

Człowiek w podeszłym wieku w roli pacjenta. Kontakt z lekarzem

An elderly person as a patient. Relationship with the doctor

Beata Antoszevska, Urszula Bartnikowska

Katedra Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Streszczenie

Przegląd literatury wskazuje, że badacze coraz częściej podejmują problematykę związaną z człowiekiem starym, zauważając jednocześnie wieloaspektowość zagadnień z tym związanych. Podkreśla się fakt wydłużania okresu życia człowieka oraz zwiększania się liczby osób w podeszłym wieku. Proces ten implikuje konieczność profesjonalnej i wielozakresowej opieki, która zapewniłaby odpowiednią jakość życia i optymalne warunki funkcjonowania omawianej grupie osób. Nie jest to łatwe, zwłaszcza jeśli odniesiemy to do aktualnej sytuacji służby zdrowia w Polsce. Swoje rozważania ukierunkujemy na osobową relację, jaka powstaje pomiędzy człowiekiem w podeszłym wieku a personelem medycznym – lekarzem. Jest ona bardziej optymistyczna i otwarta na wprowadzenie zmian niewiązanych się z nakładami finansowymi, a jedynie otwarcia się człowieka na człowieka, chęci zawiązania międzyludzkiej więzi, stworzenia humanistycznego podejścia, o którym pisał Antoni Kępiński. (*Gerontol Pol* 2016, 24, 290-296)

Słowa klucze: komunikacja, kontakt z pacjentem, starość

Abstract

The review of literature demonstrates that researchers ever more frequently address the problems associated with old age, noticing multiple aspects connected with it. They emphasize that the human lifespan is extending and the number of elderly people is increasing. These processes imply the necessity of professional and multifaceted care that would ensure a proper quality of life and optimal conditions to function for this group of people. This is not easy to achieve, especially considering the current situation of health care in Poland. Our reflections are devoted to a personal relationship that develops between an elderly patient and a member of medical staff – a doctor. This relationship is more optimistic and open to the introduction of changes which are less related with a financial input, and more with being open to another human being, with a will to form interpersonal ties and create a humanistic approach that Antoni Kępiński writes about. (*Gerontol Pol* 2016, 24, 290-296)

Key words: communication, relationship with the patient, old age

Wprowadzenie

Piśmiennictwo dowodzi, że w ostatnich latach uwaga badaczy coraz częściej w sposób wieloaspektowy koncentruje się na człowieku będącym w „jesieni swego życia” – starości. Autorzy podkreślają wydłużanie się okresu życia człowieka i zwracają uwagę na zwiększającą się liczbę ludzi w podeszłym wieku. Prognozy wskazują, iż w Europie w 2020 r. będzie żyło 220 mln osób starszych [1]. Proces ten implikuje konieczność profesjonalnej i wielozakresowej opieki (również medycznej),

która zapewniłaby odpowiednią jakość życia i optymalne warunki funkcjonowania omawianej grupie osób.

Nie jest to łatwe, zwłaszcza jeśli odniesiemy to do aktualnej sytuacji służby zdrowia w Polsce. Doniesienia informują o występujących w niej brakach, nieudanych sytuacjach medycznych, rozbieżnościach pomiędzy problemami zdrowotnymi pacjentów a możliwościami ich zaspokojenia, brakach w wyposażeniu szpitali czy też praktykach korupcyjnych [2]. Nie napawa to optymizmem, a wręcz przeciwnie – przeraża. Idąc dalej i w rozważaniach koncentrując się na sytuacji osób starszych

w opiece medycznej niestety stan ten nie poprawia się. Geriatria w wielu krajach staje się standardem nauczania na kierunkach medycznych wpływając także na prowadzoną politykę zdrowotną. W Polsce wygląda to inaczej. Nauka ta nie zyskała na zainteresowaniu, a rozwiązywanie problemów osób starszych pozostawia wiele do życzenia [1]. Geriatria nadal nie jest obowiązkowym przedmiotem kształcenia na uczelniach medycznych. Niekiedy realizują one „geriatrię” wyłącznie w wymiarze teoretycznym, nie mając odpowiedniego zaplecza na realizację wymiaru praktycznego, zubożając tym samym nabywanie umiejętności potrzebnych w tym obszarze [3]. Rejestr zasobów kadry geriatrycznej w Polsce na tle wybranych krajów Unii Europejskiej wskazuje, że Polska zajmuje w nim ostatnie miejsce odbiegając tym samym od średniej europejskiej: w połowie 2014 r. było jedynie 321 geriatrów (0,8 geriatry na 100 tys. mieszkańców). Inaczej rozkład ten prezentuje się w Szwecji – blisko 8, Danii i Słowacji – 3,1 czy Belgii – 2,9. [4]. Osoby starsze są najczęstszymi konsumentami usług medycznych, a jak zauważa Jarosław Derejczyk [5] są najbardziej zaniedbane medycznie.

Swoje rozważania ukierunkujemy na osobową relację, jaka powstaje pomiędzy człowiekiem w podeszłym wieku a personelem medycznym – lekarzem. Jest ona bardziej optymistyczna i otwarta na wprowadzenie zmian niewiązących się z nakładami finansowymi, wymaga jedynie otwarcia się człowieka na człowieka, chęci zawiązania międzyludzkiej więzi, stworzenia humanistycznego podejścia, o którym pisał Antoni Kępiński [6]. Relacja ta zależy od jej uczestników i ma niebagatelne znaczenie dla podejmowanego procesu leczenia czy podejmowania działań profilaktycznych.

W pierwszej kolejności przedstawimy wielowymiarowy obraz starości podkreślając jego istotność, ponieważ wspomniana wielowymiarowość wskazuje nie tylko na złożoność procesu starzenia się, ale także na jego indywidualność. Następnie odniesiemy się do kontaktu człowieka starszego z lekarzem.

Wielowymiarowość starości

Starość można rozpatrywać z perspektywy trzech wymiarów: organicznego (biologicznego), psychologicznego czy społecznego [7]. Pierwszy z wymienionych dotyczy stanu somatycznego osób starszych. Drugi wiąże się z następstwami zmian organicznych dla psychicznego funkcjonowania człowieka starszego, a ostatni sprowadza się do pytania o miejsce i rolę osoby starej w społeczeństwie.

Analizując wymiar organiczny koncentrujemy się na zmianach, jakie zachodzą w obrębie ludzkiego ciała.

Można rzec, iż w rozważaniach oscylujemy wokół paradygmatu biomedycznego, który dotyczy wyłącznie aspektów biologicznych związanych z poszczególnymi częściami ciała. Ujęcie to całkowicie pomija inne nie-biologiczne procesy zachodzące w organizmie [8]. Poznanie wymiaru biologicznego jest istotne, jednak stanowi tylko fragment złożonego procesu starzenia się człowieka. W przypadku omawianego wymiaru łatwo dostrzegamy zmiany pierwotne, czyli te nieuchronne. Są widoczne i zgodne z procesem życia człowieka. Są wynikiem stopniowego zaniku tkanek i narządów i w efekcie obniżają sprawność organizmu.

W przypadku wymiaru psychicznego (psychologicznego) odwołujemy się do następstw organicznych dla psychicznego funkcjonowania osoby. Dochodzi tu do holistycznego oglądu starości uwzględniającego znaczenie innych, pozabiologicznych czynników. Spojrzenie to łączy paradygmat medyczny z bio-psycho-społecznym.

Zmiany w organizmie człowieka czasem stanowią splot niekorzystnych czynników (np. wielochorobowość, zaburzenia funkcjonowania psychicznego) rzutują na jego funkcjonowanie. Pamiętać jednak należy o ich zróżnicowanym wpływie. U wielu osób nie występują zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym.

W wymiarze społecznym starość rozpatrywana jest z perspektywy ról społecznych, jakie społeczeństwo przypisuje osobom będącym w podeszłym wieku. Maria Susułowska [9] analizując sytuację człowieka starszego wskazuje na stosunek, jaki społeczeństwo ujawnia wobec tej grupy osób. Autorka pisze „Człowiek ma tyle lat, na ile pozwala mu nastawienie społeczeństwa i otoczenia”[9]. Podkreśla zatem, iż funkcjonowanie osób starszych jest uzależnione od stosunku, jaki wobec nich prezentuje społeczeństwo. Nie jest to prosta zależność wynikająca ze zmian, jakie zachodzą w starzejącym się organizmie, ale wszystkich relacji, jakie powstają na gruncie społecznym. Anna Gałdowa [10] zauważa: „(...) ludzie starzy, poddani presji społecznej wizji starości, przestają nie tylko widzieć miejsce dla siebie, ale również rezygnują z egzystencjalnego wymiaru odpowiedzialności. Skoncentrowani na sobie, na własnych fizycznych i psychicznych dolegliwościach, pozwalają uczynić z siebie przedmiot opiekuńczych działań, przestają czuć się odpowiedzialni także tam, gdzie jest to i możliwe, i pożądane. Taka postawa nie tylko sprzyja degradacji fizycznej i psychicznej. Potwierdza ono wtórnie „prawdziwość” społecznej wizji starości.”

Stereotypy starości wzmacniają tendencję do uproszczeń, często przejawiając różnice między ludźmi starymi a społeczeństwem [11]. Ludzie starzy, podobnie jak inne grupy społeczne, mogą podlegać procesowi wtórnej stygmatyzacji, kiedy osoba próbuje sprostać

schematowi, który nakłada na nią społeczeństwo, „wpiąć się w rolę” (np. człowieka cierpiącego, nieszczęśliwego, osamotnionego, wyizolowanego, biernego) [12]. Brak zmiany w tym zakresie prowadzi może „do zmniejszenia prestiżu wieku podeszłego, usprawiedliwiania nierówności społecznych, jak również prowadzenia niewystarczających lub pozornych zbiorowych działań na rzecz ludzi starych” [11].

Zmiana myślenia o starości ma podkreślać równorzędność i wartościowość każdej fazy życia człowieka – pisze Ewa Strupińska-Thor [13]. Owa zmiana nie dokona się szybko, wymaga czasu i „doświadczenia” starości, ale także, jak dodaje Mieczysław Gałuszka [14] „nobilizacji starości w systemie edukacji, kulturze i mediach.”

Komunikacja i kontakt z pacjentem

Antoni Kępiński [6] w swoich pracach zauważał, że właściwa postawa wobec pacjenta jest najistotniejszym momentem postępowania medycznego wpływającym zarówno na sam efekt, jak i całe leczenie. Kluczową zatem kwestią w kontakcie z pacjentem jest podejście lekarza, sposób traktowania pacjenta, chęć porozumienia się z nim, komunikacji. Jeśli lekarz nawiąże z pacjentem prawidłową komunikację, zaistnieje między nimi relacja terapeutyczna i możliwe będzie dążenie do wspólnego celu. Sören Ventegodt [15] akcentował, iż każdy kontakt z pacjentem powinien być terapeutyczny, bowiem wpływa na to, w jaki sposób pacjent pojmuje życie i chorobę, przyczynia się do jego odpowiedzialności za swoje zdrowie i jego jakość. Opieka medyczna nad człowiekiem starym nie istnieje bez relacji terapeutycznej. Każdą relację, a w szczególności tę analizowaną powinno cechować zaufanie, empatia i akceptacja.

Komunikacja jest tym samym „narzędziem” pracy, jak każde inne, którego stosowania lekarz jest w stanie się nauczyć [16] i jest w stanie ją doskonalić. Krystyna de Walden-Gałuszko [17] wskazuje, że dobra komunikacja z pacjentem stanowi o jakości sprawowanej wobec niego opieki. Komunikacja z pacjentem wpływa na:

- kompletność wywiadu klinicznego, a także trafność diagnozy,
- reakcje pacjenta wobec zaproponowanego leczenia,
- zrozumienie pacjenta i jego współpracę [18] oraz jego zadowolenie.

Obecność lekarza zawsze była i pozostanie istotna dla każdego chorego. Twierdzenie to należy odnieść – po pierwsze – do fachowej wiedzy lekarza, której pacjent zwykle nie posiada, a której w sytuacji medycznej potrzebuje. Po drugie natomiast, obecność lekarza przy chorym ma charakter „reakcji przeniesieniowej” polega-

jącej na postrzeganiu lekarza jako rodzica zajmującego się swoim dzieckiem [19].

Można mówić o wielu modelach kontaktu lekarza z pacjentem. Jednym z bardziej popularnych jest model opracowany przez Thomasa S. Szasza i Marca H. Hollendera [20]. Autorzy wskazują na zmiany modelu podejścia do pacjenta w sytuacji poprawy jego stanu zdrowia czy jego zaangażowania w proces leczenia. Porównują je do procesu wychowania, w którym rodzic zmienia swoje zachowanie wobec dorastającego dziecka nabywającego wiedzy i doświadczenia istotnego w funkcjonowaniu społecznym. Każdy ze wskazanych modeli relacji jest odpowiedni w określonych okolicznościach. Autorzy wymieniają trzy modele różniące się zaangażowaniem zarówno pacjenta, jak i lekarza.

- Aktywność-bierność – lekarz jest stroną aktywną, natomiast pacjent jest całkowicie podporządkowany, bierny.
- Kierowanie-współpraca – zgłaszając się do lekarza chory przypisuje mu pozycję osoby posiadającej władzę i kompetencje. Związane jest to nie tylko z „reakcją przeniesienia”, lecz także z tym, że lekarz posiada wiedzę na temat procesów zachodzących w organizmie pacjenta, której on sam nie posiada. W omawianym modelu obie strony są „aktywne”, jednak jest to aktywność niejako narzucona pacjentowi. Oczekuje się od niego wykonywania i przestrzegania zaleceń.
- Współuczestnictwo – zaangażowanie w leczenie przynosi obopólną satysfakcję. Ten model preferowany jest przez pacjentów, którzy, z różnych przyczyn, chcą przynajmniej częściowo sami się sobą zająć, decydować o sobie. Program terapii jest w znacznej mierze realizowany przez samego pacjenta, a lekarz pomaga pacjentowi pomóc sobie samemu.

W większości „zawieranych” relacji lekarza z pacjentem najbardziej zalecany jest ten ostatni – akcentujący podmiotowość i autonomię pacjenta. Otwiera on przestrzeń, w której mogą być najpełniej realizowane działania terapeutyczne i „zawieszona” nad nimi komunikacja – słuchanie, mówienie, odpowiednie reagowanie na potrzeby pacjenta. W przypadku osób starych jest on najbardziej korzystny i możliwy do osiągnięcia, zwłaszcza jeśli pozostają one zainteresowane współpracą z lekarzem, świadome ważności swojego wkładu i udziału w relację.

Warto w tym miejscu wspomnieć o „społecznej sprawności językowej” [21], którą powinien posiadać lekarz. Polega ona na umiejętności dostosowania własnych środków językowych do możliwości odbiorcy (jego umiejętności językowych, sprawności umysłowej,

potrzeb aktualnej sytuacji). Ivan Lichter [22] upatrywał przyczynę złej relacji lekarz-pacjent w słabych umiejętnościach komunikacyjnych lekarza. Komunikacja oznacza słuchanie, rozmawianie, udzielanie rad, wyjaśnianie, a także rozsądne podejście do problemów konkretnej osoby. Na wyższym poziomie komunikacja oznacza dzielenie się emocjami, darzenie zaufaniem [22]. Jest to umiejętność, którą lekarz może posiadać, ale też którą można wykształcać i doskonalić, aby lepiej spełniać swoje zawodowe zadania.

Relacja lekarz-pacjent w podeszłym wieku

Okres starości obfituje w wiele problemów, wśród których jednym z ważniejszych jest samotność. Spotykając się z lekarzem człowiek stary oczekuje od niego zainteresowania i wsłuchania się w jego życiowe wspomnienia. Upatruje w osobie lekarza eksperta, ale i kogoś bliskiego. Podchodzi do niego z zaufaniem i szacunkiem [23]. Antoni Kępiński [24] tak opisywał efekt owego spotkania: „Człowiek stary nie czuje się już tak niepotrzebny, gdyż zainteresowanie słuchającego wskazuje na to, że jego doświadczenia życiowe mogą się komuś przydać. (...) Starając się wejść w świat wspomnień swego sędziwego pacjenta, lekarz tym samym jakby go odmładza, co nie jest bez znaczenia dla jego samopoczucia psychicznego, a nawet fizycznego”.

Niekiedy kontakt z pacjentem w podeszłym wieku jest utrudniony ze względu na ograniczenia narzucone procesem starzenia (np. utrata słuchu, wzroku, niezborność ruchowa itp.) lub wycofującą postawę, rezygnację z życia. Takiego pacjenta należy traktować bardzo indywidualnie, mając na uwadze zróżnicowany wpływ zarówno biologicznych, jak i psychicznych oznak starości.

W relacji lekarza z pacjentem można mówić o trzech grupach chorych w różny sposób w nią zaangażowanych:

- chory współpracujący – to pacjent zdający sobie sprawę, że on i lekarz posiadają wspólny cel – wyliczenie. Stosuje się on do wszystkich zaleceń lekarza i sygnalizuje mu zauważone podczas terapii objawy.
- chory bierny – nie jest zainteresowany i zaangażowany we współdziałanie. Ogranicza się do zażywania leków czy udziału w zabiegach leczniczych.
- chory niewspółpracujący – choremu wydaje się, że wie najlepiej, co jest dla niego dobre, jakie leki ma zażywać. Ta grupa najczęściej stawia opór wobec zaleceń lekarza [25].

Najbardziej pożądana przez lekarza wydaje się być grupa pierwsza, która jest uznawana za najbardziej korzystną w leczeniu i najbardziej optymalną. Postawę tę

kształtuje jednak wiele czynników, które związane są zarówno z osobowością wskazanych podmiotów, jak również z doświadczeniem z wcześniejszych kontaktów ze służbą zdrowia. Zadaniem lekarza, którego celem jest „pozyskanie” pacjenta do współpracy, jest podjęcie życzliwego kontaktu i spokojne objaśnianie sytuacji zdrowotnej chorego.

W kontakcie z lekarzem człowiek stary liczy na cierpliwość i wyrozumiałość. Wejście pacjenta do gabinetu powinno być poprzedzone pogodnym, spojrzeniem i życzliwym przywitaniem. Ma to swoje uzasadnienie chociażby w funkcjonowaniu u każdego człowieka fenomenu neuronów lustrzanych, które mogą być uaktywniane drogą podprogową. Neurony lustrzane umożliwiają odzwierciedlenie stanu psychicznego i lepsze podejście do samej wizyty u lekarza [26]. Pozytywne nastawienie lekarza będzie podświadomie odebrane przez pacjenta i może zostać odzwierciedlone przez niego. W trakcie rozmowy lekarz powinien podtrzymywać kontakt wzrokowy, mówić wyraźnie, konkretyzować wypowiedzi pacjenta. Zalecenia natomiast wyjaśnić i starannie zapisać [27]. Szczególnie istotne są sytuacje badania, w których lekarz powinien objaśniać, co robi. Komentarz uzasadnia i profesjonalizuje dotyk lekarza [28]. Może się zdarzyć, iż pierwszej wizycie pacjenta towarzyszyć będzie nieśmiałość, cisza, brak werbalnego kontaktu. Kolejne wizyty przekonają pacjenta do osoby lekarza, ośmielą do zadawania pytań. Trzeba to uszanować.

W czasach kultu młodego ciała nie jest łatwo pokazać objawy starości lub starzenia się. Często osoby starsze wstydzą się zaniedbania swojego ciała, a także deformacji, która na tym ciele się znajduje. Kobiety przeżywają znacznie bardziej presję kultu piękna i młodości – „właściwie nie wolno im się starzeć”. Inaczej jest z mężczyznami – są bardziej odporni wobec tej presji [28].

Pacjent oczekuje miłej i pogodnej atmosfery generującej poczucie bezpieczeństwa. Przywoływany już Kępiński [24] nazywał ją atmosferą „macierzyńskiego ciepła”. Poczucie bezpieczeństwa tworzy się między innymi z upływem czasu, który poświęcany jest na wizytę. Pacjenci geriatryczni wymagają czasu na rozmowę i zaangażowanie w rozwiązanie problemu. Jeśli spotkaniu w gabinecie towarzyszy pośpiech, zniecierpliwienie przybiera to formę nihilizmu terapeutycznego i ageizmu [5]. „Czas poświęcony ludziom starym nigdy nie jest stracony dla lekarza; nieczęsto może on skorzystać z innych okazji – tyle, co z kontaktu z chorym. A dla człowieka starego jest nieraz jedyną osobą, która chce go zrozumieć i która jest mu naprawdę życzliwa; dzięki niej wraca nieraz utracona chęć życia. Obowiązkiem lekarza zaś jest bronić życia, choćby już nawet obiektywnie niewiele możliwości zostało”[24]. W literaturze

wskazuje się, iż spotkaniu ze starym pacjentem często towarzyszy rozmowa w stylu *baby talk*, która polega na zmianie tonacji i struktury wypowiedzi na bardziej melodyczne i uproszczone (np. zdrobnienia). *Baby talk* pozornie wskazuje na indywidualizację kontaktu, uwzględnianie potrzeb pacjenta. Jest to komunikowanie poprzez pryzmat społecznego stereotypu. *Baby talk* to również manieryzm paternalizmu, który pozornie ułatwia kontakt z pacjentem i pozbawia człowieka autonomii w decydowaniu o leczeniu nadając mu pasywną rolę w relacji z lekarzem. Konsekwencją jest obustronne niezadowolenie z kontaktu [27]. Protekcyjnalne zwracanie się do osób starszych może przyczynić się do obniżenia ich samooceny. Osoba wówczas postrzega swoje kompetencje jako niższe i w taki sposób odpowiada partnerowi interakcji [29]. Starsi pacjenci w wielu przypadkach postrzegani są przez personel medyczny jako trudni. Lekarze wskazują, iż podczas leczenia starych pacjentów towarzyszy im bezsilność, frustracja, a niekiedy i złość.

Wielkich lekarzy, jak pisał Kazimierz Imieliński [30] cechowała nie tylko rozległa wiedza, umiejętności techniczne i doświadczenie w leczeniu, ale przede wszystkim właściwe podejście do człowieka chorego, wymagającego opieki medycznej, wnikania w jego życie, ujmowania go w całej złożoności.

Człowiek w starszym wieku oczekuje od lekarza troski i współczucia. Petroniusz już w pierwszym wieku naszej ery napisał: „Nikt nie ufa lekarzowi, który nie rozumie bólu” [31]. Uczestnicy kongresu medycyny hipokratesowej odbywającym się w 1953 roku w Evian stwierdzili, że z dorobku Hipokratesa wynika jedno: „lekarzowi nie wolno być tylko technicznym opiekunem zdrowia jednostki i społeczeństwa, ponieważ minie się ze swym powołaniem, jeśli nie będzie się kierować również wskazaniem moralnymi hipokratesowej przysięgi” [32]. Sytuacja pomagania wymaga zaufania i szacunku wobec drugiego człowieka. Klimat ten budujemy wówczas, kiedy szanujemy granice człowieka [28].

Osoby starsze oczekują od lekarza szacunku, poszanowania ich podmiotowości i godności. Według teologii chrześcijańskiej, każda osoba bez względu na wiek, sprawność czy niepełnosprawność, jest kimś wyjątkowym i niepowtarzalnym, posiada godność świadomego, wolnego i twórczego podmiotu. Lekarz ma służyć życiu na wszelkich jego etapach, „zwłaszcza w momentach słabości i choroby” [14]. Przejawem poszanowania godności i podmiotowości jest informowanie pacjenta o stanie zdrowia, planowanych i podejmowanych procedurach terapeutycznych, rzetelne i dokładne ich wykonywanie z zachowaniem fundamentalnych zasad postępowania medycznego.

Człowiek stary, czując się podmiotem w relacji, szybciej będzie współdziałał z lekarzem dążąc do wspólnie wyznaczonego celu, jakim jest zwalczanie chorób, łagodzenie schorzeń przewlekłych, przedłużanie życia czy poprawy jego jakości, a w końcu i umierania [33].

Zakończenie

„(...) czymże jest starość? Jeśli nie umrzemy młodo, każdy musi się zestarzeć, taka kolej rzeczy” [7].

Jedną z płaszczyzn, na której powinny dokonać się zmiany w opiece zdrowotnej odnoszącej się do osób starszych jest organizacja procesu kształcenia i realizacja treści pozwalających nie tylko nabyć rzetelne przygotowanie do pracy w zawodzie lekarza, ale również tych potrzebnych do kontaktu z drugim człowiekiem. Studenci kierunków medycznych powinni poznać organiczny, psychiczny i społeczny wymiar procesu starzenia się. Zaakcentowania wymaga także cały blok przedmiotów psychologicznych, które dają szansę podnieść jakość relacji z pacjentem. Relacja pomiędzy leczącym a leczonym zakłada altruizm i wartości humanistyczne, a pośród nich konieczne jest istnienie troski i opiekuńczości [34]. Przywoływany już Kępiński [6] pisał: „Studenta medycyny trzeba uczyć w czasie ćwiczeń, co ma widzieć pod mikroskopem lub badając chorego, nie wymaga natomiast nauki poznania, czy chory jest smutny, wesoły, załęczony itp.” To jednak wymaga czasu, chęci i zainteresowania ze strony leczącego, wykształcenia w sobie subtelności uczuciowej niezwykle istotnej w kontakcie z chorym. Obserwując kształcenie lekarzy nie można całkowicie wskazać na braki w programach studiów przedmiotów akcentujących komunikację czy relację z pacjentem. Jednak widoczny jest ich niedosyt i duże ograniczenie godzinowe, a w związku z tym i poruszanych treści. Warto jednak docenić powolne, ale zachodzące zmiany i zaznaczyć jak mówi stare porzekadło „kropla drąży skałę”.

Do kontaktu z pacjentem w podeszłym wieku potrzeba profesjonalistów, ludzi zarażających wewnętrznym uśmiechem. Odpowiednia postawa osób zajmujących się ludźmi starszymi, zmiana nastawienia do leczenia seniorów – zapowiada sukces [13].

Drugą płaszczyzną, w obszarze której powinny zaistnieć zmiany jest organizacja placówek opieki zdrowotnej dla osób starszych. Sukces w leczeniu chorób uwiadczniający się wydłużaniem ludzkiego życia możliwy jest dzięki lepszej opiece medycznej. „Wszystkie badania nad hierarchią wartości ludzi starych wykazują, że najważniejszym dobrem jest dla nich zdrowie. Znajduje się ono zwykle na pierwszym miejscu, czasem na drugim, jeżeli nad zdrowie własne badani przekładają

szczęście swoich dzieci. W każdym razie są to zwykle dwie naczelną wartości” [9]. Nie można zatem u schyłku życia zaprzestać wysiłku i ograniczyć opiekę wobec tych, o których zabiegało się wcześniej. Praktyki przywoływane przez Celię Hall [35] dotyczące dyskryminacji ludzi starszych przez lekarzy Wielkiej Brytanii nie powinny mieć miejsca. Utrzymywanie, a w niektórych przypadkach poprawianie zdrowia w starości prowadzi do odciążania społeczeństwa i poszerza krąg osób przydatnych ze względu na swoją wiedzę, doświadczenie życiowe [33].

W zdecydowanie większym zakresie należy przygotowywać ludzi do starości zarówno ich starości, jak i starości innych. Podejmowanie działalności profilaktycznej i geragogicznej na wszystkich poziomach oświaty publicznej, w zakładach pracy, poradniach i w mediach pozwoli ukształtować pozytywne wzorce zdrowej i aktywnej starości [36].

Konflikt interesów/ Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Cichońska-Marczak M. Jak zmniejszyć ograniczenia starości. *Mag Piel Poł.* 2010;5:26-7.
2. Ostrowska A. Paternalizm i partnerstwo. Społeczny kontekst relacji pacjent-lekarz. W: *Etyczne aspekty decyzji medycznych.* Hartman J, Wałigóra M (red.). Warszawa: Wydawnictwo Lex a Wolters Kluwer Business; 2011:11-22.
3. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszko J, Szczygieł J. Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?, *Gerontol Pol.* 2008;3 (16):153-4.
4. NIK o opiece geriatrycznej (Najwyższa Izba Kontroli www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-geriatrycznej.html dostęp 12.10.2016).
5. Derejczyk J. Geriatria a reforma służby zdrowia w Polsce. *Służb Zdrowia.* 2000;61-4. (www.sluzbazdrowia.com dostęp 12.01.2015).
6. Kępiński A. *Poznanie chorego.* Warszawa: Wydawnictwo Literackie, 2002.
7. Kosakowski Cz. *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej.* Toruń: Wyd. Edukacyjne AKAPIT; 2003.
8. Capra F. *Punkt zwrotny.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1987.
9. Susułowska M. *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1989.
10. Gałdowa A. *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2000.
11. Krupa B. Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna. *Now Lek.* 2012;81(1):36-43.
12. Brzeziński J, Kowalik S. Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej. W: *Społeczna psychologia kliniczna.* Sęk H (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. ss. 187-239.
13. Strupińska-Thor E. Szansa na dobrą i zdrową starość. *Z Nauk WSKFiT.* 2013;8.
14. Gałuszka M. „Siwiejąca populacja” – ekonomiczna, społeczna i etyczna waloryzacja starości. *Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym.* 2007;10(2):83-93.
15. Ventegdot S. Every contact with the patient should be therapeutic. *J Pediat Adolesc Gynecol.* 2007;20(6):323-4.
16. Gawor A, Gerber-Leszczyszyn H, Nawrat M, et al. Some psychological aspects of communication between a doctor and a patient. *Adv Clin Exp Med.* 2006;15:157-61.
17. de Walden-Gałuszko K. Rola komunikacji w relacjach lekarza z pacjentem z chorobą nowotworową. *Pol Med Rodz.* 2000;2(3).
18. Ogłodek E, Moś D, Araszkiwicz A. Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. *Zdr Pub.* 2009;119 (3):331-4.
19. Hollender MMH. *Stosunki między lekarzem i pacjentem.* W: *Psychologia w praktyce lekarskiej.* Hollender MH (red.). Warszawa: PZWL; 1975.

20. Szasz TS, Hollender MH. A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *Arch of Inter Med.* 1956;97(5):585-92. Grabias S. *Język w zachowaniach społecznych.* Lublin: Wyd. UMCS; 2001.
21. Lichter I. *Communication in Cancer Care.* London Edinburgh Melbourn and New York: Churchill Livingstone; 1987.
22. Pera H. *Sam nie podołam.* W: *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia.* Bortnowska H. (red). Kraków: Wydawnictwo Znak; 1980.
23. Kępiński A. *Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Jak leczyć i poznawać człowieka? Wybór i układ Kowalik L.* Kraków: Wydawnictwo Literackie 2005.
24. Wnuk RS. Komunikowanie się lekarza z pacjentem – potencjalne źródło konfliktu. *Diametros.* 2009;22:124-33.
25. Bauer J. *Empatia. Co potrafią lustrzane neurony.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2008.
26. Barański J. *Komunikowanie się z pacjentem w podeszłym wieku.* W: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną.* Steciwko A, Barański J. (red). Wrocław; Elsevier Urban and Partner Wrocław.
27. Eichelberger W, Stanisławska IA. *Być lekarzem być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji.* Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2013.
28. Nawrocka J. *Společne doświadczanie starości: stereotypy, postawy, wybory.* Kraków: Impuls; 2013. Imieliński K. *Relacje lekarz-pacjent.* W: *Humanizm i medycyna. Relacje lekarz-pacjent.* Imieliński K. (red). Warszawa: Polska Akademia Medycyny; 1993.
29. Pasiński T. *Czym jest współczucie i jak go nauczać?* W: *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych.* Suchorzewska J, Olejniczak M (red.). Gdańsk: Akademia Medyczna; 2007.
30. Mazur JM. *Uwierzyć w człowieka.* W: *Drogi pacjenta drogami lekarza.* Siemińska MJ. (red). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej; 2005.
31. Twardowska-Rajewska J. *Lekarz wobec człowieka starego.* *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.* 1999;1.
32. Stelcer B. *Humanistyczny wymiar relacji lekarz-pacjent.* W: *Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej.* Wawrzyniak J (red.). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
33. Hall C. *Shock as doctors admit to ageism, 2007,* www.telegraph.co.uk/news (dostęp. 12.01.2015).
34. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa.* Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2004.