

Dyskryminacja pacjentów w starszym wieku przez pracowników ochrony zdrowia

Discrimination of elderly patients by health care employees

Anna Burak¹, Anna Reczyńska²

¹ Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy

² Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Klinika Diabetologii i Chorób Wewnętrznych, SPSK 1, Police

Streszczenie

Wstęp. Starzenie się społeczeństwa jest naturalnym i nieuniknionym procesem, który stawia nowe wyzwania przed ochroną zdrowia. Osoby po 65 roku życia stanowią największą grupę pacjentów zakładów opieki zdrowotnej i w związku ze swoją wielochorobowością oraz pogarszającą się sprawnością funkcjonalną wymagają szczególnego podejścia ze strony personelu medycznego. **Celem** badań była identyfikacja przejawów nierównego traktowania osób starszych przez pracowników medycznych. **Material i metody.** Badania przeprowadzono w 2015 roku wśród 401 pracowników ochrony zdrowia wybranych placówek medycznych w Bydgoszczy i Szczecinie w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Pozyskane dane zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL. **Wyniki.** Dla 88,5% pracowników medycznych opieka nad pacjentem w wieku starszym nie stanowi problemu. Wśród badanych, 11,5% przyznaje się, że była świadkiem omińnięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych w stosunku do pacjenta w starszym wieku. Nieetyczne postępowanie personelu w stosunku do pacjentów w podeszłym wieku było zaobserwowane przez 19,7% badanych, a 24,5% było świadkiem jakiegokolwiek przejawu niechęci ze strony personelu medycznego wobec osób starszych. **Wnioski.** Ageizm występuje wśród personelu medycznego. Zjawisko to obserwuje co piąty pracownik ochrony zdrowia. Istnieje zależność między miejscem zatrudnienia a występowaniem oraz obserwowaniem przejawów ageizmu wśród pracowników medycznych. Istotnie częściej ma to miejsce w ZRM oraz SOR. Edukacja personelu w zakresie specyfiki pracy z pacjentami w podeszłym wieku, mogłaby przyczynić się do podniesienia jakości opieki nad pacjentami w starszym wieku. *Geriatrics 2015; 9: 218-226.*

Słowa kluczowe: dyskryminacja, ochrona zdrowia, starość

Abstract

Background. Ageing of population is a natural and inevitable process which poses new challenges to health service providers. Persons over 65 years of age are the largest group of patients of health care facilities and due to their multidisease and deteriorating functional efficiency, they require a specific approach by medical staff. **The aim** of the study was to identify signs of unequal treatment of the elderly by medical staff. **Material and methods.** The study was conducted in 2015 among 401 health employees in selected medical centers in Bydgoszcz and Szczecin, based on a method of diagnostic poll. The research tool was the original questionnaire. The obtained data was developed by the following programs: Microsoft Excel and Statistica PL. **Results.** For the 88.5% of medical staff elderly patient care is not a problem. Among the respondents, 11.5% of people admit that they have witnessed evading or delaying medical services for an elderly patient. Unethical behavior of staff towards the elderly was observed by 19.7% of respondents, and 24.5% have witnessed any signs of reluctance of medical staff towards the elderly. **Conclusions.** Ageism certainly exists among medical staff. This phenomenon is observed by every fifth employee of health care. There is a correlation between the place of employment and the occurrence as well as observing signs of ageism

among medical staff. More often it occurs in the EMS and ED. The staff education in the specifics of working with elderly patients, could contribute to raising the quality of elderly patient care.. *Geriatrics 2015; 9: 218-226.*

Keywords: discrimination, health care, old age

Wstęp

Starość jest ostatnim etapem rozwoju i życia człowieka. Choć jej początek nie jest ściśle ustalony, to bez wątpienia, najłatwiejszym do określenia jest wiek kalendarzowy, ustalony na podstawie daty urodzenia. Obecnie, w związku z wydłużeniem się przeciętnego czasu trwania życia, granica starości ulega przesunięciu, co potwierdzają dane GUS w prognozie ludności na lata 2014-2050 [1]. Według definicji WHO, wczesna starość zaczyna się w wieku 60 lat i trwa do 74 roku życia, starość pośrednia to lata 75-89, zaś starość późna lub długowieczność zaczyna się od 90 roku życia i trwa do śmierci [2]. Bez względu na to, jakie przyjmujemy kryteria starości, szczególnym zjawiskiem demograficznym obserwowanym w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej, jest szybki przyrost osób po 65 roku życia. Szacuje się, że obecnie w społeczeństwie polskim jest ich 13,8%, zaś w Unii Europejskiej 17,5% [3].

Starzenie się społeczeństwa jest naturalnym i nieuniknionym procesem, który stawia nowe wyzwania przed ochroną zdrowia. Osoby po 65. roku życia stanowią największą grupę pacjentów zakładów opieki zdrowotnej [4] i w związku ze swoją wielochorobowością oraz pogarszającą się sprawnością funkcjonalną wymagają szczególnego podejścia ze strony personelu medycznego. Zwłaszcza komunikacja z osobami starszymi wymaga uwzględnienia potencjalnych zaburzeń słuchu czy zaburzeń poznawczych, a także specyfiki ich chorobowości, w tym wielkich zespołów geriatrycznych, prowadzących ostatecznie, chociaż stopniowo, do niepełnosprawności funkcjonalnej [5]. Specyfika tych zespołów wynika z procesu starzenia się organizmu, a ich konsekwencją są problemy odbierające samodzielność, obniżające poczucie własnej wartości, a także nakładające konieczność interwencji osób trzecich.

Zgodnie z Konstytucją RP, Rozdz. 2, art.68, pkt 3, władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [6]. Rzeczywistość okazuje się zupełnie inna i ludzie starsi stanowią kategorię, którą traktuje się jako marginalną, nieistotną, funkcjonującą na obrzeżach życia społecznego [7].

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko doświadczenia ageizmu, czyli dyskryminacji ze względu na wiek [8]. Z pojęciem tym wiążą się negatywne stereotypy m.in.: bezużyteczność ludzi starych, brzydota, ubóstwo, izolacja, impotencja, a także choroby, np. depresja czy otępienie [9]. Również kondycja zdrowotna, sytuacja materialna oraz uwarunkowania makroekonomiczne osób w podeszłym wieku mają wpływ na ageizm w obszarze ochrony zdrowia [10]. Wszystkie te stereotypy odbierane są przez ludzi w starszym wieku, jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukcji praw funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa, środowiska lokalnego, wspólnoty rodzinnej [11].

W opinii Twardowskiej-Rajewskiej, zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest problemem złożonym i powinno być rozpatrywane na kilku poziomach. Należy uwzględnić usługobiorców (pacjentów), usługodawców (pracowników ochrony zdrowia) oraz instytucje finansujące (NFZ). Na zjawisko ageizmu wpływa zarówno presja ekonomiczna, system kształcenia pracowników ochrony zdrowia, zbyt mały nacisk na profilaktykę oraz brak spójnego systemu opieki geriatrycznej [12].

Według Szukalskiego definiując pojęcie ageizmu w opiece zdrowotnej, powinno się dostrzec różnicę pomiędzy „uczynkami” a „zaniedbaniami”. „Uczynkiem” jest między innymi niezapewnienie świadczeń medycznych osobom starszym, ograniczenie dostępu do badań oraz programów profilaktycznych, niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta starszego oraz problem z otrzymaniem protez lub sprzętu rehabilitacyjnego. „Zaniedbania” zaś, definiowane są jako brak systemowej opieki geriatrycznej, kierowanej do osób w wieku podeszłym [13].

Cel badań

Celem badań była identyfikacja przejawów ageizmu wśród pracowników ochrony zdrowia w oparciu o ocenę postaw i zachowań, jakie towarzyszą im w czasie opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono od stycznia do września 2015 r. w grupie 401 pracowników ochrony zdrowia: pielęgniarek, ratowników medycznych oraz lekarzy. Badani zatrudnieni byli w wybranych placówkach medycznych w Bydgoszczy i Szczecinie: w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Antoniego Jurasza, Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Bizuela, Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy oraz w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Szczecinie.

Grupę badaną stanowiło 265 pielęgniarek (66,1%), 100 ratowników medycznych (24,9%) i 36 lekarzy (9%). Wśród badanych było 71,8% kobiet. Najlicniejsza grupa badanych była w przedziale wiekowym 41-50 lat (34,7%), następnie w wieku 31-40 lat (24,9%) oraz 20-30 lat (23,7%). Większość badanych miała wykształcenie wyższe (67,3%), z czego 47,6% magisterskie. Staż pracy powyżej 20 lat zadeklarowało 38,4% respondentów, 17% od roku do pięciu lat a 4,5% pracowało w zawodzie krócej niż rok. Najlicniejsza grupa badanych, 22,5%, zatrudniona była w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) oraz tyle samo, w zespołach ratownictwa medycznego (ZRM) (tabela I).

Tabela I. Miejsce zatrudnienia badanych
Table I. Employment place of the respondents

Miejsce zatrudnienia	n	%
SOR	90	22,5
ZRM	90	22,5
chirurgia	39	9,7
interna	79	19,7
neurochirurgia	26	6,5
nefrologia	5	1,2
geriatria	7	1,7
ortopedia	20	5,0
inne	45	11,2
Razem	401	100,0

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 15 pytań zamkniętych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

Opisową analizę wyników przedstawiono w postaci tabel i rycin, zawierających odpowiednio: liczebności i odsetek uzyskiwanych odpowiedzi. Do analiz statystycznych wykorzystano nieparametryczne

testy istotności różnic dla grup niezależnych. Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi, uznano, odpowiadający otrzymanej statystyce, poziom istotności ($p \leq 0,05$). Pozyskane dane zostały opracowane za pomocą programów: Microsoft Excel i Statistica PL.

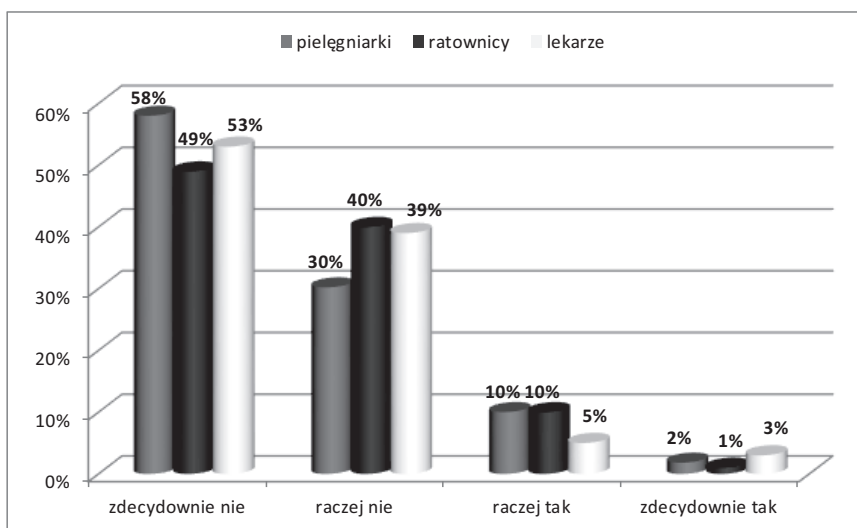
Wyniki

Na pytanie zawarte w ankiecie: czy sprawowanie opieki nad chorym w starszym wieku stanowi dla respondentów problem, 55,1% badanych udzieliło odpowiedzi, że „zdecydowanie nie”, a 33,4% stwierdziło, że opieka nad chorym w podeszłym wieku raczej nie sprawia im problemu. Sprawowanie opieki nad osobami starszymi stanowiło problem dla 11,4% badanych (rycina 1). W grupie tej było 12,1% pielęgniarek, 14,3% pracowników oddziału geriatrycznego oraz 17,4% osób ze stażem pracy 15-20 lat. Badania nie wykazały istotnych statystycznie zależności pomiędzy wiekiem, płcią, miejscem zatrudnienia, zawodem, a odpowiedzią na to pytanie (test Kruskala-Wallisa: $p > 0,05\%$).

Zbliżone wyniki uzyskano pytając personel medyczny o wykonywanie czynności zabiegowych u pacjentów geriatrycznych. Zdecydowanej większości badanych (91,3%) wykonywanie tych czynności nie sprawia trudności, w tym dla 58,4% „zdecydowanie nie”. Badania wykazały, że problem w wykonywaniu czynności zabiegowych u pacjentów w podeszłym wieku zgłosiło 13,9% ankietowanych lekarzy, 15% respondentów pracujących na ortopedii oraz 14,7% badanych ze stażem pracy 5-15 lat.

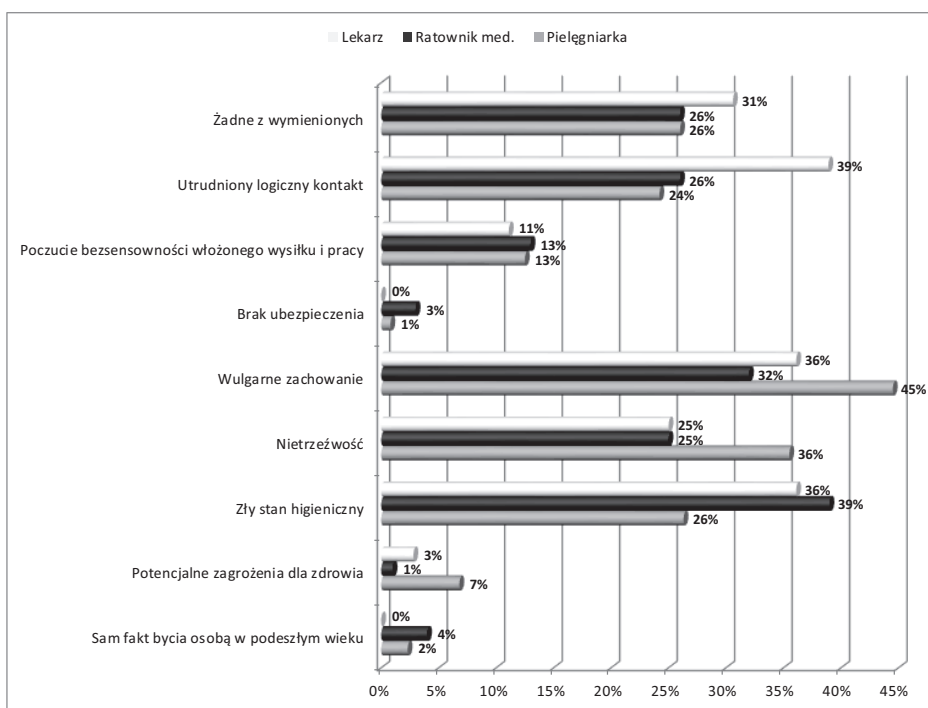
Wyniki badań wykazały, że u większości pracowników (96,7%), pacjenci w podeszłym wieku nie wywołują żadnych negatywnych emocji podczas wykonywania czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych. Z wymienionych w kwestionariuszu uczuć negatywnych pozostali respondenci wskazali doświadczenie zniecierpliwienia (14,2%) i obojętności (2,5%). Pracownicy ochrony zdrowia najczęściej odczuwali wobec starszych osób współczucie (65,6%) oraz litość (27,2%). Co piąta osoba nie wskazała żadnego z uczuć.

W odpowiedzi na pytanie o to, co w grupie pacjentów w podeszłym wieku, wzbudza wśród personelu ochrony zdrowia uczucie niechęci wobec tych osób, badani wskazali: „wulgarne” zachowanie starszych pacjentów (40,6%), stan upojenia alkoholowego (31,9%) oraz zły stan higieniczny (30,7%). Jedna czwarta respondentów wskazała, że powodem niechęci jest utrudniony logiczny kontakt z pacjentami geriatrycznymi a 12,5% badanych ma poczucie, że włożony



Rycina 1. Odpowiedź na pytanie: "Czy sprawowanie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku stanowi dla Pani/Pana problem?" Odpowiedzi względem stanowiska pracy.

Figure 1. Answers to the question: "Is taking care of elderly patients a problem for you?" Answers in terms of a job position



Rycina 2. Odpowiedzi na pytanie "Co, w grupie pacjentów w podeszłym wieku, wzbudza w Pani/Panu największą niechęć?" n > 100% pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

Figure 2. Answers to the question "What repels you the most in a group of elderly patients?" n > 100% Multiple choice question

wysiłek w wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i zabiegowych nie przynosi takiego efektu, jakiego by oczekiwali. Wśród pielęgniarek największą niechęć wobec osób starszych wzbudza ich „wulgarne zachowanie” (44,5%), u ratowników zły stan higieniczny (39%), zaś u lekarzy utrudniony logiczny kontakt (38,9%) (rycina 2).

Zdecydowana większość pracowników (90,8%) zanegowała mniej przychylne podejście do osób w starszym wieku. Wśród 9,2% respondentów, którzy

potwierdzili, że mniej przychylnie traktują pacjentów geriatrycznych, 1,5% uznało, że robi tak zdecydowanie. Analizując odpowiedzi pracowników pod względem miejsca zatrudnienia wyniki te okazały się statystycznie istotne ($p = 0,041$). Pracownicy ZRM częściej przyznawali się do mniej przychylnego traktowania seniorów (12,2%), podobnie jak pracownicy SOR (11,1%). Badania wykazały także istotną statystycznie zależność między stażem pracy respondentów a udziałem w tym pytaniu odpowiedzią ($p = 0,015$). Osoby ze

Tabela II. Odpowiedzi na pytanie: Czy zdarzyło się Pani(Panu) wobec pacjentów w podeszłym wieku stosować wymienione zachowania? $n > 100\%$ pytanie z wielokrotną możliwością wyboru odpowiedzi

Table II. Answers to the questions: Did you apply such behaviour towards the elderly?

Zachowania personelu medycznego wobec osób starszych	Pielęgniarki n = 265		Ratownicy n = 100		Lekarze n = 36	
	Tak n (%)	Nie n (%)	Tak n (%)	Nie n (%)	Tak n (%)	Nie n (%)
Zachowywanie się inaczej niż w stosunku do pozostałych chorych	21 (7,9)	244 (92,1)	13 (13)	87 (87)	3 (8,3)	36 (91,7)
Stosowanie izolacji	2 (0,8)	263 (99,2)	3 (3)	97 (97)	0 (0)	36 (100)
Używanie zwrotów negatywnie oceniających	2 (0,8)	263 (99,2)	2 (2)	98 (98)	0 (0)	36 (100)
Stosowanie agresji słownej	1 (0,4)	264 (99,6)	1 (1)	99 (99)	0 (0)	36 (100)
Jawne okazywanie negatywnych uczuć	3 (1,1)	262 (98,9)	2 (2)	98 (98)	0 (0)	36 (100)
Unikanie wykonywania zabiegów higienicznych	2 (0,8)	263 (99,2)	6 (6)	94 (94)	0 (0)	36 (100)
Wykonywanie zabiegów w niezbędnym wymiarze	22 (8,3)	243 (91,7)	20 (20)	80 (80)	2 (5,6)	34 (94,4)
Ograniczanie zaspokajania potrzeb	9 (3,4)	256 (96,6)	8 (8)	92 (92)	0 (0)	36 (100)
Żadne z wymienionych	218 (82,3)	47 (7,7)	67 (67)	33 (33)	31 (86,1)	5 (3,9)

Tabela III. Czy pacjenci w podeszłym wieku są dyskryminowani? Odpowiedzi na pytanie względem miejsca zatrudnienia

Table III. Are elderly patients discriminated? The answers to the questions towards the place of employment

Miejsce pracy badanych	Zjawisko ageizmu w opinii pracowników medycznych n = 401							
	Zdecydowanie nie		Raczej nie		Raczej tak		Zdecydowanie tak	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOR	36	40	35	38,9	14	15,6	5	5,6
Oddział internistyczny	30	38	33	41,8	12	15,6	4	5,1
Oddział chirurgiczny	18	46,5	15	38,5	3	7,7	3	7,7
Oddział ortopedii	5	25	11	55	2	10	2	10
Oddział neurochirurgii	21	80,8	5	19,2	0	0	0	0
Oddział geriatryczny	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0
ZRM	35	38,9	36	40	13	14,4	6	6,7
Inne	7	14	22	44	17	34	4	8

stażem pracy 1-5 lat częściej niż pozostali respondenci wybierali odpowiedź, że mniej przychylnie traktują pacjentów w wieku starszym.

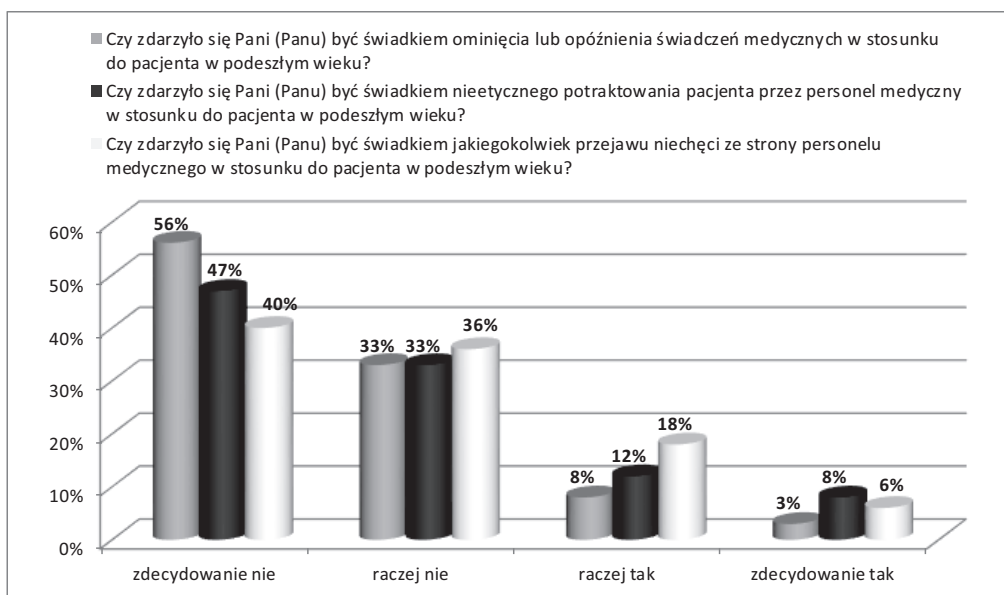
Badania wykazały, że 11% respondentów wykonywało zabiegi higieniczne oraz pielęgnacyjne wobec osób starszych jedynie w niezbędnym i koniecznym wymiarze. Ponadto 9,2% badanych zachowywało się inaczej niż w stosunku do innych chorych a 4,2% ankietowanych ograniczało zaspokajanie potrzeb pacjenta do niezbędnego minimum. Większość badanych (78,8%) zanegowała stosowanie wobec pacjentów w podeszłym wieku zachowań wymienionych w kwestionariuszu (tabela II).

Wyniki badań wykazały, że 24,5% badanych było świadkiem jakiegokolwiek przejawu niechęci ze strony pracowników ochrony zdrowia wobec osób starszych. Badania wykazały istotną statystycznie zależność między miejscem zatrudnienia, a zaobserwowaniem przejawu niechęci wobec pacjentów geriatrycznych ($p = 0,001$). Niechęć wobec osób starszych przy świadczeniu usług medycznych istotnie częściej zaobserwowali: pracownicy ortopedii (35%), pracownicy SOR (31,1%) oraz osoby zatrudnione w ZRM (25,5%).

Najczęściej świadkami niechęci wobec seniorów były pielęgniarki (25,3%) oraz osoby ze stażem pracy 1-5 lat (27,3%).

Badani pracownicy byli również świadkami nieetycznego traktowania pacjenta przez personel medyczny (19,7%) oraz ominięcia lub opóźnienia wykonania świadczeń medycznych u starszych pacjentów (11,4%) (rycina 3). W analizie odpowiedzi na to pytanie istotne statystycznie okazało się miejsce zatrudnienia personelu ($p = 0,000$). Świadkami ominięcia lub opóźnienia świadczeń istotnie częściej byli pracownicy ZRM (12,3%) i SOR (8,9%). Nieetyczne zachowanie natomiast, znacznie częściej obserwowali pracownicy ZRM (27,8%) i personel oddziału ortopedii (20%). Analiza wykazała również, że świadkami nieetycznego potraktowania seniorów było 28% ankietowanych ratowników oraz 21% osób ze stażem pracy od 1 do 5 lat.

Badania wykazały, że w opinii 22,9% respondentów osoby w wieku starszym „zdecydowanie” mają utrudniony dostęp do usług i świadczeń medycznych. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między opinią o utrudnionym dostępie do świadczeń i usług medycz-



Rycina 3. Odpowiedzi na pytania związane z obserwowaniem przejawów niewłaściwego traktowania chorych w podeszłym wieku, względem miejsca zatrudnienia

Figure 3. Answers to questions related to observing signs of mistreatment the elderly patients terms of the place of employment

nych, a miejscem zatrudnienia pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,000$). W opinii 36,7% pracowników SOR, 35,9% pracowników oddziału chirurgii i 35% ortopedii seniorzy mają utrudniony dostęp do usług i świadczeń medycznych. Badania wykazały również, że tego samego zdania jest 34,7% pielęgniarek oraz 47,1% ankietowanych ze stażem pracy krótszym niż rok.

W badaniach poddano analizie przekonanie pracowników ochrony zdrowia na temat świadczenia opieki medycznej dla osób w wieku starszym przez odrębne, wyspecjalizowane instytucje. W opinii 44,1% ankietowanych powinny istnieć takie placówki medyczne. Analiza statystyczna wykazała istotne zależności między przekonaniem o stworzeniu odrębnych placówek do świadczenia opieki medycznej dla pacjentów geriatrycznych, a miejscem pracy pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,000$). Wykazano, że za wprowadzeniem takich struktur było 50% pracowników SOR i 47% zatrudnionych w ZRM. Ponadto, przekonanie takie wyraziło 50% badanych lekarzy oraz 58,8% osób ze stażem pracy poniżej 1 roku.

Według większości badanych pracowników ochrony zdrowia, są oni przygotowani do pracy z osobami starszymi (61,4%). Takiego zdania było 67% ratowników, 77% pracowników oddziału neurochirurgii oraz 76,5% osób ze stażem pracy do 1 roku. Z kolei, 25,7% jest zdania, że przestrzeganie Karty Praw Pacjenta w stosunku do pacjentów w podeszłym wieku sprawia im trudność. Badania wykazały istotną statystycznie zależność między opinią na temat przestrzegania Karty Praw Pacjenta, a miejscem pracy respondentów ($p = 0,002$) oraz stanowiskiem pracy ($p = 0,036$). Pielęgniarki istotnie częściej były zdania, że przestrzeganie karty praw pacjenta wobec seniorów sprawia trudność (31,3%), podobnie jak osoby pracujące w SOR (38,9%).

Badania wykazały, że w opinii 21,7% pracowników, pacjenci w podeszłym wieku są dyskryminowani. Ageizm zauważa 23% pielęgniarek i tyle samo ratowników oraz 8,4% lekarzy. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność między dostrzeganiem ageizmu a miejscem pracy pracowników ochrony zdrowia ($p = 0,000$). Zjawisko dyskryminacji osób starszych istotnie częściej dostrzegają osoby pracujące na oddziale geriatry, w SOR, w ZRM oraz zatrudnieni na innych oddziałach, niż wymienionych w kwestionariuszu ankiety (tabela III). Poza tym ageizm częściej dostrzegają osoby ze stażem pracy do jednego roku (29,4%) oraz pracujący powyżej 20 lat (24%).

Podsumowanie

Problem starzenia się i starości jest dużym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia. Obecnie w Polsce co ósma osoba ma co najmniej 65 lat [14]. Podeszły wiek i ułomność starszego człowieka często nie pozwalają na konwencjonalne prowadzenie opieki [15], co może być traktowane, jako przejaw dyskryminacji ze strony nie tylko usługodawców, czyli pracowników ochrony zdrowia, ale przede wszystkim NFZ, jako instytucji finansującej. Bez wątpienia starzenie się społeczeństwa pociąga za sobą konieczność przeorganizowania systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki geriatrycznej dedykowanej chorym starszym. Już dziś bowiem stanowią oni większość pacjentów w poradni lekarza rodzinnego i zwiększoną liczbę przyjęć na oddziałach szpitalnych [10]. Jak wykazały badania własne, niemal połowa badanych pracowników ochrony zdrowia (44,1%) uważa, że konieczne jest tworzenie wyspecjalizowanych struktur świadczących usługi opieki medycznej tylko grupie pacjentów w podeszłym wieku. Najwięcej zwolenników takiego rozwiązania jest wśród personelu SOR i ZRM. Powołując się na złożoność definicji dyskryminacji ze względu na wiek wg Twardowskiej-Rajewskiej [12], można pokusić się o pytanie, czy dążenie do takiej właśnie opieki geriatrycznej jest jeszcze troską o jakość opieki dla tych chorych czy przejawem ageizmu.

W badaniach własnych wykazano, że dla 11,4% personelu sprawowanie opieki nad osobami w podeszłym wieku stanowi problem. Niewiele mniej (8,7%) badanych przyznało, że wykonywanie czynności zabiegowych i pielęgnacyjnych w stosunku do tej grupy pacjentów, w większym lub mniejszym stopniu sprawia trudność a samo wykonywanie tych czynności budzi wśród nielicznej grupy personelu (3,2%) negatywne emocje.

Współczesny stereotyp starości, utożsamianej, m.in. pauperyzacją, niepełnosprawnością, bezradnością, rodzi specyficzne postawy i reakcje społeczne: od negacji, przez obojętność, do litości [13]. Personel medyczny, będąc częścią społeczeństwa, nie jest wolny od stereotypów. Jak wykazały badania własne, personel pracujący z osobami starszymi najczęściej odczuwa wobec nich współczucie (65,6%), litość (27,2%) ale także zniecierpliwienie (14,2%) i w mniejszym stopniu obojętność (2,5%) i niechęć (2%).

Badania własne wykazały, że dla jednej czwartej respondentów czynnikiem budzącym niechęć w stosunku do starszych pacjentów był utrudniony logiczny

kontakt. Problem jest złożony i należy uwzględnić dwa aspekty. Z jednej strony, u osób starszych osłabienie narządów zmysłów oraz zaburzenia poznawcze mogą zmniejszać zdolność do rozumienia tego, co mówi do nich personel medyczny, jak również mieć wpływ na przestrzeganie zaleceń a przede wszystkim znacznie utrudniać komunikację [15]. Z drugiej strony, niekiedy sposób komunikacji personelu medycznego ze starszymi pacjentami wynika z automatycznego traktowania tych osób, jako mających problemy z pamięcią lub ze słuchem [16]. Lekceważenie tego, co mówi starszy pacjent, informowanie o stanie zdrowia w sposób niezrozumiały, nietłumaczenie dolegliwości chorobowych, zwracanie się do osób starszych w sposób infantylny były najczęściej wymienianymi problemami zgłaszanymi przez starszych pacjentów w badaniu Kropińskiej [10]. Również Chabierey i wsp. zauważają, zjawisko stosowania języka infantylnego przez personel opiekujący się osobami starszymi [17]. Z kolei Koziarska-Rościszewska zwraca również uwagę na m.in. niewłaściwe zwracanie się do chorego, używanie niezrozumiałych dla chorego pojęć oraz nieudzielanie seniorom wszystkich informacji [18].

W badaniach Centrum Innowacji Społecznej SIC seniorzy skarżyli się na agresję werbalną ze strony lekarzy, upokarzające komentarze czy brak informacji o diagnozie [19]. W badaniach własnych, stosowanie agresji słownej wobec seniorów było marginalne (0,5%), podobnie jak używanie zwrotów negatywnie ich oceniających (1%). Co dziesiąta badana osoba przyznała się do innego zachowania się w stosunku do osób starszych, w porównaniu z pozostałymi pacjentami. Tyle samo respondentów, uznało swoje zachowanie wobec seniorów, jako mniej przychylne. W grupie tej dominowali pracownicy ZRM i personel z krótkim stażem pracy (do 5 lat). Leung S. wykazał poprzez zastosowanie Fraboni's Scale of Ageism [20], że najlepszą postawą wobec osób starszych charakteryzowały się osoby po 30. roku życia, które na co dzień, pracowały z osobami starszymi i miały większe doświadczenie (co najmniej 10 lat).

Badania Kropińskiej wykazały, że 89,7% badanych studentów uważa, że osoby starsze wymagają szczególnej opieki zdrowotnej i jednocześnie zdecydowana większość była zdania, że taka opieka nie jest dostępna (83,3%) [14]. Podobnego zdania były pielęgniarki (79,7%) w badaniu Florek-Płaczek i wsp. [21]. Badania własne wykazały, że ponad jedna trzecia respondentów jest zdania, że osoby starsze mają utrudniony

dostęp do usług świadczeń medycznych. Kropińska w swojej pracy wykazała, że kryterium wieku osób starszych było znaczące w uzasadnianiu odmowy, jak i podważania sensu przeprowadzenia zabiegów operacyjnych czy wydawania sprzętu rehabilitacyjnego [10]. W przypadku badań Borowiec, odmówienia udzielenia pomocy medycznej lub wykonania badań ze względu na zaawansowany wiek, deklarowało 9% respondentów [22]. W badaniach własnych, co dziesiąty pracownik ochrony zdrowia był świadkiem ominięcia lub opóźnienia świadczeń medycznych w stosunku do pacjenta w podeszłym wieku i częściej takie zdarzenia miały miejsce w ZRM i w SOR. Również, co dziesiąta badana osoba przyznała się, że zdarzało jej się wykonywać zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne jedynie w koniecznym, niezbędnym wymiarze.

W badaniach Kropińskiej [10] wykazano, że 14,9% osób starszych czuło się dyskryminowane przebywając w jednostkach ochrony zdrowia, zaś 19,4% było świadkami dyskryminacji innych seniorów. Poza tym, w opinii 60,9% osób starszych zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. W badaniach własnych 19,7% badanego personelu medycznego było świadkiem nietycznego potraktowania osoby starszej przez swoje koleżanki i kolegów a w opinii 21,7% respondentów, pacjenci w podeszłym wieku są grupą dyskryminowaną.

Biorąc pod uwagę, że, niemal dwie trzecie badanego personelu uważa, że pracownicy ochrony zdrowia są dobrze przygotowani do pracy ze starszymi pacjentami, szczególnego znaczenia nabierają elementy edukacji medycznej ukierunkowane na relacje między pracownikami ochrony zdrowia a osobami starszymi. Ich celem jest nie tylko wypełnienie luki w komunikacji między tymi grupami, ale również uświadomienie sobie własnych stereotypów i postrzegania w ich świetle pacjentów w podeszłym wieku [23].

Wnioski

1. W oparciu o ocenę postaw i zachowań pracowników ochrony zdrowia można stwierdzić, że występuje ageizm wśród personelu medycznego. Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek wśród pracowników ochrony zdrowia obserwuje co piąty pracownik tego sektoru.
2. Istnieje zależność między miejscem zatrudnienia a występowaniem oraz obserwowaniem przejawów ageizmu wśród pracowników medycznych.

- Istotnie częściej ma to miejsce w ZRM oraz SOR.
- Co czwarty pracownik ochrony zdrowia uważa, że opiekę medyczną nad osobą w wieku starszym powinny świadczyć odrębne, wyspecjalizowane placówki medyczne.
 - Edukacja personelu w zakresie specyfiki pracy z pacjentami w podeszłym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji, wydaje się być ważnym elementem podniesienia jakości opieki nad pacjentami w starszym wieku.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Anna Burak

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziała
Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej
ul. Ujejskiego 75; 85-168 Bydgoszcz

☎ (+48 52) 365 52 07

📧 annaburak72@gmail.com

Piśmiennictwo

- GUS Baza demografia, Prognoza ludności na lata 2014-2050 <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx> [dostęp 6.01.2016].,
- Zych A, A. Słownik gerontologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”; 2001.
- De Beauvoir S. Starość i biologia. W: Starość. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2011. str. 21-44. 8. Eurostat, 2010, Proportion of population aged 65 and over, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1\(uage=en&pcode=tps00028](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1(uage=en&pcode=tps00028).
- Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol.* 2012;20(2):68-72.
- Michałkiewicz H, Wróbel J. Całościowa ocena geriatryczna – narzędzie ważne również dla fizjoterapeutów. *Zamojskie Studia i Materiały.* Zamość; 2012. *Fizjoterapia.* XIV(1):(35):92.
- Konstytucja RP, Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483.
- Kowgier A. Życie intymno-emocjonalne osób starszych. *Kraków: Impuls;* 2010:13.
- Cieślakowska D. Postrzeganie społeczne. W: *Edukacja antydyskryminacyjna. Podręcznik trenerski* pod red. M. Branki, D. Cieślakowskiej. *Kraków: Stowarzyszenie Willa Decjusza;* 2010. str. 75-186.
- Dozois E. Ageism: A review of the literature. *Calgary Health Region, Healthy Aging Committee* May 2006.
- Kropińska S. Dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. *Praca na stopień doktora nauk o zdrowiu* Poznań: Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu Katedra Geriatrii i Gerontologii; 2013. str. 7.
- Trafiałek E. Wykluczenie społeczne ludzi starych. Źródła, skutki, perspektywy na przyszłość, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Tarnobrzeg, <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3540/Trafialek.pdf?sequence=1> [dostęp 20.12.2015].
- Twardowska-Rajewska J. Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia. W: *Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? Strategia wprowadzenia roku 2007 – Europejski Rok Równych Szans Dla Wszystkich.* Warszawa: ARFwP; 2005. str. 48-53.
- Szukalski P. Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. W: *Solidarności pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012. str. 139-178.
- Kropińska S, Zasadzka E, Wieczorowska-Tobis K. Dyskryminacja osób w wieku podeszłym w placówkach służby zdrowia. W: *Człowiek w wieku podeszłym w współczesnym społeczeństwie.* Talarzka D, Wieczorowska-Tobis K. (red.). Poznań: Wydawnictwo UM; 2009. str. 51-60.
- Forman DE, Rich MW, Alexander KP i wsp. Opieka kardiologiczna nad osobami w starszym wieku. *Czas na nowy model opieki.* *Med Wieku Podeszłego.* 2011;1(2):52.
- Kite ME, Wagner LS. Attitudes toward older adults. W: *Stereotyping and prejudice against older persons.* Nelson T. (red.). Cambridge, MA: MIT Press; 2002. str. 129-161.
- Chabiera A, Tokarz-Kamińska B, Wizerunek starości i człowieka starego. Postawy wobec starzenia się społeczeństw. W: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje.* Warszawa: Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich; 2012. str. 124-133.
- Koziarska-Rościszewska M. Rola lekarza rodzinnego w opiece geriatrycznej. www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/Rola_LR_w_opiece_geriatrycznej.pdf [28.12.2015].
- Sańko W. Relacja Senior-Opieka Zdrowotna w świadomości osób korzystających z poznańskich klubów seniora. *Centrum Innowacji Społecznej SIC* 2010.
- Leung S, Logiudice D, Schwarz J i wsp. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J.* 2011;41(4):308-14.
- Florek-Płaczek A, Grochowska A, Mika M. Starzenie się i starość w opinii pielęgniarzek czynnych zawodowo. W: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych.* Kowaleski JT, Szukalski P (red.). Łódź: Piktór; 2008. str. 216-226.
- Borowiec A. Analiza i opracowanie statystyczne badania sondażowego na temat dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek. W: *Głos osób starszych. Siła przyszłości!* Warszawa: Forum 50+; 2006. str. 77-102.
- Penson RT, Daniels KJ, Lynch TJ Jr. Too Old to Care? *Onkolog.* 2004;9(3):343-52.