

## ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

# Starzejące się społeczeństwo jako problem interdyscyplinarny cz.2.

(Ageing society as an interdisciplinary issue, part 2)

A Muzyczka<sup>1,A,B,D</sup>, Z Kopański<sup>2,3,E</sup>, I Brukwicka<sup>1,B,F</sup>, M Kochman<sup>1,B</sup>, B Bajger<sup>1,B,C</sup>,  
S Jastrjemska<sup>4,B</sup>

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I.Ja. Horbaczewskiego w Tarnopolu

**Abstract**— The outcome of longevity are difficult psychological, social, and medical problems that result from the transformations of the social structures. Some countries, Poland among them, are not prepared for it. The last several dozen years witnessed the growing percentage of elderly people, which is unprecedented in the history of civilisation. This makes us approach the matter of ageing society in an interdisciplinary manner.

**Key words** — old age, interdisciplinary approach.

**Streszczenie**— Efektem wydłużania życia człowieka są trudne do rozwiązania problemy natury psychologicznej, społecznej i medycznej będące wynikiem procesu przeobrażania się struktury społecznej, na co niektóre kraje, w tym Polska nie są przygotowane. Ostatnie kilkadziesiąt lat to proces wzrostu odsetka ludzi starych na świecie w stopniu nieobserwowanym dotąd nigdy w historii cywilizacji. To decyduje, że współcześnie coraz częściej do problematyki starzenia się społeczeństw podchodzi się interdyscyplinarnie.

**Słowa kluczowe** — starość, działania interdyscyplinarne.

**Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy**— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

**Adres do korespondencji** — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

**Zaakceptowano do druku:** 05.12.2016

## WSTĘP

Problem starzejącego się społeczeństwa to najważniejszy problem współczesnych cywilizacji o wysokim stopniu rozwoju. Demograficzne tendencje wydłużania życia, pojawiające się wskutek tego nowe problemy zdrowotne, głównie przewlekłe choroby

niezakaźne, w połączeniu z ekonomicznymi aspektami nie tylko zdrowia, lecz całej gospodarki – to nowe, nieznanne do tej pory zagrożenia i wynikające z nich wyzwania [1,2,3].

W Polsce zagadnienie to ma szczególny wymiar, z pewnością odmienny od innych krajów europejskich. Prognozy demograficzne mają krytyczne znaczenie w procesach dotyczących ochrony zdrowia. ONZ w roku 2000 przyjęła założenia

wytarczające kierunki rozwoju w ciągu kolejnych 15 lat. Głównym celem było wyeliminowanie skrajnej biedy na świecie i poprawa systemów zdrowia. Już dziś wiadomo, że nie udało się tych założeń osiągnąć. Początek XXI wieku przyniósł wzrost kosztów leczenia chorób, zwłaszcza tych cywilizacyjnych o długotrwałym przebiegu, którym można zapobiegać zmniejszając narażenie na czynniki ryzyka (wg szacunków WHO - nawet 80% chorób sercowo-naczyniowych i 40% nowotworów można skutecznie przeciwdziałać poprzez profilaktykę) [4].

Nie do końca można więc zgodzić się z zapisami Raportu Ministerstwa Zdrowia, w którym we wstępie do „Oceny skutków regulacji” stwierdza się, że „Rozwój gospodarczy i społeczny Rzeczypospolitej Polskiej w ostatnich trzech dekadach przyniósł wiele korzystnych zmian dla sytuacji zdrowotnej w naszym kraju. Wśród najistotniejszych czynników można wymienić poprawiające się warunki życia, wzrastającą wiedzę i dbałość o własne zdrowie, a także reformy systemu opieki zdrowotnej. Ich efektem jest nieustająca poprawa stanu zdrowia Polaków”.[5]. Mimo, iż zadaniem państwa jest dbałość o stan zdrowia obywateli i zapewnianie warunków do równego dostępu do opieki zdrowotnej to system ochrony zdrowia w Polsce cechuje się nadal niską skutecznością w tym zakresie.

Coraz większa liczba osób w wieku produkcyjnym cierpi na choroby przewlekłe powodowane przede wszystkim stylem życia. Brak określonych decyzji i idących w ślad za nimi odpowiednich, skutecznych działań śmiertelność i ciężar społeczny spowodowany tymi chorobami będzie ciągle wzrastał. Rozwarstwienie ekonomiczne społeczeństwa pogłębia te problemy dodatkowo. Im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym gorsze zdrowie. „Gwałtownie rosnące nasilenie chorób przewlekłych dotyka nieproporcjonalnie bardziej ludność biedną i pokrzywdzoną przez los, przyczyniając się do poszerzenia przepaści zarówno wewnątrz kraju jak i między krajami w dostępie do zdrowia” [4].

## ZDROWIE LUDZI STARSZYCH W RÓŻNYCH ASPEKTACH

Międzynarodowe organizacje zdrowotne (w tym WHO) odeszły od biomedycznego ujmowania zdrowia na rzecz wieloczynnikowej teorii zdrowia, która wiąże zdrowie z dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym. A tak pojęte zdrowie jest w przypadku większości polskich seniorów niewątpliwie zagrożone [6].

Większość czynników generujących problemy zdrowotne wywodzi się spoza sektora ochrony zdrowia. Chorobom, które wywołują można zapobiec, bowiem w większości są one ściśle związane z ubóstwem i się do niego przyczyniają. Działania zmierzające do poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej powinny przyczynić się do korzystnych zmian stanu zdrowia populacji. Ponadto charakter czynników wywołujących większość chorób wskazuje na możliwość zastosowania skutecznych metod zapobiegania poprzez eliminowanie wspólnych czynników ryzyka, głównie: niezdrowej diety, palenia tytoniu, braku aktywności fizycznej czy szkodliwego spożywania alkoholu. Raport WHO dowodzi, że tylko podejmując takie działania można np. obniżyć zachorowalność na choroby serca o 80% , a o ponad jedną trzecią zachorowalność na nowotwory [4,7].

W Polsce wzrasta liczba osób starszych, które kwalifikują się do opieki w związku ze stanem zdrowia, wywołanym chorobami przewlekłymi, ale nie towarzyszy temu budowa struktur organizacyjnych ani proces zwiększania wydatków publicznych na te zadania. Utrzymujące się od wielu lat wysokie bezrobocie (zwłaszcza w małych miejscowościach) prowadzi do spadku liczby osób czynnych zawodowo, co przekłada się na wpływy do kasy publicznej. [8].

Źle zarządzany system organizacji ochrony zdrowia, nastawiony głównie na generowanie zysku, niskie nakłady publiczne i brak rzeczywistej kontroli jakości w polskim systemie ochrony zdrowia doprowadzają do patologii i powodują nieprawidłową dyslokację środków finansowych państwa. Prowadzi to do takich np. sytuacji, że wydawane ogromne środki publiczne na ratowanie życia człowieka zostają zmarnowane wskutek pozostawienia pacjenta po ostrym okresie choroby samemu sobie lub skazaniu go jedynie na opiekę rodziny. [9]

Skupiająca się na problemach pacjenta inicjatywa interdyscyplinarnej organizacji opieki długoterminowej realizującej holistyczne spojrzenie na zdrowie może zapobiec związanej ze starością niesamodzielności, która powoduje, że wraz z wiekiem zapotrzebowanie na opiekę wzrasta. W wielu przypadkach niesamodzielność jest konsekwencją wcześniejszych zaniedbań osobistych, czy to braku profilaktyki i rehabilitacji czy też braku kompleksowej, zintegrowanej opieki nad pacjentem [10]. Z tym samym zjawiskiem spotykamy się również w organizacji pomocy społecznej, gdzie skutkiem spóźnionej reakcji na pojawiające się potrzeby człowieka czy nieskuteczne lub niewystarczające działania systemu świadczeń środowiskowych jest

narastająca niesamodzielność człowieka starszego [10,11].

Wzrost niesamodzielności <sup>1</sup> oznacza z kolei podwyższenie zapotrzebowania na różnorodne formy opieki zdrowotnej oraz świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, co powoduje konieczność stałej opieki osób trzecich w życiu codziennym [12].

Ogromna liczba osób niesamodzielnych w Polsce uzyskuje pomoc i opiekę przede wszystkim ze strony rodziny i krewnych [10,11,12]. Często nie jest to związane z podjętą dobrowolnie decyzją ale wynika z konieczności, ze względu na brak struktur opieki długoterminowej, co wymusza podejmowanie opieki nad osobą chorą przez jednego z członków rodziny. Opiekunowie osób niesamodzielnych, starszych stają przed trudnym wyborem konieczności rezygnacji z pracy zawodowej ze względu na niełatwe do pogodzenia obowiązki opieki nad osobą niesamodzielną z pracą zawodową.

Zmieniająca się struktura rodziny, zmiana i kryzys systemu tradycyjnych wartości, obniżenie poczucia solidarności międzypokoleniowej, rozluźnienie więzi rodzinnych prowadzi do obniżenia poczucia odpowiedzialności za starszych członków rodzin. Zmiany te nałożone na nieistniejący system wsparcia społecznego i źle funkcjonujący system ochrony zdrowia powodują, że narastają zjawiska marginalizacji potrzeb osób starszych i dyskryminacji ich jako grupy społecznej [13].

”Polityka zdrowotna państwa w zasadzie pozostaje na poziomie deklaracji – nie przedstawia strategii dostosowania systemu do nadchodzących zmian społecznych, co sprawia, że podmioty realizujące opiekę nie posiadają odpowiednich instrumentów lub nie są zobligowane do rutynowego prowadzenia programów skierowanych do osób starszych. To wszystko prowadzi do powszechnej ignorancji problemów starszych pacjentów i ich potrzeb” [14].

Liczba osób niesamodzielnych w Polsce wzrasta wraz z postępowaniem starzenia się społeczeństwa. 80 proc. osób niesamodzielnych w Polsce korzysta z rodzinnych form opieki. Nieliczni korzystają z opieki instytucjonalnej. Raport OECD opublikowany w 2014 r. podaje, że tą formą opieki objętych jest mniej niż 1 proc., podczas gdy średnia dla OECD wynosi ponad 4 proc. Wydatki z budżetu państwa na opiekę nad osobami niesamodzielnymi stanowią mniej niż 0,5

proc PKB (w OECD 1,2 proc.). Ponadto liczba łóżek opieki długoterminowej odbiega bardzo od średniej w krajach Unii Europejskiej (na każdy 1000 osób wymagających długoterminowej opieki na specjalistycznych oddziałach przypada ok. 17 łóżek, w OECD 44,5). Dodatkowo z braku właściwych instytucji i form wsparcia hospitalizacja jest często jedyną formą pomocy osobie chorej i niesamodzielnej [15].

W Polsce ochrona zdrowia koncentruje się głównie na medycynie wieku średniego i wczesnej starości (finansowanie medycyny inwazyjnej, naprawczej i onkologii), co dzieje się kosztem potrzeb polityki senioralnej. Jest to zjawisko niepokojące, zwłaszcza w kontekście faktu, że starzenie to proces całościowy. Dodatkowo rozwiązania stosowane w Polsce w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi funkcjonują zarówno w systemie opieki zdrowotnej jak i społecznej. Jest to model niedoskonały. Integracja tych dwóch systemów, zorganizowanie ich funkcjonowania wokół pacjenta pozwoliłoby na stworzenie modelu opieki długoterminowej opartego na kompleksowym podejściu do funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej i społecznej, ale także opieki domowej świadczonej przez personel medyczny i przez opiekunów nieformalnych (rodzinnych) [16]. Systemy te powinny ze sobą współpracować bo to jedyna droga do poprawy ich funkcjonalności, lepszego wykorzystania środków i efektywnego nadzoru, także w kontekście otoczenia społecznego [6].

Wpływanie na poprawę stanu zdrowia populacji poprzez działania zapobiegające schorzeniom wieku podeszłego w ciągu całego życia, dążenie do opóźniania procesu niepełnosprawności i stworzenie możliwości niezależnego życia w środowisku, to winny być główne zadania systemu prowadzące do zapewnienia optymalnej jakości życia w okresie starości [9].

Warto przyjrzeć się rozwiązaniom stosowanym z powodzeniem od lat w Unii Europejskiej. Polityka opiekuńcza nad seniorami opiera się tam na systemie lokalnych sieci wsparcia, funkcjonujących w miejscu zamieszkania osoby starszej, a w przypadku, gdy nie jest to możliwe dąży do zapewnienia opieki i pomocy instytucjonalnej. Stwarza się tym samym warunki (w tym finansowe) do rozwijania inicjatywy i uaktywnienia osób starszych, a wkracza się dopiero wtedy, gdy

<sup>1</sup> Brak jest w Polsce wystandardyzowanych metod ustalania stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od liczby godzin potrzebnej opieki i pielęgnacji.

jednostka czy rodzina sama nie radzi sobie z problemem [17]<sup>2</sup>.

Warto zastanowić się nad perspektywami stworzenia w Polsce systemu na wzór krajów zachodnich, w których sprawdziły się rozwiązania wykraczające poza horyzont krótkookresowy oparte o holistyczne podejście do kwestii społecznych [10]. Dałoby to szansę na rozwój systemu uporządkowanego i spójnego, zarządzanego zgodnie z regułami myślenia i działania opartych na podejściu zintegrowanym i interdyscyplinarnym [Woźniak, 2015].

Podtrzymywanie samodzielności oraz niezależności osób przewlekle chorych (zapobieganie progresji niesprawności) buduje się na wiedzy chorych, kompetencjach i właściwej ilości pracowników – specjalistów w opiece nad pacjentem [10]. Konieczna staje się więc zmiana medycyny naprawczej w medycynę prewencyjną i koncentracja środków i uwagi najpierw na działaniach prewencyjnych, zgodnie z racjonalną zasadą kolejności działań, najpierw prewencja, potem diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i na koniec kompensacja.

Zgodnie z tymi zasadami aktywna polityka społeczna nie powinna koncentrować się jedynie na bieżących potrzebach i interwencji, ale raczej skupić się na zapobieganiu trudnym sytuacjom życiowym i ich przewyciężaniu, jeśli nie uda się im zapobiec. Dbanie o zdrowie obywateli powinno być traktowane jako rodzaj swoistej inwestycji w człowieka, która w „długoterminowej perspektywie spowoduje korzyści finansowe i stworzy warunki, dzięki którym każdy człowiek będzie miał szansę pozostawania jak najdłużej samodzielnym i niezależnym” [10].

Wsparcie, którego oczekują chorzy i ich bliscy to cały wachlarz działań, od wsparcia psychologicznego, poprzez stworzenie stosownych regulacji finansowych i prawnych, które ulepszą organizację opieki tak, aby możliwe było godzenie pracy zawodowej ze sprawowaniem opieki nad bliskim. Całościowa diagnoza i ocena potrzeb jest niezbędna dla stworzenia interdyscyplinarnego zespołu pracującego z pacjentem i dla niego.

Efektywna i skuteczna współpraca zespołu jest kluczowa. Powinna opierać się na dobrym przepływie informacji, czemu służą wspólne spotkania dedykowane omawianiu sytuacji poszczególnych pacjentów i ustalaniu priorytetów działań, gdyż warunkiem dobrej współpracy jest zdolność do

efektywnego komunikowania się wszystkich członków zespołu. Ważne jest, aby w takich spotkaniach nie pomijać opinii pacjenta lub jego opiekuna rodzinnego, gdyż to pacjent i jego rodzina stanowi o sukcesie zespołu. Liderem zespołu bywa zwykle lekarz, lecz w szczególnych przypadkach może nim być pielęgniarka POZ. To ona z racji na częstszą obecność w środowisku posiada większą i najbardziej aktualną wiedzę o problemach pacjenta i stąd często to ona uzgadnia podejmowane działania z innymi podmiotami i kieruje pracą zespołu.[19,20]

## PIŚMIENNICTWO

1. Huguet P. Poczucie sensu życia ludzi młodych i ich stosunek do starości. Państw Społ 2007;3:107-112.
2. Panek A, Szarota Z. Zrozumieć starość. Kraków; Oficyna Wydawnicza TEXT, 2000.
3. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań; Termedia, 2012.
4. WHO. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever).2008
5. Ministerstwo Zdrowia. Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce. Warszawa; Ministerstwo Zdrowia, 2012.
6. Bakalarczyk M. Służba zdrowia w chorym systemie. //BakalarczykSluzbazdrowiawchorymsystemie/menuid-431.html
7. WHO. Przerażający raport ws. jakości powietrza. Polskie miasta na czele listy. raport-who-najbardziej-zanieczyszczone-miasta,643576.html
8. Klich J. Globalizacja usług zdrowotnych. Zdr Zarz 2012; Tom 10, 3:133–142.
9. Hryniewicz J. O sytuacji ludzi starszych. Warszawa; Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.
10. Błędowski P, Maciejasz M. Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. Now Lek 2013; 82, 1: 61–69.
11. Bojanowska E. Opieka nad ludźmi starszymi. „To idzie starość – polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności w Polsce”. Konferencja ZUS i ISP Warszawa, 4 lipca 2008.
12. Kleer J. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa; PAN; 2008.
13. Szatur-Jaworska B. Aktywne starzenie się i solidarność międzypokoleniowa w debacie międzynarodowej. Warszawa; Uniwersytet Warszawski, Instytut Polityki Społecznej, 1997.
14. Szatur-Jaworska B. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa; Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2012.
15. OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, 2011, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).
16. NFZ. Plany finansowe NFZ z lat 2005–2012, <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzi>

<sup>2</sup> realizacja zasady pomocniczości

17. Grabusińska Z. Rola pracy socjalnej w aktywnej integracji. Warszawa; Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, 2012.
18. Woźniak MG. O niektórych problemach współczesnego człowieka, ekonomii i systemów ekonomicznych w kontekście integracji procesów rozwojowych. *Nierówności Społeczne a wzrost gospodarczy* 2015;41:16-24.
19. Starczewska M, Tysa J, Augustyniuk K, Owsianowska J, Jurczak A, Grochans E. The assessment of the demand for medical care among elderly care home residents. *JPHNMR* 2016; 2:32-38.
20. Fąfara A, Binkowska-Bury M, Bazaliński D, Iwanowicz-Palus G, Januszewicz P. Patients' and nurses' perspectives on nursing care at night. *JPHNMR* 2016; 4:15-23.