

Godność człowieka w aspekcie opinii studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego na temat wybranych elementów opieki nad pacjentami w podeszłym wieku

Human dignity in the aspect of opinion students of the Faculty of Medicine of the University of Rzeszów on selected elements of care for elderly patients

Paweł W. Królik¹, Ewa Rudnicka-Drożak²

¹ Oddział Geriatryczny Szpitala Specjalistycznego w Jaśle

² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Wobec nieodwracalnego procesu starzenia się społeczeństw niezwykle istotne stają się kwestie zapewnienia chorym w podeszłym wieku właściwej opieki medycznej. Polega ona nie tylko na przeprowadzaniu coraz wyższej jakości zabiegów diagnostycznych i leczniczych, co jest oczywiste. Równie ważne stają się problemy zachowania godności, szacunku oraz taktu w relacjach między lekarzem i starszym pacjentem. Dla chorych są one bardzo ważne. W przypadku personelu medycznego nierzadko schodzą na dalszy plan. Okresem, który wywiera największy wpływ na późniejsze postawy lekarzy są studia. Nauczyciele akademicki powinni wzmacniać naturalną dla młodych ludzi wrażliwość oraz przekonanie o konieczności zachowania wysokich standardów w opiece nad wszystkimi pacjentami, szczególnie jednak najsłabszymi, najbardziej chorymi i starymi. **Cel.** Celem pracy było poznanie opinii studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego na temat stosunku pracowników służby zdrowia do osób w podeszłym wieku. **Materiał i metody.** W badaniu uczestniczyło 94 studentów V roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego. **Wyniki.** Jedna trzecia studentów uważa, że osoby starsze nie są traktowane podczas hospitalizacji w sposób podmiotowy. Niemal jedna trzecia była też świadkiem odmowy wykonania procedury medycznej tylko ze względu na wiek pacjenta. Prawie 40% spotkało się agresją werbalną wobec osób starszych, a 4,3% nawet z fizyczną. Połowa była świadkiem przywiązywania chorych w podeszłym wieku do łóżka. Co trzeci z ankietowanych studentów przyznał, że zbyt często starsi pacjenci mają zakładane cewniki do pęcherza moczowego. Niemal taka sama grupa uznała jednak, że nie jest to rodzaj przemocy fizycznej. Co drugi z ankietowanych uważał też, że przemocą fizyczną nie jest zakładanie pacjentom w podeszłym wieku pieluchomajtek w sytuacji, gdy mogliby samodzielnie korzystać z toalety. **Wnioski.** Zapewnienie właściwej opieki nad chorymi w starszym wieku, szczególnie w sytuacji ich hospitalizacji jest problemem wielowymiarowym. Niezwykle ważny jest etap kształcenia młodych lekarzy, ponieważ wtedy cechy takie jak szacunek, cierpliwość, wyrozumiałość można wzmacniać, można też nie zwracając na nie uwagi dać do zrozumienia, że nie są one tak bardzo istotne. *Geriatrics 2020; 14: 135-144.*

Słowa kluczowe: godność, ludzie starsi, opieka medyczna

Abstract.

Introduction. In view of the irreversible aging process, the issue of providing elderly patients with proper medical care is becoming extremely important. It consists not only in carrying out increasingly higher quality diagnostics and therapeutic procedures, which is obvious. Equally important are problems of maintaining dignity, respect and tact in the relationship between a doctor and an elderly patient. They are very important for the patients. In the case of medical staff, they often go to the background. Studies are the period that has the greatest impact on later attitudes of doctors. Academic teachers should strengthen the sensitivity of young people and the belief in the need to maintain high standards in the care for all patients, especially the weakest, the most ill and the elderly. **Objective.** The purpose of the work was to find out the opinions of students of the Faculty of Medicine

of the University of Rzeszów about the attitude of health professionals to the elderly. **Material and methods.** 94 fifth year students of the Faculty of Medicine of the University of Rzeszów participated in the study. **Results.** One-third of students believe that older people are not treated in a subjective way during hospitalization. Almost a third of them also witnessed a refusal to perform a medical procedure only because of the patient's age. Almost 40% met with verbal aggression against the elderly, and 4,3% even with physical. Half witnessed the elderly being tied to bed. Every third student surveyed admitted that too often older patients have bladder catheters. Almost the same group, however, decided, that this was not a type of physical violence. One in two respondents also believed that wearing diaper pants for elderly patients when they could use the toilet on their own is not physical abuse. **Conclusions.** Ensuring proper care for elderly patients, especially during hospitalization, is a multidimensional problem. The stage of education young doctors is extremely important, because then qualities such as respect, patience and forbearance can be strengthened, and by not paying attention to them it might give the impression that they are not so important. *Geriatrics 2020; 14: 135-144.*

Keywords: dignity, older people, medical care

Wstęp

Pojęcie godności człowieka (*digitas hominis*) znane jest od czasów starożytnych, szczególnie w kręgu cywilizacji zachodniej. Według Arystotelesa jest cnotą związaną z posiadaniem rozumu, która przyczynia się do rozwoju i szczęścia człowieka. Cyceon przyznaje ją wszystkim ludziom niezależnie od pozycji społecznej. Owidiusz wypowiada pochwałę tego, co dane jest człowiekowi po stronie ducha i ciała, nie tego czym może się stać. Godność człowieka jest podstawą chrześcijaństwa prowadząc św. Tomasza do konstatacji, że bycie osobą wynika z jej posiadania. Znajduje swoich gorliwych obrońców w czasach humanizmu i renesansu. Z biegiem lat nie jest już wiązana z podobieństwem człowieka do Boga, ale z jego umiejętnościami i zdolnością myślenia (Kartezjusz: *res cogitans*). Staje się podstawą myśli liberalnej. Kant podkreśla, że ideą godności jest proces stawania się człowiekiem, a więc racjonalnym, autonomicznym stworzeniem o wewnętrznej wartości. Człowiek nie może być traktowany jedynie jako środek, lecz jako cel sam w sobie. Godność zostaje uznana za wartość stanowiącą o istocie człowieczeństwa, za podstawę humanizmu [1]. Ważne znaczenie w problematyce opieki nad osobami chorymi nabiera opracowana współcześnie przez Lennarta Nordenfelta koncepcja *Menschenwürde* opisująca wewnętrzną godność, którą posiadają wszyscy ludzie w tym samym stopniu tylko dlatego, że są ludźmi. Odwołanie do *Menschenwürde* unieważnia rozszczenia do specjalnego traktowania zależnego od zajmowanej pozycji społecznej. Wszyscy powinni być leczeni tak samo, niezależnie od reprezentowanej postawy moralnej, tożsamości czy posiadanych zasług. Poruszając kwestie godności człowieka

Jonathan Mann opisał z kolei sytuacje, w których godność może zostać naruszona między innymi przez brak bycia zauważonym, gdy ludzie czują się nie słyszani i lekceważeni, przez depersonalizujące bycie postrzeganym tylko jako stereotypowy członek grupy, przez naruszenie przestrzeni osobistej, szczególnie jeśli nie uzyskano na to zgody oraz przez upokorzenie, jeśli ludzie zostają oddzieleni od grupy i poddani krytyce. Godność oraz problem jej naruszania nabiera wyjątkowego znaczenia z perspektywy osoby chorej, zwłaszcza w podeszłym wieku w niezmiernie stresującej dla niej sytuacji kontaktu z pracownikami służby zdrowia. Powinna oczekiwać i spotkać się wtedy z ich strony ze zrozumieniem, taktem, cierpliwością i szacunkiem [2,19,22].

Cel

Celem pracy było przeanalizowanie opinii studentów V roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego na temat sytuacji osób w podeszłym wieku (powyżej 70 r.ż.) podczas ich kontaktu z pracownikami służby zdrowia, szczególnie w czasie hospitalizacji.

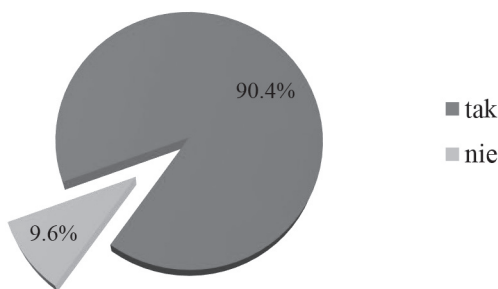
Materiał i metoda badawcza

W badaniu brało udział 94 studentów V roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego. W grupie tej było 70 kobiet i 24 mężczyzn. Uczestniczyli oni w module szkoleniowym składającym się z 10 godzin ćwiczeń praktycznych oraz 10 godzin wykładów poświęconych tematyce geriatry. Po zakończeniu zajęć zostali poproszeni o podzielenie się swoimi dotychczasowymi doświadczeniami oraz opiniami na

temat wybranych problemów opieki oraz sytuacji osób w podeszłym wieku w kontakcie ze służbą zdrowia, zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Ankieta została wysłana do studentów drogą elektroniczną. Zachowano zasadę anonimowości podczas jej wypełniania oraz przesłania zwrotnego. Ponieważ nie była wypełniana bezpośrednio po zakończeniu ostatnich zajęć, uniknięto sytuacji presji czasu. Pozwoliło to na przemyślane i rozważne wyrażenie swoich opinii.

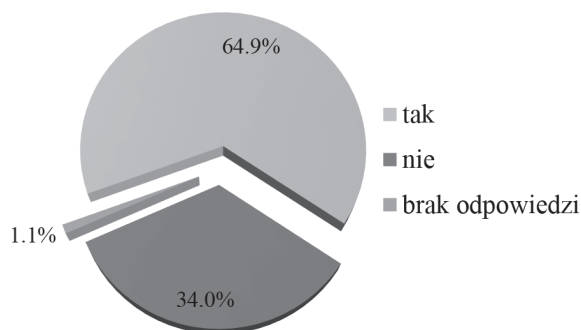
Wyniki badań

Zdecydowana większość, bo aż 90,4% studentów uznało pobyt w szpitalu za sytuację bardzo stresującą dla osób starszych (rycyna 1). Z drugiej strony co trzeci,



Rycina 1. Czy uważasz, że hospitalizacja osób w podeszłym wieku jest dla nich sytuacją szczególnie stresującą?

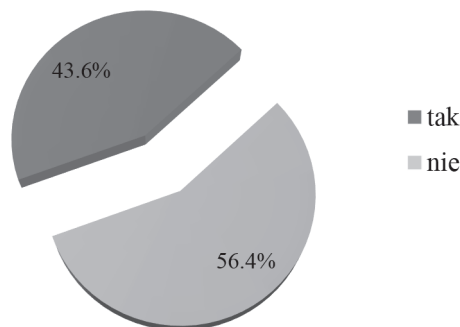
Figure 1. Do you think that the hospitalization of the elderly is a particularly stressful situation for them?



Rycina 2. Czy uważasz, że osoby starsze są traktowane przez pracowników służby zdrowia, szczególnie podczas hospitalizacji w sposób podmiotowy?

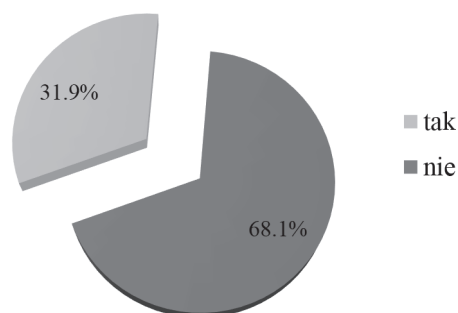
Figure 2. Do you think that older people are treated by healthcare professionals, especially during hospitalization in a subjective way?

czyli 34,0% uważa, że nie są oni traktowani podczas hospitalizacji w sposób podmiotowy (rycyna 2), a 43,6% spotkało się z sytuacją lekceważącego podejścia do swoich bliskich będących w podeszłym wieku podczas ich pobytu w szpitalu (rycyna 3). Bardzo duża grupa ankietowanych, licząca 68,1% przyznała, że osobom starszym w sposób nie dostatecznie jasny przedstawiany jest charakter, korzyści oraz potencjalne ryzyko czekających ich procedur medycznych (rycyna 4).



Rycina 3. Czy spotkałeś się z sytuacją, w której najbliższe Ci osoby w podeszłym wieku zostały potraktowane podczas hospitalizacji w sposób lekceważący?

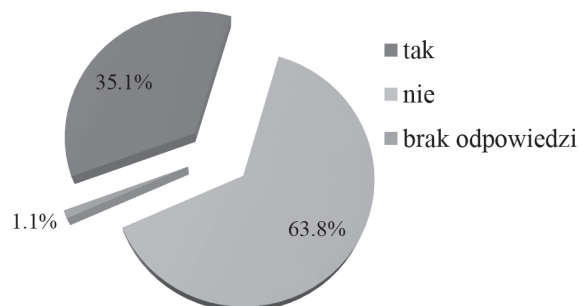
Figure 3. Have you encountered a situation in which the closest elderly people were treated in a disrespectful way during hospitalization?



Rycina 4. Czy uważasz, że dostatecznie jasno przedstawiany jest pacjentom w podeszłym wieku, szczególnie podczas hospitalizacji charakter, korzyści i ewentualne ryzyko czekających ich procedur medycznych?

Figure 4. Do you think it is clearly presented to elderly patients, especially during hospitalization, the nature, benefits and possible risks of the medical procedures ahead?

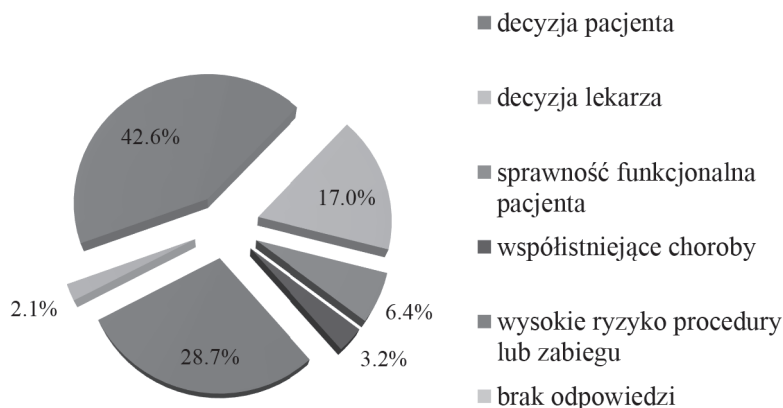
Niemal co trzeci student czyli 28,7% był świadkiem sytuacji kiedy nie przeprowadzono procedury diagnostycznej lub zabiegu leczniczego, a jedynym powodem odmowy był wiek pacjenta (rycina 6). Jeszcze więcej uczestników ankiety, bo 35,1% uważa takie postępowanie za uzasadnione (rycina 5).



Rycina 5. Czy uważasz, że uzasadnione jest wykluczenie osób w podeszłym wieku z pewnych procedur diagnostycznych oraz leczniczych tylko ze względu na ich wiek?

Figure 5. Do you think that it is justified to exclude elderly people from certain diagnostic and therapeutic procedures only because of their age?

Najliczniejsza grupa studentów, czyli 42,6% stwierdziła, że najważniejszym czynnikiem decydującym o przeprowadzeniu określonej procedury diagnostycznej czy zabiegu leczniczego powinna być



Rycina 7. Który z wymienionych elementów jest twoim zdaniem najistotniejszym czynnikiem, który powinien decydować o przeprowadzeniu określonej procedury diagnostycznej lub zabiegu leczniczego?

Figure 7. In your opinion, which of the elements is the most important condition determining of conducting a specific diagnostic procedure or treatment?

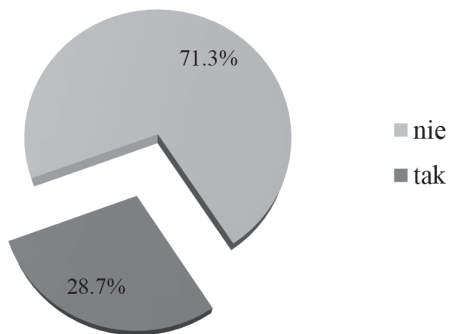
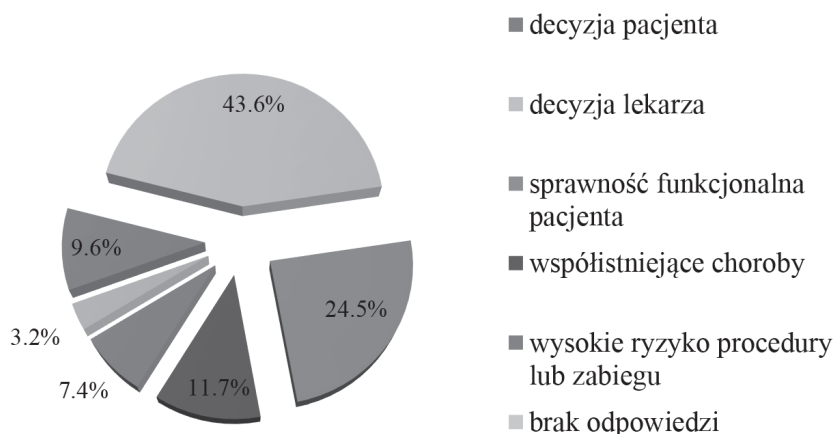


Figure 6. Czy spotkałeś się z sytuacją, nie przeprowadzenia zabiegu diagnostycznego lub procedury leczniczej, pomimo wskazań medycznych, tylko ze względu na wiek pacjenta?

Figure 6. Have you encountered the situation of not carrying out a diagnostic or treatment procedure, despite medical indications, only because of the patient's age?

decyzja pacjenta. Kolejna, licząca 28,7% grupa wskazała na ich wysokie ryzyko. 17,0% studentów uznało, że najważniejsza jest decyzja lekarza. Tylko 6,4% wskazało na sprawność funkcjonalną pacjenta, a 3,2% na współistniejące choroby (rycina 7). W pytaniu o czynniki najmniej istotne wymieniano najczęściej decyzję lekarza 43,6%, sprawność funkcjonalną 24,5% oraz współistniejące choroby 11,7% (rycina 8).

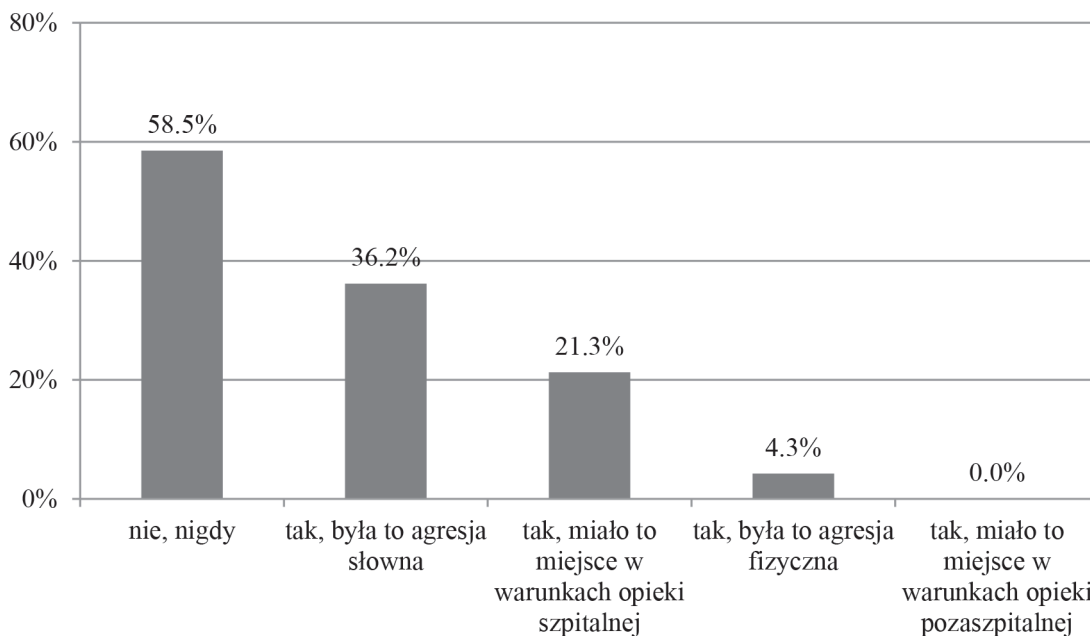


Rycina 8. Który z wymienionych elementów jest twoim zdaniem najmniej istotnym czynnikiem decydującym o przeprowadzeniu określonej procedury diagnostycznej lub zabiegu leczniczego?

Figure 8. Which of these elements do you think is the least important factor determining of conducting a specific diagnostic procedure or treatment?

Z agresją werbalną wobec starszych pacjentów spotkało się 36,2%, z fizyczną 4,3% uczestników badania. Co piąty student czyli 21,3% ankietowanych wskazało, że miało to miejsce w warunkach opieki szpitalnej (rycina 9).

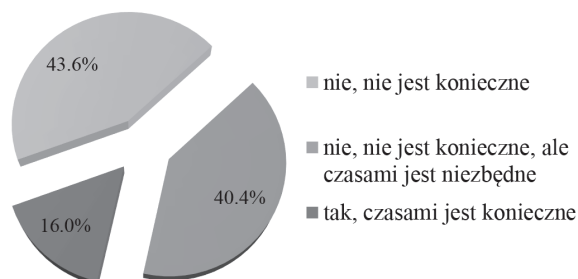
Zdecydowana większość studentów uznała, że użycie siły fizycznej w opiece nad osobami w wieku podeszłym nie jest konieczne (43,6%), chociaż czasami niezbędne (40,4%). Grupa 16,0% przyznała, że może to być postępowanie konieczne (rycina 10).



Rycina 9. Czy spotkałeś się kiedykolwiek z agresją werbalną lub fizyczną ze strony pracowników służby zdrowia skierowaną wobec ludzi w podeszłym wieku?

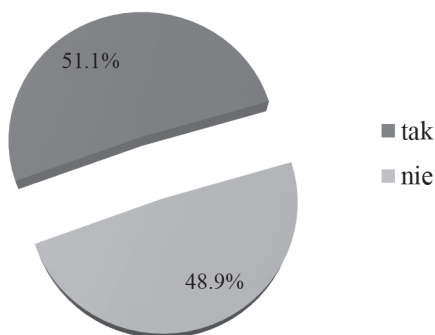
Figure 9. Have you ever encountered verbal or physical aggression on the part of healthcare professionals against elderly people?

Większość studentów, czyli 51,1% spotkała się z sytuacją przywiązywania starszych pacjentów do łóżka podczas ich pobytu w szpitalu, ale tylko 11,7% uważa takie postępowanie za nieuzasadnione (ryciny 11, 13). Oczywiście, zdecydowana większość stwierdziła, że przywiązywanie pacjentów jest rodzajem przemocy fizycznej, 11,7% nie podzieliło tego poglądu (rycina 12).



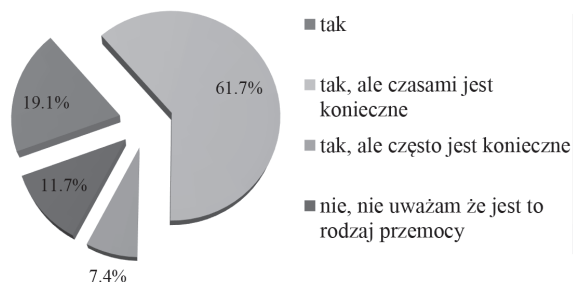
Rycina 10. Czy uważasz, że użycie siły fizycznej jest przykrym, ale niekiedy koniecznym elementem w opiece nad osobami starszymi?

Figure 10. Do you think that the use of physical strength is an unpleasant but sometimes necessary element in caring for the elderly?



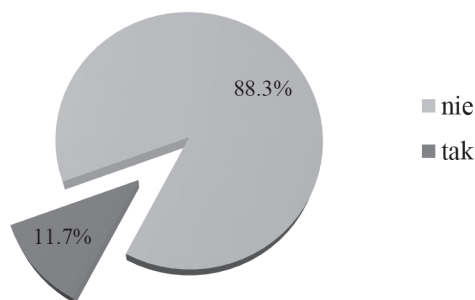
Rycina 11. Czy spotkałeś się z sytuacją przywiązywania chorego w podeszłym wieku do łóżka podczas jego pobytu w szpitalu?

Figure 11. Have you encountered the situation of tying an elderly patient to bed during hospitalization?



Rycina 12. Czy uważasz, że przywiązywanie chorego w podeszłym wieku nawet na krótki okres czasu do łóżka jest rodzajem przemocy fizycznej?

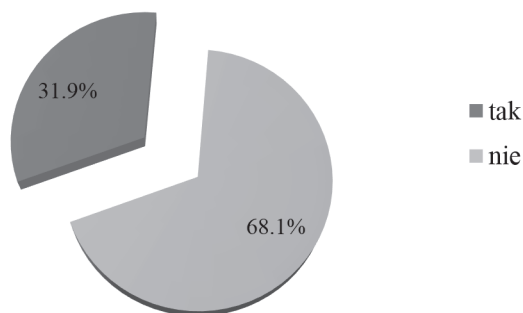
Figure 12. Do you think that tying an elderly patient to bed for a short period of time is a type of physical violence?



Rycina 13. Czy spotkałeś się z nieuzasadnionym twoim zdaniem przywiązywaniem chorego w podeszłym wieku do łóżka podczas hospitalizacji?

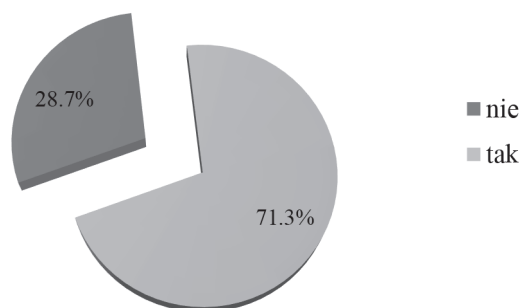
Figure 13. Have you met with unjustified in your opinion attaching an elderly patient to bed during hospitalization?

Bardzo duża grupa ankietowanych studentów, bo aż 31,9% zauważyła, że zbyt często pacjenci mają zakładane podczas hospitalizacji cewniki do pęcherza moczowego (rycina 14). Co trzeci student czyli 28,7% uznało jednak, że nie jest to rodzaj przemocy fizycznej. Aż 48,9% stwierdziło że zakładanie pacjentom podczas hospitalizacji pieluchomajtek w sytuacji, gdy ich stan zdrowia oraz poziom sprawności funkcjonalnej i poznawczej pozwala na korzystanie z toalety nie jest rodzajem przemocy fizycznej (ryciny 15, 16).



Rycina 14. Czy uważasz, że zbyt często pacjenci mają zakładane podczas hospitalizacji cewniki do pęcherza moczowego?

Figure 14. Do you think that patients too often have bladder catheters inserted during hospitalization?

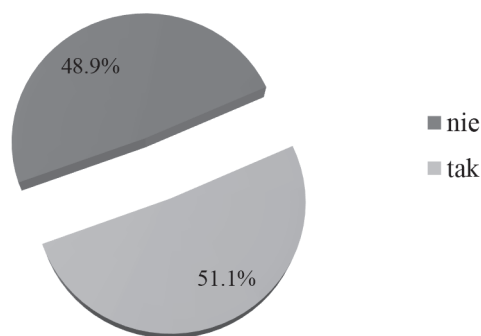


Rycina 15. Czy uważasz, że nieuzasadnione zakładanie cewnika do pęcherza moczowego jest rodzajem przemocy fizycznej?

Figure 15. Do you think that unreasonable bladder catheter insertion is a type of physical violence?

Dyskusja

Idea humanizmu jest nierozdzielalnym elementem, podstawą pracy i opieki z osobą chorą, zwłaszcza starą i niepełnosprawną. Zachowanie godności jest jednym z najważniejszych wymagań etycznych w naukach medycznych [16,18]. Wydaje się, że problem niewłaściwej interpretacji pojęcia godności, a nawet często jej naruszania nabiera w ostatnich latach coraz większego znaczenia. Programy edukacji medycznej, w których jest ona traktowana w sposób tylko deklaracyjny, zamieniana często w retorykę prowadzą do sytuacji deficytu empatii, szacunku i wrażliwości. Niezwykle ważne w tym aspekcie są wzorce zachowań reprezen-



Rycina 16. Czy uważasz, że zakładanie podczas hospitalizacji choremu w podeszłym wieku pieluchomajtek w sytuacji, gdy jego poziom sprawności funkcjonalnej i poznawczej jest wystarczający aby mógł korzystać z toalety, jest rodzajem przemocy fizycznej?

Figure 16. Do you think that putting on a diaper in an elderly patient during hospitalization, when his functional and cognitive level is sufficient to use the toilet, is a kind of physical violence?

towane przez lekarzy z którymi absolwenci studiów lekarskich spotykają się podczas zajęć akademickich oraz w pierwszych latach swojej pracy zawodowej. Bardzo często są one wyznacznikami ich późniejszych postaw w relacjach z chorymi (tzw. modelowanie ról). Cechy osobiste starszych lekarzy wpływają nie tylko na kompetencje kliniczne, ale też na rozwój profesjonalizmu skoncentrowanego na pacjencie (*patient-centred care*) ich młodszych kolegów. Z drugiej strony oczekiwania chorych, zwłaszcza w podeszłym wieku w stosunku do młodych lekarzy skupiają się obok niezwykle ważnych kwestii merytorycznych przede wszystkim na lepszej komunikacji rozumianej jako empatia, szacunek, chęć słuchania oraz traktowanie w sposób partnerski [8].

W poddanej analizie grupie 94 studentów V roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Rzeszowskiego aż 36,2% spotkało się z agresją werbalną, a 4,3% nawet fizyczną skierowaną przez pracowników służby zdrowia wobec starszych pacjentów. Wszyscy, którzy zdecydowali się wskazać miejsce, w którym byli świadkami tych zdarzeń wskazywali na szpital (21,3%). Informacje te są oczywiście bardzo niepokojące. A przecież wiedzą powszechną, którą wyrazili również

ankietowani (90,4%) jest fakt, że pobyt w szpitalu jest dla osób starszych szczególnie stresujący. Opinię, że nie są oni traktowani podczas hospitalizacji w sposób podmiotowy wyraziło 34,0% ankietowanych, 43,6% spotkało się z sytuacją lekceważącego podejścia do swoich bliskich, a 68% przyznało, że chorym w starszym wieku niedostatecznie jasno przedstawiany jest charakter, korzyści i ryzyko oczekujących ich procedur.

Utrata zdolności fizycznych czy umysłowych na przykład w przebiegu otępienia zagraża w sposób naturalny statusowi osobowości chorego w odniesieniu do takich niezwykle ważnych aspektów jak pamięć, planowanie, świadomość siebie i innych. Jakikolwiek stan chorobowy, nie ma jednak wpływu na jego podstawową godność osobową. Intensywność z jaką chorzy mogą odczuwać jej spadek zależy w dużej mierze od zewnętrznego kontekstu społecznego na przykład kulturowego lęku przed demencją [17,18]. Przyznanie, że podstawowa wartość osoby wyraża się w jej kondycji zdrowotnej, funkcjonalnej czy poznawczej może wynikać z nie zrozumienia obu tych pojęć [5, 20]. Osoby starsze wchodzą do szpitala ze zgromadzonym przez całe życie w interakcji z innymi ludźmi poczuciem własnej godności. Podczas hospitalizacji personel medyczny może działać w sposób, który to poczucie godności wzmacnia lub osłabia [21]. Należy pamiętać, że pozbawianie godności oraz stygmatyzowanie jest społecznie zaraźliwe (*it needs to be recognized that stigma and indignity are socially contagious*). Ratującymi godność chorych są natomiast często ci, których status społeczny jest dodatkowo zagrożony przez kontakt z *bodily wastes* czyli niższy personel medyczny [18].

Bardzo niepokojące są informacje, że z jednej strony aż 51,1% ankietowanych studentów spotkało się w szpitalu z sytuacją przywiązywania chorych w podeszłym wieku do łóżka, z drugiej strony jedynie 11,7% uznało takie postępowanie za nieuzasadnione. Można więc przyjąć, że 39,4% przyjęło, że jest właściwe, pomimo że dominującą, wyrażoną przez 88,2% studentów była opinia, że jest to rodzaj przemocy fizycznej. Duża grupa, bo odpowiednio 28,7% i 31,9% studentów uważa, że nieuzasadnione zakładanie cewnika do pęcherza moczowego oraz pieluchomajtek osobom w podeszłym wieku podczas ich hospitalizacji nie jest rodzajem przemocy fizycznej. W każdym przypadku, należy taką sytuację uznać za porażkę idei opieki geriatrycznej.

Konstytucja RP w preambule stwierdza istnienie „przyrodzonej godności człowieka”, precyzując w art. 30, że jest ona „źródłem wolności i praw człowieka i obywatela”. Obok wymiaru uniwersalnego godność nabiera więc również wartości prawnej. Wolność i prawa człowieka wynikają z jego godności, która jest jednak niezależna. Nawet pogwałcenie wolności i praw człowieka nie niszczy fundamentu jakim jest jego godność. Pozostaje ona wartością nienaruszalną. Godność jako „część wewnętrzna” (w odróżnieniu od „czci zewnętrznej” czyli dobrego imienia) jest dobrem osobistym chronionym również przez polskie prawo cywilne w art. 23 k.c.

Szczególnie delikatna pozostaje kwestia ochrony godności w relacjach między pacjentem i lekarzem. Każdy pacjent ma prawo do poszanowania swojej intymności i godności (art. 20 ust. 1 oraz art. 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), co wynika zarówno z konstytucyjnego prawa ochrony godności i poszanowania prywatności (art. 30 i 47 Konstytucji RP) jak i z analogicznych zapisów zawartych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry w art. 36 ust. 1: „Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta” oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej w art. 12: „Lekarz powinien traktować pacjentów życzliwie i kulturalnie, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności”. Pacjent w kontakcie z lekarzem powinien spodziewać się życzliwości, taktu, cierpliwości i wyrozumiałości. Powinien też być rzetelnie informowany o wszystkich sprawach związanych ze swoim stanem zdrowia [3]. Obecnie powszechnie uważa się, że jakość opieki zależy nie tylko od otrzymanego leczenia, ale także od sposobu jej zapewnienia [13]. Zgłaszane przez chorych doświadczenia (PREMs: *patient-reported experience measures*) są bardzo istotne w ocenie jakości i wydajności systemów opieki zdrowotnej [10]. W badaniu przeprowadzonym przez WHO w 41 krajach (105 806 wywiadów ankietowych) większość uczestników wybrała godność jako drugą za szybkim dostępem, najważniejszą cechą definiującą jakość opieki zdrowotnej [12].

Niemal co trzeci z grupy 94 ankietowanych studentów czyli 28,7% był świadkiem sytuacji, kiedy nie przeprowadzono procedury diagnostycznej lub leczniczej, uzasadniając to jedynie podeszłym wiekiem chorego. I chociaż nie posiadali oni z pewnością pełnej wiedzy na temat poszczególnych pacjentów, taki stan jest bardzo niepokojący. Podejmowanie konkretnych

decyzji diagnostycznych oraz terapeutycznych jest często złożone, trudne i odpowiedzialne. Najważniejszym spośród wielu czynników, które powinny być w takiej sytuacji brane pod uwagę jest jednak świadoma decyzja chorego. Taką też opinię wyraziła większość bo 42,6% z ankietowanych studentów. Patriarchalny model opieki w którym lekarz w sposób często bezdyskusyjny podejmuje decyzje dotyczące chorego powinien dawno być już zapomniany.

Wiedza na temat znaczenia godności, szczególnie z punktu widzenia pacjentów w praktyce jest niewielka. Osoby starsze postrzegają ją jako koncepcję wielowymiarową, zawierającą takie elementy jak tożsamość, autonomia i prawa człowieka [4]. Mają wyraźne oczekiwania co do jej zachowania. W warunkach opieki szpitalnej poruszają przede wszystkim kwestie braku minimalnych ram warunkujących zachowanie godności, uczucie utraty kontroli, niepewność i brak prywatności. Ich obawy można podzielić na kilka wspólnych tematów takich jak środowisko opieki: brak prywatności podczas badania i przekazywania informacji, zaniedbane i nie dostosowane pokoje chorych, brak zasłon i sprawnych systemów przywoływających, wspólne pokoje dla kobiet i mężczyzn, utrudniony dostęp do łazienek i toalet; działania opiekuńcze: brak pomocy w zachowaniu zadbanego wyglądu (kąpiel, toaleta, ubieranie się), brak pomocy i czasu na spożycie posiłku; postawa i zachowanie personelu: słaba dostępność personelu, brak wsparcia, szacunku i tolerancji, niecierpliwość, podejście protekcyjne, niewłaściwy sposób zwracania się (każdy pacjent ma imię i nazwisko, dlatego ma też prawo aby tak właśnie do niego się zwracać), brak jasnych i zrozumiałych informacji, niedostateczna kontrola bólu, brak informacji o skutkach ubocznych leków oraz dalszym postępowaniu po wypisie ze szpitala (ciągłość i koordynacja opieki), kultura opieki: brak indywidualnego traktowania, paternalizm, brak czasu na rozmowę, brak możliwości zaangażowania się chorego w proces leczenia oraz wyrażania swoich opinii, brak działań

stymulujących, zachęcających do niezależności [2,9,13]. Uwzględnienie tylko niektórych z wymienionych elementów pozwoliłoby na przejście z pozycji osoby chorej do współodpowiedzialnej za własną opiekę, do większej aktywności, a w konsekwencji większej satysfakcji oraz poczucia bezpieczeństwa. Często jest to trudne ze względu na deficyt czasu, braki personelu medycznego oraz problemy organizacyjne. Pracownicy służby zdrowia zmuszeni są do przyjmowania utylitarne podejścia do opieki, w którym potrzeby jednostki zostają podporządkowane potrzebom wielu pacjentów [6,7,14,15]. Bardzo często zachowanie prywatności podczas zabiegów medycznych oraz pełne szacunku interakcje pielęgniarka-pacjent czy lekarz-pacjent są jednak oceniane przez chorych jako istotniejsze od informacji oraz komunikacji werbalnej [11].

Wnioski

1. Ochrona godności osób w podeszłym wieku, szczególnie podczas ich hospitalizacji pozostaje wciąż problemem niedocenianym.
2. Bardzo ważne w kształtowaniu właściwego podejścia do starszych pacjentów są wzorce zachowań obserwowane przez studentów i młodych lekarzy.
3. Krytyczne opinie z zasady bardziej wrażliwych, młodych osób dotyczące opieki nad starszymi pacjentami powinny być traktowane niezwykle poważnie.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address
✉ Paweł W. Królik
Oddział Geriatryczny, Szpital Specjalistyczny w Jasle
ul. Lwowska 22; 38-200 Jasło
☎ (+48 13) 443 77 96
✉ pawkrolik@interia.pl

Piśmiennictwo/References

1. Bronk A. Kategoria godności człowieka w świetle hermeneutyki. Analiza i Egzystencja 2012; 19:11-29.
2. Gallanher A, Li S, Wainwright P i wsp. Dignity in the care of older people- a review of the theoretical and empirical literature. BMC Nurs. 2008; 7:11 doi: 10.1186/1472-6955-7-11
3. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Raport Biała Księga: Godność w chorobie przewlekłej. Warszawa 2019.

4. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think?. *Age and Ageing* 2004; 33(2):165-70.
5. Hołub G. Godność pacjenta jako człowieka- norma podstawowa etyki lekarskiej. *Kodeks Etyki Lekarskiej*. Odcinek 8. mp.pl etyka 2013.
6. Hall EOC, Høy B. Re-establishing Dignity: Nurses' Experiences of Caring for Older Hospital Patients. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(2): 287-94.
7. Rasmussen TS, Delmar C. Dignity as an empirical lifeworld construction- in the field of surgery in Denmark. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9 doi: 10.3402/qhw.v9.24849
8. Kostov CE, Rees CE, Gormley GJ, Monrouxe LV. I did try and point out about his dignity: a qualitative narrative study of patients and carers experiences and expectations of junior doctor. *BMJ Open* 2018;8(1), e017738 doi: 10.1136/bmjopen-2017-017738
9. Wong ELY, Coulter A, Hewitson P i wsp. Patients Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS One*. 2015;10(4):e0122299 doi: 10.1371/journal.pone.0122299
10. Bull C, Byrnes J, Mulhern B. We Respect Their Autonomy and Dignity, But How Do We Value Patient-Reported Experience ? *MDM Policy Pract*. 2018;3(2):23811468318807458 doi: 10.1177/2381468318807458
11. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:41 doi: 10.1186/s12913-0155-0704-8
12. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med*. 2008;66(9):1939-50.
13. Webster C, Bryan K. Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *J Clin Nurs*. 2009; 18(12): 1784-92
14. Tad W, Bayer T, Dieppe P. Dignity in health care: reality or rhetoric. *Rev Clin Gerontol*. 2002; 12(1):1-4
15. Mathers N, Paynton D. Rhetoric and reality in person care: introducing the House of Care Framework. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(642):12-3
16. Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med. Ethics Hist Med*. 2018; 11:4
17. Gennip IEV, Pasman HRW, Oosterveld-Vlug MG i wsp. How dementia affects personal dignity: a qualitative study on the perspective of individuals with mild to moderate dementia. *The Journal of Gerontology*. 2016; 71(3):491-501
18. Boddington P, Featherstone K. The canary in the coal mine: Continence care for people with dementia in acute hospital wards as a crisis of dehumanization. *Bioethics*. 2018; 32(4):251-60
19. Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. *Health Care Anal*. 2004; 12(2):69-81
20. Kane J, de Vries K. Dignity in Long-Term Care: An Application of Nordenfelt's Work. *Nurs Ethics*. 2017; 24(6):744-51
21. Jacelon CS. The Dignity of Elders in an Acute Care Hospital. *Qual Health Res*. 2003; 13(4): 543-56
22. Mann J. Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article. *Health and Human Rights*. 1998; 3:30-38 doi: 10.2307/4065297.