeństwa mądrości. W: red. Kobyłarek A. (red.). *Wspólnota i różnica. Interdyscyplinarne studia, analizy i rozprawy.* Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2009. str. 344-360.

9. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe towarzyszące procesowi starzenia się. W: Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A M. (red.). Fizjoterapia w geriatric. Warszawa: PZWL; 2010. str. 12-17.
10. Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyk K. Oblicza starości – przegląd piśmiennictwa. *Psychog Pol.* 2012; 9(2): 77-86.
11. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics* 2010; 4: 247-51.
12. Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. Standardy Postępowania w opiece geriatricznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. *Gerontol Pol.* 2013; 21(2): 33-47.
13. Kamińska M.S. Rola pielęgniarzki rodzinnej w prewencji upadków w grupie pacjentów w wieku geriatricznym. *Fam Med Primary Care Rev.* 2013; 15(1): 21-6.
14. Wysokiński M., Fidecki W., Gębala S. Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. *Gerontol Pol.* 2013; 21(3): 89-97.
15. Książczyna D., Szelał A. Specyfika farmakoterapii pacjentów w podeszłym wieku. *Psychog Pol.* 2013; 10(3): 115-26.
16. Biercewicz M., Szrajda J., Haor B., Kędzióra-Kornatowska K. Polipragmazja istotnym zagadnieniem w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym. *Probl Pielęg.* 2012; 20(1): 102-5.
17. Wróblewska I., Sobik-Niemczynowska B., Błaszczuk J., Chylicka-Jasionowska K., Kurpas D. Opinia pacjentów na temat trudności wieku podeszłego oraz roli opieki pielęgniarzkiej w kształtowaniu zachowań proaktywnych u osób w wieku podeszłym. *Fam Med Primary Care Rev.* 2014; 16, 4: 356-9.
18. Skirbekk H., Nortvedt P. Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budget could cause “ageism” in hospitals. *Health Care Anal.* 2014; 22: 192-201.
19. Gałuszka M. System opieki zdrowotnej w Polsce wobec potrzeb seniorów: priorytety, racjonowanie i dyskryminacja ze względu na wiek. *Przełąd Socjologiczny* 2013; 62(2): 79-109.