

Ocena opieki geriatrycznej przez osoby w podeszłym wieku w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej

Assessment of geriatric care by elderly people in selected Central and Eastern Europe countries

Mateusz Cybulski¹, Łukasz Cybulski², Elżbieta Krajewska-Kułak¹,
Magda Orzechowska¹, Andrzej Szpakow³, Skaiste Laskiene⁴, Urszula Cwalina⁵

¹ Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

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

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

⁴ Zakład Nauk Społecznych i Humanistycznych, Litewski Uniwersytet Nauk o Zdrowiu, Kowno, Litwa

⁵ Zakład Statystyki i Informatyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok, Polska

Streszczenie

Wstęp. We współczesnym świecie starzenie się społeczeństwa stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. **Cel pracy.** Celem pracy była ocena opieki geriatrycznej przez osoby powyżej 60 roku życia w Polsce, na Białorusi i Litwie oraz w Rosji. **Material i metody.** Badaniem objęto 440 osób przy użyciu anonimowego kwestionariusza ankiety. **Wyniki.** Zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia występowało w każdej z badanych grup i wahało się od 20,9% do ponad 43,0%. Najwyższy odsetek seniorów będących świadkami dyskryminacji innych osób starszych odnotowano wśród Rosjan (ponad 40,0%), zaś najniższy – wśród Polaków (23,6%). Większość respondentów uważała, że zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. Ponad połowa badanych potwierdziła, że lekarz rodzinny występującą dolegliwość bądź objaw chorobowy tłumaczył starością. Większość respondentów oceniła opiekę geriatryczną w swoim kraju jako funkcjonującą na raczej dobrym poziomie. **Wnioski.** Brak prowadzonych badań, dotyczących oceny opieki geriatrycznej przez samych seniorów, powoduje brak proponowanych rozwiązań, mających służyć poprawie jej funkcjonowania w krajach, w których poziom analizowanej opieki jest stosunkowo niski. Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w systemie ochrony zdrowia stanowi istotny problem opieki geriatrycznej, dlatego należy szkolić personel medyczny w zakresie empatii i zrozumienia pacjenta geriatrycznego, stanowiącego aktualnie filar sektora opieki zdrowotnej, a także zainteresować lekarzy i pielęgniarki kształceniem specjalistycznym i podyplomowym w zakresie geriatry. W analizowanych krajach opieka geriatryczna jest oceniana przez seniorów raczej pozytywnie, jednak należy wprowadzić w jej funkcjonowaniu jeszcze mnóstwo zmian, które umożliwią jej rozwój i podniosą poziom satysfakcji z oferowanych usług wśród zainteresowanych pacjentów. (Gerontol Pol 2016, 24, 269-277)

Słowa kluczowe: geriatria, ocena, opieka geriatryczna, osoby starsze

Abstract

Introduction. In the contemporary world the aging population is one of the most important public health problems. **Aim.** The aim of the study was to assess geriatric care for people over the age of 60 in Poland, Belarus, Lithuania and Russia. **Material and methods.** The study involved 440 people using an anonymous questionnaire. **Results.** The phenomenon of discrimination against older people because of age in health care facilities occurred in each studied groups and ranged from 20.9% to 43.0%. The highest percentage of seniors who had witnessed discrimination against other elderly people were recorded among Russians (over 40.0%), while the lowest - among Poles (23.6%). The majority of respondents felt that the phenomenon of discrimination against older people because of age in the health sector is a social problem. More than half of the respondents confirmed that the physician occurring ailment or symptom of a disease explained to old age. Most of the respondents evaluated the geriatric care in their country as a functioning at a rather good level. **Conclusions.**

Lack of research regarding the evaluation of geriatric care by seniors themselves, resulting in a lack of proposed solutions that aim to improve its functioning in the countries in which the level of the analyzed care is relatively low. The phenomenon of discrimination on grounds of age in the health care system is an important problem of geriatric care, so be sure to train medical staff in terms of empathy and understanding of the geriatric patient, which is currently a pillar of the health care sector, as well as the interest of doctors and nurses training specialist and postgraduate students in the field of geriatrics. In the analyzed countries, geriatric care is assessed by seniors rather positively, however, numerous changes need to be made in its functioning still a lot of changes that will allow it to develop and raise the level of satisfaction with the services offered to interested patients. (Gerontol Pol 2016, 24, 269-277)

Keywords: *assessment, elderly people, geriatrics, geriatric care*

Wstęp

We współczesnym świecie starzenie się społeczeństwa stanowi jeden z najistotniejszych problemów zdrowia publicznego. Najbardziej starzejącym się kontynentem jest Europa. W ostatnich latach istotne przeobrażenia demograficzne widoczne są także na terytorium Polski [1]. Przewiduje się, że udział osób powyżej 60 roku życia w populacji naszego kraju w 2035 roku będzie wynosił 26,7%, co oznacza jego wzrost o prawie 11% w porównaniu do roku 2007 (16,0%) [2]. Podobną sytuację odnotowuje się na Litwie – w 2014 roku udział osób w podeszłym wieku w społeczeństwie litewskim wynosił ponad 22%. Jeszcze wyższy udział osób starszych w strukturze społecznej ma miejsce 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 [3].

Na kontynencie europejskim starzenie się społeczeństwa jest w ostatnich kilkunastu latach szybsze 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 starszych była Irlandia, a stosunkowo niewielki wzrost ich udziału miał miejsce w Szwecji, Danii, Wielkiej Brytanii i Luksemburgu [3].

W ujęciu globalnym, średni czas trwania życia wynosi ponad 60 lat i jest mocno zróżnicowany. Kobiety w skali świata żyją średnio 6 lat dłużej od mężczyzn, chociaż i w tym przypadku odnotowuje się znaczne różnice. 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 [4].

Raport Najwyższej Izby Kontroli [5] wykazał, że w Polsce nie istnieje system opieki geriatrycznej nad osobami starszymi 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 [6]. Nadal brakuje lekarzy geriatrów. 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 ludźmi starszymi jest duże zróżnicowanie terytorialnej oferowanych świadczeń geriatrycznych. W województwie warmińsko-mazurskim nie ma ani jednego gabinetu, w którym przyjmuje specjalista geriatry, natomiast najwyższe nasycenie rynku usług medycznych w zakresie geriatry odnotowuje się w województwie śląskim. Niezwykle ważnym zagadnieniem jest również niedofinansowanie systemu opieki geriatrycznej w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia [5]. Podobne problemy dotyczące funkcjonowania systemu opieki geriatrycznej napotyka większość krajów Europy Środkowo-Wschodniej.

System opieki zdrowotnej powinien przede wszystkim skupiać się na pacjentach. Ważnym wyzwaniem jest więc pozyskiwanie ich wkładu w odniesieniu do świadczonych usług zdrowotnych oraz ich zadowolenia z poziomu oferowanych usług [7], co może prowadzić do poprawy poziomu satysfakcji pacjentów [8], a także mieć korzystny wpływ na skuteczność specjalistycznych konsultacji [9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena opieki geriatrycznej przez osoby w podeszłym wieku, tj. powyżej 60 roku życia, w wybranych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, tj. Polsce, na Białorusi i Litwie oraz w Rosji.

Material i metody

Badanie przeprowadzono w 4 grupach osób starszych, tj. wśród seniorów z Polski, Białorusi, Litwy oraz Rosji. Każda z grup liczyła 110 respondentów. Łącznie badaniem objęto 440 osób powyżej 60 roku życia.

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 osób starszych* autorstwa 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 podstawowej opieki zdrowotnej w odniesieniu do wielkich zespołów geriatrycznych występujących najczęściej w populacji ludzi starszych, oceny systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia ankietowanych oraz trudności, na jakie może być narażona opieka geriatryczna w ojczyźnie badanych.

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).

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-Wallis z testami post-hoc. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki

Charakterystykę społeczno-demograficzną respondentów pod względem płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, poziomu wykształcenia oraz struktury rodziny z uwzględnieniem podziału na kraj pochodzenia badanych przedstawiono w tabeli I. Wśród ankietowanych dominowały kobiety (69,3%), osoby w przedziale wiekowym 60-70 lat (55,0%), żonaci/mężatki (38,9%), mieszkańcy dużych miast (66,1%), osoby o przeciętnej sytuacji materialnej

(56,8%), z wykształceniem wyższym (31,8%) i z rodzin jednopokoleniowych (48,4%).

Wśród respondentów z Polski i Litwy odsetek osób starszych, które były dyskryminowane ze względu na wiek, był stosunkowo niski (20,9% w Polsce i 21,8% na Litwie). Wyższy odsetek dyskryminacji w ochronie zdrowia odnotowano w Rosji (37,3%), zaś najwyższy – na Białorusi – wyniósł on ponad 43,0%. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia seniorów i częstością dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia ($p < 0,001$).

W kilku kolejnych pytaniach uwzględniono tylko te osoby, które potwierdziły, że były ofiarami dyskryminacji ze względu na wiek w placówkach ochrony zdrowia. Analizowane pytania były pytaniami wielokrotnego wyboru. Ponadto nie wszystkie osoby, które potwierdziły, że były ofiarami dyskryminacji, udzieliły odpowiedzi na wszystkie z tych pytań.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia, a wskazywaniem jako osoby dyskryminującej lekarza ($p = 0,003$), pielęgniarki ($p = 0,02$) i pracownika rejestracji ($p = 0,039$). Szczególnie często lekarz był wymieniany przez osoby z Polski – wskazało go niemal 70,0% respondentów. Pielęgniarka była najczęściej wskazywana przez osoby starsze w Rosji (36,6%) oraz na Białorusi (43,7%), natomiast na Litwie miało to miejsce jedynie w 8,3% przypadków. Pracownika rejestracji szczególnie często wskazywali seniorzy z Rosji (31,7%), w pozostałych państwach odsetek ten był znacznie niższy i wynosił 16,7% na Litwie, 14,6% na Białorusi i tylko 4,4% w Polsce. Większość respondentów z Polski jako miejsce dyskryminacji ze względu na wiek wskazywało izbę przyjęć (39,1%), na Białorusi taki sam odsetek seniorów (20,8%) wskazał gabinet lekarza rodzinnego oraz oddział szpitalny, na Litwie niemal połowa ankietowanych wskazała jako miejsce dyskryminacji izbę przyjęć (45,8%), zaś w Rosji 39,0% badanych było dyskryminowanych na oddziale szpitalnym. Istotną statystycznie zależność stwierdzono jedynie pomiędzy krajem pochodzenia, a wskazaniem oddziału szpitalnego ($p < 0,001$) izby przyjęć ($p < 0,001$) jako miejsca dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek. Analizując sposoby dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek, wskazane przez badane osoby w podeszłym wieku, zauważono, że wśród respondentów z Polski najczęściej było to niezapewnienie świadczeń medycznych (30,4%). Wśród ankietowanych na Białorusi najczęściej wskazywanym sposobem było lekceważenie przez pracowników ochrony zdrowia (43,8%), podobnie jak w grupie badanych w Rosji, gdzie

Tabela I. Charakterystyka społeczno-demograficzna respondentów z uwzględnieniem kraju pochodzenia
 Table I. Socio-demographic characteristics of respondents based on the country of origin

	n	Polska		Białoruś		Litwa		Rosja	
		%	n	%	n	%	n	%	n
płeć	kobiety	79	71,8%	75	68,2%	77	70,0%	74	67,3%
	mężczyźni	31	28,2%	35	31,8%	33	30,0%	36	32,7%
wiek	60-70 lat	69	62,7%	76	69,1%	52	47,3%	45	40,9%
	71-80 lat	39	35,5%	29	26,4%	42	38,2%	46	41,8%
	81-90 lat	2	1,8%	4	3,6%	11	10,0%	14	12,7%
	90 i więcej lat	0	0,0%	1	0,9%	5	4,5%	5	4,5%
stan cywilny	żonaty/mężatka	52	47,3%	52	47,3%	32	29,1%	35	31,8%
	wdowiec/wdowa	33	30,0%	31	28,2%	45	40,9%	57	51,8%
	kawaler/panna	5	4,5%	6	5,5%	13	11,8%	10	9,1%
	rozwidziony/-na	13	11,8%	18	16,4%	15	13,6%	8	7,3%
	separacja	7	6,4%	3	2,7%	5	4,5%	0	0,0%
miejsce zamieszkania	duże miasto (pow. 200 tys.)	81	73,6%	61	55,5%	74	67,3%	75	68,2%
	średnie miasto (50-200 tys.)	15	13,6%	13	11,8%	21	19,1%	12	10,9%
	małe miasto (do 50 tys.)	6	5,5%	12	10,9%	7	6,4%	3	2,7%
	wieś	8	7,3%	24	21,8%	8	7,3%	20	18,2%
sytuacja materialna	bardzo dobra	4	3,6%	3	2,7%	3	2,7%	3	2,7%
	dobra	41	37,3%	25	22,7%	23	20,9%	23	20,9%
	przeciętna	57	51,8%	60	54,5%	71	64,5%	62	56,4%
	raczej zła	0	0,0%	15	13,6%	7	6,4%	16	14,5%
	zła	1	0,9%	2	1,8%	2	1,8%	6	5,5%
	nie potrafię ocenić	7	6,4%	5	4,5%	4	3,6%	0	0,0%
wykształcenie	wyższe	37	33,6%	47	42,7%	33	30,0%	23	20,9%
	średnie	44	40,0%	20	18,2%	19	17,3%	20	18,2%
	techniczne	21	19,1%	21	19,1%	28	25,5%	33	30,0%
	zawodowe	7	6,4%	12	10,9%	17	15,5%	17	15,5%
	podstawowe	1	0,9%	10	9,1%	13	11,8%	17	15,5%
struktura rodziny	jednopokoleniowa	38	34,5%	46	41,8%	67	60,9%	62	56,4%
	dwupokoleniowa	50	45,5%	43	39,1%	28	25,5%	24	21,8%
	trypokoleniowa	19	17,3%	16	14,5%	14	12,7%	16	14,5%
	wielopokoleniowa	3	2,7%	5	4,5%	1	0,9%	8	7,3%

odsetek ten był jednak nieco niższy (34,2%). W przypadku seniorów z Litwy niemal 30,0% wskazało, jako najczęstszą formę dyskryminacji ze względu na wiek, niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia przez personel medyczny. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia, a wskazywaniem jako formy dyskryminacji niezapewnienia świadczeń medycznych ($p = 0,006$). Szczegółowe dane liczbowe zestawiono w tabeli II.

Respondentów zapytano również o to, czy byli świadkami dyskryminacji innych osób w podeszłym wieku ze względu na wiek w placówkach medycznych. W większości osoby te nie były świadkami dyskryminacji, jednak rozkład odpowiedzi na zadane pytanie różnił się pomiędzy krajami pochodzenia respondentów. Najwyższy

odsetek odpowiedzi twierdzących odnotowano wśród badanych pochodzących z Rosji (41,8%), następnie wśród obywateli Białorusi (38,2%) i Litwy (29,1%) zaś najniższy – wśród Polaków (23,6%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia ankietowanych, a byciem świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek ($p = 0,016$).

Ponad połowa respondentów z Białorusi, Litwy i Rosji uważała, że zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. Najniższy odsetek respondentów zgodził się z tym stwierdzeniem w Polsce (40,0%). Stwierdzono istotną statystycznie zależność między krajem pochodzenia a oceną dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jako problemu spo-

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

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

		Kraj pochodzenia								p
		Polska		Białoruś		Litwa		Rosja		
		N = 23	N = 48	N = 24	N = 41	n	%	n	%	
Pracownicy dopuszczający się dyskryminacji ze względu na wiek	lekarz	15	65,2	13	27,1	9	37,5	9	22,0	0,003
	pielęgniarka	4	17,4	21	43,7	2	8,3	15	36,6	0,02
	młodszy pacjent	4	17,4	7	14,6	7	29,2	11	26,8	NS
	pracownik recepcji	1	4,4	7	14,6	4	16,7	13	31,7	0,039
Miejsca dyskryminacji ze względu na wiek	poradnia lekarza rodzinnego	6	26,1	10	20,3	7	29,2	9	22,0	NS
	poradnia specjalistyczna	8	34,8	6	12,5	4	16,7	11	26,8	NS
	oddział szpitalny	2	8,7	10	20,8	0	0,0	16	39,0	< 0,001
	izba przyjęć	9	39,1	5	10,4	11	45,8	6	14,6	< 0,001
Sposoby dyskryminacji ze względu na wiek	niezapewnienie świadczeń medycznych	7	30,4	5	10,4	0	0,0	3	7,3	0,006
	ograniczenie dostępu do badań i programów profilaktycznych	6	26,1	8	16,7	5	20,8	7	17,1	NS
	niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia przez personel medyczny	3	13,0	13	27,1	7	29,2	10	24,4	NS
	nieczytelność ulotek informacyjnych dotyczących leków	1	4,4	9	18,8	2	8,3	9	22,0	NS
	niedostrzeżenie osoby starszej w grupie innych pacjentów	1	4,4	4	8,3	3	12,5	9	22,0	NS
	lekceważenie przez pracowników ochrony zdrowia	6	26,1	21	43,8	6	25,0	14	34,2	NS

Tabela III. Odpowiedzi seniorów na pytania: „Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?” oraz „Czy lekarz kiedykolwiek jakiś objaw/dolegliwość tłumaczył starością?”

Table III. Seniors answers to the questions: „Do you think that the phenomenon of discrimination against older people because of age in the healthcare sector is a social problem?” and „Has a doctor ever a symptom/ailment explained to old age?”

		Kraj pochodzenia							
		Polska		Białoruś		Litwa		Rosja	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?	Tak	44	40,0	67	60,9	58	52,7	66	60,0
	Nie	66	60,0	43	39,1	52	47,3	44	40,0
	Razem	110	100	110	100	110	100	110	100
Czy lekarz kiedykolwiek jakiś objaw/dolegliwość tłumaczył starością?	Tak	62	56,4	55	50,0	67	60,9	63	57,3
	Nie	48	43,6	55	50,0	43	39,1	47	42,7
	Razem	110	100	110	100	110	100	110	100

lecznego ($p = 0,006$). We wszystkich badanych grupach ponad połowa respondentów potwierdziła, że lekarz rodzinny występującą dolegliwość bądź objaw chorobowy tłumaczył starością. Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy krajem pochodzenia respondentów, a odpowiedzią na analizowane pytanie (Tabela III).

Większość respondentów w analizowanych krajach oceniła opiekę geriatryczną w swoim kraju jako funkcjonującą na raczej dobrym poziomie. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie różnicę w przypadku oceny opieki geriatrycznej pomiędzy badanymi z Polski i Litwy ($p = 0,041$) oraz pomiędzy seniorami z Polski i Rosji ($p = 0,045$). W wyniki przeprze-

wadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy krajami pochodzenia respondentów, a oceną opieki lekarskiej nad osobami starszymi. Wśród odpowiedzi systematyzujących ocenę dominowały sformułowania określające opiekę lekarską nad osobami starszymi jako „raczej dobrą” i „raczej złą”. Istotne statystycznie różnice w ocenie opieki pielęgniarskiej nad osobami starszymi wykazano tylko pomiędzy badanymi z Polski i Rosji ($p = 0,006$). Respondenci z wszystkich 4 krajów oceniali najczęściej opiekę pielęgniarską nad seniorami jako „dobrą” bądź „raczej dobrą”. W wyniku przeprowadzonej analizy stwierdzo-

no, że seniorzy z Białorusi ($p = 0,003$), Litwy ($p = 0,002$) i Rosji ($p < 0,001$) istotnie lepiej oceniali opiekę społeczną nad osobami starszymi w stosunku do respondentów z Polski. Badani zamieszkujący poza granicami naszego kraju najczęściej oceniali opiekę społeczną nad seniorami jako „raczej dobrą”. Respondenci z Polski w ponad 30,0% ocenili ją jako „raczej złą”. Szczegółowe dane zaprezentowano w tabeli IV.

Jako największe zagrożenie systemu opieki geriatrycznej w kraju pochodzenia respondenci jednogłośnie uznali zbyt niskie finansowanie tej opieki z ubezpieczenia zdrowotnego. Pozostałe odpowiedzi i ich rozkład

Tabela IV. Ocena całościowej opieki geriatrycznej, opieki lekarskiej, opieki pielęgniarskiej oraz opieki społecznej nad osobami starszymi przez respondentów

Table IV. Assessment of geriatric care, doctor's care, nursing care and social care for the elderly by the respondents

		Kraj pochodzenia								p
		Polska (I)		Białoruś (II)		Litwa (III)		Rosja (IV)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ocena całościowej opieki geriatrycznej	bardzo dobrze	3	2,7	0	0,0	2	1,8	3	2,7	I-II: NS I-III: 0,041 I-IV: 0,045 II-III: NS II-IV: NS III-IV: NS
	dobrze	11	10,0	22	20,0	23	20,9	22	20,0	
	raczej dobrze	21	19,1	28	25,5	34	30,9	42	38,2	
	raczej źle	30	27,3	25	22,7	24	21,8	24	21,8	
	źle	13	11,8	7	6,4	7	6,4	9	8,2	
	bardzo źle	3	2,7	1	0,9	1	0,9	1	0,9	
	trudno powiedzieć	29	26,4	27	24,5	19	17,3	9	8,2	
	Ogółem	110	100	110	100	110	100	110	100	
Ocena opieki lekarskiej	bardzo dobrze	2	1,8	1	0,9	1	0,9	2	1,8	I-II: NS I-III: NS I-IV: NS II-III: NS II-IV: NS III-IV: NS
	dobrze	15	13,6	18	16,4	26	23,6	30	27,3	
	raczej dobrze	28	25,5	36	32,7	37	33,6	39	35,5	
	raczej źle	32	29,1	23	20,9	24	21,8	31	28,2	
	źle	9	8,2	7	6,4	10	9,1	6	5,5	
	bardzo źle	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
	trudno powiedzieć	22	20,0	25	22,7	12	10,9	2	1,8	
	Ogółem	110	100	110	100	110	100	110	100	
Ocena opieki pielęgniarskiej	bardzo dobrze	1	0,9	0	0,0	1	0,9	2	1,8	I-II: NS I-III: NS I-IV: 0,006 II-III: NS II-IV: NS III-IV: NS
	dobrze	9	8,2	22	20,0	26	23,6	33	30,0	
	raczej dobrze	31	28,2	31	28,2	27	24,5	44	40,0	
	raczej źle	22	20,0	23	20,9	19	17,3	25	22,7	
	źle	9	8,2	8	7,3	10	9,1	4	3,6	
	bardzo źle	4	3,6	0	0,0	4	3,6	1	0,9	
	trudno powiedzieć	34	30,9	26	23,6	23	20,9	1	0,9	
	Ogółem	110	100	110	100	110	100	110	100	
Ocena opieki społecznej	bardzo dobrze	1	0,9	1	0,9	1	0,9	3	2,7	I-II: 0,003 I-III: 0,002 I-IV: < 0,001 II-III: NS II-IV: NS III-IV: NS
	dobrze	5	4,5	13	11,8	24	21,8	30	27,3	
	raczej dobrze	18	16,4	40	36,4	27	24,5	40	36,4	
	raczej źle	35	31,8	15	13,6	25	22,7	32	29,1	
	źle	10	9,1	12	10,9	8	7,3	4	3,6	
	bardzo źle	7	6,4	0	0,0	4	3,6	0	0,0	
	trudno powiedzieć	34	30,9	29	26,4	21	19,1	1	0,9	
	Ogółem	110	100	110	100	110	100	110	100	

Tabela V. Największe zagrożenia dla systemu opieki geriatrycznej w opinii osób starszych

Table V. The biggest threats to the geriatric care system in the opinion of the elderly

	Kraj pochodzenia							
	Polska		Białoruś		Litwa		Rosja	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zbyt niskie finansowanie opieki geriatrycznej z ubezpieczenia zdrowotnego	48	43,6	41	37,3	41	37,3	45	40,9
zbyt małe zainteresowanie specjalizacją geriatryczną personelu medycznego	20	18,2	24	21,8	15	13,6	9	8,2
mała liczba specjalistów w zakresie geriatrii	19	17,3	14	12,7	10	9,1	19	17,3
zbyt mała liczba łóżek geriatrycznych w szpitalach	8	7,3	5	4,5	20	18,2	8	7,3
zbyt mała liczba oddziałów geriatrycznych w szpitalach	12	10,9	17	15,5	19	17,3	24	21,8
stygmatyzacja specjalistów geriatrii przez specjalistów z innych dziedzin medycyny	3	2,7	9	8,2	5	4,5	5	4,5
Razem	110	100	110	100	110	100	110	100

zaprezentowano w tabeli V. Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy krajem pochodzenia seniorów i wskazaniem najistotniejszego zagrożenia systemu opieki geriatrycznej przez respondentów ($p = 0,006$).

Omówienie

W aktualnym piśmiennictwie istnieje niewiele publikacji, poruszających tematykę oceny opieki geriatrycznej przez pacjentów geriatrycznych, co wskazuje na potrzebę prowadzenia badań w tym zakresie.

Proceder tłumaczenia objawów chorobowych wiekiem przez przedstawicieli ochrony zdrowia jest wynikiem niewłaściwej edukacji na etapie szkolnictwa wyższego. Badania własne wykazały, że u ponad połowy badanych ogółem (56,1%) lekarz tłumaczył występowanie określonych objawów bądź dolegliwości okresem starości. Nieco niższy odsetek odnotowano w badaniu Jędrzejkiewicz i wsp. [10], gdzie 50% badanych osób starszych usłyszało od lekarza, że powodem występowania dolegliwości jest ich wiek. Ponadto autorzy wykazali, że im niższy był poziom wykształcenia, tym większa liczba respondentów deklarowała tłumaczenie objawów chorobowych starością przez lekarza. Zgoła odmienne wyniki uzyskała Kropińska [11] – według zgromadzonych przez nią danych tylko 22,0% respondentów w podeszłym wieku wskazało, że lekarz tłumaczył ich dolegliwości wiekiem. Badanie przeprowadzone przez Palmore'a, autora Skali Ageizmu, przeprowadzone w 2001 roku wykazało, że tłumaczenie dolegliwości zdrowotnych wiekiem było najczęściej zgłaszanym zachowaniem dyskryminującym przez osoby powyżej 60 roku życia (24,0%) [12]. W kolejnych badaniach tego samego autora, przeprowadzonych kilka lat później, w których badacz zestawiał zjawisko ageizmu

w 2 krajach (Kanada i Stany Zjednoczone), istnienie tego problemu potwierdziło 16,0% obywateli Kanady oraz 22,0% mieszkańców USA [13]. Jeszcze późniejsze badania, przeprowadzone przez McGuire i wsp. [14], wykazały znaczne częstsze zgłaszanie problemu – ponad 40,0% seniorów wskazało tłumaczenie objawów chorobowych wiekiem jako zjawisko jednorazowe.

W badaniu Jędrzejkiewicz i wsp. [10] niemal $\frac{3}{4}$ respondentów (70,2%) oceniło poziom opieki pielęgniarskiej na wystarczającym poziomie. W badaniu Wróblewskiej i wsp. [15], seniorzy ocenili opiekę pielęgniarską na podobnym poziomie (71,69%). W badaniu własnym odsetek osób oceniających pozytywnie opiekę pielęgniarską był stosunkowo niższy i wyniósł 50,71% ogółem.

W badaniu przeprowadzonym przez Kropińską [11], co szósty senior (14,9%) zgłosił, że czuł się dyskryminowany ze względu na wiek w placówkach medycznych. W badaniu Borowiec [16], które zostało przeprowadzone na zdecydowanie bardziej licznej grupie osób w wieku 50 i więcej lat ($n = 1252$), prawie $\frac{1}{10}$ respondentów (9,0%) zgłosiło, że doświadczyło oznak dyskryminacji w postaci np. odmowy wykonania badań diagnostycznych lub udzielenia pomocy medycznej. Najczęściej dolegliwości te były przypisywane wiekowi, w którym znajdował się dany pacjent. Z badań przeprowadzonych przez Grzanę-Tykwińską i wsp. [17] wynika, że odsetek osób, które deklarowały bycie ofiarami dyskryminacji, był wyższy i wyniósł 16,0%. W badaniu własnym odsetek dyskryminowanych seniorów w porównaniu z przytoczonymi wynikami badań innych autorów był najwyższy i wyniósł 30,9%.

Zdecydowana większość dyskryminowanych respondentów (75,0%) w badaniu Kropińskiej [11] najczęściej wskazywała jako osobę dyskryminującą lekarza. Na drugim miejscu wśród osób dyskryminujących

uplasowała się pielęgniarka (ponad 23,0%). Miejscem wystąpienia sytuacji dyskryminujących był najczęściej oddział szpitalny (44,2%) [11]. Badanie własne wykazało, że również najczęściej dyskryminującymi przedstawicielami zawodów medycznych byli lekarz i pielęgniarka, jednak różnice między wskazaniami były znacznie niższe, niż w badaniu Kropińskiej. Ofiarami lekarza było 33,8% wszystkich respondentów, zaś pielęgniarki – 30,9%.

W badaniu Kropińskiej [11] niemal 20,0% było świadkami dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia. W badaniu własnym otrzymany odsetek był znacznie wyższy i wyniósł 33,2%. Odsetek dyskryminacji innych osób starszych był także niemal identyczny z odsetkiem dyskryminacji badanych seniorów, co może świadczyć o tym, że osoby w podeszłym wieku coraz chętniej przyznają się publicznie, iż są dyskryminowane i w ten sposób chcą manifestować ten problem w społeczeństwie. Otrzymane wyniki stanowią pewnego rodzaju novum w dotychczasowych badaniach, bowiem we wcześniejszych publikacjach [16,18] osoby starsze zazwyczaj niechętnie przyznawały się do tego, iż są dyskryminowane. Fakt ten potwierdziły badania Borowiec [16], gdzie ankietowani częściej znali przykłady ageizmu (13,0%), niż byli jego ofiarami (9,0%). Również Baumann [18] wykazała, iż problemy takie jak niedostosowanie systemu ochrony zdrowia do potrzeb osób starszych, czy zaniechania w świadczeniach opieki zdrowotnej były zazwyczaj nieujawniane przez osoby starsze.

Z badań przeprowadzonych przez Kropińską [11] wynika, iż ponad 60,0% osób w podeszłym wieku uważało zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jako problem społeczny. W badaniu własnym otrzymany wynik był nieco niższy i wyniósł 53,4%.

Badanie Saleem i wsp. [7], przeprowadzone na grupie 380 pacjentów w wieku 65 i więcej lat, wykazało, że do najważniejszych oczekiwań względem lekarzy geriatrów należą: wyjaśnienie charakteru choroby w sposób jasny i przy użyciu prostego języka (60,0%), omówienie wszystkich dostępnych opcji leczenia i uwzględnienie opinii pacjenta w podjęciu ostatecznej decyzji (79,2%), jak najmniejsze ilości przypisywanych leków (84,5%), holistyczna wiedza lekarza na temat opieki

nad osobami starszymi (79,2%), realne przedstawienie prognozy przyszłego stanu zdrowia pacjenta (85,5%) oraz wykorzystanie werbalnych i niewerbalnych metod w komunikacji z pacjentem (60,3%). Badanie własne wykazało, że wiele z tych oczekiwań nie jest realizowanych w oczekiwanym przez pacjentów stopniu. Niemal ¼ respondentów wskazała, że istotnym problemem jest niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia przez personel medyczny, a ponad 10,0% ankietowanych stwierdziło, że nie są im zapewniane w odpowiedni sposób świadczenia medyczne. To samo badanie [7] wykazało, że 245 pacjentów geriatrycznych (64,5%) było w pełni zadowolonych z udzielanych świadczeń zdrowotnych i opieki oferowanej przez lekarzy. W badaniu własnym 53,4% respondentów oceniło w różnym stopniu pozytywnie opiekę lekarską nad osobami starszymi, a jednocześnie 34,6% ankietowanych wskazało, że lekceważenie osób starszych przez personel medyczny było najistotniejszym zagrożeniem w opiece geriatrycznej.

Wnioski

1. Brak prowadzonych badań, dotyczących oceny opieki geriatrycznej przez samych seniorów, powoduje brak proponowanych rozwiązań, mających służyć poprawie jej funkcjonowania w krajach, w których poziom analizowanej opieki jest stosunkowo niski.
2. Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w systemie ochrony zdrowia stanowi istotny problem opieki geriatrycznej, dlatego należy szkolić personel medyczny w zakresie empatii i zrozumienia pacjenta geriatrycznego, stanowiącego aktualnie filar sektora opieki zdrowotnej, a także zainteresować lekarzy i pielęgniarki kształceniem specjalistycznym i podplomowym z zakresu geriatryi.
3. W analizowanych krajach opieka geriatryczna jest oceniana przez seniorów raczej pozytywnie, jednak należy wprowadzić w jej funkcjonowaniu jeszcze mnóstwo zmian, które umożliwią jej rozwój i podniosą poziom satysfakcji z oferowanych usług wśród zainteresowanych pacjentów.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

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. ss. 11-16.
2. Główny Urząd Statystyczny: Prognoza ludności Polski na lata 2008-2035. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2008.
3. Żołędowski C. Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej. Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje. 2012;17:29-43.
4. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Starość jako wyzwanie. Gerontol Pol. 2008; 16(3):131-6.
5. Najwyższa Izba Kontroli: Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli; 2014.
6. 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.
7. Saleem T, Khalid U, Qidwai W. Geriatric patients' expectations of their physicians: findings from a tertiary care hospital in Pakistan. BMC Health Serv Res. 2009;9:205.
8. Eienthal S, Lazare A. Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. The patient's perspective on a "customer approach". J Nerv Ment Dis. 1976;162(3):169-76.
9. Freidin R.B, Goldman L, Cecil R.R. Patient-physician concordance in problem identification in the primary care setting. Ann Intern Med. 1980;93(3):490-3.
10. 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.
11. 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.
12. Palmore E. The ageism survey: first findings. Gerontologist. 2001;41(5):572-5.
13. Palmore E. Ageism in Canada and the United States. J Cross Cult Gerontol. 2004;19(1):41-6.
14. McGuire SL, Klein DA, Chen SL. Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee, USA. Nurs Health Sci. 2008;10(1):11-6.
15. Wróblewska I, Sobik-Niemczynowska B, Błaszczuk J i wsp. Opinia pacjentów na temat trudności wieku podeszłego oraz roli opieki pielęgniarstwa w kształtowaniu zachowań proaktywnych u osób w wieku podeszłym. Fam Med Primary Care Rev. 2014;16(4):356-9.
16. 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. ss. 77-102.
17. Grzanka-Tykwińska A, Rzepka A, Chudzińska M i wsp. Problematyka przemocy wobec osób starszych. Now Lek. 2012;81(1):44-8.
18. Baumann K. Osoby w okresie późnej dorosłości jako ofiary nadużyć. Gerontol Pol. 2008;14(3):119-24.