

Opinie studentów kierunków medycznych na temat opieki geriatrycznej w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej

The opinions of medical students on geriatric care in selected countries of Central and Eastern Europe

Mateusz Cybulski¹, Łukasz Cybulski², Elżbieta Krajewska-Kułał¹,
Magda Orzechowska¹, Andrzej Szpakow³, Urszula Cwalina⁴

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

² student kierunku Bezpieczeństwo Narodowe, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Polska

³ Zakład Medycyny Sportowej i Rehabilitacji, Grodzieński Uniwersytet Państwowy im. Janki Kupały, Białoruś

⁴ Zakład Statystyki i Informatyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

Streszczenie

Wstęp. Starzenie się społeczeństwa stanowi aktualnie istotny problem w większości krajów na świecie. **Cel pracy.** Celem pracy było poznanie opinii studentów kierunków medycznych na temat funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tj. w Polsce, na Białorusi i Litwie. **Material i metody.** Badaniem objęto 600 studentów (po 200 studentów z każdego z krajów) I, II, III i VI roku, wykorzystując w tym celu anonimowy kwestionariusz ankiety. Do oceny zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat (χ^2) Pearsona. Porównań pomiędzy trzema grupami pod względem cechy porządkowej dokonano przy użyciu testu Kruskala-Wallisa wraz z testami post-hoc. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki na poziomie $p \leq 0,05$. **Wyniki.** Większość studentów nie była świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek w podmiotach leczniczych. Większość respondentów w analizowanych krajach w subiektywny sposób oceniła funkcjonowanie opieki geriatrycznej na dość dobrym poziomie. W opinii studentów największym zagrożeniem dla systemu opieki geriatrycznej było niewystarczające finansowanie świadczeń geriatrycznych z ubezpieczenia zdrowotnego. **Wnioski.** Subiektywne opinie studentów wykazały, że dyskryminacja ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia w Polsce, Litwie i Białorusi nie jest stosunkowo częstym zjawiskiem, pomimo społecznego przekonania, że jest to istotny i coraz bardziej powszechny problem. Ankietowani studenci nie dostrzegli również istotnych problemów w funkcjonowaniu systemu opieki geriatrycznej w ujęciu całościowym, pomimo zatrważających danych faktycznych, dostarczanych przez różnego rodzaju instytucje państwowe. W odniesieniu do sytuacji faktycznej należy dołożyć starań w celu poprawy tempa rozwoju opieki geriatrycznej, np. poprzez zainteresowanie studentów kierunków medycznych specjalizacją geriatryczną *Geriatrics 2016; 10: 153-162*.

Słowa kluczowe: *geriatria, ocena, opieka geriatryczna, studenci*

Abstract

Background. The aging of society actually constitutes a major problem in most countries in the world. **Aim.** The aim of the study was to know the opinion of medical students about the functioning of the geriatric care system in selected countries of Central and Eastern Europe (Poland, Belarus and Lithuania). **Material and methods.** The study included 600 students (200 students from each country) I, II, III and VI year of study, using the anonymous questionnaire survey. To evaluate the relationship between the quality characteristics used Chi-square test (χ^2) Pearson. The comparisons among the three groups in terms of characteristics of order made using the Kruskal-Wallis test with post-hoc tests. Taken as statistically significant results at $p \leq 0.05$. **Results.** Most of the students were not a witness to discrimination on grounds of age in health care facilities. The majority of respondents in the analyzed countries

in a subjective way to evaluate the functioning of geriatric care at a rather good level. In the opinion of students the biggest threat to the system of geriatric care in the country of origin of the respondents was insufficient financing of health insurance. **Conclusions.** Subjective opinions of students has shown that discrimination based on age in health care in Poland, Belarus and Lithuania is not a relatively common phenomenon, despite thse social belief that this is an important and increasingly widespread problem. The surveyed students did not see the significant problems in the functioning of the geriatric care system as a whole, despite the appalling factual data supplied by various state institutions. With regard to the actual situation needs to be done to improve the rates of development of geriatric care, eg. by interesting medical students in geriatric specialization. *Geriatrics 2016; 10: 153-162.*

Keywords: assessment, geriatrics, geriatric care, students

Wstęp

Starzenie się społeczeństwa stanowi aktualnie istotny problem w większości krajów na świecie. Najbardziej widoczne zmiany w strukturze wieku zachodzą na kontynencie europejskim. W ostatnich latach istotne przeobrażenia demograficzne widoczne są także na terytorium Polski [1]. Przewiduje się, że udział osób powyżej 60 roku życia w 2035 roku będzie wynosił 26,7%, co oznacza jego wzrost o prawie 11% w porównaniu do roku 2007 (16%) [2].

Zgodnie z prognozami demograficznymi Głównego Urzędu Statystycznego do 2050 roku nastąpi znaczny wzrost liczby i udziału osób w podeszłym wieku (do ponad 30% na obszarach wiejskich oraz do ok. 35% w środowiskach miejskich) [3]. Istotną rolę w zwiększeniu liczby i odsetka osób 65+ odegra też wydłużanie się dalszego trwania życia. Zgodnie z założeniami prognozy urodzony w 2050 roku mężczyzna będzie miał przed sobą średnio 81,1 lat życia, a więc o 9 lat więcej niż w 2013 roku, natomiast przeciętne trwanie życia kobiet wyniesie 87,5, czyli o 6,4 lat dłużej niż obecnie. Przewiduje się również, że w tym samym roku osoby powyżej 80 roku życia będą stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9% [3]. Podobna sytuacja ma miejsce na Litwie – w 2014 roku udział osób w podeszłym wieku w społeczeństwie litewskim wynosił ponad 22%. Jeszcze wyższy udział osób w podeszłym wieku w strukturze społecznej występuje na Białorusi – tam niemal ¼ populacji to osoby powyżej 60 roku życia (24,4%). Cechą charakterystyczną państw byłego bloku wschodniego jest ponadto niski przyrost naturalny, prowadzący do regresu ludnościowego, który w największym stopniu widoczny jest w Rosji i na Białorusi [4].

W ujęciu europejskim tempo starzenia się ludności jest w ostatnich kilkunastu latach szyb-

sze w nowoprzyjętych państwach członkowskich z Europy Środkowo-Wschodniej, zwłaszcza w Słowenii i państwach bałtyckich, niż w krajach założycielskich Wspólnoty. Najmniej korzystna sytuacja panuje w Niemczech i we Włoszech (w 2009 roku udział procentowy osób powyżej 60 roku życia wyniósł w tych krajach ponad 20%). Jedynym krajem, w którym nastąpił spadek procentowego wskaźnika udziału osób w podeszłym wieku była Irlandia, a stosunkowo niewielki wzrost jej udziału miał miejsce w Szwecji, Danii, Wielkiej Brytanii i Luksemburgu [4].

W ujęciu globalnym średni czas trwania życia wynosi ponad 60 lat i jest mocno zróżnicowany [5]. Kobiety w skali świata żyją średnio 6 lat dłużej od mężczyzn, chociaż i w tym przypadku odnotowuje się znaczne różnice. Na świecie nadal najdłużej żyją Japończycy: kobiety – 87 lat, a mężczyźni – 80 lat. Zaraz po nich są mieszkanki Hiszpanii, Szwajcarii, Singapuru i Włoch, które żyją 85 lat. We Francji, Australii, Korei Południowej, Luksemburgu i Portugalii kobiety żyją przeciętnie 84 lata. Jeśli chodzi o mężczyzn, to najdłużej żyją mieszkańcy Islandii – 81 lat. W Szwajcarii, Australii, Izraelu, Singapurze, Nowej Zelandii, Włoszech, Japonii i Szwecji przeciętna oczekiwana długość życia wynosi 80 lat [5]. Średnia długość życia jest najkrótsza w następujących państwach: Haiti (kobiety – 43,6 lat, mężczyźni – 32,5 lat), Republice Środkowoafrykańskiej (kobiety – 49,3 lat, mężczyźni – 43,6 lat), Lesotho (kobiety – 50,7 lat, mężczyźni – 44,1 lat) oraz Suazi (kobiety – 51,4 lat, mężczyźni – 47,4 lat) [6]. Ważnym wyzwaniem jest w tym zakresie dążenie do wydłużania przeciętnej długości trwania życia, przede wszystkim poprzez zwiększanie świadomości zdrowotnej i umacnianie potencjału zdrowotnego mieszkańców krajów, w których średnie trwanie życia jest najkrótsze [5].

Raport Najwyższej Izby Kontroli [7] wykazał, że w Polsce nie istnieje system opieki geriatrycznej nad

osobami w podeszłym wieku z powodu niewystarczającej dostępności tej opieki oraz braku powszechnych, kompleksowych i opartych o przyjęte standardy procedur medycznych. Ponadto przeprowadzona kontrola potwierdziła, iż w Polsce nie są realizowane Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020 przyjęte 24 grudnia 2013 r. uchwałą nr 238 Rady Ministrów [8]. Nadal brakuje lekarzy geriatrów, a także lekarzy rodzinnych, którzy w pierwszej kolejności powinni zająć się pacjentami w wieku podeszłym. Pogorszeniu uległa dostępność do opieki geriatrycznej – zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania. Istotnym problemem w opiece medycznej sprawowanej nad osobami w podeszłym wieku jest duże zróżnicowanie terytorialne oferowanych świadczeń geriatrycznych. W województwie warmińsko-mazurskim opieka geriatryczna nie istnieje wcale, natomiast najwyższe nasycenie rynku usług medycznych w zakresie geriatry odnotowuje się w województwie śląskim [7]. Podobne problemy dotyczące funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej napotyka większość krajów Europy Środkowo-Wschodniej, w tym państwa objęte badaniem.

Stan zdrowia jednostki, jej sytuacja materialna oraz uwarunkowania makroekonomiczne mają znaczący wpływ na zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w systemie ochrony zdrowia. Zjawisko to jest problemem niezwykle złożonym i należy je rozpatrywać na kilku różnych poziomach, tzn. na poziomie usługobiorców (pacjentów), usługodawców (lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia) oraz płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia, ubezpieczyciel) [9]. Twardowska-Rajewska [9] wyszczególniła ponadto 4 zjawiska, które predysponują i wpływają na występowanie dyskryminacji ze względu na wiek w systemie ochrony zdrowia. Pierwszym z nich jest presja ekonomiczna, która polega na tym, że personel medyczny (lekarze, pielęgniarki) muszą szukać oszczędności finansowych, co wpływa na ograniczenia w dostępie seniorów do świadczeń zdrowotnych. Drugim problemem jest system kształcenia studentów kierunków medycznych, który jest niedostosowany do potrzeb społeczeństwa i trendów demograficznych, co pociąga za sobą ryzyko nieprofesjonalnego podejścia do pacjenta geriatrycznego. Kolejnym zidentyfikowanym problemem, mającym istotny wpływ na dyskryminację jest zbyt mały nacisk na profilaktykę zdrowotną, który odnotowywany jest w każdej grupie wiekowej,

a w szczególności wśród osób w podeszłym wieku. Mnóstwo programów ma ograniczenia wiekowe, np. darmowa mammografia do 70 roku życia, czy niektóre programy lekowe w onkologii. Ostatnim, czwartym problemem, łączącym wszystko w całość, jest brak spójnego systemu opieki geriatrycznej, o czym autorzy wspomnieli powyżej.

W odniesieniu do opisanych problemów istnieje potrzeba, a zarazem konieczność kształcenia wykwalifikowanego personelu medycznego, w szczególności lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych i opiekunów medycznych oraz pracowników socjalnych, którzy będą w stanie zapewnić fachową opiekę, a także pomoc dla starzejącego się społeczeństwa [10]. Świadome postawy profesjonalistów medycznych mogą sprawić, że starzenie się człowieka będzie procesem w jak najmniejszym stopniu uciążliwym i charakteryzującym się możliwie wysoką jakością życia [11], w związku z czym konieczne jest zainteresowanie personelu medycznego kształceniem w zakresie geriatry.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie opinii studentów kierunków medycznych na temat funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tj. w Polsce, na Białorusi i Litwie.

Materiał i metody

Respondenci

Badanie przeprowadzono w 3 grupach studentów:

- I grupa – studenci z Polski (200 osób), w tym studenci kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia z Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku oraz studenci kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;
- II grupa – studenci z Białorusi (200 osób), w tym studenci kierunku lekarskiego z Uniwersytetu Medycznego w Grodnie oraz studenci kierunku fizjoterapia z Grodzieńskiego Uniwersytetu Państwowego im. Janki Kupały;
- III grupa – studenci z Litwy (200 osób), w tym studenci kierunku pielęgniarstwo i fizjoterapia z Litewskiego Uniwersytetu Nauk Medycznych w Kownie.

Łącznie badaniem objęto 600 osób. Statystykę opisaną wiekiem respondentów zaprezentowano w tabeli I.

Najstarsi studenci objęci badaniem pochodzili z Polski – znajdowali się oni w przedziale wiekowym 19-48 lat, a średnia ich wieku wyniosła 23,59 lat. Najmłodszą grupą ankietowanych byli studenci z Białorusi, gdzie najstarszy respondent miał 38 lat. Średnia wieku w tej grupie oscylowała na poziomie niecałych 20 lat.

Charakterystykę społeczno-demograficzną respondentów pod względem płci, kierunku i stopnia studiów oraz miejsca zamieszkania z uwzględnieniem podziału na kraj pochodzenia badanych przedstawiono w tabeli II. Wśród ankietowanych dominowały kobiety (74,3%), studenci kierunku fizjoterapia (37,0%) oraz mieszkańcy dużych miast (48,5%).

Metoda

Badanie przeprowadzono od lutego do czerwca 2016 roku. Na jego realizację uzyskano zgodę Komisji

Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (uchwała nr R-I-002/240/2016).

W celu przeprowadzenia badań poproszono studentów w wybranych krajach o wypełnienie anonimowego kwestionariusza ankiety. Wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku kwestionariusze wypełnione zostały w wersji papierowej podczas zajęć. Wśród studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku oraz w grupie studentów z Białorusi i Litwy ankiety były wypełnione w sposób elektroniczny. Elektroniczna wersja ankiety została rozpowszechniona wśród studentów za pomocą e-mail z prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Dobór badanych miał charakter celowy – autorzy chcieli poznać opinię respondentów jako przyszłych pracowników sektora ochrony zdrowia na temat funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej w kraju

Tabela I. Statystyka opisowa wieku respondentów

Table I. Descriptive statistics by age of the respondents

| | Min. | Max. | Średnia | Sd | Me |
|---------------------|------|------|---------|------|----|
| Polska N = 200 | 19 | 48 | 23,59 | 4,12 | 23 |
| Białoruś N = 200 | 19 | 38 | 19,95 | 3,48 | 19 |
| Litwa N = 200 | 19 | 45 | 23,16 | 3,74 | 22 |
| Ogółem N = 600 | 19 | 48 | 22,23 | 4,12 | 22 |

Tabela II. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów z uwzględnieniem kraju pochodzenia

Table II. Socio-demographic characteristics of respondents with regard to the country of origin

| | | Kraj pochodzenia | | | | | | Ogółem N = 600 | |
|----------------------|----------------|-------------------|------|---------------------|------|------------------|------|-------------------|-------|
| | | Polska N = 200 | | Białoruś N = 200 | | Litwa N = 200 | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| płeć | kobiety | 151 | 75,5 | 134 | 67,0 | 161 | 80,5 | 446 | 74,3 |
| | mężczyźni | 49 | 24,5 | 66 | 33,0 | 39 | 19,5 | 154 | 77,0 |
| kierunek | lekarski | 94 | 47,0 | 100 | 50,0 | 0 | 0,0 | 194 | 97,0 |
| | pielęgniarstwo | 26 | 13,0 | 0 | 0,0 | 68 | 34,0 | 94 | 47,0 |
| | fizjoterapia | 80 | 40,0 | 100 | 50,0 | 132 | 66,0 | 312 | 156,0 |
| rok | I | 78 | 39,0 | 55 | 27,5 | 88 | 44,0 | 221 | 110,5 |
| | II | 41 | 20,5 | 101 | 50,5 | 10 | 5,0 | 152 | 76,0 |
| | III | 9 | 4,5 | 17 | 8,5 | 102 | 51,0 | 128 | 64,0 |
| | VI | 72 | 36,0 | 27 | 13,5 | 0 | 0,0 | 99 | 49,5 |
| miejsce zamieszkania | duże miasto | 96 | 48,0 | 89 | 44,5 | 106 | 53,0 | 291 | 145,5 |
| | średnie miasto | 41 | 20,5 | 37 | 18,5 | 29 | 14,5 | 107 | 53,5 |
| | małe miasto | 39 | 19,5 | 39 | 19,5 | 41 | 20,5 | 119 | 59,5 |
| | wieś | 24 | 12,0 | 35 | 17,5 | 23 | 11,5 | 82 | 41,0 |

ich pochodzenia. W celu reprezentatywności badań autorzy założyli zebranie 200 w pełni wypełnionych ankiet w każdym z krajów. Wśród studentów rozpropagowano większą ilość kopii narzędzia badawczego, jednak nie wszystkie rozpowszechnione ankiety wróciły do autorów badania. W każdym z krajów objętych badaniem zaproszonych do udziału w badaniu zostało ok. 350 studentów.

Kryteriami włączenia do badania były: status studenta kierunku o profilu medycznym oraz wyrażenie zgody na przystąpienie do badania. Analogicznie, kryteriami wyłączenia z badania były: brak zgody na udział w badaniu oraz brak statusu studenta kierunku medycznego.

Narzędzie

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego *kwestionariusza przygotowanego na potrzeby badania zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród studentów* autorstwa dr Sylwii Kropińskiej z Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej na Wydziale Lekarskim I Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Kwestionariusz został dostosowany do potrzeb niniejszego badania. Na wykorzystanie ankiety uzyskano pisemną zgodę autorki.

Ankieta składała się z 17 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, w tym z pytań dotyczących charakterystyki społeczno-demograficznej respondentów, części dotyczącej dyskryminacji pacjentów geriatrycznych ze względu na wiek, oceny systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia ankietowanych oraz trudności, na jakie może być narażona opieka geriatryczna w ojczyźnie badanych.

Analiza statystyczna

Opracowania danych dokonano przy użyciu programu Microsoft Excel 2013, zaś analizy statystycznej przy wykorzystaniu programu Statistica Data Miner C QC PL. Do oceny zależności pomiędzy cechami jakościowymi wykorzystano test Chi-kwadrat (χ^2) Pearsona. Porównań pomiędzy trzema grupami pod względem cechy porządkowej dokonano przy użyciu testu Kruskala-Wallisa wraz z testami post-hoc. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

Opinie studentów na temat zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia

Zdecydowana większość studentów (w każdej grupie ok. 75% respondentów) nie była świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy krajem pochodzenia studentów i odpowiedzią na analizowane pytanie ($p = 0,558$). Szczegółowe wyniki przedstawione zostały w tabeli III.

W kilku kolejnych pytaniach uwzględniono tylko te osoby, które potwierdziły, że były świadkami dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia, a wskazywaniem jako osoby dyskryminującej lekarza ($p = 0,004$), pielęgniarki ($p = 0,001$) i pracownika rejestracji ($p = 0,008$). Większość respondentów w każdym z badanych krajów jako miejsce dyskryminacji ze względu na wiek wskazywało oddział szpitalny (ok. połowa badanych w każdej z grup). Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy cechami społeczno-demograficznymi respondentów, a miejscem dyskryminacji osób

Tabela III. Odpowiedzi respondentów na pytanie „Czy kiedykolwiek w placówce ochrony zdrowia była Pani/był Pan świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek?”

Table III. Respondents' answers to the question „Have you ever in a health-care facility you have witnessed discrimination on grounds of age?”

| | Kraj pochodzenia | | | | | |
|-------|------------------|------|----------|------|-------|------|
| | Polska | | Białoruś | | Litwa | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 57 | 28,5 | 50 | 25,0 | 48 | 24,0 |
| Nie | 143 | 71,5 | 150 | 75,0 | 152 | 76,0 |
| Razem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 |

w podeszłym wieku ze względu na wiek. Analizując sposoby dyskryminacji osób w podeszłym wieku ze względu na wiek, wskazane przez badanych studentów, zauważono, że wśród respondentów z Polski (57,9%) oraz Litwy (52,1%) najczęściej było to lekceważenie przez pracowników ochrony zdrowia. Wśród ankietowanych na Białorusi najczęściej wskazywanym sposobem była nieczytelność ulotek informacyjnych dotyczących leków (36,0%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia, a wskazywaniem jako formy dyskryminacji niejasnego sposobu przekazywania informacji o stanie zdrowia

($p = 0,013$) oraz lekceważenia przez personel medyczny ($p = 0,039$). Szczegółowe dane liczbowe zestawiono w tabeli IV.

Zdecydowana większość studentów w każdym z analizowanych krajów (Polska – 67,5%, Białoruś – 74%, Litwa – 75%) uważała, że zjawisko dyskryminacji osób w podeszłym wieku ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. Warto podkreślić, że najniższy odsetek respondentów zgodził się z tym stwierdzeniem w Polsce. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między

Tabela IV. Pracownicy dopuszczający się dyskryminacji ze względu na wiek oraz miejsca i jej sposoby w opinii respondentów

Table IV. Employees allowing discrimination on grounds of age and the place and the ways of discrimination in the respondents opinions

| | | Kraj pochodzenia | | | | | | χ^2 | p |
|--|--|------------------|-------|--------------------|-------|-----------------|-------|----------|-------|
| | | Polska N = 57 | | Białoruś N = 50 | | Litwa N = 48 | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Pracownicy dopuszczający się dyskryminacji względu na wiek | lekarz | 13 | 22,81 | 10 | 20,00 | 23 | 47,92 | 10,91 | 0,004 |
| | pielęgniarka | 25 | 43,86 | 7 | 14,00 | 21 | 43,75 | 12,90 | 0,002 |
| | młodszy pacjent | 19 | 33,33 | 21 | 42,00 | 18 | 37,50 | 1,02 | NS |
| | pracownik rejestracji | 31 | 54,39 | 18 | 36,00 | 12 | 25,00 | 9,66 | 0,008 |
| Miejsca dyskryminacji ze względu na wiek | poradnia lekarza rodzinnego | 24 | 42,1 | 10 | 20,0 | 18 | 37,5 | 5,98 | NS |
| | poradnia specjalistyczna | 10 | 17,5 | 4 | 8,0 | 11 | 22,9 | 4,00 | NS |
| | oddział szpitalny | 29 | 50,9 | 27 | 54,0 | 23 | 47,9 | 0,51 | NS |
| | izba przyjęć | 15 | 26,3 | 11 | 22,0 | 9 | 18,8 | 0,85 | NS |
| Sposoby dyskryminacji ze względu na wiek | niezapewnienie świadczeń medycznych | 12 | 21,1 | 3 | 6,0 | 7 | 14,6 | 4,96 | NS |
| | ograniczenie dostępu do badań i programów profilaktycznych | 8 | 14,0 | 4 | 8,0 | 9 | 18,8 | 2,43 | NS |
| | niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia przez personel medyczny | 20 | 35,1 | 16 | 32,0 | 28 | 58,3 | 8,65 | 0,013 |
| | nieczytelność ulotek informacyjnych dotyczących leków | 12 | 21,1 | 18 | 36,0 | 11 | 22,9 | 3,65 | NS |
| | problem z otrzymaniem protez lub sprzętu rehabilitacyjnego | 10 | 17,5 | 3 | 6,0 | 3 | 6,3 | 4,90 | NS |
| | niedostrzeżenie osoby starszej w grupie innych pacjentów | 14 | 24,6 | 12 | 24,0 | 14 | 29,2 | 0,41 | NS |
| | lekceważenie przez pracowników ochrony zdrowia | 33 | 57,9 | 17 | 34,0 | 25 | 52,1 | 6,47 | 0,039 |
| | ośmieszenie przez pracownika ochrony zdrowia | 10 | 17,5 | 8 | 16,0 | 3 | 6,3 | 3,22 | NS |

Tabela V. Ocena opieki geriatrycznej w ujęciu całościowym, opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej, opieki fizjoterapeutycznej oraz opieki społecznej nad osobami starszymi przez respondentów

Table V. Assessment of geriatric care as a whole, doctor's care, nursing care, physiotherapy care and social care for the elderly by the respondents

| | | Kraj pochodzenia | | | | | | z | p |
|---|-------------------|------------------|------|--------------------|------|-----------------|------|---|--|
| | | Polska N = 57 | | Białoruś N = 50 | | Litwa N = 48 | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Ocena opieki geriatrycznej w ujęciu całościowym | bardzo dobrze | 9 | 4,5 | 16 | 8,0 | 7 | 3,5 | I-II: 2,34 I-III: 1,21 II-III: 3,53 | I-II: NS I-III: NS II-III: 0,001 |
| | dobrze | 42 | 21,0 | 40 | 20,0 | 39 | 19,5 | | |
| | raczej dobrze | 82 | 41,0 | 87 | 43,5 | 77 | 38,5 | | |
| | raczej źle | 38 | 19,0 | 21 | 10,5 | 44 | 22,0 | | |
| | źle | 12 | 6,0 | 3 | 1,5 | 13 | 6,5 | | |
| | bardzo źle | 2 | 1,0 | 2 | 1,0 | 7 | 3,5 | | |
| | trudno powiedzieć | 15 | 7,5 | 31 | 15,5 | 13 | 6,5 | | |
| | Ogółem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | |
| Ocena opieki lekarskiej | bardzo dobrze | 19 | 9,5 | 23 | 11,5 | 17 | 8,5 | I-II: 2,62 I-III: 0,06 II-III: 2,54 | I-II: 0,027 I-III: NS II-III: 0,033 |
| | dobrze | 76 | 38,0 | 91 | 45,5 | 77 | 38,5 | | |
| | raczej dobrze | 69 | 34,5 | 63 | 31,5 | 66 | 33,0 | | |
| | raczej źle | 21 | 10,5 | 5 | 2,5 | 22 | 11,0 | | |
| | źle | 6 | 3,0 | 2 | 1,0 | 4 | 2,0 | | |
| | bardzo źle | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 | | |
| | trudno powiedzieć | 8 | 4,0 | 15 | 7,5 | 13 | 6,5 | | |
| | Ogółem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | |
| Ocena opieki pielęgniarskiej | bardzo dobrze | 22 | 11,0 | 19 | 9,5 | 13 | 6,5 | I-II: 1,87 I-III: 0,16 II-III: 2,04 | I-II: NS I-III: NS II-III: NS |
| | dobrze | 63 | 31,5 | 78 | 39,0 | 76 | 38,0 | | |
| | raczej dobrze | 62 | 31,0 | 66 | 33,0 | 60 | 30,0 | | |
| | raczej źle | 35 | 17,5 | 16 | 8,0 | 35 | 17,5 | | |
| | źle | 7 | 3,5 | 4 | 2,0 | 8 | 4,0 | | |
| | bardzo źle | 3 | 1,5 | 2 | 1,0 | 2 | 1,0 | | |
| | trudno powiedzieć | 8 | 4,0 | 15 | 7,5 | 6 | 3,0 | | |
| | Ogółem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | |
| Ocena opieki fizjoterapeutycznej | bardzo dobrze | 39 | 19,5 | 23 | 11,5 | 30 | 15,0 | I-II: 0,69 I-III: 0,69 II-III: 0,01 | I-II: NS I-III: NS II-III: NS |
| | dobrze | 73 | 36,5 | 86 | 43,0 | 69 | 34,5 | | |
| | raczej dobrze | 63 | 31,5 | 60 | 30,0 | 56 | 28,0 | | |
| | raczej źle | 11 | 5,5 | 10 | 5,0 | 15 | 7,5 | | |
| | źle | 6 | 3,0 | 4 | 2,0 | 3 | 1,5 | | |
| | bardzo źle | 0 | 0,0 | 2 | 1,0 | 2 | 1,0 | | |
| | trudno powiedzieć | 8 | 4,0 | 15 | 7,5 | 25 | 12,5 | | |
| Ogółem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | | |
| Ocena opieki społecznej | bardzo dobrze | 8 | 4,0 | 8 | 4,0 | 7 | 3,5 | I-II: 3,30 I-III: 0,80 II-III: 4,12 | I-II: 0,003 I-III: NS II-III: <0,001 |
| | dobrze | 54 | 27,0 | 71 | 35,5 | 42 | 21,0 | | |
| | raczej dobrze | 73 | 36,5 | 87 | 43,5 | 95 | 47,5 | | |
| | raczej źle | 41 | 20,5 | 10 | 5,0 | 33 | 16,5 | | |
| | źle | 9 | 4,5 | 3 | 1,5 | 11 | 5,5 | | |
| | bardzo źle | 1 | 0,5 | 2 | 1,0 | 3 | 1,5 | | |
| | trudno powiedzieć | 14 | 7,0 | 19 | 9,5 | 9 | 4,5 | | |
| | Ogółem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | |

krajem pochodzenia, a stwierdzeniem, czy dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym.

Opinie studentów na temat funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia

Większość respondentów oceniła opiekę geriatryczną w swoim kraju jako funkcjonującą na raczej dobrym poziomie (ok. 40% badanych w każdej z grup). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie różnicę w przypadku oceny opieki geriatrycznej pomiędzy studentami z Białorusi i studentami z Litwy ($p = 0,001$).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że studenci z Białorusi istotnie lepiej oceniali opiekę lekarza nad osobami w podeszłym wieku w stosunku do studentów z Polski ($p = 0,027$) i Litwy ($p = 0,033$). Wśród odpowiedzi systematyzujących ocenę dominowały sformułowania określające opiekę lekarską nad osobami w podeszłym wieku jako „dobrą” i „raczej dobrą”.

Nie stwierdzono istotnych różnic w ocenie opieki pielęgniarzkiej oraz opieki fizjoterapeutycznej nad osobami w podeszłym wieku pomiędzy analizowanymi krajami. Studenci z wszystkich 3 krajów oceniali najczęściej te rodzaje opieki nad seniorami jako „dobre” bądź „raczej dobre”.

W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzono, że studenci z Białorusi istotnie lepiej oceniali opiekę społeczną nad osobami w podeszłym wieku w stosunku

do studentów z Polski ($p = 0,003$) i Litwy ($p < 0,001$). Studenci z wszystkich 3 krajów oceniali najczęściej opiekę społeczną nad seniorami jako „raczej dobrą”.

Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli V.

Jak największe zagrożenie systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia respondenci jednogłośnie uznali zbyt niskie finansowanie tej opieki z ubezpieczenia zdrowotnego. Pozostałe odpowiedzi i ich rozkład zaprezentowano w tabeli VI. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy krajami pochodzenia ankietowanych.

Dyskusja

Ocena funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej

W badaniu własnym większość respondentów oceniło opiekę geriatryczną w ujęciu ogólnym oraz opiekę poszczególnych specjalistów nad osobami w podeszłym wieku w mniejszym lub większym stopniu pozytywnie. Zgoła odmienne wyniki otrzymali inni autorzy. W badaniach opisanych w rozprawie doktorskiej S. Kropińskiej [12] zdecydowana większość studentów (89,7%) była zdania, iż seniorzy wymagają specyficznej opieki zdrowotnej, dostosowanej do ich potrzeb, a jednocześnie podobny odsetek ankietowanych (83,3%) twierdził, że opieka taka nie jest dostępna. Podobne wyniki otrzymali Florek-Płaczek i wsp. [13]. Autorzy ci wykazali, że 100% badanych studentów oraz niemal 80% czynnych zawodowo pielęgniarek uznało, iż w Polsce nie istnieje sprawny system opieki geriatrycznej. W badaniu Jędrzejczyk i wsp. [14] 97%

Tabela VI. Największe zagrożenia dla systemu opieki geriatrycznej w opinii studentów

Table VI. The biggest threat to the system of geriatric care in the opinion of students

| | Kraj pochodzenia | | | | | | χ^2 | p |
|--|------------------|------|----------|------|-------|------|----------|----|
| | Polska | | Białoruś | | Litwa | | | |
| | n | % | n | % | n | % | | |
| zbyt niskie finansowanie opieki geriatrycznej z ubezpieczenia zdrowotnego | 84 | 42,0 | 69 | 34,5 | 72 | 36,0 | 3,52 | NS |
| zbyt małe zainteresowanie specjalizacją geriatryczną personelu medycznego | 34 | 17,0 | 55 | 27,5 | 42 | 21,0 | | |
| mała liczba specjalistów w zakresie geriatrii | 35 | 17,5 | 23 | 11,5 | 34 | 17,0 | | |
| zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych w szpitalach | 10 | 5,0 | 11 | 5,5 | 9 | 4,5 | | |
| zbyt mała liczba oddziałów geriatrycznych w szpitalach | 29 | 14,5 | 32 | 16,0 | 35 | 17,5 | | |
| stygmatyzacja specjalistów geriatrii przez specjalistów z innych dziedzin medycyny | 8 | 4,0 | 10 | 5,0 | 8 | 4,0 | | |
| Razem | 200 | 100 | 200 | 100 | 200 | 100 | | |

studentów medycyny i pielęgniarstwa uznało, że osobom w podeszłym wieku należy zapewnić szczególną opiekę, zaś 81% ankietowanych studentów uważało, że ta opieka nie jest wystarczająca. W tym miejscu należałoby odnieść się do problemów warunkujących dyskryminację osób w podeszłym wieku ze względu na wiek, sformułowanych przez Twardowską-Rojewską [9] i opisanych we wstępie niniejszej pracy. Jednym ze zidentyfikowanych przez autorkę problemów był brak spójnego i holistycznego systemu opieki geriatrycznej, który jest jednym z głównych determinantów wspomnianego wyżej rodzaju dyskryminacji. Pomimo, że w badaniu własnym otrzymano bardziej optymistyczne wyniki, niż w przytoczonych wynikach badań innych autorów, to mimo wszystko w badanych krajach musi nastąpić jeszcze wiele zmian systemowych, usprawniających funkcjonowanie opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Dyskryminacja osób w podeszłym wieku ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia

Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest znane od lat. Coraz częściej seniorzy mają jednak do czynienia z tym rodzajem dyskryminacji w ochronie zdrowia. W 1999 roku Barakat i wsp. [15] wykazali, że pacjenci, którzy ukończyli 70 rok życia i przeszli zawał mięśnia sercowego, dłużej czekali na transport do szpitala, niż pacjenci w wieku produkcyjnym. W badaniach Kropińskiej [12] niemal 30% studentów było świadkami dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia. W badaniach własnych odsetek ten wyniósł 25,8%, a więc oscylował na podobnym poziomie. Na drugim miejscu wśród pracowników sektora opieki zdrowotnej, dyskryminujących osoby w podeszłym wieku, uplasowała się pielęgniarka (22,5%). W przytoczonym wcześniej badaniu respondenci najczęściej jako osobę dyskryminującą wskazywali lekarza (64,5%). Odmienne wyniki otrzymano w badaniu własnym. Polscy studenci byli najczęściej świadkami dyskryminacji osoby w podeszłym wieku przez pracownika rejestracji (54,39%), studenci z Białorusi – przez młodszego pacjenta (42%), zaś studenci na Litwie – podobnie jak w badaniu Kropińskiej – przez lekarza. Dyskryminacja miała najczęściej miejsce, podobnie jak w badaniu autorskim, na oddziale szpitalnym (47,9%) [12].

Połowa badanych przez Kropińską [12] studentów (50,2%) postrzegając dyskryminację ze względu na wiek w ochronie zdrowia jako problem społeczny.

W badaniu własnym odsetek osób postrzegających ageizm w ochronie zdrowia jako problem społeczny był znacznie wyższy i wyniósł 72,2%.

Powody nikłego zainteresowania specjalizacją geriatryczną

Istotnym problemem, na który zwrócili uwagę badani studenci ze wszystkich krajów pochodzenia, było zbyt małe zainteresowanie specjalizacją geriatryczną personelu medycznego (21,8%). Pietrzykowska i wsp. [16] przebadali 86 studentów VI roku kierunku lekarskiego z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Ich badania wykazały, że żaden z respondentów nie brał pod uwagę specjalizacji z geriatрії. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej [17] (stan na dzień 30.06.2016) w Polsce było 374 aktywnych zawodowo geriatrów, co daje wskaźnik poniżej 1 specjalisty/100 tys. mieszkańców. Minimalny wskaźnik potrzebny dla stworzenia poprawnie funkcjonującego systemu opieki geriatrycznej wynosi 2 geriatrów/100 tys. mieszkańców i został osiągnięty w większości krajów Europy Zachodniej kilka-kilkanaście lat temu [18]. Meiboom i wsp. [19] przeprowadzili metaanalizę w celu znalezienia odpowiedzi na pytanie, dlaczego studenci medycyny nie są zainteresowani karierą zawodową w geriatрії. Autorzy przeanalizowali w tym celu 281 publikacji naukowych. Szczegółowa analiza wykazała, iż głównymi predyktorami braku zainteresowania specjalizacją geriatryczną był niski status zawodowy specjalizacji w porównaniu z innymi dziedzinami medycyny, niższe wynagrodzenia w porównaniu z lekarzami innych specjalizacji oraz charakter pracy, w szczególności specyficzne cechy pacjenta geriatrycznego, jak polipatologia, czy politerapia, które wywołują obawy przed przyszłymi lekarzami [19].

Ograniczenia badania

Warto zwrócić uwagę na potencjalne ograniczenia wyników przeprowadzonego badania, które mogły mieć istotny wpływ na opinie studentów na temat funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia.

Po pierwsze nie wiadomo, jak często respondenci odwiedzali placówki opieki geriatrycznej, czy długoterminowej. Poza tym nie wiadomo, czy, a jeśli tak, to jakie mają doświadczenie w opiece nad populacją pacjentów w wieku podeszłym. Można przypuszczać, że będzie ono nikłe, bowiem największy udział w badaniu mieli studenci I roku studiów.

Ponadto, w większości raczej pozytywne opinie studentów na temat funkcjonowania systemów opieki geriatrycznej mogą być konsekwencją ich niskiego poziomu wiedzy na temat zasad prowadzenia tego rodzaju opieki w kraju ich pochodzenia.

Wnioski

1. Subiektywne opinie studentów wykazały, że dyskryminacja ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia w Polsce, Litwie i Białorusi nie jest stosunkowo częstym zjawiskiem, pomimo społecznego przekonania, że jest to istotny i coraz bardziej powszechny problem.
2. Ankietowani studenci nie dostrzegli istotnych problemów w funkcjonowaniu systemu opieki geriatrycznej w ujęciu całościowym, pomimo zatrważających danych faktycznych, dostarczanych przez

różnego rodzaju instytucje państwowe. W odniesieniu do sytuacji faktycznej należy dołożyć starań w celu poprawy tempa rozwoju opieki geriatrycznej, np. poprzez zainteresowanie studentów kierunków medycznych specjalizacją geriatryczną.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Mateusz Cybulski
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 7a; 15-096 Białystok
☎ (+48 85) 686 51 03
✉ mateusz.cybulski@umb.edu.pl

Piśmiennictwo

1. Cybulski M. Proces starzenia się społeczeństwa istotnym problemem zdrowia publicznego. W: Cybulski M, Krajewska-Kułak E (red.). Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Warszawa: PZWL; 2016. str. 11-16.
2. Główny Urząd Statystyczny: Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2008.
3. Główny Urząd Statystyczny: Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2014.
4. Żołędowski C. Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej. Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje. 2012;17:29-43.
5. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. Gerontol Pol. 2008;16(3):131-6.
6. Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren K.T i wsp. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2071-94.
7. Najwyższa Izba Kontroli: Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli; 2014.
8. Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (poz. 118). Warszawa: Monitor Polski Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej; 2014.
9. Twardowska-Rajewska J. Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia. W: Tokarz B (red.). Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce; 2005. str. 48-58.
10. 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. Gerontol Pol. 2013;21(2):33-47.
11. Cuber T, Dobrowolska B, Kościółek A i wsp. Wybrane aspekty pedagogiczno-etyczne w opiece nad pacjentami w podeszłym wieku. Probl Pielęg. 2010;28(4):490-6.
12. Kropińska S. Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2013.
13. Florek-Płaczek A, Grochowska A, Mika M. Starzenie się i starość w opinii pielęgniarek czynnych zawodowo. W: Kowaleski J.T, Szukalski P (red.). Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Łódź: Pictor; 2008. str. 216-226.
14. Jędrzejkiewicz B, Dobrowolska B, Kaučič BM. Wybrane aspekty opieki geriatrycznej w opinii osób starszych oraz studentów medycyny i pielęgniarstwa w kontekście dyskusji na temat ageizmu w sektorze opieki zdrowotnej. Gerontol Pol. 2015;23(4):165-71.
15. Barakat K, Wilkinson P, Deane A i wsp. How should age affect management of acute myocardial infarction? Lancet. 1999;353(9157):955-9.
16. Pietrzykowska M, Reiwer-Gostomska M, Gutknecht P i wsp. Ocena postrzegania seniorów i ich potrzeb przez studentów VI roku studiów medycznych. Fam Med Primary Care Rev. 2013;15(2):157-9.
17. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i niewykonujących zawodu – stan na 30.06.2016. http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0004/107707/Zestawienie-nr-04.pdf. Data pobrania: 21.07.2016.
18. Kropińska S, Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. Geriatria 2009;3(3):12-6.
19. Meiboom AA, de Vries H, Hertogh CM i wsp. Why medical students do not choose a career in geriatrics: a systematic review. BMC Med Educ. 2015;15:101.