



**Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Katedra Geriatrii i Gerontologii**

Sylwia Kropińska

**DYSKRYMINACJA OSÓB STARSZYCH  
ZE WZGLĘDU NA WIEK  
W POLSKIM SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA**

Praca na stopień doktora nauk o zdrowiu

Promotor:

prof. dr hab. n. med.

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Poznań 2013



## Spis treści

Wstęp.....	5
1. Wprowadzenie.....	6
1.1. Starzenie i starość.....	6
1.2. Starzenie się społeczeństwa a poziom opieki geriatrycznej.....	7
1.3. Dyskryminacja.....	9
1.4. Dyskryminacja ze względu na wiek.....	11
1.5. Dyskryminacja ze względu na wiek w ochronie zdrowia.....	14
1.6. Wielkie Zespoły Geriatryczne jako przyczyna niesprawności w starości.....	16
1.6.1. Upadki.....	17
1.6.2. Nietrzymanie moczu.....	20
1.6.3. Zaburzenia funkcji poznawczych.....	24
2. Cel pracy.....	27
3. Materiał i metoda.....	28
3.1. Badanie osób starszych.....	28
3.1.1. Charakterystyka grupy badanej.....	28
3.1.2. Charakterystyka narzędzia badawczego.....	29
3.2. Badanie studentów.....	32
3.2.1. Charakterystyka grupy badanej.....	32
3.2.2. Charakterystyka narzędzia badawczego.....	33
3.3. Zasady analizy wyników.....	35
3.4. Analizy statystyczne.....	36
4. Wyniki badań.....	38
4.1. Badanie osób starszych.....	38
4.1.1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy osób w wieku podeszłym.....	38
4.1.2. Obraz starości – opinie osób starszych.....	41
4.1.3. Dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia – opinie osób starszych.....	46
4.1.4. Opieka lekarza rodzinnego nad pacjentem starszym.....	52
4.1.4.1. Osoba starsza w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.....	52

4.1.4.2. Liczba leków stosowanych przez analizowanych pacjentów starszych.....	54
4.1.4.3. Tłumaczenie dolegliwości wiekiem.....	55
4.1.5. Wybrane Wielkie Zespoły Geriatryczne .....	56
4.1.6. Analiza wieloparametrowa.....	68
4.2. Badanie studentów WNoZ Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.....	71
4.2.1. Charakterystyka badanej grupy studentów.....	71
4.2.2. Zainteresowanie pracą z osobami starszymi w opinii studentów studiów stacjonarnych.....	73
4.2.3. Praca z osobami starszymi w opinii studentów studiów niestacjonarnych.....	73
4.2.4. Starość widziana oczyma studentów WNoZ.....	75
4.2.5. Dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia – opinie studentów.....	81
4.2.6. Analiza wieloparametrowa.....	87
4.2.7. Zagadnień dotyczące starości i dyskryminacji ze względu na wiek w oczach osób starszych i studentów - porównanie.....	89
5. Dyskusja.....	101
6. Wnioski.....	102
7. Streszczenie.....	103
8. Abstract.....	104
9. Piśmiennictwo.....	106
10. Spis rycin.....	121
11. Spis tabel.....	123

## Wstęp

W dzisiejszych czasach coraz więcej uwagi poświęca się zagadnieniom związanym ze starzeniem i wynikającą z niego starością. Prognozy wskazują na zbliżające się „demograficzne tsunami”, definiowane jako wejście pokolenia powojennego wyżu w wiek emerytalny. Określenie to ma pejoratywne zabarwienie, gdyż kojarzy się ze zniszczeniem.

Niestety bardzo często wzrost odsetka osób starszych w populacji odbierany jest jako zjawisko problemowe. Ma to swoje odbicie w przybieraniu negatywnych postaw wobec osób starszych, a także prowadzi do lęku przed starością. Propagowanie kultu młodości dodatkowo odsuwa osoby starsze na margines co sprzyja wykluczeniu, a nawet dyskryminacji ze względu na wiek.

Osoby po 65. roku życia stanowią największą grupę pacjentów zakładów opieki zdrowotnej. Jednym z najważniejszych elementów jej funkcjonowania jest poradnia lekarza rodzinnego<sup>1</sup>, której większość pacjentów stanowią osoby w wieku podeszłym. Pacjenci Ci w związku z wielochorobowością i pogarszającą się sprawnością funkcjonalną wymagają szczególnego podejścia ze strony personelu medycznego. Oznacza to nie tylko inny sposób komunikacji ze względu na potencjalne zaburzenia słuchu czy zaburzenia poznawcze, ale także konieczne uwzględnienie specyfiki ich chorobowości (np. Wielkich Zespołów Geriatrycznych). Zasady funkcjonowania Poradni Opieki Zdrowotnej czynią trudnym wzięcie pod uwagę potrzeb osób starszych. Dodatkowo w Polsce brak rozwiniętego sektora opieki dedykowanej tym pacjentom (opieki geriatrycznej). Nieuwzględnienie potrzeb osób starszych w systemie opieki zdrowotnej może być traktowane jako rodzaj dyskryminacji ze względu na wiek. Zjawisku temu poświęca się nadal niewiele uwagi. Skłoniło to mnie do podjęcia tego tematu w pracy badawczej.

# 1. Wprowadzenie

## 1.1. Starzenie i starość

Nieodłącznym elementem egzystencji człowieka jest upływ czasu. Towarzyszące mu zmiany zachodzące w organizmie określane mianem starzenia zwyczajnego są nieuniknione. Termin ten został stworzony dla określenia stopniowego pogorszenia funkcji narządów u osób starzejących<sup>2</sup>.

Starzenie jest procesem powolnym, ale postępującym i nieodwracalnym. W ujęciu biologicznym definiuje się je jako stopniowe zmiany powodujące pogorszenie funkcjonowania na wszystkich poziomach, począwszy od pojedynczej komórki, poprzez tkanki i narządy, aż do organizmu jako całości. Prowadzi ono do zmniejszenia możliwości utrzymania homeostazy w warunkach fizjologicznego stresu<sup>3</sup>. Określa się to mianem homeostenozy czyli zawężenia homeostazy<sup>4</sup>. Zmiany rozpoczynają się pomiędzy 30-40 rokiem życia i mają charakter indywidualny czyli z jednej strony każdego charakteryzuje własne tempo starzenia, a z drugiej nawet każdy narząd starzeje się w swoim tempie.

Znany brytyjski biogerontolog Kirkwood T., który badał proces starzenia na poziomie komórkowym, analizując starzenie i jego koniec, czyli śmierć porównał następującą na skutek starzenia śmierć do ostatecznej awarii samochodu, a więc sytuacji, w której nie można go uruchomić. Bez względu na to, jak samochód jest używany zawsze w końcu następuje awaria, której nie da się usunąć<sup>5</sup>. Mamy więc do czynienia z rodzajem zużycia, którego tempo jest indywidualne i zależne od wielu parametrów, w tym od intensywności i jakości eksploatacji. Podobnie jest w przypadku człowieka. Wraz z upływem czasu w procesie starzenia prawdopodobieństwo przeżycia kolejnego okresu (tygodnia, miesiąca, roku) zmniejsza się<sup>6</sup>. Proces starzenia nieuchronnie prowadzi do starości, która kończy się śmiercią.

Starość jest ostatnim etapem życia. Jest jego integralną częścią, tak samo jak narodziny czy dojrzewanie<sup>7</sup>. Granicę starości powinien definiować stopień zużycia organizmu, czyli wiek biologiczny, mający znaczenie dla sprawności, a więc wieku funkcjonalnego. Jednak ciągle jeszcze brak parametru, przy pomocy którego można by go mierzyć. Dlatego starość definiuje się wiekiem metrykalnym (kalendarzowym),

najczęściej jako ukończeniu 65 lat. Konsekwencją takiego podejścia do początku starości jest fakt znacznego zróżnicowania stanu biologicznego i czynnościowego osób wchodzących w starość.

## 1.2. Starzenie się społeczeństwa

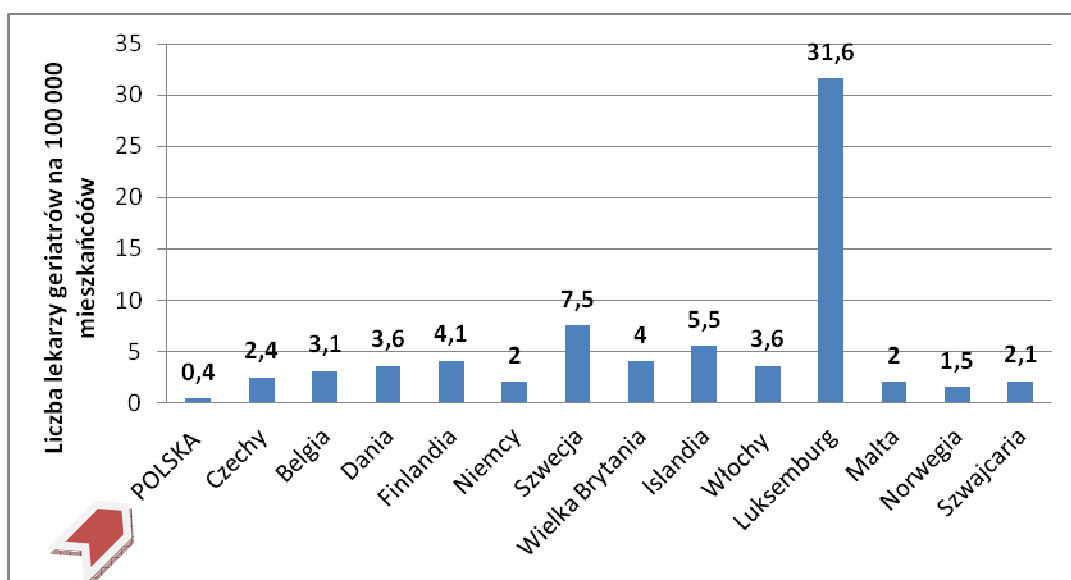
W Polsce, podobnie jak w innych krajach należących do Unii Europejskiej od wielu lat wzrasta procent osób po 65 roku życia. Szacuje się, że obecnie w społeczeństwie polskim jest ich 13,8%, a w całej Unii Europejskiej – 17,5%<sup>8</sup>. Zgodnie z prognozami grupa ta w Polsce będzie w 2030 roku prawie dwukrotnie liczniejsza (23,8%)<sup>9</sup>, ale w całej Unii Europejskiej jej przyrost będzie mniejszy (23,6%<sup>10</sup>).

Wzrost subpopulacji osób w wieku podeszłym jest powodowany z jednej strony przez zmniejszenie się liczby urodzeń w Polsce<sup>11</sup> (rok 1950 – ok. 770 tys.; 1970 – ok. 550 tys.; 1990-ok. 550 tys.; 2000 – ok. 380 tys.), a z drugiej – przez poprawę opieki zdrowotnej i wynikające z tego wydłużenie prognozowanej średniej długości życia. Wynosi ona obecnie dla kobiet 80,1 lat, a dla mężczyzn 71,4 i wzrośnie do 2030 roku – odpowiednio do 83,6 i 77,5. Prognozowany przyrost dla mężczyzn wynosi więc 3,6 miesiąca na rok, a dla kobiet – 2,1. Podobne tendencje obserwuje się we wszystkich rozwiniętych krajach świata.

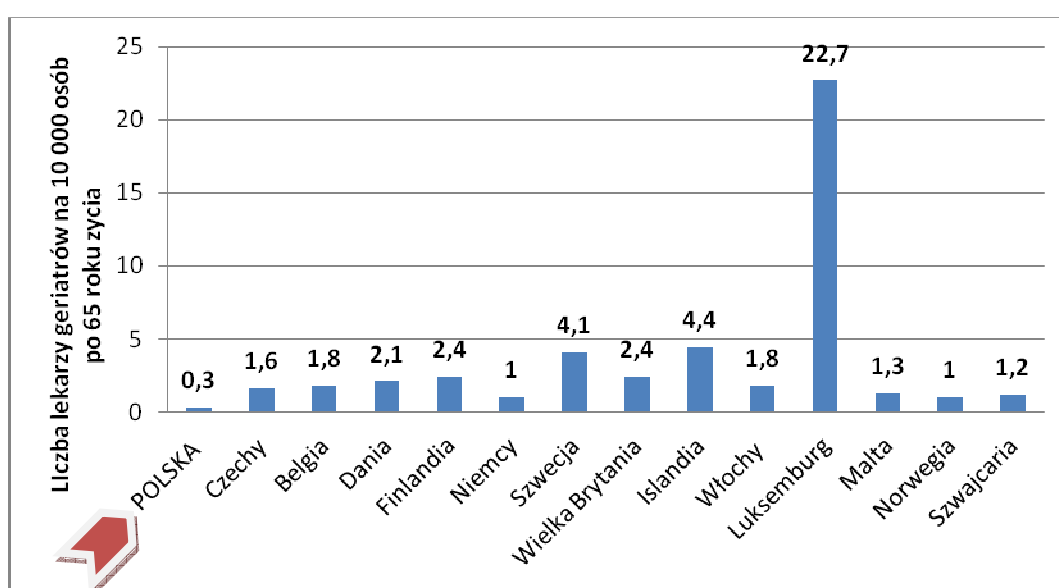
W ramach zjawiska starzenia społeczeństw można zaobserwować tzw. podwójne starzenie, które obrazuje szybszy systematyczny wzrost odsetka osób w przedziale wiekowym 80 i więcej lat w stosunku do wszystkich osób starszych<sup>12</sup>. Grupa ta wzbudza zainteresowanie ze wzgl. na potencjalną konieczność objęcia jej szczególną opieką. Tak więc starzenie się społeczeństw pociąga za sobą konieczność przeorganizowania systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem opieki geriatrycznej dedykowanej chorym starszym. Już dziś bowiem stanowią oni większość pacjentów w poradni lekarza rodzinnego i zwiększoną liczbę przyjęć na oddziałach szpitalnych.

Stan opieki geriatrycznej można zobrazować m.in. liczbą lekarzy posiadających specjalizację z tej dziedziny. W Polsce liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie

geriatrii wynosi ok. 250. Jednak szacuje się, że z uwagi na brak jednostek geriatrycznych zaledwie 150 z nich rzeczywiście dedykuje swoją pracę osobom starszym<sup>13</sup>. Jest to aktualnie 0,4 specjalisty w dziedzinie geriatrii na 100 000 mieszkańców i 0,3 specjalisty na 10 000 osób po 65 roku życia. Podkreślić należy, że sytuacja w Polsce znacznie odbiega od innych krajów europejskich, w tym nawet krajów ościennych o podobnej historii takich jak Czechy i Słowacja<sup>14</sup>. Porównanie poziomu opieki geriatrycznej w oparciu o liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii w roku 2011 w wybranych krajach należących do Unii Europejskiej przedstawiono na rycinach 1 i 2<sup>15</sup>.



Rycina 1. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wybranych państwach Unii Europejskiej w roku 2011<sup>15</sup>.



Rycina 2. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii w przeliczeniu na 10 000 osób w wieku podeszłym w wybranych państwach Unii Europejskiej w roku 2011<sup>15</sup>.



### 1.3. Dyskryminacja

Traktowanie danej osoby w sposób nierówny, niesprawiedliwy, krzywdzący i nieprzychylny ze względu na jakąś cechę (np. wiek, płeć, wyznanie, orientację seksualną, status materialny, poglądy lub niepełnosprawność itd.) określa się mianem dyskryminacji. Zjawisko to obejmuje komplikowanie i ograniczanie dostępu do przysługujących praw czy przywilejów. Jego nazwa pochodzi od łacińskiego słowa *discriminatio*, czyli rozróżnienie.

W zależności od kryterium dyskryminacji można wyróżnić między innymi<sup>16</sup>:

- Ageizm – dyskryminację ze względu na wiek,
- seksizm – ze względu na płeć,
- rasizm – ze względu na rasę,
- atrakcjonalizm – ze względu na wygląd zewnętrzny,
- klasizm – ze względu na stan posiadania,
- albeizm – ze względu na niepełnosprawność.

Przejawem dyskryminacji może być także szowinizm będący skrajną postacią nacjonalizmu. Głosi on wspólne działania grup społecznych określonego narodu, ale wobec mniejszości narodowych i innych narodów przyjmuje nieprzyjazną lub wręcz wrogą postawę. Umocnieniu nastrojów nacjonalistycznych często towarzyszy także ksenofobia, czyli niechęć, wrogość do cudzoziemców.

Stosunkowo nowym rodzajem dyskryminacji jest sizeizm czyli dyskryminacja ze względu na wzrost i wymiary człowieka. Ten rodzaj dyskryminacji może przejawiać się niechęcią do osób zbyt niskich lub zbyt wysokich, a także do osób z nadmierną wagą lub niedowagą. W Ameryce sizeizm porównywany jest z dyskryminacją rasową. Okazuje się, że w ciągu ostatnich kilku dekad ten rodzaj dyskryminacji znacznie się nasilił. Dotyczy ona częściej kobiet niż mężczyzn<sup>17</sup>.

Za dyskryminację uznaje się także nakazanie komuś dyskryminacji wobec innych osób ze względu na ich pochodzenie rasowe lub etnicze<sup>18</sup>.

Dyskryminacja może przyjąć formę bezpośrednią lub pośrednią. Forma bezpośrednia, czyli jawna, polega na traktowaniu danej osoby ze względu na określoną cechę gorzej w porównaniu z innymi osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji. Przykładem może być zatrudnienie kobiety i mężczyzny na tym samym stanowisku i powierzenie im tych samych zadań przy różnym wynagrodzeniu lub nieprzyjęcie 55-letniej kobiety na wózek inwalidzkim na kurs komputerowy ze względu na wiek oraz niepełnosprawność. Dyskryminacja pośrednia natomiast przyjmuje formę ukrytą<sup>19</sup>. Przykładem może być niewpuszczenie kogoś do klubu z powodu braku karty członkowskiej, podczas gdy niepełnosprawność (rozumiana jako ukryta cecha) stanowi nieoficjalne kryterium wykluczające możliwość uzyskania takiej karty.

Do zjawiska dyskryminacji często dochodzi również w obszarze zatrudnienia np. przy rekrutacji do pracy na dane stanowisko. W sferze zatrudnienia mamy do czynienia także z nierównym traktowaniem prowadzącym do naruszenia godności, poniżania, molestowania<sup>20</sup>.

Dyskryminacja jest zjawiskiem negatywnym i jest zabroniona zarówno przez prawo polskie, jak i przez prawo Unii Europejskiej.

Art. 32 pkt. 1 Konstytucji RP z 1997 roku<sup>21</sup> jednoznacznie stwierdza, że: „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.”, oraz że (pkt. 2) – „Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.” Art. 33 zakłada równe traktowanie praw kobiet i mężczyzn, a art. 35 gwarantuje wolność i prawo dla obywateli polskich należących do mniejszości narodowych i etnicznych.

Dokumentem prawnym określającym najważniejsze prawa, wolności i zasady obywateli państw należących do Unii Europejskiej jest Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej (*Charter of Fundamental Rights of the European Union*). Weszła ona w życie 1 grudnia 2009 roku. Art. 21 §1 (Rozdział III) zakazuje wszelkiej dyskryminacji ze względu na płeć, rasę, kolor skóry, pochodzenie etniczne lub społeczne, cechy genetyczne, język, religię lub światopogląd, opinie polityczne, a także inne cechy np. przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną<sup>22</sup>.

## 1.4. Dyskryminacja ze względu na wiek

Ageizm czyli dyskryminacja ze względu na wiek zakłada, że osoba z danej grupy wiekowej nie jest w stanie wykonywać określonych ról społecznych w sposób oczekiwany<sup>23, 24</sup>. Są to przekonania, uprzedzenia i stereotypy, których źródłem jest biologiczne zróżnicowanie ludzi związane z procesem starzenia<sup>25</sup>. Zjawisko to może dotyczyć zarówno dyskryminacji osób młodych, jak i starszych. Problem dyskryminacji ze względu na wiek najczęściej dotyczy jednak osób starszych. Granica wieku powyżej której dochodzi do zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek może być różna (40 lat, 60 lat lub więcej).

Pojęcie „ageizm” zostało wprowadzone przez znanego amerykańskiego gerontologa – Butlera R. Wzorując się na rasizmie i seksizmie uznał on, że w podobny sposób można zdefiniować uprzedzenie i dyskryminację ze względu na wiek, prowadzącą do powstawania stereotypów i gorszego traktowania człowieka ze względu na to, że jest „za stary”<sup>26</sup>. Według jego definicji ludzie w wieku podeszłym kategoryzowani są jako „starzy” i postrzegani przez młodych jako „różni” czyli „inni”. Butler R. podkreślał, że rasizm, seksizm i ageizm stanowią problemy, które mogą być zagrożeniem dla funkcjonowania człowieka.

Kirkwood T. określił zjawisko dyskryminacji osób starszych jako odebranie człowiekowi wartości tylko i wyłącznie ze względu na jego wiek<sup>27</sup>. Levy R.B. i Banaji M.R. opisują ten termin jako zmianę odczuć, przekonań i zachowań w odpowiedzi na chronologicznie postrzegany wiek danej jednostki lub grupy ludzi<sup>28</sup>. Jak podaje Bytheway B., zjawisko ageizmu jest zakorzenione w społecznej tożsamości. Oznacza to, że człowiek identyfikowany jako stary uważany jest za sztywnego, staromodnego, gorszego<sup>29</sup>.

Dyskryminacja ze względu na wiek obejmuje negatywne stereotypy. Zalicza się do nich choroby, np. depresję czy otępienie, ale też impotencję, bezużyteczność, brzydotę, ubóstwo, izolację<sup>30</sup>. Prowadzi to do złego osądzania osób starszych – z uwagi na wiek nie są zdolne i kompetentne do wykonywania niektórych czynności manualnych, kognitywnych lub emocjonalnych<sup>31</sup>. Niekiedy znajduje to odbicie w sposobie komunikacji poprzez automatyczne traktowanie osób starszych jako mające problemy z pamięcią lub ze słuchem, czy niedowidzących<sup>32</sup> albo jako dzieci<sup>33</sup>. Takie

podejście zakłada więc, że wszystkie osoby starsze mają ograniczenia komunikacyjne, co wyraźnie je dyskryminuje.

Dyskryminacja ze względu na wiek może mieć formę indywidualną przejawiającą się w działaniu poszczególnych jednostek i przybierającą w skrajnych sytuacjach formę gerontofobii, czyli obawy przed kontaktami z ludźmi starszymi lub instytucjonalną – opartą o politykę całej jednostki, instytucji.

Szukalski P.<sup>34</sup> podkreśla, że dyskryminacja ze względu na wiek może być *explicite* – świadoma i *implicite* – nieświadoma. Forma świadoma bazuje na uprzedzeniach, dyskryminacyjnym traktowaniu osób starszych w sposób dobrowolny, celowy, a nawet racjonalny. Forma nieświadoma, „podskórna” – obrazuje zachowanie w stosunku do osób w wieku podeszłym jako bezintencyjne, poza kontrolą i zdaniem psychologów jest silnie negatywne

Przejawy złego traktowania osób starszych zostały ujęte i opisane przez Szukalskiego P. jako „grzechy ageizmu”. Najbardziej krzywdzące dla osób w wieku podeszłym są:

- *niedostrzeżenie* – występowanie tzw. „niewidzialności”, niedostrzeżenie osoby starszej w grupie innych osób,
- *lekceważenie*, czyli uznanie iż wartości i potrzeby osób starszych są mniej ważne od potrzeb osób młodszych,
- *ośmieszenie* – przekształcenie i wyolbrzymienie zjawisk dotyczących osób starszych,
- *paternalizm/nadopiekuńczość* – wyręczanie osoby w wieku podeszłym z czynności, które jest w stanie wykonać samodzielnie,
- *protekcjonalność* – tendencja do traktowania osoby starszej jako niezdolnej do funkcjonowania bez wsparcia innej osoby bądź instytucji,
- *zaniedbanie* – ignorowanie ważnych potrzeb psychosomatycznych, społecznych i materialnych osób w wieku podeszłym,
- *segregacja* – odłączenie osób starszych od reszty społeczeństwa poprzez umieszczanie ich w odrębnym obszarze (np. Domy Pomocy Społecznej [DPS] dla osób starszych). Wiąże się z tym izolacja społeczna, a także odrzucenie, co

może prowadzić do poczucia osamotnienia, a w rezultacie do apatii u osoby starszej,

- *nadużycie finansowe* polegające na niezgodnym z prawem użyciu dóbr materialnych i uprawnień znajdujących się w posiadaniu osoby starszej,
- *nadużycie cielesne*, czyli fizyczna agresja w stosunku do osób starszych mogąca mieć formę łagodną (popychanie, szturchanie) lub brutalną (ciężkie pobicie). W przypadku długotrwałego nadużycia cielesnego mówimy o znęcaniu się nad osobami starszymi,
- *eksterminacja* – świadome zmierzanie do skrócenia życia w cierpieniu osoby starszej .

W maju 2007 roku w Warszawie powołany został zespół ekspercki przy Rzeczniku Praw Obywatelskich ds. praw osób starszych. Zadaniem tego zespołu było przygotowanie raportu obrazującego najbardziej niepokojące zjawiska związane z sytuacją prawną seniorów. Określono obszary, w których osoby w wieku podeszłym mogą doświadczyć dyskryminacji ze względu na wiek<sup>35</sup> oraz wskazano kierunek poprawy danej sytuacji. Są to :

- *rynek pracy*,
- *świadczenia społeczne i sytuacja mieszkaniowa* (m. in. zrównanie wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn celem uniknięcia dyskryminacji płci),
- *społeczne ubezpieczenia pielęgnacyjne* (rozszerzenie zakresu podmiotowych świadczeń pielęgnacyjnych z tytułu rezygnacji z pracy w związku z koniecznością opieki nad chorym dzieckiem lub osobą starszą wymagającą stałej opieki domowej, stworzenie instytucjonalnych podstaw współpracy z osobami z różnych profesji w ramach zespołów opieki geriatrycznej),
- *rodzina* (skuteczniejsze zabezpieczenie interesów ludzi starszych w sporach rodzinnych)
- *przemoc wobec osób starszych* (wypracowanie procedur diagnostyczno-terapeutycznych umożliwiających wykrycie zjawiska przemocy wobec osób starszych),

- *edukacja* (wprowadzenie nowych rozwiązań formalno-finansowych zachęcających uczelnie do tworzenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku),
- *aktywność w sferze publicznej*,
- *zagrożenia na rynku dóbr i usług konsumpcyjnych*.

W badaniach przeprowadzonych przez Borowiec A.<sup>36</sup> na grupie 1252 osób po 50.r.ż. wśród najczęstszych form dyskryminacji ze względu na wiek znalazła się agresja społeczna, zarówno zgłaszana przez osoby, które doświadczyły jej bezpośrednio (38,0%), jak i przez ich znajomych (24,0%). Agresja społeczna jest zachowaniem mającym na celu spowodowanie fizycznej lub psychicznej szkody, która może mieć charakter werbalny lub fizyczny (np. przemoc fizyczna, agresja werbalna)<sup>37</sup>.

## **1.5. Dyskryminacja ze względu na wiek w ochronie zdrowia**

Kondycja zdrowotna, sytuacja materialna oraz uwarunkowania makroekonomiczne mają istotny wpływ na zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia. Według Twardowskiej-Rajewskiej J. zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest problemem złożonym i należy je rozpatrywać na poziomie usługobiorców (pacjentów), usługodawców (lekarzy i pracowników służby zdrowia) oraz instytucji finansujących (Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ, firmy ubezpieczeniowe). Autorka przedstawia także cztery występujące zjawiska, które przyczyniają się do występowania zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek i mają na nie istotny wpływ:

- *presja ekonomiczna* – lekarze i pielęgniarki środowiskowe zmuszeni są do szukania oszczędności finansowych, co ogranicza dostęp osób starszych do leczenia,
- *system kształcenia* – np. brak obligatoryjnego kształcenia przyszłych lekarzy w zakresie geriatry na większości wyższych uczelni, który przyczynia się do nieznanomości specyfiki starszego pacjenta, a co za tym idzie niesie ze sobą ryzyko nieprofesjonalnego podejścia do starszego chorego,

- *zbyt mały nacisk na profilaktykę* – ogólny schemat leczenia polega na diagnostyce, która pozwala na rozpoznanie choroby i wdrożenia odpowiedniego leczenia; programy profilaktyczne mają ograniczenia wiekowe np. bezpłatna mammografia do 70. r.ż.,
- *brak spójnego systemu opieki geriatrycznej* – w polskim systemie mało jest geriatrów i łóżek szpitalnych przeznaczonych dla osób starszych i zapewniających holistyczną opiekę, obejmującą zarówno aspekt somatyczny, jak i psychoneurologiczny; do opieki nad chorymi starszymi nie włącza się zespołów profesjonalistów zapewniających kompleksowość opieki<sup>38</sup>.

Według Szukalskiego P.<sup>31</sup> definiując pojęcie ageizmu w opiece zdrowotnej należy dostrzec różnicę pomiędzy „uczynkami”, a „zaniedbaniami”.

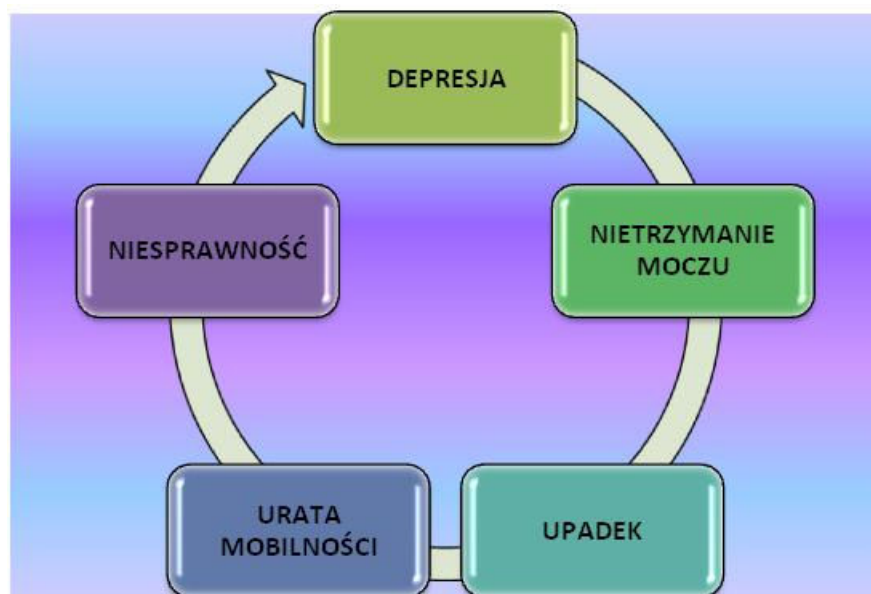
Do „uczynków”, zlicza się:

- niezapewnienie świadczeń medycznych osobom starszym,
- ograniczenie dostępu do badań i programów profilaktycznych (szczególnie populacji powyżej 75. roku życia,
- niejasność przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta starszego oraz nieczytelność ulotek informacyjnych dotyczących leków,
- problem z otrzymaniem protez lub sprzętu rehabilitacyjnego.

„Zaniedbania” natomiast definiowane są jako brak systemowej opieki geriatrycznej kierowanej do osób w wieku podeszłym<sup>34</sup>. Przykład niewłaściwego traktowania poprzez zaniedbanie 87-letniej kobiety ze złamaną szyjką kości udowej został opisany przez Trociuka S. w Biuletynie Rzecznika Praw Obywatelskich nr 72<sup>39</sup>. Z uwagi na niedowidzenie pacjentka wymagała pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych. Ze względu na niemożność samodzielnego spożycia posiłku i brak pomocy przestała jeść; kiedy prosiła o pomoc w toalecie słyszała, że „*ma posłużyć się pieluchą*”. Na konieczność walki z ageizmem zwracają uwagę stworzone w Wielkiej Brytanii rekomendacje dla systemu ochrony zdrowia, dotyczące zasad postępowania wobec osób starszych. W tych zaleceniach wykorzenienie dyskryminacji ze względu na wiek stawiane jest na pierwszym miejscu<sup>40</sup>.

## 1.6. Wybrane Wielkie Zespoły Geriatryczne

Wielkie Zespoły Geriatryczne to przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły niesprawności występujące w starości. Należą do nich m.in.: nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, zespoły otępienne, zespoły depresyjne, unieruchomienie, zaburzenia równowagi i upadki, zespoły jatrogenne, upośledzenie widzenia, słyszenia itp.<sup>41</sup>. Wymienione zespoły najczęściej nie są zgłaszane przez osoby starsze, czy ich opiekunów pracownikom opieki zdrowotnej, gdyż kojarzone są z naturalną konsekwencją starzenia. Są to stany nie stanowiące bezpośrednio zagrożenia dla życia osób starszych. Osoba starsza, u której występują Wielkie Zespoły Geriatryczne, stopniowo traci niezależność i wymaga więcej pomocy ze strony innych osób, co negatywnie wpływa na jej jakość życia<sup>42</sup>. Sytuację pogarsza fakt, że są one również elementami bardziej złożonych schematów problemowych, określanych jako cykle objawowe, czyli tworzą mechanizmy błędnych kół (rycina 3)<sup>43</sup>.



Rycina 3. Przykładowy cykl objawowy obrazujący współwystępowanie Wielkich Zespołów Geriatrycznych.



Brak badań przesiewowych w kierunku występowania Wielkich Zespołów Geriatrycznych jako typowych problemów zdrowotnych dla starości można traktować jako swoistą formę dyskryminacji ze względu na wiek<sup>44</sup>.

Wśród przyczyn Wielkich Zespołów Geriatrycznych wyróżnia się: starzenie (*tendency*), występujące choroby i pobierane leki (*liability*) oraz przyczyny środowiskowe (*opportunity*). Zwraca się jednak uwagę, że starzenie w warunkach zdrowia nigdy nie jest jedyną przyczyną Wielkich Zespołów Geriatrycznych, choć sprzyja ich występowaniu. Wielkie Zespoły Geriatryczne są zawsze konsekwencją starzenia patologicznego. Dla profesjonalistów z zespołu geriatrycznego szczególne znaczenie mają przyczyny środowiskowe, gdyż interwencja w ich zakresie powinna być prosta do wykonania.

Częstość występowania Wielkich Zespołów Geriatrycznych jest bardzo duża. Jednak potencjalnie większość z nich jest odwracalna i istnieje znaczna szansa na powrót do prawidłowego funkcjonowania. Im wcześniej wystąpienie jakiegokolwiek z Wielkich Zespołów Geriatrycznych zostanie zdiagnozowane, tym większe jest prawdopodobieństwo odwrócenia negatywnych skutków zaistniałego zjawiska. Przeprowadzenie skryningu pozwala zatem na szybką interwencję.

Poniżej scharakteryzowano dwa wybrane Wielkie Zespoły Geriatryczne – upadki i nietrzymanie moczu. Dodatkowo przedstawiono również zaburzenia funkcji poznawczych, które nie są klasycznymi Wielkimi Zespołami Geriatrycznymi jednak mogą stanowić element niektórych z nich.

### **1.6.1. Upadki**

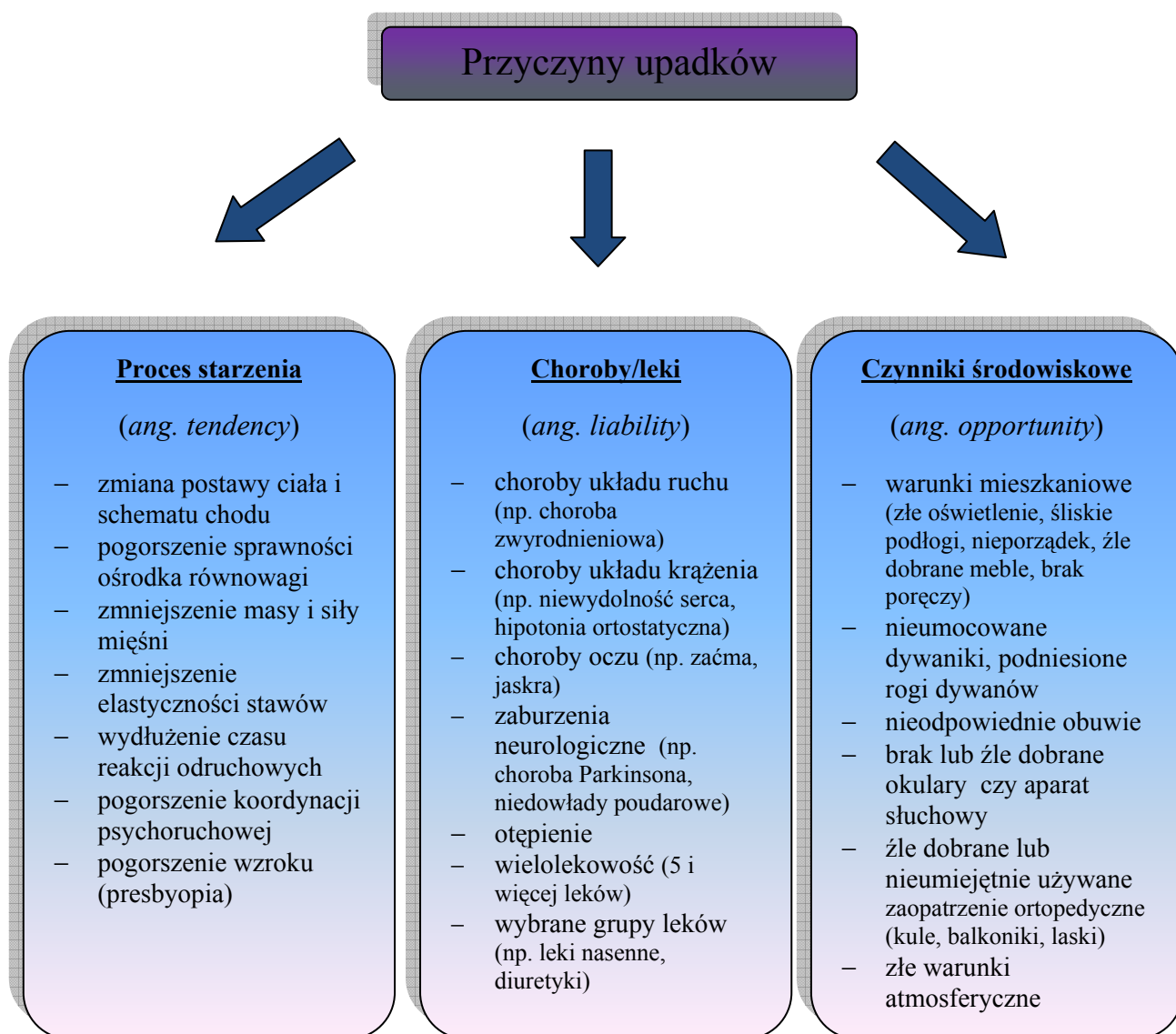
Ryzyko występowania upadków nasila się z wiekiem. Wyniki polskich badań projektu PolSenior<sup>1</sup> wykonane na reprezentatywnej dla populacji Polski grupie osób w wieku podeszłym pokazały, że upadek w ciągu 12 miesięcy poprzedzających ocenę zgłosiła prawie co 4 osoba starsza mieszkająca w środowisku (23,1%), jednak w grupie wiekowej 65-79 lat odsetek ten wyniósł 15,3%, a wśród badanych powyżej 80. roku życia – 31,3%. Częściej zgłaszały upadek kobiety niż mężczyźni (26,8% vs. 19,7%);

---

<sup>1</sup> Projekt badawczy zamawiany przez MNiSW (Nr PBZ-MEIN-9/2/2006) pt.: „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”

choć wśród osób najstarszych (powyżej 90. roku życia) różnica ta była zdecydowanie mniej znacząca<sup>45</sup>. Podobne są dane dotyczące częstości upadków pochodzące z innych krajów<sup>46, 47</sup>. Większość osób upada raz w roku, ale jak pokazały badania Milet A.J. i wsp., prawie co 10. upadająca osoba starsza deklarowała cztery lub więcej upadków w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Połowa upadków zdarza się w domu<sup>48</sup>; 80,0% z nich zdarza się podczas dnia. Upadki w godzinach nocnych są głównie związane z wstawaniem do ubikacji.

Najważniejsze przyczyny upadków z uwzględnieniem podziału wykorzystywanego w charakterystyce Wielkich Zespołów Geriatrycznych przedstawiono na rycinie 4.



Rycina 4. Najważniejsze przyczyny upadków.

W krajach, w których opieka geriatryczna jest rozwinięta, w środowisku działają zespoły prewencji upadkowej (*falls team*), wykonujące rutynowo ocenę czynników ryzyka środowiskowego oraz przygotowujące rekomendacje dla osób starszych i/lub ich opiekunów w jaki sposób uniknąć zagrożenia<sup>49, 50</sup>. Jest to szczególnie ważne w przypadku schorzeń, których związek z upadkami jest dobrze udokumentowany, takich jak choroba Parkinsona, otępienie czy depresja<sup>51, 52, 53, 54</sup>, a także w przypadku problemów lekowych (na liście czynników ryzyka upadków znajduje się bowiem nie tylko wielolekowość – 5 i więcej leków, ale i niektóre grupy leków np. leków o działaniu nasennym i moczopędnych<sup>55</sup>).

Zagrożenia wynikające z upadków w geriatryi mają przede wszystkim związek z ich konsekwencjami. Następstwami mogą być złamania (5,0%), czy urazy tkanek miękkich (10-20,0% – otarcie naskórka, krwiak, urazy stawów)<sup>56</sup>. Poważne urazy dotyczą 5,0-15,0% osób upadających żyjących w środowisku; w instytucjach opiekuńczych wskaźnik ten jest wyższy i sięga nawet 25,0%<sup>48</sup> zwłaszcza, że same upadki są często przyczyną umieszczenia osób starszych w tych instytucjach<sup>57, 58</sup>. Co więcej, jak pokazują longitudinalne badania amerykańskie śmiertelność związana z upadkami wzrasta z roku na rok, przy czym jest wyższa u kobiet niż u mężczyzn<sup>59</sup>. W codziennym życiu duże znaczenie ma niesprawność funkcjonalna wynikająca z upadków. Według badań wykonanych przez Bosacką M. i wsp.<sup>60</sup> hospitalizowane na oddziale psychogeriatrycznym osoby z upadkami w wywiadzie uzyskiwały niższe wyniki w skali Lawtona, niż te, którym upadek się nie przedarzył. Wskazuje to na ograniczenie sprawności tych osób w zakresie złożonych czynności, a więc ograniczenie samodzielności funkcjonowania w środowisku.

Ponieważ występowanie upadków prowadzi do obniżenia sprawności osób starszych, to niezbędnym elementem jest prewencja. U mieszkańców DPS konieczne jest stałe monitorowanie upadków, ponieważ retrospektywna ocena polegająca na raportowaniu zdarzeń mających miejsce w pewnym odstępie czasu może budzić wątpliwości co do jej adekwatności. Zapamiętywane, a więc i zgłaszane mogą być przede wszystkim te upadki, które zakończyły się urazem, a więc wymagały interwencji personelu. Rekomendowanym narzędziem służącym do bieżącego monitoringu jest Karta Rejestracji Upadków, zaprezentowana przez Szczerbińską K.<sup>61</sup>, której użycie pozwala na wykonanie opisu zdarzenia upadku przez pielęgniarkę lub opiekuna w czasie nie dłuższym niż godzina od zdarzenia, co z kolei daje możliwość

zdefiniowania przyczyn i wprowadzenie niezbędnej interwencji. Jeśli chodzi o interwencje<sup>62</sup> to ciekawa jest sugestia, że skuteczniejsze może być przygotowanie całego personelu pielęgniarstwa do oceny ryzyka i zapobiegania upadkom, niż włączenie do opieki profesjonalnie przygotowanego eksperta do spraw upadków (fizjoterapeuty). Podkreśla to rolę skuteczności zespołowego działania w geriatricy.

Z kolei Danette A. i wsp<sup>63</sup> pokazali, że zdefiniowanie ryzyka upadków u chorych przyjmowanych na oddział ratunkowy przy pomocy specjalnie do tego celu przygotowanego narzędzia (*Fall risk assesment*) pozwala na użycie np. przenośnych alarmów przemieszczania się pacjenta czy ochraniaczy biodrowych amortyzujących upadki, co zmniejsza urazowość ewentualnych upadków.

Także u osób mieszkających we własnych domach niezbędnym elementem prewencji upadków jest prowadzenie przesiewowych badań pod kątem ryzyka upadków. Ich wykonanie powinno być rutynową procedurą podczas wizyt w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej<sup>64</sup>. Ocena taka obejmuje, poza szczegółowym wywiadem pod kątem upadków (częstość upadków, okoliczności, miejsce, schorzeń przebytych i aktualnych oraz leczenia)<sup>65</sup>, także proste testy, takie jak: test „Wstań i idź” (TUG – *Timed Up and Go*<sup>66</sup>), test stania na jednej nodze<sup>67</sup>, czy też test stania w pozycji tandem<sup>68</sup>. Ich wykonanie zajmuje zaledwie kilka minut. Inne, nieco bardziej czasochłonne, służące do oceny ryzyka upadków narzędzia, to test Tinetti<sup>69</sup>, czy skala Berga<sup>70</sup>. Dodatkowo, niektóre kwestionariusze oceny potrzeb, rekomendowane do rutynowego użycia u osób w wieku podeszłym, obejmują również ocenę ryzyka upadków (np. kwestionariusz EASY-Care Standard 2010<sup>71</sup>).

Zdefiniowanie osób z grup ryzyka jest celowe, ponieważ pozwala na wdrożenie programów rehabilitacji i zmniejszenie zagrożenia upadkami i ich konsekwencjami<sup>72</sup>.

### **1.6.2. Nietrzymanie moczu**

Nietrzymanie moczu jest kolejnym problemem typowym dla starości. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na dolegliwość tę skarży się 19,2% kobiet i tylko 2,9% mężczyzn w wieku 70 i więcej lat<sup>73</sup>. Dane te jednak wydają się być niedoszacowane wobec wcześniejszych doniesień o występowaniu problemu u 35,0% mieszkańców Białegostoku po 75 roku życia i starszych<sup>74</sup>. Większa częstość

występowania tego problemu została wykazana u mieszkańców wsi niż miast (46,8% vs. 31,7%) oraz u kobiet niż u mężczyzn<sup>75</sup>.

Jak wynika z badania NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) wykonanego na reprezentatywnej dla populacji USA grupie osób dorosłych mieszkających w środowisku częstość występowania nietrzymania moczu ma wyraźny trend wzrostowy. Respondentom zadano pytanie o epizody nietrzymania moczu (nawet jednorazowego, niewielkiego, niekontrolowanego wycieku moczu z pęcherza) w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie. Porównano wyniki z lat 2001-2002 do 2007-2008 i stwierdzono wzrost występowania problemu u mężczyzn z 11,5% do 15,1%, a u kobiet z 49,5% do 53,4%. Znaczne różnice w częstości występowania nietrzymania moczu wynikają m.in. z okresu oceny. Jak bowiem pokazały inne amerykańskie badania (ABC – *Health Aging and Composition Study*), którymi objęto kobiety w wieku 70-79 lat mieszkające w środowisku, epizody nietrzymania moczu co najmniej jeden raz w tygodniu miało z nich 21,0%<sup>76</sup>. Równocześnie zwraca się uwagę na niedodiagnozowanie nietrzymania moczu. Amerykańskie badania wykonane u osób mieszkających w instytucjach pokazały, że chociaż było ono rozpoznane tylko u 1,0-2,0% z nich to w rzeczywistości występowało u 56,3-58,6%<sup>77</sup>.

W rzeczywistości jednak ważne jest nie tylko samo występowanie nietrzymania moczu, ale również jego nasilenie. Nie ma jednoznacznej definicji tego problemu, choć uważa się, że występuje u mniej więcej co 10 starszej osoby z nietrzymaniem<sup>78</sup>.

Częstość nietrzymania moczu na pewno narasta z wiekiem. Według badań NHANES co najmniej jeden epizod nietrzymania moczu (w tym również wyciek moczu podczas kaszlu czy kichania) występował u mężczyzn w wieku co najmniej 85 lat trzykrotnie częściej, niż w grupie wiekowej 60-64 lata<sup>79</sup>. Podobną, choć mniej wyraźną zależność, stwierdzono u kobiet<sup>80</sup>.

Wśród czynników sprzyjających nietrzymaniu moczu pewne znacznie może mieć występowanie problemu w rodzinie. Stwierdzono m.in., że kobiety, których matki lub siostry miały nietrzymanie moczu, mają większe ryzyko jego wystąpienia<sup>81</sup> (1,3-rza większe u kobiet, których matki miały nietrzymanie moczu i 1,6 –rza większe u kobiet, których siostry zgłaszały dolegliwości nietrzymania moczu). Do innych czynników ryzyka ważnych u kobiet należy liczba porodów<sup>82</sup>, w tym porody

poślakowe, a także porody płodów powyżej 4kg i czas trwania ciąży powyżej 40 tygodni<sup>83, 84</sup>.

Bez względu na płeć znaczenie ma też palenie papierosów. Jak pokazali Hannestad Y.S. i wsp. u osób, które palą lub paliły w przeszłości powyżej 20 papierosów dziennie ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu było zwiększone ponad dwukrotnie. Udowodniono, że niekorzystny jest również wzrost wskaźnika masy ciała (BMI – *Body Mass Index*)<sup>85</sup>. Według tych badań już nadwaga powoduje dwukrotny wzrost ryzyka, a ciężka otyłość – nawet pięciokrotny. Co więcej stwierdzono, że obniżenie masy ciała u otyłych kobiet zmniejsza częstość występowania problemu<sup>86</sup>.

Jedną z najbardziej charakterystycznych cech nietrzymania moczu w starości jest występowanie tzw. przejściowego nietrzymania moczu<sup>87</sup>. Jest to problem przynajmniej potencjalnie odwracalny. Prowadzić do niego może wiele różnych zaburzeń, których leczenie powoduje ustąpienie dolegliwości lub co najmniej znaczne jej złagodzenie. Najważniejsze przyczyny przejściowego nietrzymania moczu przedstawiono na rycinie 5.

<b>D</b>	•DELIRIUM (np. zespół majaczeniowy wynikający z zaburzenia ukrwienia mózgu)
<b>I</b>	•INFEKCJE (głównie dróg moczowych)
<b>A</b>	•ATROFICZNE ZAPALENIE BŁONY ŚLIZIWEJ CEWKI MOCZOWEJ I POCHWY
<b>L</b>	•LEKI (np. leki diuretyczne czy nasenne)
<b>Z</b>	•ZABURZENIA PSYCHICZNE (depresja; stany lękowe)
<b>N</b>	•NADMIERNA OBJĘTOŚĆ WYDALANEGO MOCZU (np. w przebiegu hiperglikemii, ale i niewydolności nerek i niewydolności serca)
<b>O</b>	•OGRANICZENIE PORUSZANIA SIĘ (np. czasowe zmiany towarzyszące występowaniu zespołu bólowego w przebiegu choroby zwyrodnieniowej stawów)
<b>K</b>	•KAMIENIE KAŁOWE

Rycina 5. Reguła DIALZNOK przedstawiająca przyczyny przejściowego nietrzymania moczu (opracowanie własne na podstawie: Ackermann R.J. Choroby dróg moczowych<sup>87</sup>).

Jednak wbrew powszechnie powtarzanym opiniom, również utrwalone nietrzymanie moczu, czyli takie, które nie ma charakteru przejściowego, może być skutecznie leczone. Możliwe do wykorzystania metody i skuteczność leczenia zależą od rodzaju nietrzymania moczu, choć u starszych chorych typowe jest współwystępowanie więcej niż jednego problemu. Do nefarmakologicznych metod leczenia należą m.in.: zmiana trybu życia i eliminacja czynników ryzyka oraz postępowanie fizjoterapeutyczne (np. ćwiczenia mięśni dna miednicy czy elektrostymulacja<sup>88, 89</sup>). Dowodem na ich skuteczność są np. badania Vaughan C.P i wsp.<sup>90</sup> pokazujące efekt leczenia u pacjentów z chorobą Parkinsona. U chorych z nietrzymaniem moczu ważne jest też holistyczne podejście, czyli objęcie opieką przez wieloprofesjonalny zespół terapeutyczny.

Ma to szczególne znaczenie, ponieważ nietrzymanie moczu jest czynnikiem ryzyka izolacji społecznej<sup>91</sup>. Wynika to m.in. ze strachu przed wyciekami moczu i ewentualną stygmatyzacją<sup>92</sup>. U osób starszych dotkniętych nietrzymaniem moczu ponad 5-krotnie wzrasta ryzyko pogorszenia stylu życia w wyniku ograniczenia aktywności społecznej<sup>78</sup>.

Bez względu na izolację społeczną nietrzymanie moczu jest też niezależnym czynnikiem depresyjnym. Według badań, którymi objęto amerykańskich emerytów (badania *Health and Retirement in the USA*) jego występowanie zwiększa prawie dwukrotnie ryzyko depresji<sup>93</sup>. Co ciekawe, te same analizy pokazały, że występowanie nietrzymania moczu u współmałżonki jest również czynnikiem ryzyka depresji u mężczyzny. Współistnienie nietrzymania moczu i depresji tworzyć może typowy dla geriatryi rodzaj błędnego koła, gdyż nietrzymanie moczu zwiększa ryzyko depresji, a depresja zwiększa ryzyko nietrzymania moczu<sup>92</sup>.

Podobnych błędnych kół obejmujących nietrzymanie moczu jest więcej. Tworzą je np. nietrzymanie moczu i infekcja dróg moczowych<sup>94</sup> czy też nietrzymanie moczu i upadki<sup>95</sup>.

Wśród konsekwencji nietrzymania moczu od dawna podkreśla się niesamodzielność będącą przyczyną zamieszkania w instytucji, a nawet zwiększoną śmiertelność<sup>96</sup>. Ostatnio dodatkowo zwraca się uwagę na pogorszenie sprawności<sup>97</sup>.

Ponieważ zjawisko nietrzymania moczu jest częstą dolegliwością osób w wieku podeszłym, to pytanie o jego występowanie jest elementem składowym oceny geriatrycznej. Pozwala to na postawienie rozpoznania, ustalenie jego przyczyny oraz podjęcie leczenia, a więc i na potencjalną poprawę jakości życia chorych. Jednocześnie stanowi podjęcie walki z mitem, że nietrzymanie moczu w starości jest naturalną konsekwencją wieku<sup>92</sup>.

### 1.6.3. Zaburzenia funkcji poznawczych

Wraz z upływem czasu organizm ludzki nie jest w stanie wykonywać niektórych czynności z taką dokładnością i precyzją jak wcześniej. Wynika to m. in. z pogorszenia funkcji poznawczych. Uważa się jednak, że zmiany wynikające z procesu starzenia w niewielkim tylko stopniu modyfikują te funkcje wpływając głównie na pogorszenie pamięci świeżej i koncentracji uwagi<sup>98</sup>. Postępujące problemy z pamięcią zawsze świadczą o istniejących nieprawidłowościach.

Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych jest trudna do określenia. Są one bowiem nie tylko elementem otępienia, ale i depresji, czy niektórych chorób somatycznych (np. niedoczynność tarczycy<sup>99</sup>). Mogą być też działaniem ubocznym stosowanych leków<sup>100, 101</sup>.

Problem z określeniem częstości występowania zaburzeń funkcji poznawczych poniekąd wynika też z tego, że badania mają charakter przesiewowy – służą one selekcji osób z ryzykiem otępienia i opierają się na różnych testach/skalach.

Najpowszechniej używana jest do tego celu skala MMSE (*Mini Mental State Examination*<sup>102</sup>). Niektórzy autorzy zwracają uwagę na mniejszą przydatność MMSE u osób z niewielkimi zaburzeniami<sup>103</sup>. I rzeczywiście, jak pokazały badania Wilmańskiej J. i wsp.<sup>104</sup> wśród 60-latków z prawidłową punktacją MMSE aż 36,0% uzyskiwało nieprawidłowy wynik w Krótkim Teście Oceny Stanu Psychicznego (STMS – *Short Test of Mental Status*<sup>105</sup>). Inną wątpliwością pojawiającą się w związku z MMSE jest pytanie o konieczność korygowania wyników. Sugeruje się uwzględnienie w wynikach poprawki na wykształcenie i liczbę lat edukacji (tzw. korekta Mungasa<sup>106</sup>). W badaniach wykonanych ponad 10 lat temu w Wielkopolsce pokazano, zgodnie z oczekiwaniami, że skorygowanie wyniku miało największe znaczenie w przypadku osób najstarszych i z wykształceniem niższym niż podstawowe i podstawowym<sup>107</sup>.



Pomimo wszystkich powyższych zastrzeżeń nie ma wątpliwości, że ocena funkcji poznawczych u osób starszych jest konieczna. Zdiagnozowanie zaburzeń, poza koniecznością diagnostyki przyczyn, powinno wiązać się z wsparciem niektórych czynności. Przykładem może być pobieranie leków, gdzie niewłaściwe schematy stosowania (zapominanie o wzięciu leków czy wzięcie niewłaściwych dawek) mogą powodować pogorszenie sprawności. U osób z zaburzeniami funkcji poznawczych kontrolę nad pobieraniem leków powinna przejąć rodzina/opiekunowie<sup>108</sup>.

Brak wiedzy o istnieniu problemu nie pozwala na podjęcie odpowiednich działań. Dodatkowo, brak diagnozy uniemożliwia leczenie. Jest to szczególnie ważne wobec odwracalności niektórych przyczyn. Istnieją np. dane wskazujące na możliwy związek zaburzeń funkcji poznawczych z subkliniczną nadczynnością tarczycy. Do innych częstych potencjalnie odwracalnych zaburzeń należą niedobory witaminy B12 i kwasu foliowego<sup>109</sup> oraz depresja<sup>110</sup>.

Z kolei w przypadku chorych z otępieniem wcześniejsze postawienie diagnozy również pozwala na włączenie zarówno farmakologicznych<sup>111</sup>, jak i niefarmakologicznych metod leczenia<sup>112</sup>, które mogą pozwolić na zwolnienie postępu choroby.

Jeśli chodzi o częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych, to w badaniach PolSenior (przy użyciu skorygowanego testu MMSE) stwierdzono je aż u 46,7% osób po 65. r.ż. w reprezentatywnej dla polskiej populacji; przy czym w przypadku 12,4% z nich wyniki odpowiadały progowi otępienia lub były gorsze (próg otępienia – 23 punkty w 30 punktowej skali). W prezentowanych badaniach stwierdzono wyraźne narastanie częstości zaburzeń z wiekiem. W młodszych grupach wiekowych (wiek 65-74 lata) problem występował częściej u mężczyzn; jednak po 80 roku życia zdecydowanie częściej u kobiet<sup>113</sup>. Reprezentatywne dane z włoskiego rejonu InChianti pokazują, że 28,2% analizowanych osób pomiędzy 70. a 90. r.ż. miało wynik skorygowany w teście MMSE nie wyższy niż próg otępienia<sup>114</sup>. Analogiczne są wyniki badań przesiewowych wykonanych u osób w wieku co najmniej 60 lat w Singapurze, pokazujące, że 23,3% osób mieszkających w środowisku miało wynik w teście MMSE poniżej 24 punktów. Podkreślenia wymaga fakt, że z tej grupy tylko 6,2% miało postawioną diagnozę otępienia (8 osób na 130), a jeszcze mniej było leczonych (4,6%). Stwierdzono istotną korelację niższych wyników z gorszymi warunkami socjo-ekonomicznymi<sup>115</sup>.

Od dawna wiadomo, że zaburzenia funkcji poznawczych znacznego stopnia towarzyszące otępieniu wiążą się z pogorszeniem samodzielności. Wynika to m.in. ze zwiększonego ryzyka upadków<sup>116</sup> i nietrzymania moczu<sup>117</sup>, a w konsekwencji z niesprawności funkcjonalnej<sup>118</sup>. Powodują też zwiększenie umieralności chorych<sup>119</sup>.

Jednak ostatnio coraz więcej uwagi zwraca się na możliwe konsekwencje zaburzeń poznawczych nawet niewielkiego stopnia dla pogorszenia sprawności. Jak pokazali Rosano C. i wsp., wśród osób pomiędzy 70. a 79. r.ż (*Health ABC Study*)<sup>120</sup> gorsze wyniki w testach poznawczych wiązały się z wolniejszym tempem chodu i gorszą równowagą podczas stania. Na ważną rolę funkcji poznawczych, w tym koncentracji uwagi, w kontroli chodu wskazuje m.in. test „*stop walking when talking*”<sup>2</sup>, który demonstuje konieczność zatrzymania się w chwili rozpoczęcia rozmowy w przypadku istnienia zaburzeń poznawczych. Test ten jest uznawany za jedno z narzędzi służących do oceny ryzyka upadków<sup>121</sup>. Okazuje się bowiem, że nie tylko otępienie, ale również łagodne zaburzenia poznawcze zwiększają ryzyko upadków<sup>122</sup>. Co więcej, Uemura K. i wsp. wykazali, że 6-miesięczny program aktywności fizycznej prowadził u osób z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi do znacznie mniejszej poprawy w teście „wstań i idź” niż u osób bez zaburzeń. Oznacza to mniejszą efektywność prowadzonego treningu w zmniejszaniu ryzyka upadków<sup>123</sup>.

Na związek gorszej sprawności fizycznej z zaburzeniami funkcji poznawczych wskazują też badania Vassallo M. i wsp.<sup>124</sup>, w których pobyt osób z zaburzeniami poznawczymi na oddziale rehabilitacyjnym był dłuższy, niż pobyt osób bez tych zaburzeń, oraz że osoby te miały zwiększone ryzyko nawracających upadków. Sprzyja to umieszczeniu ich w instytucjach opiekuńczych. Rzeczywiście, częstość problemów poznawczych u mieszkańców DPS jest znaczna – w badaniach Tomaszewskiego K. i wsp.<sup>125</sup>. wykonanych w dwóch Domach Pomocy Społecznej w Małopolsce, aż u 83,5% występowało otępienie.

Duża częstość zaburzeń funkcji poznawczych oraz poważne ich konsekwencje dla osób starszych są najlepszymi argumentami przemawiającymi za koniecznością wykonywania przesiewowych badań oceniających sprawność w zakresie funkcji poznawczych.

---

<sup>2</sup> Test nie ma uznanej polskiej nazwy.

## 2. Cel pracy

Celem pracy jest charakterystyka zjawiska występowania dyskryminacji ze względu na wiek w polskim systemie ochrony zdrowia. Przeprowadzone badania mają w szczególności odpowiedzieć na następujące pytania:

- Jaka jest częstość zjawiska dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia – w opinii studentów pielęgniarstwa i fizjoterapii oraz samych osób starszych?
- Czy, zdaniem respondentów, zjawisko dyskryminacji w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?
- Kto w opinii respondentów jest osobą najczęściej dyskryminującą osoby starsze oraz gdzie dochodzi do dyskryminacji?
- Jakie są determinanty zgłaszanego zjawiska dyskryminacji wśród studentów i osób starszych?
- Jak często osoby starsze są pytane przez lekarzy rodzinnych o występowanie: nietrzymania moczu, upadków i zaburzeń pamięci?

### **3. Materiał i metoda**

Badanie przeprowadzono wykorzystując kwestionariusz stworzony do celu badań. Respondentami były:

- osoby starsze, stanowiące potencjalny podmiot dyskryminacji,
- studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

W związku z dwoma zupełnie różnymi grupami respondentów opracowano dwa osobne kwestionariusze. Średni czas potrzebny na przeprowadzenie badania ankietowego wyniósł 15 minut. W badaniach zostały uwzględnione tylko prawidłowo i całościowo wypełnione kwestionariusze.

#### **3.1. Badanie osób starszych**

##### **3.1.1. Charakterystyka grupy badanej**

Kryterium włączenia do badań było ukończenie 60 roku życia oraz zgoda na przeprowadzenie badania, natomiast kryterium wyłączenia - niemożliwość nawiązania pełnego logicznego kontaktu z respondentem.

Badaniem objęto przypadkowe osoby starsze z trzech grup. W badaniu wzięło udział 350 osób w tym: 269 kobiet (76,9%) i 81 mężczyzn (23,1%). Średnia wieku dla analizowanej grupy osób wynosiła  $73,1 \pm 7,3$  lat (mediana: 73, zakres: 60-95 lat).

Podgrupy badane szczegółowo scharakteryzowano poniżej:

- Grupa 1- (G1; n=100) – osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie. Pacjenci przebywali na oddziale 10 tygodni.
- Grupa 2 – (G2; n=100) - osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i Rehabilitacji Medycznej w Poznaniu. Pacjenci byli rehabilitowani przez okres 3-6 tygodni.
- Grupa 3 – (G3; n=150) – osoby starsze mieszkające we własnych domach.

### 3.1.2. Charakterystyka narzędzia badawczego

Kwestionariusz zawierał 25 pytań (otwartych i zamkniętych), które obejmowały:

- definicję pojęcia starości i jej początku,
- pytania o obecność zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w ochronie zdrowia; w przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi respondenci byli proszeni także o charakterystykę tego zjawiska,
- zagadnienia dotyczące korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej,
- pytania o występowanie i badania przesiewowe w kierunku nietrzymania moczu, upadków i problemów z pamięcią (do analizy włączono odpowiedzi tylko tych respondentów, którzy deklarowali, że korzystają z opieki lekarza rodzinnego [n=339]).

Szczegółowe dane socjo-epidemiologiczne zbierano na podstawie metryczki zawierającej pytania o płeć, wiek, wykształcenie, umieszczonej na końcu kwestionariusza.

Kwestionariusz przedstawiono poniżej:

Tabela 1. Kwestionariusz przygotowany na potrzeby badań zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród osób starszych.

Nr pytania	Pytanie i odpowiedź
1	Co to jest starość? .....
2	Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość? .....
3	Czy kiedykolwiek w placówce ochrony zdrowia czuła się Pani/Pan dyskryminowana/-y ze względu na wiek? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4	Pytanie skierowane tylko do osób, które odpowiedziały TAK, na pytanie 3 (dot. pytania 4, 5, 6): Jeżeli poczuła się Pani/poczuł się Pan dyskryminowana/-y to przez jaką osobę, kto to był? <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> młodszy pacjent <input type="checkbox"/> pracownik recepcji <input type="checkbox"/> analityk – pracownik w laboratorium <input type="checkbox"/> inny.....(kto?) .
5	Jeżeli poczuła się Pani/Pan dyskryminowana/-y to gdzie to miało miejsce? <input type="checkbox"/> poradnia lekarza rodzinnego <input type="checkbox"/> poradnia specjalistyczna <input type="checkbox"/> oddział szpitalny <input type="checkbox"/> laboratorium <input type="checkbox"/> izba przyjęć <input type="checkbox"/> inne....
6	Proszę opisać w jaki sposób była Pani/Pan dyskryminowana/y? .....
7	Czy była Pani/ był Pan świadkiem dyskryminacji? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8	Pytanie skierowane tylko do osób, które odpowiedziały TAK, na pytanie 7(dot. pytania 8, 9, 10): Przez jaką osobę, ktoś inny był dyskryminowany? <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> młodszy pacjent <input type="checkbox"/> pracownik recepcji <input type="checkbox"/> analityk – pracownik w laboratorium <input type="checkbox"/> inny.....(kto?)
9	Gdzie to miało miejsce? <input type="checkbox"/> poradnia lekarza rodzinnego <input type="checkbox"/> poradnia specjalistyczna <input type="checkbox"/> na oddziale szpitalnym <input type="checkbox"/> laboratorium <input type="checkbox"/> izba przyjęć <input type="checkbox"/> inne....
10	Proszę opisać zjawisko dyskryminacji innej osoby.

	.....
11	Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
12	Ile razy w ciągu miesiąca korzysta Pani/Pan z opieki lekarza rodzinnego (w ostatnim roku)? .....
13	Czy lekarz rodzinny badał Panią/Pana podczas wizyty, której celem było wystawienie recepty?
14	Ile leków Pani/Pan zażywa dziennie? .....
15	Czy lekarz kiedykolwiek jakiś objaw/dolegliwość tłumaczył starością? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
16	Czy lekarz rodzinny pytał: Czy ma Pani/Pan problemy z nietrzymaniem moczu? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
17	Czy ma Pani/Pan problem z nietrzymaniem moczu? <input type="checkbox"/> jeśli tak, to czy zgłosiła to Pani/ zgłosił to Pan lekarzowi i co wtedy zrobił lekarz? ..... <input type="checkbox"/> nie
18	Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał o występowanie problemów z pamięcią? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
19	Czy lekarz rodzinny wykonał kiedykolwiek Pani/Panu badania (testy) oceniające pamięć? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
20	Czy ma Pani/Pan problemy z pamięcią? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
21	Czy zgłaszała Pani/ zgłaszał Pan ten problem lekarzowi? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
22	Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał Panią/Pana o upadki? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
23	Czy upadła Pani/ upadł Pan w ciągu ostatniego roku? <input type="checkbox"/> jeśli tak, to ile razy? <input type="checkbox"/> nie
24	Czy zgłaszała Pani/ zgłaszał Pan upadek lekarzowi rodzinnemu? <input type="checkbox"/> jeśli tak, to co zrobił lekarz? <input type="checkbox"/> nie
25	Czy kiedykolwiek lekarz oceniał ryzyko upadków? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

## 3.2. Badanie studentów

### 3.2.1. Charakterystyka grupy badanej

Kryterium włączenia do badań było posiadanie statusu studenta Wydziału Nauk o Zdrowiu. Badaniem objęto studentów kierunków: Pielęgniarstwo i Fizjoterapia, zarówno studiów stacjonarnych jak i niestacjonarnych. Do grupy badanej zostali wybrani w/w studenci ponieważ na tych kierunkach realizowane są, w ramach obowiązkowego programu zajęć, przedmioty zawierające elementy geriatric. Dodatkowo, zarówno pielęgniarki, jak i fizjoterapeuci stanowią podstawę zespołów geriatrycznych w systemach opieki geriatrycznej w krajach rozwiniętych.

W badaniu wzięło udział 576 studentów, w tym: 536 kobiet (93,1%) i 40 mężczyzn (6,9%). Średnia wieku respondentów wynosiła  $29,5 \pm 8,9$  lat; (mediana: 25; zakres: 20-52).

Podgrupy badane szczegółowo scharakteryzowano poniżej (założono, że każda z nich powinna obejmować co najmniej 100 osób):

- Grupa A – (A; n=100) – studenci studiów stacjonarnych, kierunek: Pielęgniarstwo.
- Grupa B – (B; n=116) – studenci studiów stacjonarnych, kierunek: Fizjoterapia.
- Grupa C – (C; n=230) – studenci studiów niestacjonarnych, kierunek: Pielęgniarstwo.
- Grupa D – (D; n=130) – studenci studiów niestacjonarnych, kierunek: Fizjoterapia.



### 3.2.2. Charakterystyka narzędzia badawczego

Ankieta obejmowała 7 pytań, które miały charakter otwarty i obejmowały:

- definicję pojęcia starości oraz jej początku,
- pytania o obecność zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w ochronie zdrowia (w przypadku udzielenia pozytywnej odpowiedzi respondenci byli proszeni także o szczegółową charakterystykę tego zjawiska),
- zagadnienie zapewnienia odpowiedniej opieki osobom starszym.

Szczegółowe dane socjo-epidemiologiczne zbierano na podstawie metryczki zawierającej pytania o płeć, wiek oraz kierunek studiów i system studiowania, umieszczonej na końcu kwestionariusza.

Kwestionariusz przedstawiono poniżej.

Tabela 2. Kwestionariusz przygotowany na potrzeby badań zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród studentów.

Nr pytania	Pytanie i odpowiedź
1	Co to jest starość? .....
2	Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość? .....
3	Czy kiedykolwiek była/ł Pani/Pan świadkiem dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4	Pytanie skierowane tylko do osób, które odpowiedziały TAK, na pytanie 3 (dot. pytania 4 i 5): Przez jaką osobę, ktoś inny był dyskryminowany? <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> młodszy pacjent <input type="checkbox"/> pracownik recepcji <input type="checkbox"/> analityk – pracownik w laboratorium <input type="checkbox"/> inny.....(kto?)
5	Gdzie to miało miejsce? <input type="checkbox"/> poradnia lekarza rodzinnego <input type="checkbox"/> poradnia specjalistyczna <input type="checkbox"/> oddział szpitalny <input type="checkbox"/> laboratorium

	<input type="checkbox"/> izba przyjęć <input type="checkbox"/> inne
<b>6</b>	Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>7</b>	Czy uważa Pani/Pan, że pacjenci starsi wymagają szczególnej opieki? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>7A</b>	Czy Pani/ Pana zdaniem osoby w wieku podeszłym mają zapewnioną wystarczającą opiekę? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Dodatkowo do studentów studiów stacjonarnych skierowano pytanie o zainteresowanie uczestnictwem w tworzeniu opieki geriatrycznej. Brzmiało ono następująco:

Czy chciałaby Pani/chciałby Pan w przyszłości pracować z osobami starszymi - w kontekście sprawowania nad nimi opieki? <input type="checkbox"/> Jeśli TAK to dlaczego? ..... <input type="checkbox"/> Jeśli NIE to dlaczego? .....
--

W przypadków studentów studiów niestacjonarnych zadano pytanie dotyczące doświadczenia w pracy z osobami starszymi. Brzmiało ono następująco:

Czy pracuje Pani/Pan z osobami starszymi - w kontekście sprawowania nad nimi opieki? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
---

Ankietowani studenci wypełniali kwestionariusz samodzielnie. Badanie przeprowadzono przed rozpoczęciem zajęć obejmujących zagadnienia geriatryczno-gerontologiczne.

### 3.3. Zasady analizy wyników

Celem usystematyzowania uzyskanych odpowiedzi ustalono następujące podziały:

A) odpowiedzi uzyskane na pytanie: *Co to jest starość?* zostały uporządkowane w następujący sposób:

- I. Starość jako proces nieuchronnie prowadzący do chorób, niesprawności i zależności od pomocy innych. To czas spadku mobilności, aktywności, wydolności, a także czas niekorzystnych zmian w funkcjonowaniu oraz w wyglądzie zewnętrznym.
- II. Starość jako okres w życiu człowieka, końcowy etap życia.
- III. Starość jako proces naturalny, fizjologiczny, towarzyszący upływowi czasu.
- IV. Inne postrzeganie starości.

B) Odpowiedzi respondentów dotyczące początku starości (*Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?*) podzielono na następujące grupy:

I. Początek starości definiowany wiekiem kalendarzowym:

- 1WK – starość zaczyna się przed ukończeniem 65. roku życia,
- 2WK – starość zaczyna się jako ukończenie 65 lat,
- 3WK – starość zaczyna się po 65. roku życia.

II. Początek starości definiowany opisowo.

C) Konstrukcja kwestionariusza dawała możliwość wyboru odpowiedzi „TAK” lub „NIE”. Zaznaczenie obydwu możliwości było podstawą do nieuwzględnienia odpowiedzi na dane pytanie w końcowych analizach. Z związku z tym w pytaniu nr 3 wzięto pod uwagę 555 odpowiedzi. respondentów. Na pytanie 3A natomiast odpowiadały osoby, które odpowiedziały „TAK” na pytanie nr 3 (n=498), jednak do dalszych analiz zakwalifikowano 490 odpowiedzi osób biorących udział w badaniu.

### 3.4. Analiza statystyczna

W pierwszej kolejności sprawdzano normalność rozkładu na pomocą testu Shapiro-Wilka. Ze względu na brak rozkładu normalnego wyniki przedstawiono w postaci wartości średnich i odchylenia standardowego, podając jednocześnie medianę i zakres. Dla porównania dwóch grup zmiennych niepowiązanych zastosowano test Manna-Whitney'a. Dla zmiennych jakościowych posłużono się testem  $\chi^2$ .

Wykonano niezależnie analizy odpowiedzi udzielonych przez seniorów i studentów, a następnie porównano uzyskane w tych dwóch grupach wyniki.

Do jednoczesnej oceny zależności między kilkoma zmiennymi zastosowano regresję wieloparametrową (regresję logistyczną), podając iloraz szans oraz przedział ufności z granicą wynoszącą 95%. Tworząc modele dla tej analizy początkowo włączano do nich wszystkie parametry. Następnie stosowano eliminację parametrów nie wpływających na zmienną niepowiązaną tworząc ostatecznie modele najlepiej opisujące różne zmienne niepowiązane.

W przypadku osób starszych były to następujące modele:

- dla zmiennej niezależnej *bycie podmiotem dyskryminacji* – zmienne zależne: obraz starości, bycie świadkiem dyskryminacji oraz pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym,
- dla zmiennej niezależnej *bycie świadkiem dyskryminacji* – zmienne zależne: obraz starości, bycie podmiotem dyskryminacji oraz pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym,
- dla zmiennej niezależnej *pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym* – zmienne zależne: grupa (G1-G3), bycie podmiotem dyskryminacji oraz bycie świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek.

W przypadku studentów były to następujące modele:

- dla zmiennej niezależnej *bycie świadkiem dyskryminacji* – zmienne zależne: system studiowania, kierunek studiów oraz pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym,
- dla zmiennej niezależnej *pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia jest problemem społecznym* – zmienne zależne: wiek, system studiowania oraz bycie świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek.

Przyjęto za statystycznie istotne  $p < 0,05$ .

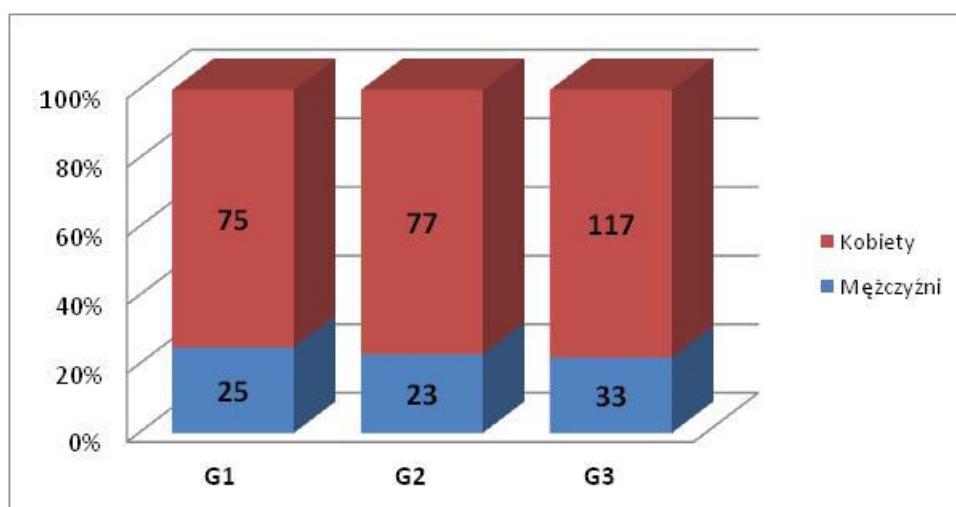
## 4. Wyniki badań

### 4.1. Badanie osób starszych

#### 4.1.1. Charakterystyka socjo-epidemiologiczna badanej grupy osób w wieku podeszłym

Badana grupa liczyła 350 osób starszych po 60. roku życia w tym: 269 kobiet (76,9%) i 81 mężczyzn (23,1%). W każdej z analizowanych grup zdecydowaną większość stanowiły kobiety (rycina 6):

- osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym (G1) – 75%,
- osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym (G2) – 77%,
- osoby starsze mieszkające w środowisku domowym (G3) – 78%.



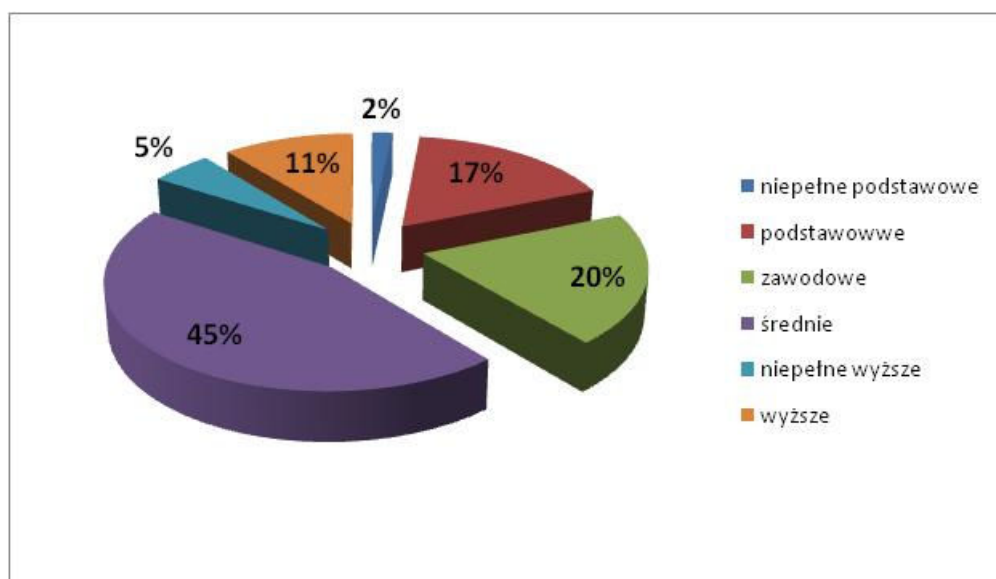
Rycina 6. Charakterystyka osób starszych pod względem płci z wyróżnionych grup: G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach.

Średni wiek badanych wynosił  $73,1 \pm 7,3$  lat; (73; 60-95 lat); kobiety były starsze od mężczyzn ( $73,6 \pm 7,1$  lat; [74; 60-95 lat] vs.  $71,6 \pm 7,8$  lat; [70; 60-91 lat];  $p < 0,05$ ). Nie wykazano różnic pod względem wieku wśród osób z wyróżnionych grup – tabela 3A.

Najliczniejsza grupa analizowanych osób miała wykształcenie średnie (45,1%). Szczegółowe dane dotyczące wykształcenia osób przedstawiono na rycinie 7. Z uwagi na małą liczbę uczestników badania deklarujących wykształcenie niepełne podstawowe i niepełne wyższe w dalszych analizach włączono je odpowiednio do grupy osób z wykształceniem podstawowym lub wyższym.

Biorące udział w badaniu kobiety częściej niż mężczyźni miały wykształcenie podstawowe ( $p < 0,001$ ), a mężczyźni częściej w stosunku do kobiet – zawodowe ( $p < 0,01$ ).

Respondenci z grupy G3 częściej niż osoby z grup G1 ( $p < 0,01$ ) i G2 ( $p < 0,05$ ) mieli wykształcenie wyższe – tabela 3B.



Rycina 7. Podział osób starszych biorących udział w badaniu ze względu na wykształcenie.

Tabela 3. Charakterystyka badanych osób z analizowanych grup pod względem wieku (A) i wykształcenia (B) (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach).

<b>A</b>		Średnia	SD	Mediana	Zakres		
<b>Ogółem</b>		73,1	7,3	73,0	60-95		
<b>G1</b>		74,3	6,6	75,0	60-89		
<b>G2</b>		72,5	6,1	73,0	60-88		
<b>G3</b>		72,7	8,0	73,0	60-95		
<b>B</b>	L. osób	Podstawowe	Zawodowe	Poziom istotności	Średnie	Wyższe	Poziom istotności
<b>Ogółem</b>	350	66	70		158	56	
	%	18,9	20,0		<b>45,1</b>	16,0	
<b>G1</b>	100	21	26		44	9	
	%	21,0	<b>26,0</b>		44,0	<b>9,0</b>	
<b>G2</b>	100	18	21		49	12	
	%	18,0	21,0		49,0	<b>12,0</b>	
<b>G3</b>	50	27	23	<b>p=0,0504 vs. G1</b>	65	35	<b>p&lt;0,01 vs. G1 p&lt;0,05 vs. G2</b>
	%	18,0	<b>15,3</b>		43,3	<b>23,3</b>	



#### 4.1.2. Obraz starości – opinie osób starszych

Na pytanie: *Co to jest starość?* większość ankietowanych udzieliła odpowiedzi o charakterze obojętnym (OB; n=184; 52,6%). Często również charakteryzowano starość negatywnie (NEG; n=141; 40,3%). Jedynie 25 osób starszych miało pozytywny obraz starości (POZ; 7,1%). Przykładowe wypowiedzi na temat starości przedstawiono w tabeli 2.

Wiek osób starszych nie wpływał na obraz starości: (NEG: 73,7±7,1 lat [74, 60-90 lat]; OB: 72,6±7,4 lat [73, 60-95 lat]; POZ: 73,4±8,5 lat [73, 62-91 lat]). Kobiety w porównaniu z mężczyznami wykazywały tendencję do częstszego obrazowania starości w sposób negatywny (NEG: 43,1% i 30,9%, p=0,0532).

W związku z możliwością podania podwójnych definicji starości dalszej analizie podano 361 definicji.

Prawie co trzecia osoba starsza podawała, że starość jest to czas wielochorobowości, niesprawności i zależności od innych (I; n=101; 28,9%), a co piąta - uważała, że jest to okres w życiu człowieka, końcowy etap życia (II; n=74; 21,1%). Najmniej osób zdefiniowało starość jako naturalny i fizjologiczny proces (III; n=49; 14,0%). Pozostałe odpowiedzi ze względu na ich różnorodność zakwalifikowano do kategorii - inne (IV).

Nie stwierdzono związku wieku ani płci z podawaniem różnych definicji starości:

I – 73,3±7,3 (73,0, 60-90 lat); K: 28,0% i M: 26,8%;

II – 73,9±6,9 (74,5, 60-88 lat); K: 18,6% i M: 26,8%;

III – 72,0±6,5 (72,0, 60-87 lat); K: 14,3% i M: 12,2%;

IV – 72,7±7,8 (73,0, 60-95 lat); K: 39,1% i M: 34,1%.

Charakterystykę częstości udzielania poszczególnych odpowiedzi na pytanie: *Co to jest starość?* w wyodrębnionych grupach osób starszych przedstawiono w tabeli 4. Natomiast przykłady tej definicji w tabeli 5.

Tabela 4. Charakterystyka częstości odpowiedzi osób starszych z wyróżnionych grup na pytanie *Co to jest starość?* (G1 – osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

		I	II	III	IV
<b>Ogółem</b>	<b>l. osób</b>	<b>101</b>	<b>74</b>	<b>49</b>	<b>137</b>
	<b>%</b>	<b>28,9</b>	<b>21,1</b>	<b>14,0</b>	<b>39,1</b>
<b>G1</b>	<b>l. osób</b>	32	26	10	33
	<b>%</b>	32,0	26,0	10,0	33,0
<b>G2</b>	<b>l. osób</b>	23	22	15	46
	<b>%</b>	23,0	22,0	15,0	46,0
<b>G3</b>	<b>l. osób</b>	46	26	24	58
	<b>%</b>	30,7	17,3	16,0	38,7

Tabela 5. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: *Co to jest starość?* (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

L.p.	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu negatywnym. <i>Starość to...</i></b>
1	<i>niepewność i nieporadność, bezradność; często towarzyszy jej samotność i choroba.</i>
2	<i>niedoleżność fizyczna i psychiczna.</i>
3	<i>zależność od innych osób.</i>
4	<i>niezdolność do samoobsługi.</i>
5	<i>Starość jest zła, to jedyna rzecz, która nie wyszła Panu Bogu.</i>
	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu obojętnym. <i>Starość to...</i></b>
6	<i>kolejny etap w życiu człowieka.</i>
7	<i>jest to czas kiedy jesteśmy trochę słabsi.</i>
8	<i>Starość jest wtedy kiedy wygląd się zmienia, nie można już wszystkiego robić jak dawniej.</i>
9	<i>czas przejścia na emeryturę.</i>
10	<i>czas kiedy człowiek porusza się wolniej; kiedy ma siwe włosy.</i>
	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu pozytywnym. <i>Starość to...</i></b>
11	<i>czas samorealizacji; jest pozytywna.</i>
12	<i>czas odpoczynku, zabawy z wnukami. Należy cieszyć się życiem.</i>
13	<i>czas na spełnianie swoich marzeń, hobby, czas na relaks.</i>
14	<i>właśnie ten czas, w którym się znajduję. Mam czas na spotkania z przyjaciółmi.</i>
15	<i>piękna rzecz tylko trzeba ją umieć przyjmować ze spokojem.</i>

Na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?* 204 osoby starsze scharakteryzowały jej początek opisowo (OPIS; 58,3%). Pozostali respondenci podawali, że początek starości wyznacza wiek kalendarzowy (WIEK). Wiek i płeć nie

wpłynęły na sposób definiowania początku starości (tabela 6). Osoby wskazujące wiek kalendarzowy jako początek starości miały podobnie negatywny obraz starości co osoby podające charakterystykę opisową (odpowiednio: 37,0% i 42,6%).

Analizowane odpowiedzi, definiujące początek starości wiekiem kalendarzowym zaszeregowano do trzech grup wskazujących jej początek (rycina 8):

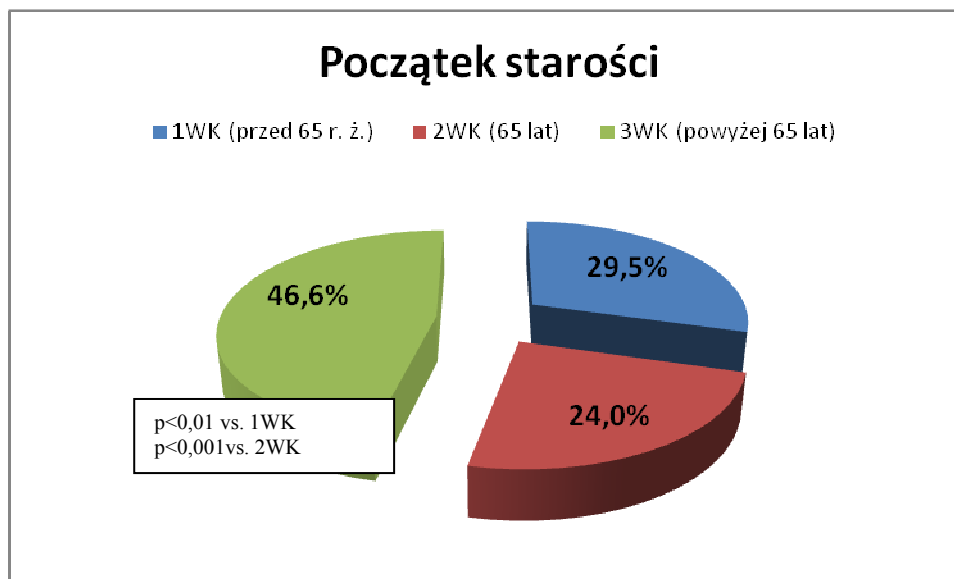
- przed ukończeniem 65. roku życia (1WK; n=43; 29,5%) – najwcześniej zadeklarowaną granicą początku starości było ukończenie 40. roku życia (74 letnia kobieta z grupy G2),
- ukończenie 65 lat (2WK; n=35; 24,0%),
- po ukończeniu 65. roku życia (3WK; n=68; 46,6%) – najwyższą wymienioną granicą było ukończenie 96. roku życia (65 letnia kobieta z grupy G3).

Osoby, według których starość zaczyna się powyżej 65. roku życia były istotnie statystycznie starsze od pozostałych (1WK;  $p < 0,001$ ), (2WK;  $p < 0,05$ ) – tabela 7. Odpowiedzi kobiet i mężczyzn na analizowane pytanie dotyczące początku starości były zbliżone (odpowiednio kobiety i mężczyźni: gr 1WK: 26,5% i 39,4%; gr 2WK: 23,9% i 24,2%; gr 3WK: 49,6% i 36,4%). Nie stwierdzono różnic pomiędzy przynależnością osób starszych do wyróżnionych grup i wskazaniem wieku kalendarzowego jako początku starości (tabela 8).

Przykładowe wypowiedzi osób starszych definiujących początek starości w sposób opisowy, przedstawiono w tabeli 9. Nie wykazano różnic w częstości deklarowania początku starości w sposób opisowy pomiędzy osobami starszymi z wyodrębnionych grup.

Tabela 6. Charakterystyka wieku i płci osób biorących udział w badaniu w zależności od sposobu definiowania początku starość (WIEK – definiowanie początku starości wiekiem kalendarzowym; OPIS – definiowanie początku starości opisowo)

(lata)	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Kobiety	Mężczyźni
<b>WIEK</b>	73,8	7,5	75,0	60-95	42,0%	40,7%
<b>OPIS</b>	72,6	7,2	73,0	60-89	58,0%	59,3%



Rycina 8. Częstość definiowania przez osoby starsze początku starości różnym wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia).

Tabela 7. Średni wiek osób starszych definiujących początek starości wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia).

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
<b>1WK (przed 65 rż.)</b>	70,3	7,5	69,0	60-88	
<b>2WK (65 lat)</b>	72,7	5,7	72,0	62-83	
<b>3WK (powyżej 65 lat)</b>	76,6	7,4	78,0	68-95	p<0,05 vs. gr 1WK p<0,001 vs. gr 2WK

Tabela 8. Charakterystyka częstości odpowiedzi osób starszych z wyróżnionych grup na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?*: G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach – 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia).

		1WK (przed 65 rż.)	2WK (65 lat)	3WK (powyżej 65 lat)
<b>Ogółem</b>	<b>I. osób</b>	<b>43</b>	<b>35</b>	<b>68</b>
	<b>%</b>	<b>29,5</b>	<b>24,0</b>	<b>46,6</b>
<b>G1</b>	<b>I. osób</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>17</b>
	<b>%</b>	<b>27,5</b>	<b>30,0</b>	<b>42,5</b>
<b>G2</b>	<b>I. osób</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>17</b>
	<b>%</b>	<b>32,5</b>	<b>25,0</b>	<b>42,5</b>
<b>G3</b>	<b>I. osób</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>34</b>
	<b>%</b>	<b>28,8</b>	<b>19,7</b>	<b>51,5</b>

Tabela 9. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość ?* scharakteryzowane opisowo (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

L.p.	<b>Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?</b>
1	<i>Początek starości jest sprawą indywidualną. Można być starszym wiekiem i czuć się młodo.</i>
2	<i>Początek starości zależy od samopoczucia.</i>
3	<i>Starość zaczyna się, kiedy człowiek ma problemy z wykonywaniem czynności dnia codziennego.</i>
4	<i>Początek starości to czas, kiedy człowiek zaczyna mieć problemy ze zdrowiem.</i>
5	<i>Starość zaczyna się, kiedy człowiek staje się niesprawny i nie może wychodzić sam z domu.</i>
6	<i>Starość zaczyna się wtedy, gdy miejsce marzeń zajmują wspomnienia.</i>
7	<i>Można być 30-letnim staruszką lub 60-letnim młodzieńcem. Jest to zależne od nas samych.</i>
8	<i>Starość zaczyna się kiedy człowiek staje się nieporadny.</i>
9	<i>Starość zaczyna się, kiedy sprawność fizyczna i umysłowa jest zdecydowanie gorsza niż wcześniej.</i>
10	<i>Starość zaczyna się, kiedy najprostsze czynności zaczynają sprawiać trudność, a tym samym człowiek staje się obciążeniem dla innych z najbliższego otoczenia, którzy nie są do tego przygotowani.</i>
11	<i>Starość zaczyna się, kiedy człowiek staje się niedołączony i zależny od innych osób.</i>
12	<i>Starość zaczyna się, kiedy człowiek zaczyna mieć kłopoty z pamięcią.</i>
13	<i>Starość zaczyna się kiedy dzieci są już duże i opuszczają dom rodzinny.</i>
14	<i>Starość zaczyna się, kiedy człowiek przechodzi na emeryturę.</i>
15	<i>Starość zaczyna się w różnym wieku; nie wszystkie osoby starzeją się jednakowo.</i>

### 4.1.3. Dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia – opinie osób starszych

Na pytanie: *Czy kiedykolwiek w placówce ochrony zdrowia czuła się Pani/Pan dyskryminowana/-y ze względu na wiek?* co szósta osoba biorąca udział w badaniu przyznała, że TAK (n=52; 14,9%). Osoby, które zgłaszały dyskryminację nie różniły się wiekiem od pozostałych (odpowiednio: 73,4±7,3 lat [75,0; 60-89 lat] i 73,1±7,4 lat [73,0; 60-95 lat]). Porównywalnie często kobiety i mężczyźni zgłaszali, że byli dyskryminowani (14,1% i 17,3%). Osoby z grupy G2 częściej niż z grupy G1 deklarowały dyskryminację (22,0% vs. 9,0%; p<0,05; tabela 10).

Najczęściej zgłaszaną przez ankietowanych osobą dyskryminującą w placówkach ochrony zdrowia był lekarz (n=39; 75,0%). Stosunkowo często wskazywano także na pielęgniarkę (n=12; 23,1%). W innych przypadkach był to:

- pracownik rejestracji (n=6; 11,5%),
- fizjoterapeuta (n=2; 3,8%),
- analityk (n=1; 1,9%).

Osoby, które były dyskryminowane przez lekarza zgłaszały, że traktował je lekceważąco (*Ordynator oddziału podczas porannej wizyty poświęcał osobom młodszym zdecydowanie więcej czasu*). Lekarz często nie tłumaczył dolegliwości chorobowych lub w sposób niezrozumiały informował o stanie zdrowia. Nie słuchał co ma do powiedzenia starszy pacjent, co – zdaniem osób starszych – mogło wpłynąć na postawioną diagnozę i leczenie ([1]. *Lekarka powiedziała, że jestem stara, i że mam się pogodzić z dolegliwościami bólowymi. Nie potrafiła wytłumaczyć mi przyczyny mojego bólu;*[2]. *Lekarz przerwał mi mówiąc: „... dobrze, dobrze. Wiem o co chodzi. W pani wieku większość osób ma takie dolegliwości. Tego nie da się wyleczyć”*). Respondenci podawali również jako przykład odmowę wydania skierowywania na badania diagnostyczne, obuwi ortopedyczne, zabiegi lub operacje argumentowane wiekiem ([1]. *Lekarz odmówił skierowania na prześwietlenie RTG ze względu na mój podeszły wiek,* [2]. *Lekarz ortopeda powiedział do mnie: „Jak pani jest 44. rocznik, to już wszystko jest zużyte i nic nie da się z tym zrobić”,* [3]. *Lekarz zapytał mnie ile mam lat, a następnie skomentował: „Jak ma pani 75 lat to jest pani za stara na operację”*).

Jeżeli osobą dyskryminującą była pielęgniarka, to relacjonowano, że była agresywna, nieczuła na prośby; odnosiła się do pacjentów starszych w sposób lekceważący i nieprzychylny (*Kiedy pielęgniarka pomagała mi przy higienie osobistej, bardzo często odzywała się do mnie w sposób arogancki: „podnieś nogę, daj rękę”, natomiast pomagając młodszym osobom nie używała takich sformułowań; była dla nich miła*).

W przypadku fizjoterapeutów jedna z analizowanych osób opisała: *Podczas rehabilitacji i fizykoterapii czułam się zaniedbywana, nie zwracano na mnie uwagi. Młodszym osobom poświęcano zdecydowanie więcej czasu*. Inne przykłady wypowiedzi osób starszych przedstawiono w tabeli 11.

Miejscem zgłaszanej dyskryminacji najczęściej był oddział szpitalny (n=23; 44,2%). Osoby starsze deklarowały także, że były często źle traktowane w poradni specjalistycznej (n=19; 36,5%) oraz w poradni lekarza rodzinnego (n=10; 19,2%).

W pojedynczych przypadkach miejscem dyskryminacji były także:

- izba przyjęć (n=5; 9,6%),
- laboratorium (n=1; 1,9%).

Tabela 10. Charakterystyka odpowiedzi na pytanie o zjawisko dyskryminacji wśród osób z wyodrębnionych grup biorących udział w badaniu (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

	TAK	NIE	Poziom istotności
<b>Ogólnie</b>	52	298	
<b>%</b>	14,9	85,1	
<b>G1</b>	9	91	
<b>%</b>	9,0	91,0	
<b>G2</b>	20	80	<b>p&lt;0,05 vs. G1</b>
<b>%</b>	20,0	80,0	
<b>G3</b>	23	127	
<b>%</b>	15,3	84,7	

Tabela 11. Przykłady dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia opisane przez osoby biorące udział w badaniu (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

L.p.	<b>Osoba dyskryminująca – lekarz</b>
1	<i>„Skierowanie na obuwie ortopedyczne nie jest już pani potrzebne, skoro ma pani tyle lat i coraz mniej chodzi.”</i>
2	<i>„W pani wieku nie ma sensu wykonanie zabiegu.”</i>
3	<i>„W takim wieku trzeba wołać księdza, a nie lekarza.”</i>
4	<i>Lekarz stwierdził, że już jestem za stara i nie potrzeba leków podawać bo to jest już koniec życia.</i>
5	<i>Wykryli u mnie oponiaka – a lekarz zapytał: „ile ma pani lat?” Zajrzał w kartotekę i stwierdził, że operacja jest niepotrzebna.</i>
	<b>Osoba dyskryminująca – pielęgniarka</b>
6	<i>Pielęgniarka zwracała się do mnie słowami: babciu, babcia.</i>
7	<i>Pielęgniarka była obojętna na moje prośby. Powiedziała, że musi się w pierwszej kolejności zająć młodszymi pacjentami.</i>
8	<i>Pielęgniarka zwracała się do mnie bardzo arogancko i bezosobowo. Do młodszych pacjentów była miłsza.</i>
9	<i>„Wygląda pani jak koczokodan – niech Pani coś ze sobą zrobi.” Byłam po operacji i nie mogłam się sama uczesać. Młodszym paniom na sali pomagała, a mnie nie.</i>
10	<i>Na oddziale urologii ja i inne pacjentki starsze dostawałyśmy środki nasenne, aby w nocy spać i nie chodzić. Personel miał wtedy ciszę i spokój.</i>

Na pytanie: *Czy kiedykolwiek w placówce ochrony zdrowia była Pani/ był Pan świadkiem dyskryminacji?* co piąta osoba biorąca udział w badaniu odpowiedziała TAK (n=68; 19,4%). Wiek osób udzielających odpowiedzi TAK i NIE na analizowane pytanie był porównywalny (odpowiednio: 72,0±7,1 (73; 60-90 lat) i 73,4±7,4 (73; 60-95 lat). Kobiety i mężczyźni często byli świadkami dyskryminacji (20,8% i 14,8%). Podobnie odpowiadały osoby z wszystkich analizowanych grup (TAK; G1:18,0%; G2:26,0%; G3:16,0%).

Najczęściej osobą, która na oczach respondentów dyskryminowała innych był lekarz (n=35; 51,5%). Często deklarowano, że była to także pielęgniarka (n=23; 33,8%). Pozostałe osoby dyskryminujące to:

- pracownik rejestracji (n=11; 16,2%),
- fizjoterapeuta (n=4; 5,9%),
- analityk (n=1; 1,5%).



W opisanych przykładach lekarz traktował osoby starsze bardzo lekceważąco ([1]. *Zaobserwowałam, jak lekarz przyjmujący na NFZ wychodził do poczekalni i w pierwszej kolejności prosił do gabinetu osoby młode, [2]. Słyszałam, jak pacjent był źle traktowany i nazwany przez lekarza próchniakiem!, [3]Widziałam, jak lekarz lekceważąco podchodził do cierpiącego, starszego pacjenta. W widoczny sposób lepiej zajmował się osobami młodszymi*). Dolegliwości bólowe tłumaczył wiekiem ([1]. *Słyszałam, jak lekarz starszej pani, która leżała ze mną na oddziale i bardzo narzekała na ból, powiedział: w tym wieku to już musi boleć; [2]. Jak Pani ma 73 lata, to co Pani chce, żeby panią kolano nie bolało?*). Lekarz nie kierował na badania diagnostyczne, operacje czy zabiegi ([1]. *Podczas pobytu w sanatorium zauważyłam, że osoby po 70. roku życia miały mniej zabiegów i były postrzegane jako pacjenci gorszej kategorii w stosunku do osób młodszych,[2]. Lekarz na oddziale nie chciał leczyć osób starszych, bo twierdził, że to i tak im nic nie pomoże,[3]. Słyszałam, jak lekarz mówił, że nie będzie operować pacjentki, ponieważ ma ona 80 lat*).

Pielęgniarka, według opinii świadków dyskryminacji, źle traktowała osoby starsze. Często było to traktowanie w sposób przedmiotowy, nie opiekowała się nimi, zaniedbywała ich ([1]. *Leżała ze mną na sali starsza pani, którą pielęgniarka traktowała bez szacunku,[2]. Szczególnie w nocy, jak pielęgniarka przychodziła do starszych osób, to bardzo krzyczała: „Czego znowu chcecie?”, [3].Pielęgniarka, prosząc do gabinetu pacjentkę, przed wejściem wyraziła się: „)O Boże to będzie trudne – dać zastrzyk w taką skórę!”*).

Wskazywano również na dyskryminację ze strony pracowników rejestracji, którzy nie zawsze wykazali się godnym podejściem do starszej osoby ([1].*Pani w rejestracji odezwała się do osoby starszej: „Nie ma terminów, musi pani czekać na wizytę 3 miesiące, ale w tym wieku to ma pani czas i może poczekać” [2]. Słyszałam, jak pani w rejestracji mówiła: „A pani czego znowu chce?, Przecież już w tym tygodniu była pani u lekarza i znowu jest pani chora? Musi się pani przyzwyczać, że w tym wieku wszystko boli.”*). Jedna z ankietowanych osób opisała: *Kiedy zgłaszałam przyjazd karetki do mojej mamy, podałam wiek pacjentki (osoby starszej) i usłyszałam – „O NIE! ZNOWU!” Kiedy karetka przyjechała i powiedziałam o tym lekarzowi, powiedział, że bardzo dobrze, że zadzwoniłam, bo tym uratowałam mamie życie.*

Do zjawiska dyskryminacji najczęściej dochodziło na oddziale szpitalnym (n=33; 48,5%) oraz w poradni lekarza rodzinnego (n=18; 26,5%) i poradni specjalistycznej (n=12; 17,6%). Inne miejsca wskazywane przez respondentów to:

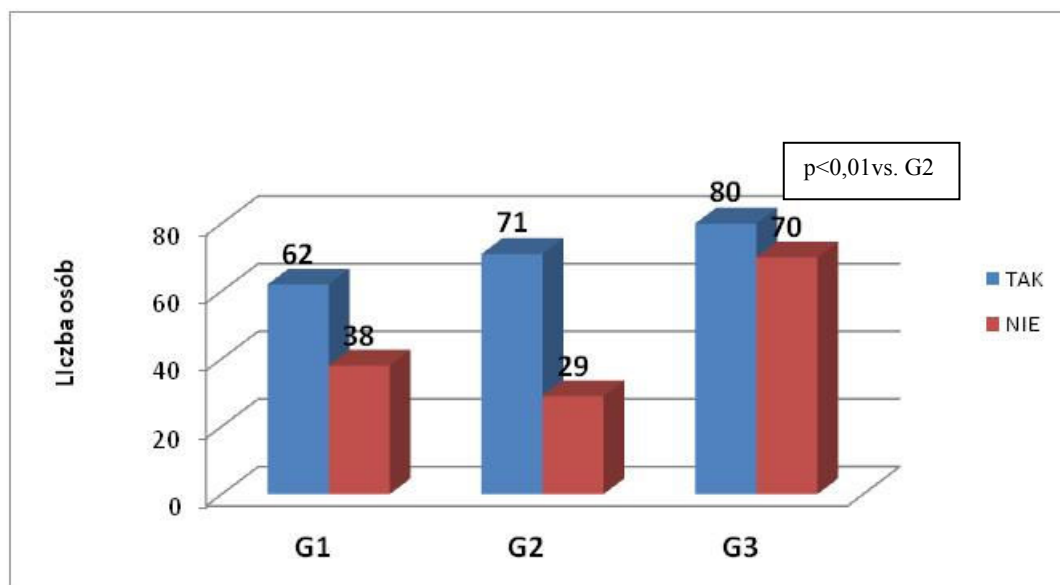
- izba przyjęć (n=2; 2,9%),
- pogotowie ratunkowe – dyspozytornia (n=2; 2,9%),
- sanatorium (n=1; 1,5%).

Większość osób starszych biorących udział w badaniu twierdziła, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny (n=213; 60,9%). Wiek i płeć nie wpływały na częstość udzielanych odpowiedzi [TAK: 73,2±7,0 lat; (74; 60-91 lat); K: 62,1% i M: 56,8%) oraz NIE: 73,0±7,8 lat; (73; 60-95 lat); K: 37,9% i M: 43,2].

Osoby z grupy G2 częściej niż z grupy G3 uważały, że zjawisko dyskryminacji jest problemem społecznym (71,0% vs. 53,3%;  $p<0,01$ ; rycina 9).

Osoby, które doznały dyskryminacji, istotnie częściej niż pozostałe były świadkami dyskryminacji (25,0% vs. 12,4%;  $p<0,05$ ). Jednocześnie osoby, które deklarowały, że były dyskryminowane oraz te, które były świadkiem zjawiska dyskryminacji, istotnie częściej uważały, że dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny (odpowiednio: 80,8% vs. 57,4%;  $p<0,01$  oraz 76,5% vs. 57,1%;  $p<0,01$ ).

Negatywny obraz starości występował porównywalnie często u osób, które były dyskryminowane lub były świadkami dyskryminacji.



Rycina 9. Charakterystyka odpowiedzi udzielonych przez osoby starsze z wyróżnionych grup na pytanie: *Czy zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?* (G1 – osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

#### 4.1.4. Opieka lekarza rodzinnego nad pacjentem starszym

##### 4.1.4.1. Osoba starsza w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Osoby badane najczęściej deklarowały, że potrzebowały wizyty u lekarza rodzinnego raz w miesiącu (n= 165; 47,1%).

Wiek i płeć nie wpływały na deklarowaną częstość wizyt:

- wizyta rzadziej niż raz w miesiącu:  $73,6 \pm 7,7$  (73,5; 60-90 lat); K: 36,8% i M: 28,4%;
- wizyta raz w miesiącu:  $72,6 \pm 7,0$  (73; 60-95 lat); K: 47,2% i M: 46,9%;
- wizyta częściej niż raz w miesiącu:  $73,3 \pm 7,5$  (75; 60-91 lat); K: 16,0% i M: 24,7%.

Ankietowani z grupy G1 częściej, niż osoby z grupy G3, deklarowali jedną wizytę w miesiącu (56,0% vs. 42,0%;  $p < 0,01$ ; tabela 12).

W grupie osób, które rzadziej niż raz w miesiącu potrzebowały wizyty u lekarza rodzinnego, były osoby, które deklarowały, że w ciągu ostatniego roku w ogóle nie korzystały z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Mężczyźni istotnie statystycznie częściej nie korzystali z wizyt w poradni lekarza rodzinnego (M: 7,4% vs. K: 1,9%;  $p < 0,05$ ).

Tabela 12. Deklaracja częstości wizyt u lekarza rodzinnego osób starszych z wyróżnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach). Podstawa procentowania: % z wiersza.

	I - rzadziej niż raz w miesiącu	II - raz w miesiącu	Poziom istotności	III - częściej niż raz w miesiącu
<b>Ogólnie</b>	122	165		63
<b>%</b>	34,9	47,1		18,0
<b>G1</b>	29	56		15
<b>%</b>	29,0	<b>56,0</b>		15,0
<b>G2</b>	33	46		21
<b>%</b>	33,0	46,0		21,0
<b>G3</b>	60	63	<b><math>p &lt; 0,05</math> vs. G1</b>	27
<b>%</b>	40,0	<b>42,0</b>		18,0

Na pytanie: *Czy lekarz badał Panią/Pana podczas wizyty, której celem było wystawienie recepty?* prawie połowa osób starszych zadeklarowała, że była badana za każdym razem (TAK; n= 149; 42,6%). Co piąty ankietowany zadeklarował, że nie był badany (n=68; 19,4%).

Wiek osób udzielających odpowiedzi nie różni się (odpowiednio: 73,0±7,6 [73; 60-95 lat]; 73,4±7,6 [72,5; 62-90 lat]. Istotnie statystycznie częściej kobiety, niż mężczyźni zgłaszały, że nie były badane podczas wizyty (NIE; K (21,9%) vs. M (9,9%); p<0,05).

Osoby starsze z grupy G2 (60,0%) były istotnie statystycznie częściej badane niż pozostali: G1 (36,0%; p<0,01) i G3 (35,3%; p<0,001) – tabela 13.

Tabela nr 13. Badanie lekarskie podczas wizyty u lekarza rodzinnego, której celem było przepisanie leków (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach).

	Bada	Poziom istotności	Czasami bada	Poziom istotności	Nie bada
<b>Ogólnie</b>	149		122		68
%	42,6		34,9		19,4
<b>G1</b>	36		46		16
%	36,0		46,0		16,0
<b>G2</b>	60	<b>p&lt;0,01 vs. G1</b>	23	<b>p&lt;0,001 vs. G1</b>	16
%	60,0		23,0		16,0
<b>G3</b>	53	<b>p&lt;0,001 vs. G2</b>	53	<b>p&lt;0,05 vs. G2</b>	36
%	35,3		35,3		24,0

#### 4.1.4.2. Liczba leków stosowanych przez analizowanych pacjentów starszych

Średnia liczba pobieranych leków przez osoby starsze to  $6,0 \pm 3,8$  (6; 0-20). Wiek i płeć nie wpłynęły na liczbę stosowanych leków – tabela 14. Istotnie statystycznie częściej osoby z grupy G1 oraz G3 zażywały mniej leków niż osoby z grupy G2 (tabela 15).

Tabela 14. Analiza liczby pobieranych przez osoby starsze leków, a wiek i płeć pacjenta.

Liczba pobieranych leków	n	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności	Kobiety %	Mężczyźni %	Poziom istotności
0-4	131	71,3	7,2	71,0	60-89		36,1	42,0	
5-9	155	74,0	7,5	74,0	60-95	p<0,01 vs. 0-4	43,5	46,9	
10 i powyżej	64	74,7	6,4	75,5	62-91	p<0,01 vs. 0-4	20,4	11,1	p=0,0705

Tabela 15. Średnia liczba leków pobieranych przez osoby starsze z wyodrębnionych grup (G1 – osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
Ogólnie	6,2	3,8	6,0	0-20	
G1	5,9	3,0	5,0	0-16	
G2	7,8	4,6	7,0	1-20	p<0,05 vs. G1
G3	5,5	3,5	5,0	0-19	p<0,001 vs. G2

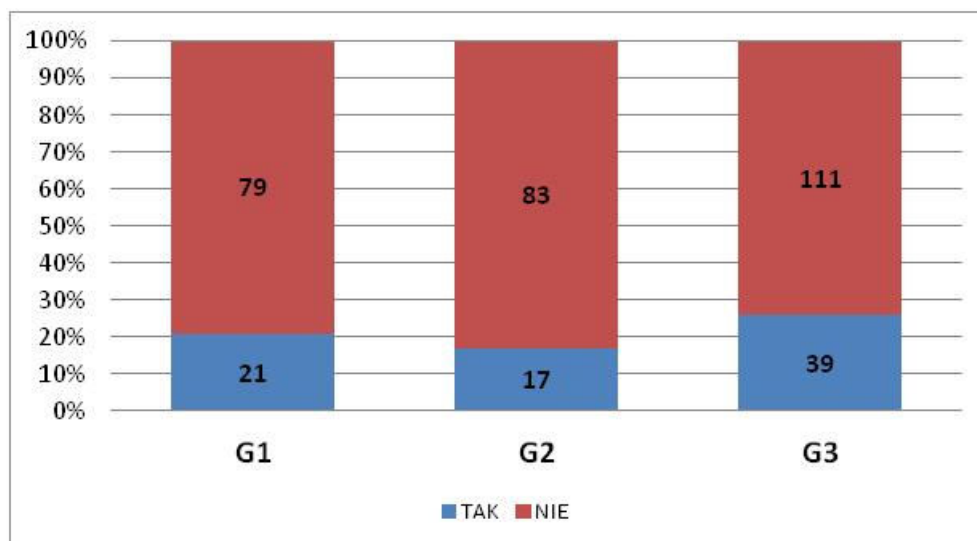
#### 4.1.4.3. Tłumaczenie dolegliwości wiekiem

Na pytanie: *Czy lekarz kiedykolwiek jakiś objaw/dolegliwość tłumaczył starością?* prawie ¼ respondentów biorących udział w badaniu odpowiedziała, że TAK (n=77; 22,0%). Wiek i płeć nie miały znaczenia dla udzielanych odpowiedzi – tabela 16. Lekarz częściej tłumaczył dolegliwość lub objaw choroby starością osobom z grupy G3 (n=39; 26,0%), ale nie różniło się to od pozostałych (G1; n=21; 21,0% i G2: n=17; 17,0% – rycina 10).

Osoby, które deklarowały, że lekarz dolegliwości lub objawy chorobowe przypisywał starości istotnie statystycznie częściej miały negatywny obraz starości (p<0,001).

Tabela 16. Charakterystyka wieku i płci osób udzielających odpowiedzi na pytanie dotyczące tłumaczenia przez lekarza dolegliwości i objawów chorobowych starością.

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Kobiety	Mężczyźni
<b>TAK</b>	73,3	7,6	74,0	60-91	23,8%	16,0%
<b>NIE</b>	73,1	7,3	73,0	60-95	76,2%	84,0%



Rycina 10. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez respondentów z wyodrębnionych grup na analizowanie pytanie: (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

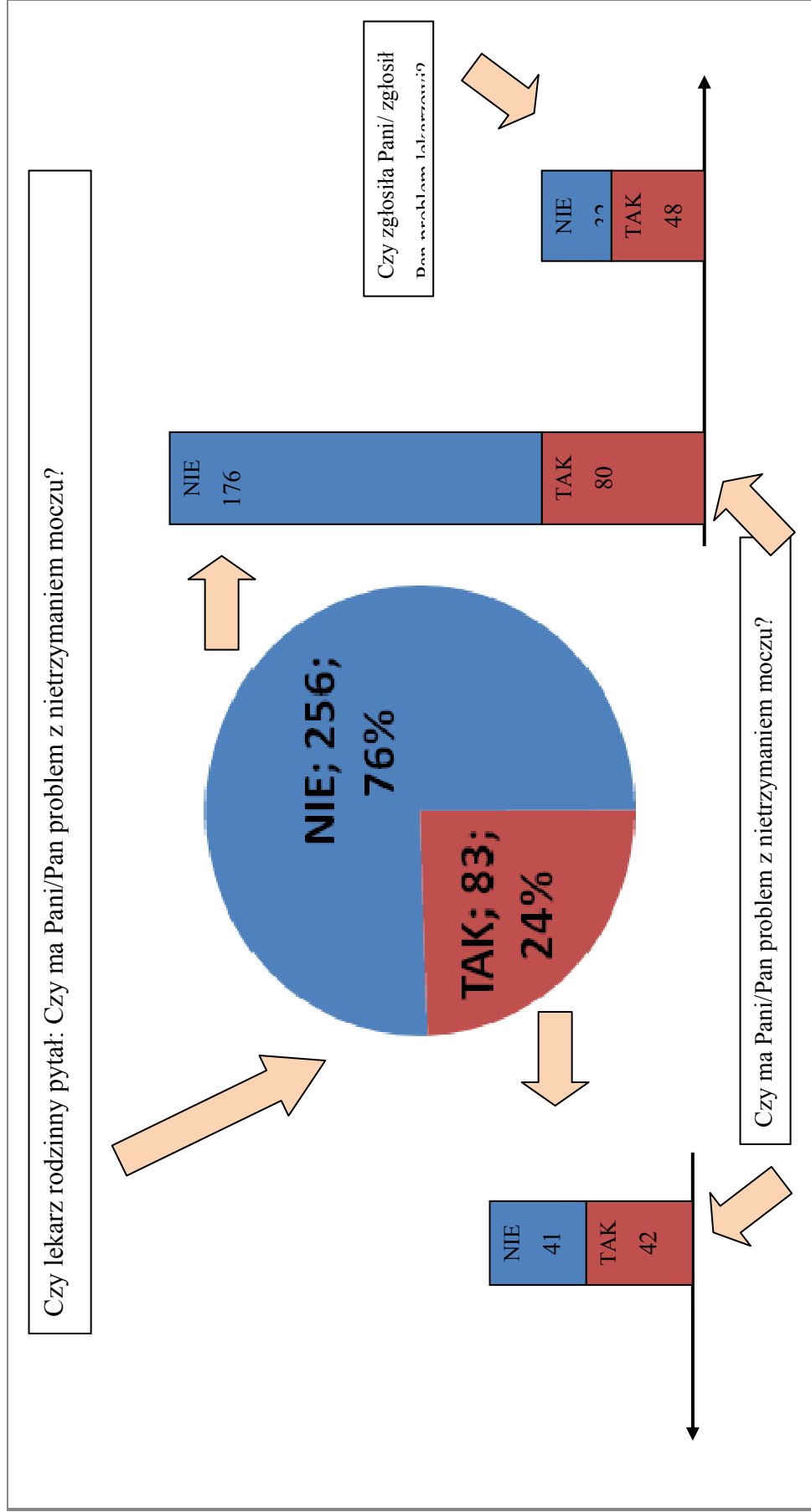
#### 4.1.5. Wybrane Wielkie Zespoły Geriatryczne

Według deklaracji  $\frac{3}{4}$  badanych (n=256; 75,5%) nigdy nie były pytane przez lekarza rodzinnego o występowanie nietrzymania moczu. Spośród tych osób, aż  $\frac{1}{3}$  (n=80; 31,3%) twierdziła, że problem u nich występuje. Jednak prawie połowa z nich nie poinformowała lekarza o tym problemie (n=32; 40,0%) – rycina 11.

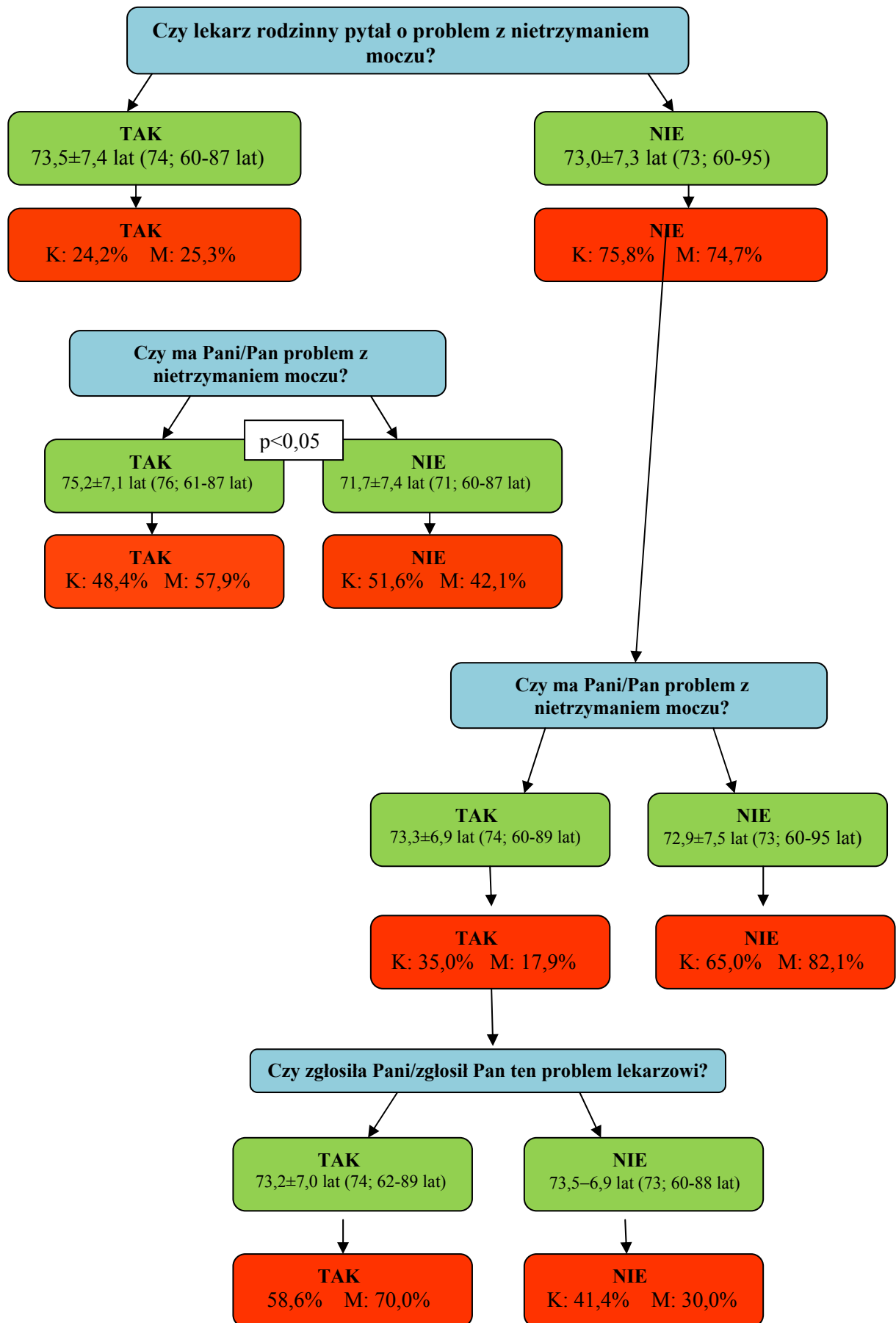
Ankietowani, którzy zostali zapytani przez lekarza o problem nietrzymania moczu i deklarowali, czy taki problem u nich występuje, byli istotnie statystycznie starsi niż osoby nie mające tego problemu ( $p < 0,05$ ). W pozostałej grupie problem częściej występował u kobiet, niż u mężczyzn (K: 35,0% vs. M: 17,9%;  $p < 0,05$ ; rycina 12).

Osoby z grupy G1 (59,1%) i grupy G2 (64,5%) istotnie statystycznie częściej deklarowały problem nietrzymania moczu niż osoby z grupy G3 (30,0%;  $p < 0,05$ ; tabela 17).





Rycina 11. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące nietrzymania moczu.



Rycina 12. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach na pytania dotyczące nietrzymania moczu, z uwzględnieniem płci i wieku.

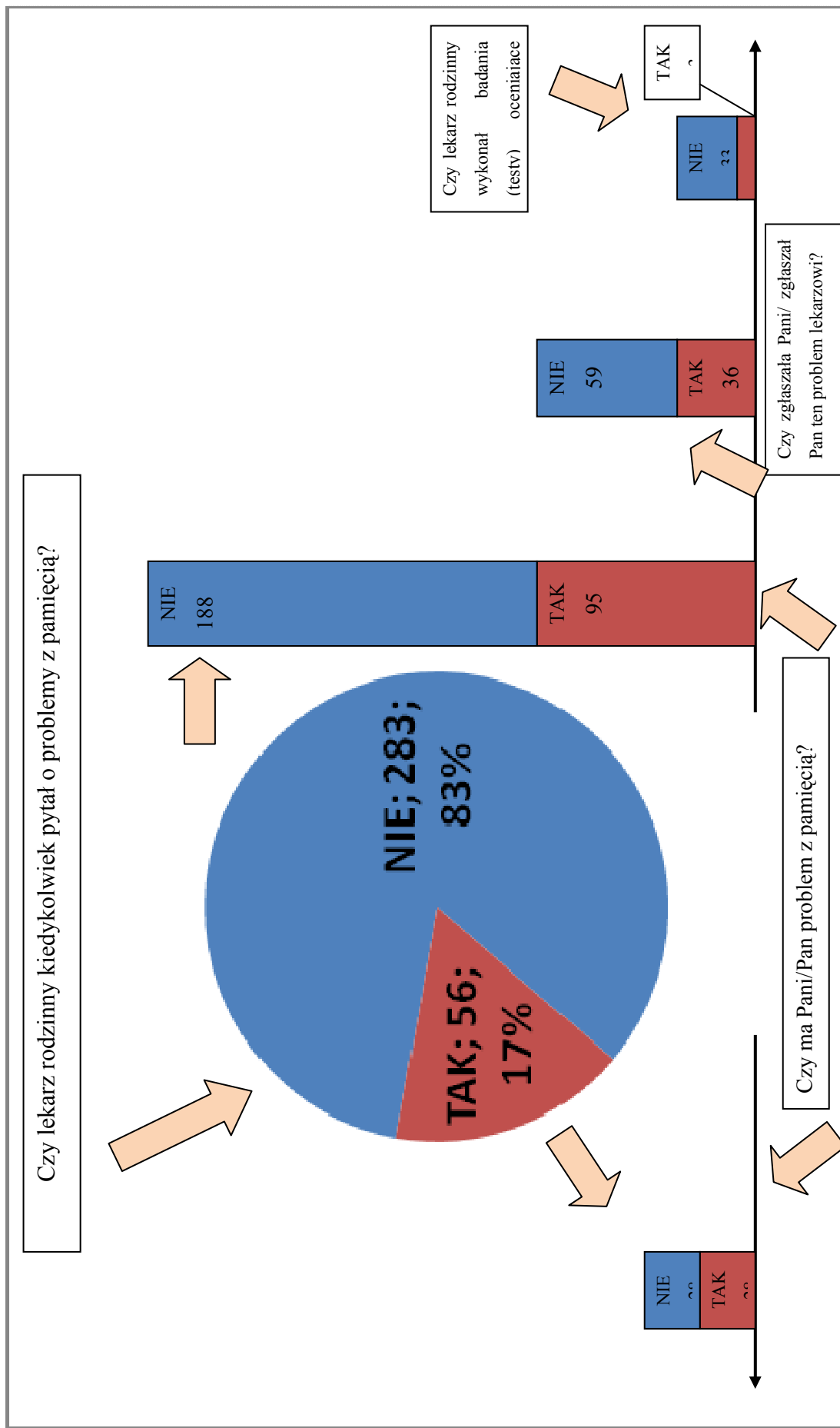
Tabela 17. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

Czy lekarz rodzinny pytał o problem z nietrzymaniem moczu?					
TAK			NIE		
Grupa	I. osób	%	I. osób	%	
G1	22	22,4	76	77,6	
G2	31	31,3	68	68,7	
G3	30	21,1	112	78,9	
Czy ma Pani/Pan problem z nietrzymaniem moczu? (Osoby, które zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o NM)					
TAK			NIE		
Grupa	I. osób	%	I. osób	%	
G1	13	59,1	9	40,9	
G2	20	64,5	11	35,5	
G3	9	30,0	21	70,0	p<0,05 vs. G1, p<0,05 vs. G2
Czy ma Pani/Pan problem z nietrzymaniem moczu? (Osoby, które nie zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o NM)					
TAK			NIE		
Grupa	I. osób	%	I. osób	%	
G1	29	38,2	47	61,8	
G2	23	33,8	45	66,2	
G3	28	25,0	84	75,0	
Czy zgłosiła Pani/Pan ten problem lekarzowi? (Pytanie skierowane do osób, które miały problem z NM)					
TAK			NIE		
Grupa	I. osób	%	I. osób	%	
G1	18	62,1	11	37,9	
G2	13	56,5	10	43,5	
G3	17	60,7	11	39,3	

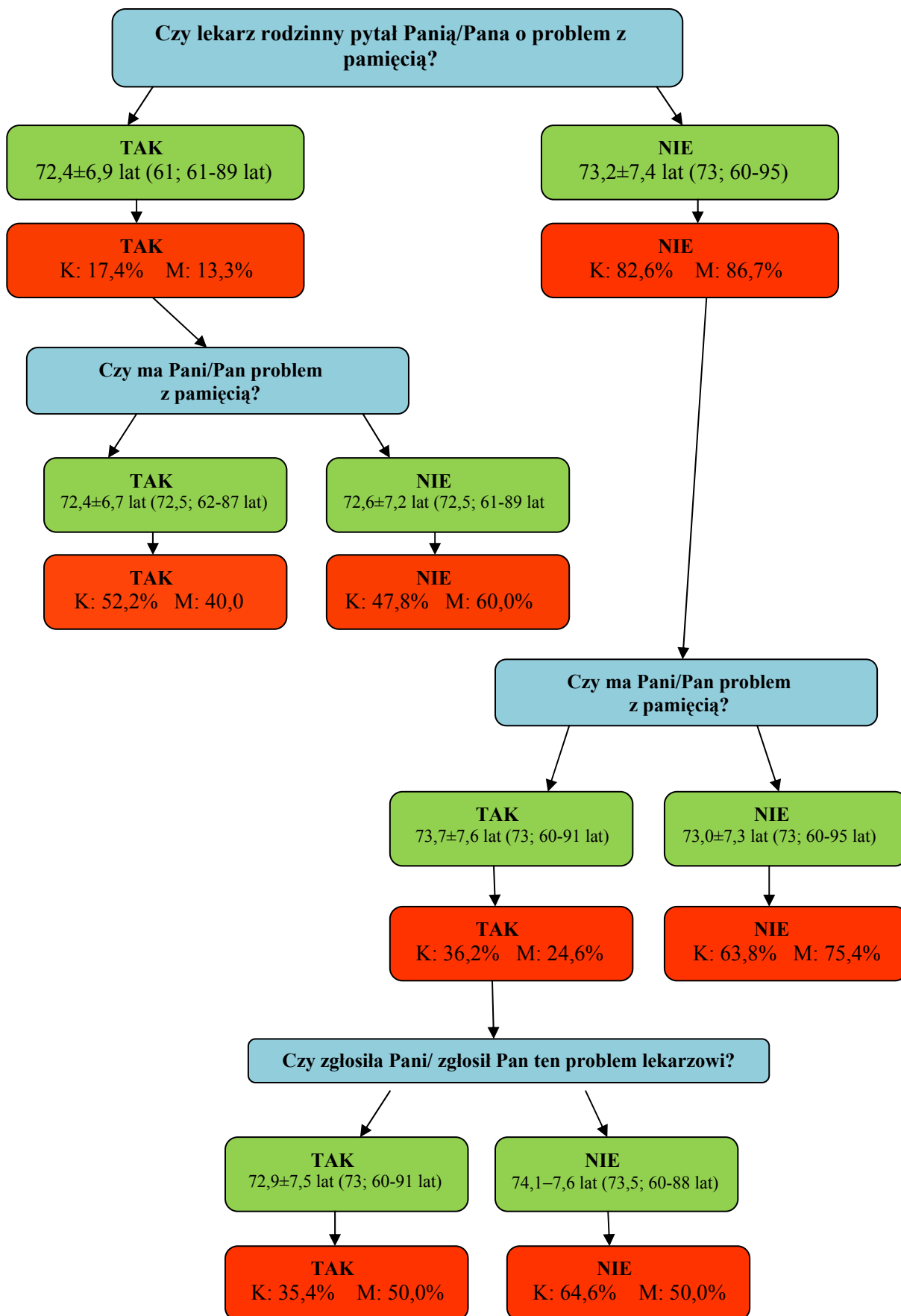
Większość respondentów na pytanie: *Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał o problemy z pamięcią?* odpowiedziała NIE (n=283; 83,5%). W kontekście tego niepokojące jest, że 1/3 z nich twierdziła, że ma kłopoty z pamięcią (n=95; 33,6%). Aż 59 osób, które zadeklarowały, że miały problemy z pamięcią (62,1%) nie poinformowało o tym lekarza rodzinnego. Natomiast wśród osób, które zgłosiły lekarzowi problemy z pamięcią (n=36; 37,9%) jedynie trzy miały wykonane testy oceniające pamięć (8,3%); rycina 13. Wiek i płeć nie wpływały znacząco na udzielane odpowiedzi – rycina 14.

Wszystkie osoby z grupy G1 deklarowały, że badania (testy) oceniające pamięć miały wykonywane podczas pobytu na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym przez psychologa wchodzącego w skład zespołu geriatrycznego.

Respondenci z grupy G1 (42,7%) i G3 (37,7%), którzy nie zostali zapytani przez lekarza rodzinnego o problem z pamięcią istotnie statystycznie częściej niż osoby z grupy G2 (17,7%) deklarowali, że taki problem u nich występuje ( $p < 0,01$ ; tabela 18).



Rycina 13. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące problemu z pamięcią.



Rycina 14. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach dotyczące problemów z pamięcią, z uwzględnieniem płci i wieku.

Tabela 18. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

<b>Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał o problemy z pamięcią?</b>				
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>
<b>G1</b>	16	16,3	82	83,7
<b>G2</b>	20	20,2	79	79,8
<b>G3</b>	20	14,1	122	85,9

<b>Czy ma Pani/Pan problem z pamięcią? (Osoby, które zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o problem z pamięcią)</b>				
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>
<b>G1</b>	7	43,8	9	56,2
<b>G2</b>	12	60,0	8	40,0
<b>G3</b>	9	45,0	11	55,0

<b>Czy ma Pani/Pan problem z pamięcią? (Osoby, które nie zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o problem z pamięcią)</b>					
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>		
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	
<b>G1</b>	35	42,7	47	57,3	
<b>G2</b>	14	17,7	65	82,3	<b>p&lt;0,01 vs. G1</b>
<b>G3</b>	46	37,7	76	62,3	<b>p&lt;0,01 vs. G2</b>

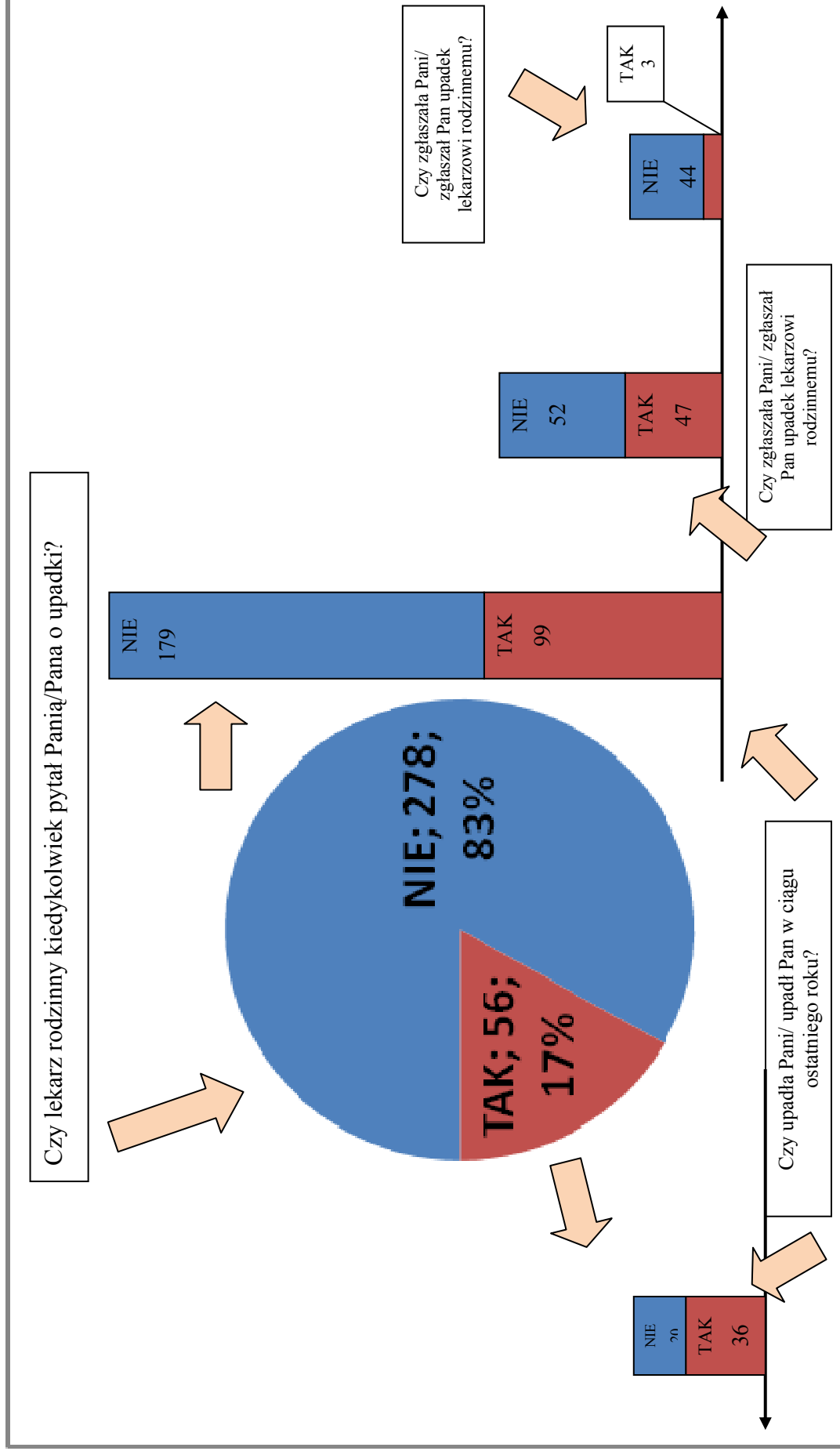
<b>Czy zgłosiła Pani/Pan ten problem lekarzowi? (Osoby, które mają problem z pamięcią)</b>				
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>
<b>G1</b>	15	42,9	20	57,1
<b>G2</b>	5	35,7	9	64,3
<b>G3</b>	16	34,8	30	65,2

Na pytanie: *Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał Panią/Pana o upadki?* aż 278 osób (83,2%) zadeklarowało NIE. Jednocześnie 99 osób (35,6%) oświadczyło, że upadło w ciągu ostatnich 12 miesięcy, a jedynie 47 (47,5%) zgłosiło upadek lekarzowi. Lekarz rodzinny tylko w przypadku trzech osób (6,4%), które zgłosiły upadek, przeprowadził ocenę ryzyka upadków – rycina 15.

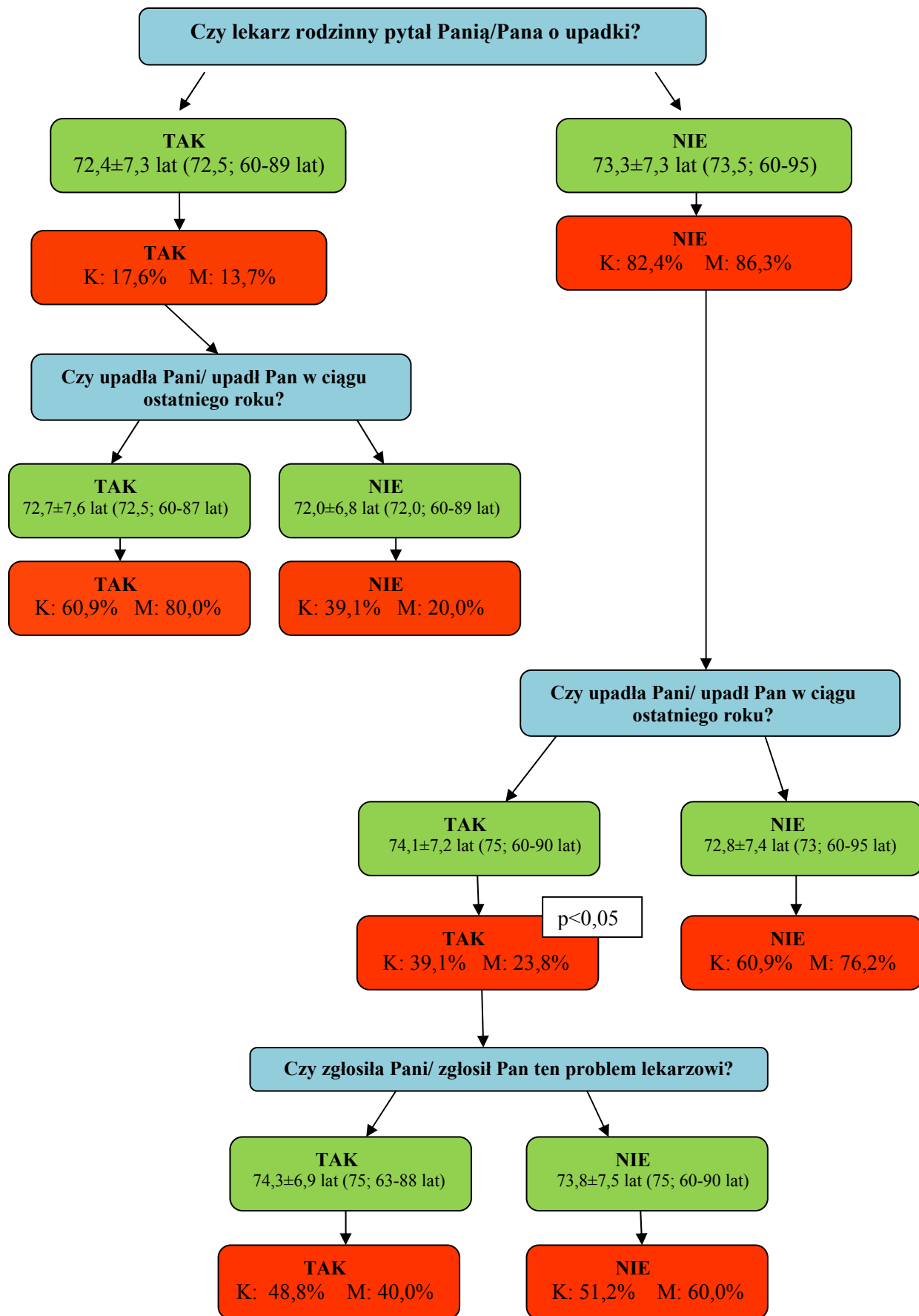
Wiek nie wpływał znacząco na udzielane odpowiedzi. Wśród osób, których lekarz rodzinny nigdy nie pytał o upadki, istotnie statystycznie częściej upadały kobiety ( $p < 0,05$ ; rycina 16).

Wykazano, że osoby z grupy G2 (39,3%) były istotnie statystycznie częściej pytane przez lekarza o upadki niż osoby z grupy G3 (28,6%;  $p < 0,05$ ). Spośród osób, które nie były pytane o upadki osoby z grupy G2 (42,4%) zdecydowanie częściej upadały niż pozostali (G1: 25,3%;  $p < 0,01$ ; G3: 32,3%;  $p < 0,001$ ; tabela 19).





Rycina 15. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące upadków.



Rycina 16. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach dotyczące upadków, z uwzględnieniem płci i wieku.

Tabela 19. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psychogeriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach).

<b>Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek pytał o upadki?</b>					
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>		
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	
<b>G1</b>	18	18,4	80	81,6	
<b>G2</b>	22	23,4	72	76,6	
<b>G3</b>	16	11,2	127	88,8	<b>p&lt;0,05 vs. G2</b>
<b>Czy upadła Pani/ upadł Pan w ciągu ostatniego roku? (Osoby, które zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o upadki)</b>					
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>		
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	
<b>G1</b>	8	44,4	10	55,6	
<b>G2</b>	16	72,7	6	27,3	
<b>G3</b>	12	75,0	4	25,0	<b>p=0,0921 vs. G1</b>
<b>Czy upadła Pani/ upadł Pan w ciągu ostatniego roku? (Osoby, które nie zostały zapytane przez lekarza rodzinnego o upadki)</b>					
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>		
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	
<b>G1</b>	25	31,2	55	68,8	
<b>G2</b>	42	58,3	30	41,7	<b>p&lt;0,01 vs. G1</b>
<b>G3</b>	32	25,2	94	74,8	<b>p&lt;0,001 vs. G2</b>
<b>Czy zgłosiła Pani/Pan ten problem lekarzowi? (Osoby, które upadły)</b>					
	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>		
<b>Grupa</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	<b>l. osób</b>	<b>%</b>	
<b>G1</b>	16	64,0	9	36,0	
<b>G2</b>	18	42,9	24	57,1	
<b>G3</b>	13	40,6	19	59,4	

#### 4.1.6. Analiza wieloparametrowa

W wyniku zastosowania analizy wieloparametrowej wykazano, że niezależnymi determinantami dla określenia:

- *bycia podmiotem dyskryminacji ze względu na wiek* były parametry (tabela 20):
  - negatywny obraz starości ( $p < 0,05$ ),
  - bycie świadkiem dyskryminacji ( $p < 0,05$ ),
  - poglądu, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny ( $p < 0,01$ ),
- *bycia świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek* były parametry (tabela 21):
  - negatywny obraz starości ( $p < 0,05$ ),
  - bycie podmiotem dyskryminacji ze względu na wiek ( $p < 0,01$ ),
  - poglądu, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny ( $p < 0,05$ ),.
- *pogląd, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny* były parametry (tabela 22):
  - grupa G2 ( $p = 0,0576$ ),
  - bycie podmiotem dyskryminacji ze względu na wiek ( $p = 0,000$ ),
  - bycie świadkiem dyskryminacji ( $p < 0,05$ ).

Tabela 20. Wyniki analizy wieloparametrowej (regresji logistycznej): zmienna niezależna - *bycie podmiotem dyskryminacji*.

<b>Model: Regresja logistyczna zmienna zależna <i>bycie podmiotem dyskryminacji</i> ze względu na <i>wiek</i></b>				
<b>Wartość testu: Chi2 (4)=20,653; p=0,00037</b>				
<b>n=350</b>	stała BO	obraz starości	bycie świadkiem dyskryminacji	pogląd, że dyskryminacja jest problemem społecznym
<b>Poziomy istotności p</b>	0,0000	0,0362	0,0205	0,0038
<b>Chi-kwadrat Walda</b>	14,0248	4,4207	5,4164	8,4835
<b>iloraz szans dla zmiany równej obserwowanemu zakresowi wartości analizowanych zmiennych</b>		2,0425	2,2464	3,0339
<b>-95%CL</b>		1,0472	1,1335	1,4339
<b>+95%CL</b>		3,9838	4,4520	6,4184

Tabela 21. Wyniki analizy wieloparametrowej (regresji logistycznej): zmienna niezależna – *bycie świadkiem dyskryminacji*.

<b>Model: Regresja logistyczna zmienna zależna <i>bycie świadkiem dyskryminacji</i> ze względu na <i>wiek</i></b>				
<b>Wartość testu: Chi2 (4)=16,615 p=0,00230</b>				
<b>n=350</b>	stała BO	obraz starości	bycie podmiotem dyskryminacji	pogląd, że dyskryminacja jest problemem społecznym
<b>Poziomy istotności p</b>	0,0000	0,0321	0,0056	0,0107
<b>Chi-kwadrat Walda</b>	8214,5540	4,6330	7,7813	6,5864
<b>iloraz szans dla zmiany równej obserwowanemu zakresowi wartości analizowanych zmiennych</b>		0,6059	0,4482	2,1758
<b>-95%CL</b>		0,3833	0,2546	1,1992
<b>+95%CL</b>		0,9577	0,7893	3,9479

Tabela 22. Wyniki analizy wieloparametrowej (regresji logistycznej): zmienna niezależna – *pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społeczny*.

<b>Model: Regresja logistyczna zmienna zależna <i>pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społeczny</i></b>				
<b>Wartość testu: Chi2 ( 3)=21,132 p=,00010</b>				
<b>n=350</b>	stała BO	bycie podmiotem dyskryminacji	bycie świadkiem dyskryminacji	grupa
<b>Poziomy istotności p</b>	0,1004	0,0000	0,0046	0,0576
<b>Chi-kwadrat Walda</b>	2,7142	335,8068	8,1558	3,6288
<b>iloraz szans dla zmiany równej obserwowanemu zakresowi wartości analizowanych zmiennych</b>		2,9639	2,1877	1,6049
<b>-95%CL</b>		2,6377	1,2760	0,9847
<b>+95%CL</b>		3,3305	3,7509	2,6156

## 4.2. Badanie studentów WNoZ Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

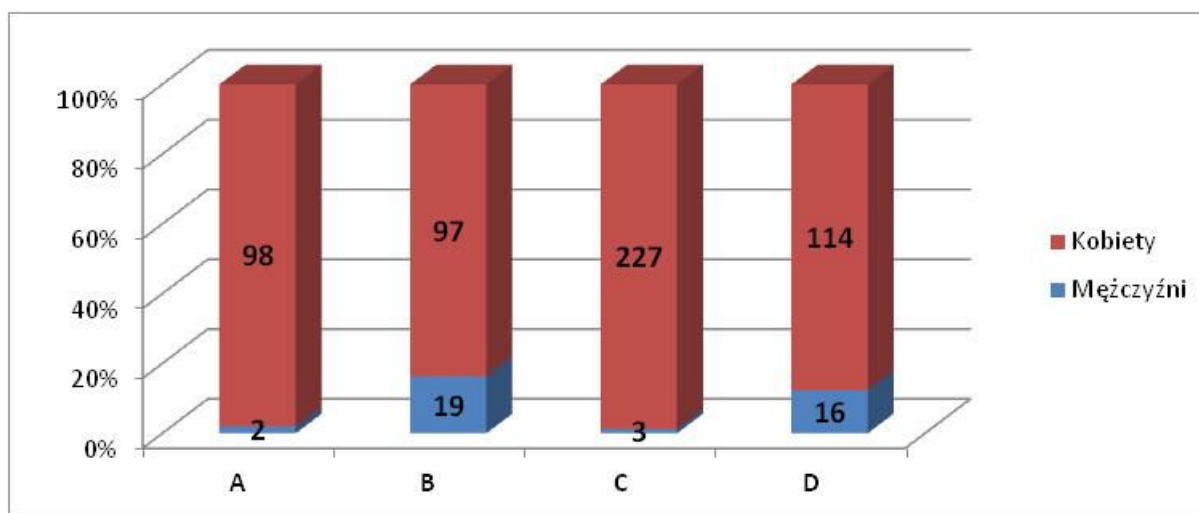
### 4.2.1. Charakterystyka badanej grupy studentów

Badana grupa liczyła 576 studentów, w tym 536 kobiet (93,1%) i 40 mężczyzn (6,9%). Osoby objęte badaniem to studenci kierunków Pielęgniarstwo i Fizjoterapia (studia stacjonarne i niestacjonarne). W każdej badanej grupie kobiety stanowiły większość:

- pielęgniarstwo stacjonarne (A) – 98,0%,
- fizjoterapia stacjonarna (B) - 83,6%,
- pielęgniarstwo niestacjonarne (C) - 98,7%,
- fizjoterapia niestacjonarna (D) - 87,7%.

Liczba mężczyzn wśród analizowanych studentów kierunku fizjoterapia była istotnie statystycznie większa niż studentów pielęgniarstwa (13,7% vs. 1,5%;  $p < 0,001$ ). Nie znaleziono różnic w zakresie płci pomiędzy studentami fizjoterapii stacjonarnej i niestacjonarnej oraz studentami pielęgniarstwa stacjonarnego i niestacjonarnego.

Charakterystykę płci badanej grupy studentów przedstawiono na rycinie 17.



Rycina 17. Charakterystyka analizowanych studentów pod względem płci: A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D – studenci fizjoterapii niestacjonarnej.

Średni wiek badanych studentów to:  $29,5 \pm 8,9$  lat; (25,0; 20-52 lat). Studenci studiów stacjonarnych:  $21,3 \pm 1,0$  lat; (21,0; 20-27 lat) byli młodsi od studentów studiów niestacjonarnych:  $34,4 \pm 7,8$  lat; (25,5; 20-52 lat);  $p < 0,001$ .

Studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego byli istotnie statystycznie starsi niż studenci fizjoterapii niestacjonarnej (C vs. D;  $p < 0,001$ ). Szczegółowe dane dotyczących wieku studentów zamieszczono w tabeli 23.

Tabela 23. Charakterystyka wieku badanych studentów z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D – studenci fizjoterapii niestacjonarnej.

	Średnia	SD	Mediana	Zakres	Poziom istotności
<b>Ogółem</b>	<b>29,5</b>	<b>8,9</b>	<b>25,0</b>	<b>20-52</b>	
<b>A</b>	21,4	1,2	21,0	20-27	
<b>B</b>	21,3	0,9	21,0	20-24	
<b>C</b>	39,1	4,6	39,0	27-52	
<b>D</b>	26,0	4,6	25,0	20-50	<b><math>p &lt; 0,001</math> vs. C</b>

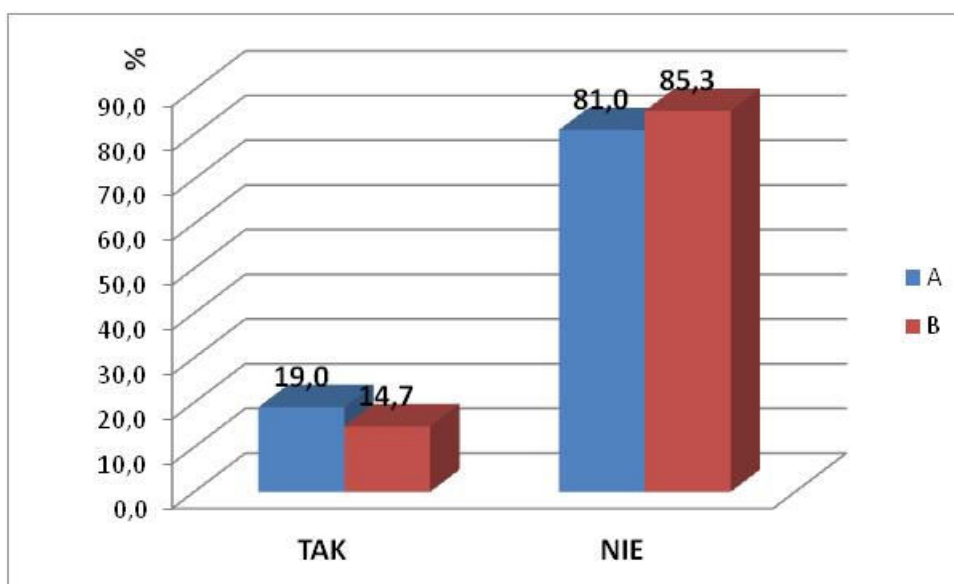


#### 4.2.2. Zainteresowanie pracą z osobami starszymi w opinii studentów studiów stacjonarnych

Na pytanie: *Czy chciałaby Pani/Pan w przyszłości pracować z osobami starszymi – w kontekście sprawowania nad nimi opieki?* 36 studentów studiów stacjonarnych odpowiedziało TAK (A+B; 16,6%). Średnia wieku tych osób wynosiła:  $21,6 \pm 1,2$  lat (21; 20-25 lat) i była porównywalna do pozostałych ( $21,3 \pm 1,0$  lat [21; 20-27 lat]). Kobiety i mężczyźni podobnie często deklarowali chęć pracy z osobami starszymi (17,0% i 13,6%).

Nie znaleziono różnicy w częstości udzielania odpowiedzi TAK i NIE na analizowane pytanie pomiędzy studentami pielęgniarstwa stacjonarnego (A) i fizjoterapii stacjonarnej (B) – rycina 18.

Studenci, którzy nie chcieli pracować z osobami starszymi, sugerowali, że praca ta jest ciężka i trudna, a leczenie często długotrwałe i nie przynoszące efektów.

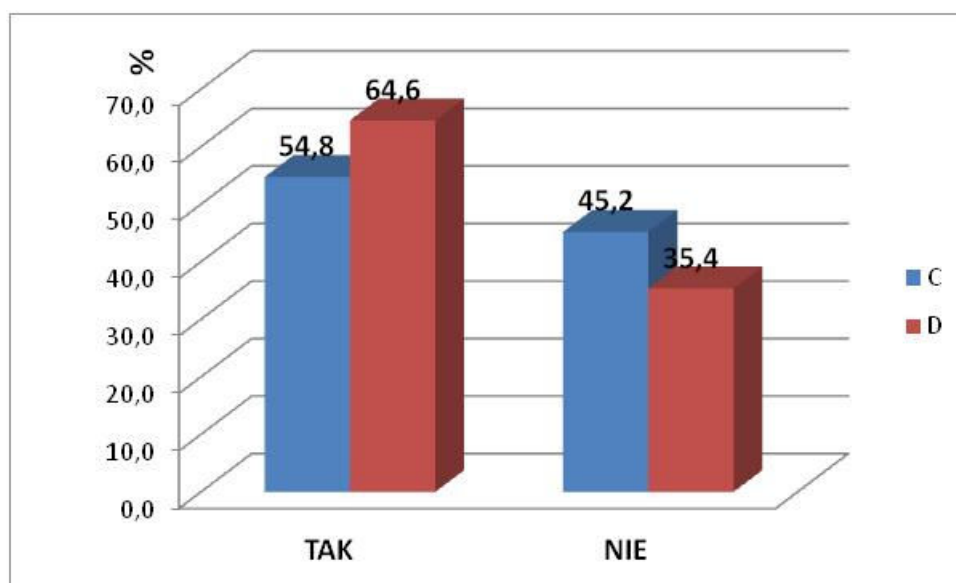


Rycina 18. Analiza odpowiedzi studentów studiów stacjonarnych na pytanie: *Czy chciałaby Pani/Pan w przyszłości pracować z osobami starszymi - w kontekście sprawowania nad nimi opieki?* A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej.

### 4.2.3. Praca z osobami starszymi w opinii studentów studiów niestacjonarnych

Ponad połowa studentów studiów niestacjonarnych na pytanie: *Czy pracuje Pani/Pan z osobami starszymi?* odpowiedziała TAK (C+D; n=210; 58,3%). Średnia wieku osób, które deklarowały pracę z osobami starszymi, nie różniła się od średniej wieku osób nie pracujących z nimi – odpowiednio: 34,0±8,1 lat (35,0; 21-52 lat) i 34,9±7,4 lat (37,0; 20-52 lat). Kobiety i mężczyźni porównywalnie często zgłaszali, że pracują z osobami starszymi (57,5% i 73,7%).

Studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego (C) i studenci fizjoterapii niestacjonarnej (D) nie różnili się pod względem deklaracji – rycina 19.



Rycina 19. Analiza odpowiedzi studentów studiów niestacjonarnych na pytanie: *Czy pracuje Pani/Pan z osobami starszymi?* C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D – studenci fizjoterapii niestacjonarnej.

#### 4.2.4. Starość widziana oczyma studentów WNoZ

Na pytanie: *Co to jest starość?* zdecydowana większość studentów (2/3) udzieliła odpowiedzi o zabarwieniu negatywnym (NEG; n=375; 65,1%). Wśród pozostałych prawie wszystkie osoby prezentowały obojętne podejście do starości (OB.; n=193; 33,5%). Jedynie 1,4% (n=8) respondentów kojarzyło starość pozytywnie. Przykładowe wypowiedzi studentów o różnym zabarwieniu umieszczono w tabeli 24.

Ze względu na bardzo małą liczbę osób kojarzących starość pozytywnie do dalszych analiz włączono je do grupy prezentujące obojętne podejście do starości (OB).

W grupie NEG średnia wieku wynosiła: 29,1±8,7 lat (25; 20-52 lat) i była porównywalna do grupy OB: 30,2±9,1 lat (26; 20-50). Nie stwierdzono również różnicy w zakresie płci (odpowiednio: 94,9% i 90,5% kobiet) czy też liczebności studentów z analizowanych kierunków studiów (NEG: 68,7% – studenci fizjoterapii i 62,4% studenci pielęgniarstwa) ani związku pomiędzy systemem studiowania a udzielonymi odpowiedziami (NEG: 65,3% – studenci stacjonarni i 65,0% – studenci niestacjonarni).

Analizując szczegółowo udzielone odpowiedzi na pytanie: *Co to jest starość?* zauważono, że 16 osób podało podwójne definicje. Dlatego w dalszej części brane były pod uwagę 592 definicje.

Najczęściej, bo w co drugiej odpowiedzi (n=298; 51,7%) starość kojarzono z procesem nieuchronnie prowadzącym do chorób, niesprawności i zależności od innych (III). Co piąta udzielona odpowiedź określała starość jako okres w życiu człowieka lub końcowy etap życia (I; n=119; 20,7%). Jedynie co ósmy student opisywał starość jako naturalny i fizjologiczny proces (II; n= 73; 12,7%). Odpowiedzi 102 studentów (17,7%) nie dało się sklasyfikować do żadnych z powyższych grup dlatego zdecydowano się je połączyć (IV) – tabela 25.

Szczegółowe dane dotyczące udzielanych odpowiedzi definiujących starość zamieszczono w tabeli 26. Zwraca uwagę bardzo niski procent studentów fizjoterapii stacjonarnej (n=3; 2,6%) kojarzących starość z naturalnym i fizjologicznym procesem.

Studenci pielęgniarstwa (A+C) częściej niż studenci fizjoterapii (B+D) udzielali odpowiedzi II (15,8% vs. 8,5 %; p<0,05). Studenci fizjoterapii (B+D) częściej niż

studenci pielęgniarstwa (A+C) udzielali odpowiedzi III (56,5% vs. 48,2%;  $p < 0,05$ ), a studenci studiów stacjonarnych (A+B) częściej niż niestacjonarnych (C+D) - odpowiedzi I (26,4% vs. 18,8%;  $p < 0,05$ ).

Tabela 24. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

L.p.	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu negatywnym – Starość jest...</b>
1	<i>Końcowym etapem życia, w którym organizm na ogół zaczyna coraz gorzej funkcjonować; kończy się śmiercią .</i>
2	<i>Powolnym procesem obumierania organizmu charakteryzującym się zmniejszeniem aktywności zawodowej, fizycznej i psychicznej.</i>
3	<i>Czasem, w którym człowiek ze względu na stan swojego zdrowia nie może normalnie funkcjonować.</i>
4	<i>Zmianą zachodzącą w ciele człowieka, która prowadzi do zużywania się narządów, spadku wydolności organizmu; jest niedołęstwem.</i>
5	<i>To nie tylko "odpowiedni wiek" np. powyżej 60 r. ż., ale również różne schorzenia utrudniające samodzielność – samoobsługę.</i>
	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu obojętnym Starość jest...</b>
6	<i>Czasem, kiedy organizm nie reaguje na bodźce zewnętrzne tak, jak we wcześniejszych okresach życia.</i>
7	<i>Czasem, kiedy człowiek przestaje pracować i odchodzi na emeryturę.</i>
8	<i>Czasem, w którym zamieniają się role rodziców i dzieci. Syn i córka pomagają rodzicom.</i>
9	<i>Okresem, w którym zaczynają pojawiać się zmiany w organizmie spowodowane upływem czasu.</i>
10	<i>Stanem organizmu, kiedy zauważane są zmiany wynikające z wieloletniego eksploataowania organów</i>
	<b>Wypowiedzi o zabarwieniu pozytywnym Starość jest...</b>
11	<i>Etapem życia, w którym nie jest się już aktywnym zawodowo, ale pozostaje się nadal sprawnym intelektualnie i umysłowo; czasem, w którym czerpie się radość życia.</i>
12	<i>Czasem kiedy jest się już doświadczonym życiowo i można spełniać swoje marzenia.</i>
13	<i>Czasem kiedy osoba starsza może brać udział w życiu społecznym i kulturalnym; ma się więcej czasu dla siebie i rodziny.</i>
14	<i>Pozytywnym etapem życia – tzw. „Jesienią Życia”.</i>
15	<i>Czasem, w którym w sposób pozytywny czerpiemy z doświadczenia życiowego.</i>

Tabela 25. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* (wprowadzono nieznaczną korektę językową) zakwalifikowane do grupy IV.

L.	Przykładowe wypowiedzi studentów - <i>Starość jest...</i>
1	<i>Czasem, kiedy następuje spadek aktywności.</i>
2	<i>Czasem, kiedy człowiek zaczyna czuć się niepotrzebny. Staje się słaby zarówno psychicznie, jak i fizycznie.</i>
3	<i>Stanem, kiedy nadal można być samodzielnym i niezależnym od innych osób.</i>
4	<i>Okresem w życiu człowieka, w którym nie pracuje się już zawodowo.</i>
5	<i>Etapem, który charakteryzuje się zmniejszeniem aktywności w sferze zawodowej.</i>
6	<i>Etapem w życiu człowieka, w którym dana osoba nie jest aktywna zawodowo, ale pozostaje nadal sprawna intelektualnie i umysłowo.</i>
7	<i>Stanem, który nas wszystkich czeka, szczęśliwy ten, kto tej starości doczeka. Starość to wiek i lata.</i>
8	<i>Stanem, w którym pewne funkcje życiowe zostają spowolnione.</i>
9	<i>Stanem, w którym człowiek czuje się niepotrzebny a jego ciało odmawia posłuszeństwa.</i>
10	<i>Procesem zmian psycho-fizyczno-społecznych.</i>

Tabela 26. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej;

I – okres w życiu człowieka, końcowy etap życia; II – proces naturalny, fizjologiczny towarzyszy upływowi czasu; III – proces nieuchronnych chorób, niesprawności i zależności od pomocy innych; IV – inne postrzeżenie starości.

		I	Poziom istotności	II	Poziom istotności	III	Poziom istotności	IV
<b>Ogółem</b>	<b>l. osób</b>	<b>119</b>		<b>73</b>		<b>298</b>		<b>102</b>
	<b>%</b>	<b>20,7</b>		<b>12,7</b>		<b>51,7</b>		<b>17,7</b>
<b>A</b>	<b>l. osób</b>	29		16		44		15
	<b>%</b>	29,0		16,0		44,0		15,0
<b>B</b>	<b>l. osób</b>	28		3	<b>p&lt;0,001 vs. A</b>	63		26
	<b>%</b>	24,1		2,6		54,3		22,4
<b>C</b>	<b>l. osób</b>	42	<b>p&lt;0,05 vs. A</b>	36		115		44
	<b>%</b>	18,3		15,7		50,0		19,1
<b>D</b>	<b>l. osób</b>	20		18	<b>p&lt;0,01 vs. B</b>	76		17
	<b>%</b>	15,4		13,8		58,5		13,1
<b>A+C</b>	<b>l. osób</b>	71		52		159		59
	<b>%</b>	21,5		15,8		48,2		17,9
<b>B+D</b>	<b>l. osób</b>	48	<b>p&lt;0,05 vs. A+C</b>	21		139	<b>p&lt;0,05 vs. A+C</b>	43
	<b>%</b>	19,5		8,5		56,5		17,5
<b>A+B</b>	<b>l. osób</b>	57		19		107		41
	<b>%</b>	26,4		8,8		49,5		19,0
<b>C+D</b>	<b>l. osób</b>	62	<b>p&lt;0,05 vs. A+B</b>	54		191		61
	<b>%</b>	18,8		16,4		57,9		18,5

Na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?* ponad połowa studentów wskazywała wiek kalendarzowy (n=326; 56,6%). Pozostali studenci podawali charakterystykę opisową.

Średni wiek osób wskazujących wiek kalendarzowy jako początek starości to 29,2±8,9 lat (24,5; 20-52 lat). Był on porównywalny do średniego wieku osób charakteryzujących początek starości opisowo – 29,9±8,8 lat (26,0; 20-52 lat). Kobiety i mężczyźni podobnie często charakteryzowali początek starości wiekiem kalendarzowym.

Osoby definiujące początek starości wiekiem kalendarzowym podzielono na trzy grupy:

- przed ukończeniem 65 roku życia (1WK; n=80; 24,6%) – jako najwcześniejszą granicę początku starości podano ukończenie 30 roku życia (25-letnia studentka pielęgniarstwa stacjonarnego),
- ukończenie 65 lat (2WK; n=168; 51,5%),
- po ukończeniu 65 roku życia (3WK; n= 78; 23,9%) – najwyższą wskazaną granicą było ukończenie 85 roku życia (42-letnia studentka pielęgniarstwa niestacjonarnego).

Osoby wskazujące, że starość zaczyna się powyżej 65. roku życia (3WK), były istotnie statystycznie starsze od pozostałych ( $p<0,001$ ). Nie stwierdzono związku płci z wiekiem wskazywanym jako początek starości. Szczegółowe dane dotyczące wieku i płci studentów definiujących początek starości różnym wiekiem kalendarzowym przedstawiono w tabeli 27.

Studenci studiów niestacjonarnych (C+D) częściej niż studenci studiów stacjonarnych (A+B) jako początek starości podawali wiek powyżej 65 lat (3WK: 31,5% vs. 12,4%;  $p<0,001$ ). Wynika to z większej częstości udzielania tej odpowiedzi przez studentów pielęgniarstwa niestacjonarnego (C), niż stacjonarnego (A) – 3WK; 36,1% vs. 10,0%; ( $p<0,001$ ).

Szczegółowe dane dotyczące zależności kierunku studiów czy systemu studiowania z udzielaną odpowiedzią definiującą początek starości różnym wiekiem kalendarzowym, przedstawiono w tabeli 28.

Studenci, którzy definiowali początek starości wiekiem kalendarzowym zdecydowanie częściej mieli negatywny obraz starości, niż ci, którzy podali definicję opisową ( $p < 0,001$ ). Nie wykazano różnic w częstości odpowiedzi osób, które miały negatywne zabarwienie na temat starości, a definiujących początek starości (1WK, 2WK, 3WK).

W tabeli nr 29 przedstawiono przykładowe wypowiedzi osób definiujących starość opisowo.

Porównując odpowiedzi udzielane przez wszystkie grupy studentów wykazano, że studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego (C) częściej niż studenci pielęgniarstwa stacjonarnego (A) charakteryzowali początek starości opisowo (47,0% vs. 30,0%;  $p < 0,05$ ).

Tabela 27. Charakterystyka wieku i płci studentów definiujących starość wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia).

	L. osób	Wiek: średnia, SD, mediana, zakres (lata)	Poziom istotności	L. kobiet	%
<b>1WK</b>	80	25,9±7,4; 22; 20-52		73	91,3
<b>2WK</b>	168	29,0±9,0; 24; 20-47		157	93,5
<b>3WK</b>	78	33,0±8,9; 35; 20-52	<b>p&lt;0,001 vs. 2WK</b> <b>p&lt;0,001 vs. 1WK</b>	71	91,0

Tabela 28. Częstość definiowania początku starości różnym wiekiem kalendarzowym w opinii studentów z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D – studenci fizjoterapii niestacjonarnej; Podstawa oprocentowania: % z wiersza.

		1WK (przed 65 rż.)	Poziom istotności	2WK (65 lat)	Poziom istotności	3WK (powyżej 65 lat)	Poziom istotności
Ogółem	l. osób	80		168		78	
	%	24,5		51,5		23,9	
A	l. osób	18		45		7	
	%	25,7		64,3		10,0	
B	l. osób	23		27	p>0,05 vs. A	9	
	%	39		45,8		15,2	
C	l. osób	14	p>0,05 vs. A	64		44	p<0,001 vs. A
	%	11,5		52,4		36,1	
D	l. osób	25	p<0,001 vs. C	32		18	
	%	33,3		42,7		24	
A+C	l. osób	32,0		109,0		51,0	
	%	16,7		56,7		26,6	
B+D	l. osób	48,0	p<0,001 vs. A+C	59,0	p<0,05 vs. A+C	27,0	
	%	35,8		44,1		20,1	
A+B	l. osób	41,0		72,0		16,0	
	%	31,8		55,8		12,4	
C+D	l. osób	39,0	p<0,05 vs. A+B	96,0		62,0	p<0,001 vs. A+B
	%	19,8		48,7		31,5	

Tabela 29. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?*, mające charakter opisowy (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

L.p.	Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość? Starość zaczyna się...
1	<i>Wraz z chorobami starczymi; zależy to od wielu czynników np. środowiskowych, genetycznych.</i>
2	<i>W momencie, gdy wykonywanie pewnych czynności sprawia trudność; gdy zmiany fizyczne i psychiczne wpływają na naszą samodzielność.</i>
3	<i>Kiedy potrzebujemy pomocy innych w zaspokajaniu potrzeb, kiedy nie można samodzielnie funkcjonować, kiedy sami czujemy się staro.</i>
4	<i>Od chwili gdy człowiek sam o sobie mówi "jestem stary".</i>
5	<i>Kiedy to odczuwamy wewnątrz, czujemy się zmęczeni życiem, zwłaszcza wtedy, kiedy nam coś dolega.</i>
6	<i>Kiedy człowiek przechodzi na emeryturę i staje się mniej aktywny, traci kontakt ze społeczeństwem.</i>
7	<i>Kiedy osoba dotąd zdrowa będąca starszą zaczyna mieć kłopoty z zaspokojeniem potrzeb biologicznych.</i>
8	<i>Kiedy pojawiają się pierwsze objawy starzenia – zmarszczki, siwienie.</i>
9	<i>Kiedy przychodzi menopauza i andropauza.</i>
10	<i>Indywidualnie; zależy od stanu zdrowia fizycznego i psychicznego człowieka.</i>



#### **4.2.5. Dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia – opinie studentów**

Co trzeci student na pytanie: *Czy kiedykolwiek była/ł Pani/Pan świadkiem dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia?* odpowiedział TAK (n=169; 29,3%).

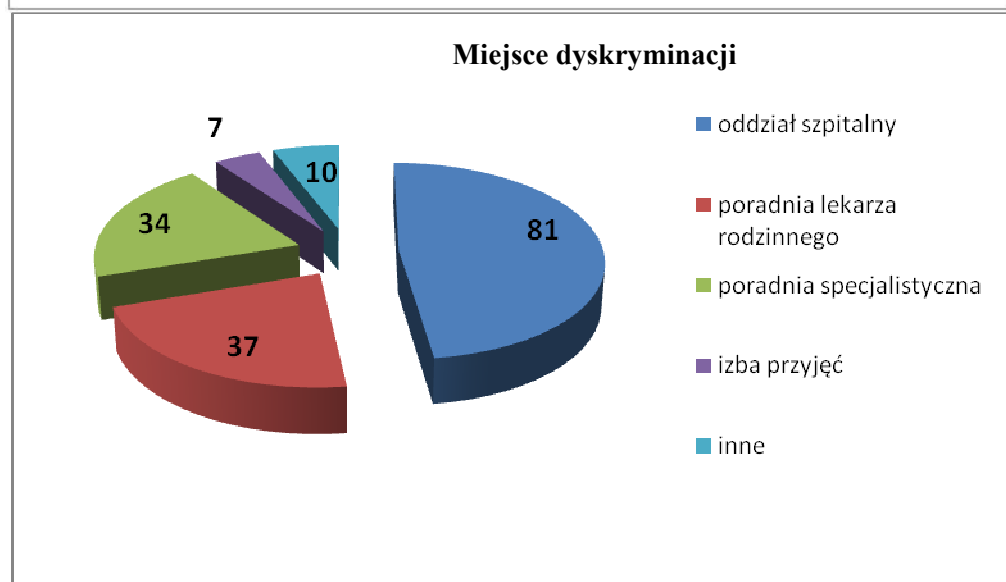
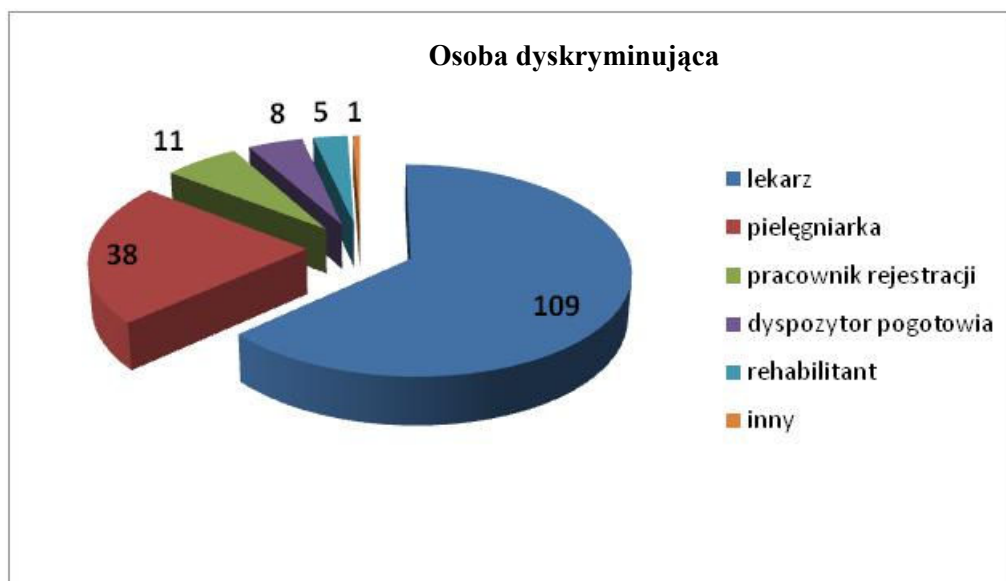
Średnia wieku studentów, którzy deklarowali, że byli świadkami dyskryminacji, była wyższa w stosunku do pozostałych – 31,1±9,2 lat (28; 20-50 lat) vs. 28,8±8,7 lat (25; 20-52 lat); p<0,001. Nie stwierdzono różnic pod względem płci (kobiety; n=160; 30,0% i mężczyźni; n=9; 22,5%). Studenci studiów niestacjonarnych (C+D) częściej niż stacjonarnych (A+B) deklarowali, że byli świadkami dyskryminacji (33,1% vs. 22,8%; p<0,01) – tabela 30.

Według studentów osobą, która źle traktowała osoby starsze, był najczęściej lekarz (n=109; 64,5%). Stosunkowo często osobą dyskryminującą była też pielęgniarka (n=38; 22,5%). Do zdarzeń tych dochodziło najczęściej na oddziale szpitalnym (n=81; 47,9%), ale także w poradni lekarza rodzinnego (21,9%) i w poradni specjalistycznej (20,1%) – rycina 20.

Przykładowe wypowiedzi respondentów opisujące zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia przedstawiono w tabeli 31.

Tabela 30. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Czy kiedykolwiek była/l Pani/Pan świadkiem dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia?*, z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej.

		Cała grupa	%	Poziom istotności	K	M
<b>Ogólnie</b>	<b>TAK</b>	<b>169</b>	<b>29,3</b>		<b>160</b>	<b>9</b>
	<b>NIE</b>	<b>407</b>	<b>70,7</b>		<b>376</b>	<b>31</b>
<b>A</b>	<b>TAK</b>	24	24,0		24	0
	<b>NIE</b>	76	76,0		74	2
<b>B</b>	<b>TAK</b>	26	22,4		24	2
	<b>NIE</b>	90	77,6		73	17
<b>C</b>	<b>TAK</b>	78	33,9		76	2
	<b>NIE</b>	152	66,1		151	1
<b>D</b>	<b>TAK</b>	41	31,5		36	5
	<b>NIE</b>	89	68,5		78	11
<b>A+C</b>	<b>TAK</b>	102	30,9		100	2
	<b>NIE</b>	228	69,1		225	3
<b>B+D</b>	<b>TAK</b>	67	27,2		60	7
	<b>NIE</b>	179	72,8		151	28
<b>A+B</b>	<b>TAK</b>	50	23,1		48	2
	<b>NIE</b>	166	76,9		147	19
<b>C+D</b>	<b>TAK</b>	119	33,1	<b>p&lt;0,01 vs. A+B</b>	112	7
	<b>NIE</b>	241	66,9		229	12



Rycina 20. Obraz dyskryminacji osób starszych w opinii studentów biorących udział w badaniu jako świadków dyskryminacji.

Tabela 31. Przykładowe odpowiedzi studentów, którzy deklaruwali, że byli świadkami dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia ze wskazaniem osoby dyskryminującej (wprowadzono nieznaczną korektę językową).

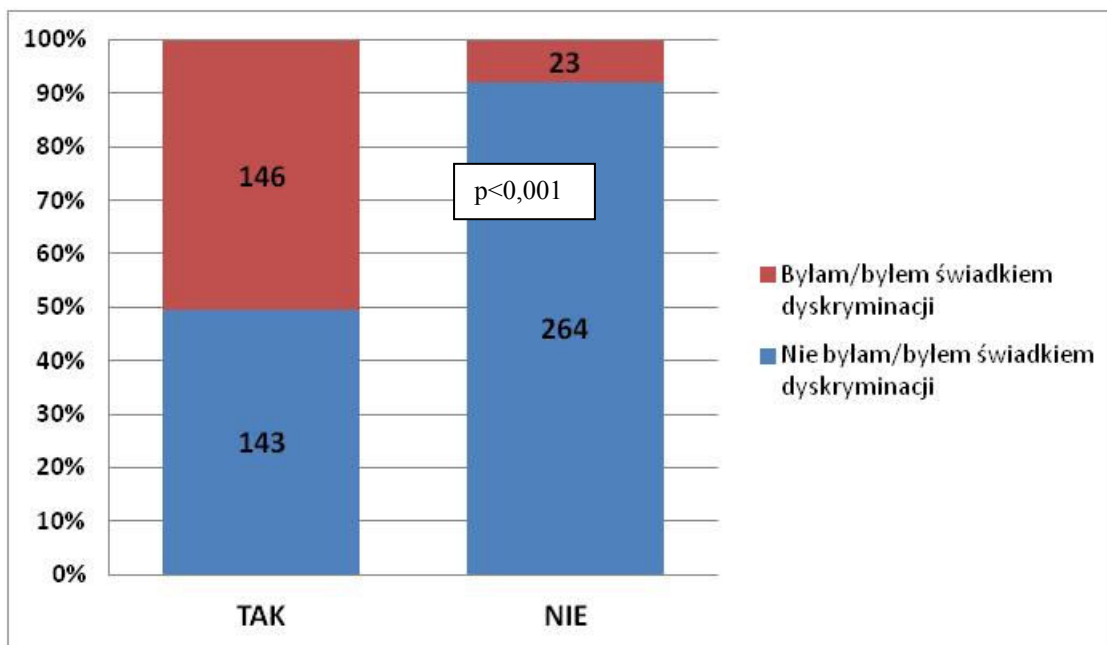
L.p.	<b>Osoba dyskryminująca - lekarz</b>
1	<i>Na oddziale internistycznym lekarz stwierdził, że osoby po 70. roku życia nie powinny być leczone.</i>
2	<i>Lekarz mówiący do starszych osób "babciu"; nie tłumaczył celowości zabiegu (chirurgia), stomię nazwał "puszką". Nie powtarzał, gdy starsza osoba nie dosłyszała.</i>
3	<i>Lekarz rodzinny nie wykonał dodatkowych badań i stwierdził, że pacjentka powinna się cieszyć, że żyje.</i>
4	<i>Lekarz uznał, że z uwagi na duże obciążenie zabiegami w pierwszej kolejności należy skreślić osoby starsze z planu operacyjnego ponieważ i tak nie przeżyją.</i>
5	<i>Dyskryminacja przez lekarza i pielęgniarkę w szpitalu na oddziale chirurgicznym. Lekceważenie pacjenta poprzez określenie, że prędzej i tak umrze ze względu na wiek.</i>
	<b>Osoba dyskryminująca – pielęgniarka</b>
6	<i>Na oddziale chirurgicznym starsza pani została nazwana przez pielęgniarkę „wykopaliskiem”.</i>
7	<i>Pielęgniarka nie pomogła osobie starszej przy zdejmowaniu odzieży do badania.</i>
8	<i>Pielęgniarka bardzo lekceważąco odzywała się do starszej pani, która leżała ze mną w pokoju; w stosunku do mnie była miła.</i>
	<b>Osoba dyskryminująca – inni</b>
9	<i>Pani rejestrująco mówiła o osobie starszej: „Co ONA znowu chce.”</i>
10	<i>Karetka pogotowia nie chciała przyjechać do pacjentki, gdy dyspozytor usłyszał, że pacjentka ma 95 lat.</i>
11	<i>Kiedy moja ciocia, 77-letnia kobieta, dostała wylewu, czekaliśmy na pogotowie 2 godziny. Kiedy po trzech latach zadzwoniliśmy, że prawdopodobnie dostała drugiego wylewu, czekaliśmy 4 godziny, gdyż ratownicy wiedzieli że ma 77 lat.</i>
12	<i>Usłyszano, jak rehabilitantka zwróciła się do praktykantki, która ćwiczyła z osobą starszą: "Po co się tak starasz, przecież to jej i tak nie pomoże" albo "pomachaj tu trochę biernie tą nogą i wystarczy".</i>

Na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?* połowa studentów odpowiedziała TAK (n=289; 50,2%). Grupa ta była istotnie statystycznie starsza, niż osoby odpowiadające NIE [30,7±9,2 lat (28; 20-52) vs. 28,3±8,4 lat (24; 20-52); p<0,01], ale nie różniła się pod względem płci (TAK: 272 kobiety - 50,7% i 17 mężczyzn - 42,5%).

Studenci pielęgniarstwa (A+C) częściej niż studenci fizjoterapii (B+D) uważali, że dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny (p<0,05; 51,4% vs. 44,3%,) – tabela 32. Innych zależności nie stwierdzono. Respondenci, którzy byli świadkami dyskryminacji, częściej również deklarowali, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społeczny; p<0,001 – rycina 21.

Tabela 32. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem?*, z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A – studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B – studenci fizjoterapii stacjonarnej; C – studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D – studenci fizjoterapii niestacjonarnej.

		Cała grupa	%	Poziom istotności	K	M
Ogólnie	TAK	289	50,2		272	17
	NIE	287	49,8		264	23
A	TAK	48	48,0		47	1
	NIE	52	52,0		51	1
B	TAK	49	42,2		45	4
	NIE	67	57,8		52	15
C	TAK	132	57,4		130	2
	NIE	98	42,6		97	1
D	TAK	60	46,2		50	10
	NIE	70	53,8		64	6
A+C	TAK	180	54,5		177	3
	NIE	150	45,5		148	2
B+D	TAK	109	44,3	p<0,05 vs. AC	95	14
	NIE	137	55,7		116	21
A+B	TAK	97	44,9		92	5
	NIE	119	55,1		103	16
C+D	TAK	192	53,3		180	12
	NIE	168	46,7		161	7



Rycina 21. Analiza odpowiedzi studentów biorących udział w badaniu na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?*

#### 4.2.6. Analiza wieloparametrowa

W wyniku zastosowania analizy wieloparametrowej wykazano, że niezależnymi determinantami dla określenia:

- *bycia świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek* były parametry (tabela 33):
  - kierunek studiów – fizjoterapia ( $p < 0,000$ ),
  - niestacjonarny system studiowania ( $p < 0,05$ ),
  - pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny ( $p < 0,000$ ).
  
- *poglądu, że dyskryminacja ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny* były parametry (tabela 34):
  - bycie świadkiem dyskryminacji ( $p < 0,001$ ),
  - niestacjonarny system studiowania ( $p < 0,001$ ),
  - wiek ( $p < 0,05$ ).

Tabela 33. Wyniki analizy wieloparametrowej (regresji logistycznej): zmienna niezależna – *bycie świadkiem dyskryminacji*

<b>Model: Regresja logistyczna zmienna zależna <i>bycie świadkiem dyskryminacji ze względu na wiek</i></b>				
<b>Wartość testu: Chi2 ( 5)=134,72 p=0,0000</b>				
<b>n=576</b>	stała BO	kierunek studiów	system kształcenia	pogląd, że dyskryminacja jest problemem społecznym
<b>Poziomy istotności p</b>	0,7665	0,0000	0,0166	0,0000
<b>Chi-kwadrat</b>	0,0883	211,8261	5,7696	4676,8590
<b>iloraz szans dla zmiany równej obserwowanemu zakresowi wartości analizowanych zmiennych</b>		3,4345	1,6373	8,0257
<b>-95%CL</b>		2,9077	1,0940	7,5586
<b>+95%CL</b>		4,0568	2,4505	8,5251

Tabela 34. Wyniki analizy wieloparametrowej (regresji logistycznej): zmienna niezależna – pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społecznym.

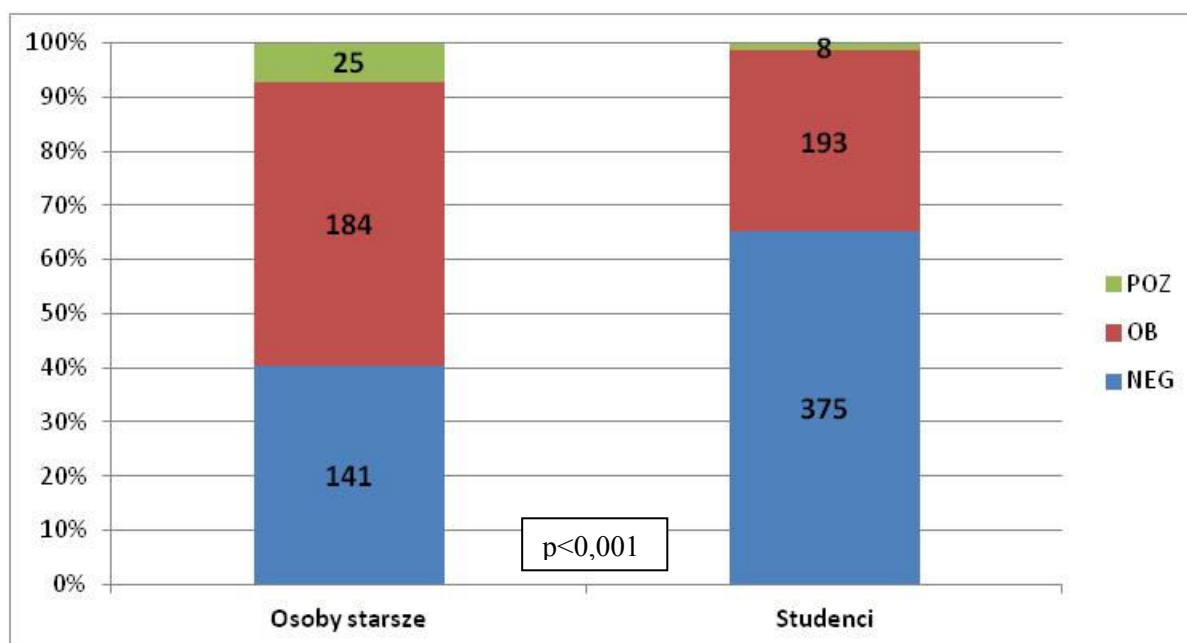
<b>Model: Regresja logistyczna zmienna zależna poglądu nt. dyskryminacji ze względu na wiek</b>				
<b>Wartość testu: Chi2 ( 5)=141,06 p=0,0000</b>				
<b>n=576</b>	stała BO	bycie świadkiem dyskryminacji	system kształcenia	wiek
<b>Poziomy istotności p</b>	0,0998	0,0000	0,0000	0,0364
<b>Chi-kwadrat Walda</b>	2,7182	12590,6200	11073,2000	4,3984
<b>iloraz szans dla zmiany równej obserwowanemu zakresowi wartości analizowanych zmiennych</b>		9,5511	12,0883	1,9822
<b>-95%CL</b>		9,1827	11,5389	1,0444
<b>+95%CL</b>		9,9409	12,6640	3,7622



#### 4.2.7. Zagadnienia dotyczące starości i dyskryminacji ze względu na wiek w oczach osób starszych i studentów – porównanie

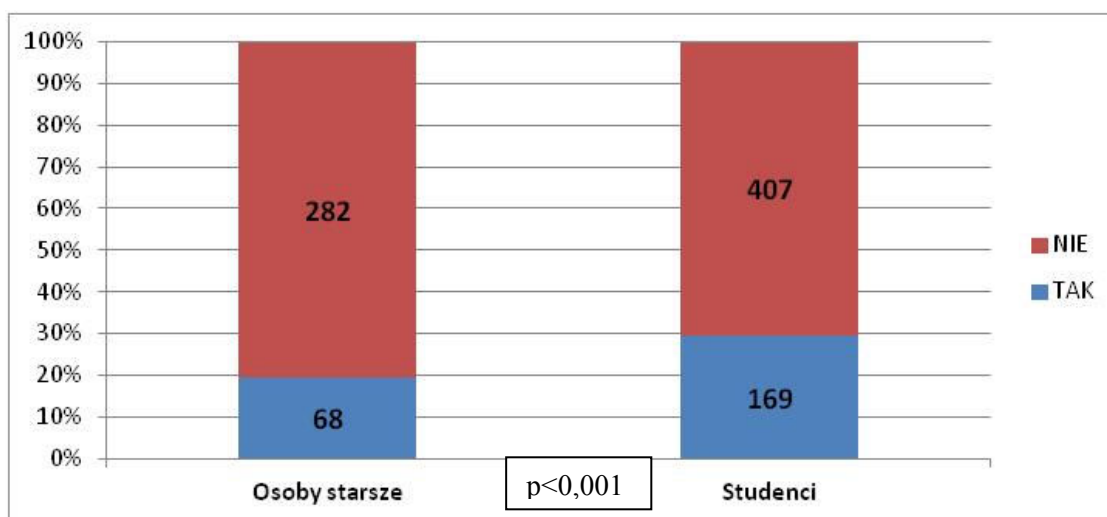
Celem uzyskania całościowego obrazu podejścia respondentów do starości i związanego z nim problemu dyskryminacji ze względu na wiek, poniżej zestawiono odpowiedzi uzyskane od osób biorących udział w badaniu.

Pierwsze analizowane zagadnienie dotyczyło starości. Studenci (n=375; 65,1%) istotnie statystycznie częściej niż osoby starsze (65,1% vs. 40,3%;  $p < 0,001$ ) opisywali starość negatywnie (rycina 22).



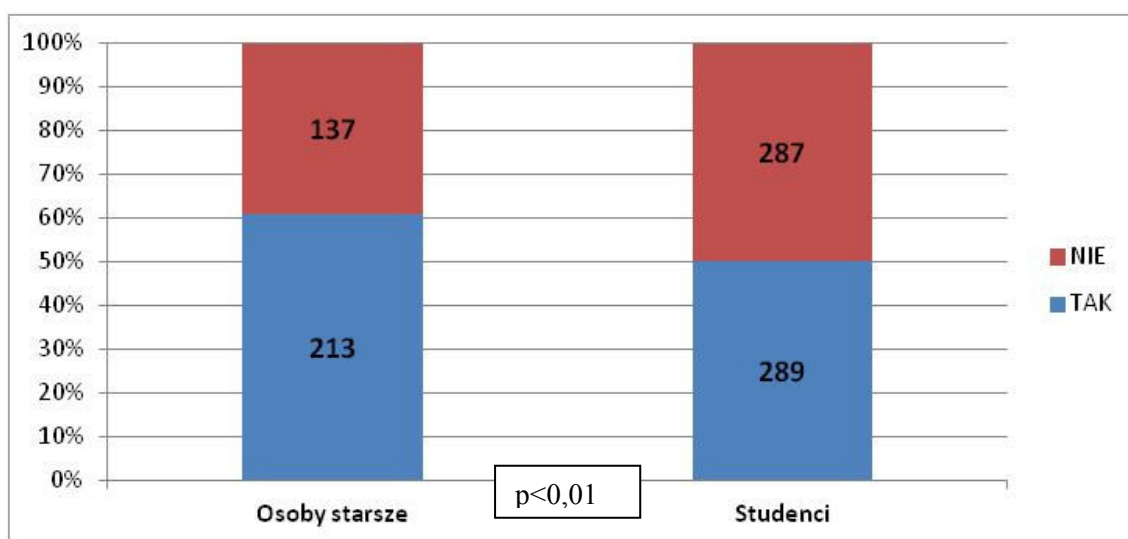
Rycina 22. Obraz starości w oczach osób biorących udział w badaniu.

Na pytanie: *Czy była Pani/ był Pan świadkiem dyskryminacji?* 68 osób starszych (19,4%) i 169 studentów (29,3%) odpowiedziało TAK. Studenci istotnie statystycznie częściej niż osoby starsze deklarowali, że byli świadkami dyskryminacji ze względu na wiek ( $p < 0,001$ ; rycina 23)



Rycina 23. Analiza odpowiedzi osób starszych i studentów na pytanie: *Czy była Pani/ był Pan świadkiem dyskryminacji?*

Jednocześnie ankietowani uznali, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem. Częściej osoby starsze ( $n=213$ ; 60,9%) niż studenci ( $n=289$ ; 50,2%) deklarowali, że złe traktowanie osób starszych stanowi problem ( $p < 0,01$ ; rycina 24)



Rycina 24. Analiza odpowiedzi osób starszych i studentów na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?*

## 5. Dyskusja

Problem starzenia się i starości jest dużym wyzwaniem. W Polsce już obecnie częściej niż co 8 osoba ma co najmniej 65 lat. W związku z tym osoby starsze straciły swoją wyjątkowość, a rozwój nauki i technologii spowodował, że ich wiedza przestała być niezbędną. Rozpad tradycyjnej i wielopokoleniowej rodziny oraz migracja do miast doprowadziły do izolacji środowiskowej seniorów, a ta spowodowała wzrost lęku przed starością i umieraniem. Konsekwencją tego jest rozpowszechnianie kultu młodości i narodziny negatywnych stereotypów oraz rozwój takich zjawisk jak wykluczenie i dyskryminacja ze względu na wiek<sup>126</sup>.

Przedstawianie tych negatywnych stereotypów w mediach i brak podjęcia dyskusji o różnych obliczach starości powoduje, że dominuje wizerunek osoby starszej niedołejnej. Tymczasem znaczna niesamodzielność i potrzeba wsparcia w codziennych czynnościach dotyczy tylko kilku procent osób w wieku podeszłym. Według badań PolSenior pomocy w jedzeniu czy poruszaniu się wymaga mniej niż 4,0% osób, 5,0% wymaga pomocy w korzystaniu toalety, a około 6,0% w ubieraniu się<sup>127</sup>.

Jednak właśnie niesprawność najczęściej rzutuje na subiektywny obraz starości. I rzeczywiście w badaniach własnych zdecydowana większość respondentów (osoby starsze: 40,3%; studenci: 65,1%) miała negatywny obraz starości. Kojarzyli oni starość m.in. z niesprawnością, chorobami i uzależnieniem od innych (osoby starsze: 28,9% i studenci: 51,7%). Co ciekawe, częściej dotyczyło to osób młodszych niż samych seniorów ( $p < 0,001$ ).

Zdecydowanie rzadziej negatywny obraz starości pojawiał się w badaniach Florek-Płaczek A. i wsp.<sup>128</sup>, którymi objęto studentów II roku kierunku pielęgniarstwo oraz pracujące pielęgniarki (19,7% studentów i 14,9% pielęgniarek). Jednak badania większości autorów są zgodne z moimi. Krupa B.<sup>129</sup>, która analizowała wypowiedzi młodzieży maturalnej na temat starości, zaobserwowała, że ponad połowa respondentów (54,5%), powieliła opinię o negatywnym stereotypie starości, kojarząc ją ze śmiercią, chorobami czy bólem. W badaniach Sochackiej L. i wsp.<sup>130</sup> negatywnych obrazów starości było jeszcze więcej, bo aż 71,3%. Respondentami tych analiz były osoby bardziej zróżnicowane wiekowo – studenci i pracownicy opolskich zakładów pracy. Odnosili oni starość do kolejnego etapu życia, którego należy się obawiać

ponieważ wiąże się z niesprawnością, zależnością od innych, chorobami i samotnością. Warto podkreślić, że w cytowanych badaniach lęk przed wywołaną starością samotnością malał z wiekiem. Może to być uzasadnieniem częstszego negatywnego obrazu starości w moich badaniach u studentów w stosunku do seniorów.

Już od dawna często kojarzono starość pejoratywnie. Arystoteles uważał, że „starość nie jest niczym innym, jak tylko powtórzeniem wieku dziecięcego”, podkreślając, że tak samo jak małe dziecko jest uzależnione od swoich rodziców – analogicznie osoba starsza jest zależna od innych, a np. później (w XIII wieku) Bacon R. utożsamiał starość z chorobą.

Bromley D. B.<sup>131</sup> (jeden ze znanych psychologów zajmujących się starzeniem, twórca podziału postaw człowieka wobec starości) zdefiniował dwa rodzaje starości: starość jako następstwo gromadzenia się chorób i urazów oraz starość w konsekwencji fizjologicznych oraz naturalnych procesów. Rzeczywiście również te drugie opinie pojawiały się w moich badaniach – osoby starsze: 14,0% i studenci: 12,3%.

W tym kontekście ciekawe są badania Kozdroń A. i wsp.<sup>132</sup>, którzy analizowali opinie studentów II roku studiów pierwszego stopnia (studenci PWSZ w Raciborzu i AWF w Warszawie) do osób starszych na podstawie ich stosunku do podanych twierdzeń takich jak *większość osób starszych to ludzie dziwni i trudno z nimi nawiązać kontakt* czy *osoby starsze są niesamodzielne i potrzebują pomocy*. Niestety starość przeważnie kojarzona była negatywnie, ale z drugiej strony zaobserwowano również wysoki procent zgodności z takimi twierdzeniami jak *osoba starsza może pomóc osobie młodszej* czy *osoby starsze potrafią cieszyć się życiem tak jak wszyscy inni ludzie*. Pokazują one, że nawet w większości negatywne wyobrażenia o starości zawierać mogą element pozytywny. Daje to nadzieję na powodzenie tworzonych w przyszłości programów edukacyjnych.

Poza definicją samej starości, kolejnym koniecznym do zdefiniowania pojęciem jest jej początek. Ze względu na brak parametru określającego zużycie organizmu powszechnie akceptowane jest ukończenie konkretnej liczby lat. W badaniach własnych taką definicję podało 41,7% seniorów i 56,6% studentów.

W naukach medycznych najczęściej uznaje się za Otto von Bismarckiem, że starość zaczyna się w chwili ukończenia 65. roku życia. Taka granica w moich

badaniach była częściej podawana przez studentów, niż seniorów (56,6% vs. 41,7%;  $p < 0,001$ ). Różnica ta może wynikać z posiadanej przez studentów wiedzy zdobytej podczas studiów. Badania prowadzono wprawdzie przez rozpoczęciem zajęć z zakresu geriatry/gerontologii, jednak ponieważ byli to studenci ostatniego roku studiów licencjackich, jest prawdopodobne, że elementy wiedzy o starzeniu i starości były omawiane również w ramach innych przedmiotów.

Osoby wskazujące na początek starości później niż w 65. roku życia zarówno wśród studentów, jak i seniorów były najstarsze ( $p < 0,001$ ). Rzeczywiście jak wskazują badania granica wyznaczająca początek starości przesuwa się w miarę upływu lat życia. Według analiz Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) osoby w wieku 25-34 lata wskazywały, że starość zaczyna się średnio około 62. r. ż., w wieku 45-54 lat – około 64. r. ż., a osoby powyżej 65 lat – później niż w 65 r. ż.<sup>133</sup>. W badaniach Florek-Płaszczek i wsp.<sup>128</sup> studenci najczęściej wskazywali na wiek pomiędzy 66. a 70. rokiem życia jako początek starości (44,3%), podczas gdy pracujące zawodowo pielęgniarki – po 76. roku życia (48,6%).

Nie wszyscy autorzy zgadzają się na definiowanie starości wiekiem kalendarzowym. W tym duchu rozpatrywać można opisowe definicje początku starości. W moich badaniach istotnie statystycznie częściej seniorzy niż studenci określali początek starości opisowo (58,3% vs. 43,4%;  $p < 0,001$ ). Sugeruje to, że dla analizowanych osób starszych liczba przeżytych lat ma mniejsze znaczenie, a większe to co oni indywidualnie rozumieją jako starość. Nie można wykluczyć, że w związku z negatywnymi stereotypami, związanymi z „byciem osobą w podeszłym wieku”, nie uznają oni „magicznej granicy” ukończenia konkretnej liczby lat i wolą raczej widzieć początek starości jako coś co po prostu zmienia stopniowo ich funkcjonowanie.

Jednak bez względu na sposób definiowania początku starości, nie da się zaprzeczyć postępującemu procesowi starzenia. Jego powszechność wymaga dostosowania systemu opieki zdrowotnej do zmieniających się potrzeb osób starszych. Już dzisiaj większość pacjentów gabinetów lekarskich to osoby starsze. Z drugiej strony, zgodnie z danymi pochodzącymi z badań Polska Starość,<sup>134</sup> podjętymi dla scharakteryzowania typowych potrzeb osób w wieku podeszłym, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie prawie 90% osób starszych korzystało z opieki ambulatoryjnej i domowej.

Opieka lekarza rodzinnego stanowi swojego rodzaju filar utrzymujący system opieki zdrowotnej. Do jej zadań oprócz diagnostyki i leczenia należy także promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja. Mając powyższe na uwadze, w moich badaniach skupiłam się również na starszym pacjencie jako podmiocie działań lekarza rodzinnego.

Prawie połowa badanych przez mnie osób starszych (47,1%) deklarowała, że potrzebowała wizyt lekarza rodzinnego średnio raz w miesiącu. Jednak byli też respondenci, którzy deklarowali, że w ciągu ostatniego roku wcale nie korzystali z porad – mężczyźni istotnie częściej niż kobiety;  $p < 0,05$ . Jest to zgodne z poglądem, że kobiety bardziej interesują się swoim zdrowiem i poświęcają mu więcej uwagi<sup>135</sup>.

Co piąta analizowana przez mnie osoba twierdziła, że nie była badana przez lekarza rodzinnego podczas wizyty, której celem było otrzymanie recepty (19,4%). Zjawisko przedłużania recept pacjantom starszym bez ich badania jest od lat szeroko dyskutowane. Na podstawie danych od ponad 15 tysięcy pacjentów norweskich, Straand J. i Rokstad K.S.<sup>136</sup>, zwrócili uwagę już ponad 15 lat temu pokazując, że im starszy pacjent tym rzadziej był badany przez lekarza, a leki zapisywane miały często w oparciu o prośbę przekazaną przez inną osobę lub telefonicznie. Taki sposób postępowania wiąże się z ryzykiem niepoprawnego leczenia, w tym stosowania zbyt dużej liczby leków<sup>137</sup>.

Średnia liczba pobieranych leków na stałe, w moich badaniach, wynosiła ponad 6 i zwiększała się z wiekiem. Analiza potencjalnej niepoprawności leczenia nie była elementem moich badań. Jednak w tym kontekście zacytować można badania Rajskiej-Neumann A. i Wieczorowskiej-Tobis K.<sup>138</sup>, oceniające leki przyjmowane przez 1000 osób starszych – średnia liczba stosowanych leków wynosiła ponad 6 (czyli podobnie do moich badań); u prawie 1/3 pacjentów stwierdzono potencjalną niepoprawność farmakoterapii.

Osoby starsze w moich badaniach rzadko były pytane przez lekarzy o typowe dla starości problemy. Ponad 75% nigdy nie było pytane o nietrzymanie moczu, a ponad 80% – o upadki i problemy z pamięcią. Co więcej, np. pomimo zgłoszenia problemów z pamięcią tylko rzadziej niż co dziesiąty chory (8,3%) miał wykonane badania przesiewowe w kierunku otępienia. Z jednej strony, wszystkie trzy wymienione problemy są częstą przyczyną niesprawności w starości<sup>139</sup>, a z drugiej –

podjęcie ich leczenia – nawet w przypadku nieuleczalności, może spowolnić postęp zmian, a więc wpłynąć na jakość życia nie tylko chorych, ale i ich opiekunów<sup>107</sup>. Ocena występowania wspomnianych problemów jest elementem kompleksowej oceny geriatrycznej<sup>140</sup>. Pokazano, że zastosowanie prostych narzędzi przesiewowych zmniejsza niedodiagnozowanie typowych patologii w geriatric – w przypadku zaburzeń funkcji poznawczych dwukrotnie, a np. bólu – aż ośmiokrotnie<sup>141</sup>. Właśnie użycie wspomnianych narzędzi jest jedną z podstawowych różnic pomiędzy klasycznym podejściem do chorego, a tzw. podejściem geriatrycznym. Stanowi więc podstawę postulowanej konieczności wprowadzenia opieki specjalnie dedykowanej osobom starszym.

W moich badaniach znaczna grupa studentów (89,7%) uważała, że osoby starsze wymagają szczególnej opieki zdrowotnej, a jednocześnie większość twierdziła, że opieka taka nie jest dostępna (83,3%). Według badań Florek-Płaszczek A. i wsp. podobnego zdania byli wszyscy ankietowani przez autorów studenci i 79,7% pracujących pielęgniarek<sup>128</sup>. W tym kontekście należy zdać sobie sprawę, że brak zapewnienia osobom starszym dostępu do holistycznej opieki powinien być traktowany jako przejaw dyskryminacji. Takie stanowisko prezentuje m. in. Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce<sup>142</sup>, zwracając uwagę na małą liczbę specjalistów geriatrii w kraju i niewielką liczbę oddziałów geriatrycznych.

Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest znane od lat. Już w 1999 roku Barakat K. i wsp. wskazywali, że chorzy po 70. roku życia z powodu zawału wymagający przewiezienia do szpitala, dłużej czekali na transport niż osoby młodsze<sup>143</sup>. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach co szósta osoba starsza zgłosiła, że była dyskryminowana ze względu na wiek w jednostkach ochrony zdrowia (14,9%). W badaniach Borowiec A.<sup>36</sup>, którymi objęto 1252 osób w wieku 50 i więcej lat, 9% respondentów zgłosiło, że doświadczyło np. odmowy wykonania badań, czy udzielenia pomocy medycznej, lub też ich dolegliwości przypisywano zaawansowanemu wiekowi. Niższy odsetek zgłaszanego ageizmu może w cytowanej pracy wynikać z młodszego wieku respondentów. W analizach Grzanki-Tykwińskiej A. i wsp.<sup>144</sup> nieco wyższy odsetek osób deklarował bycie podmiotem dyskryminacji w ciągu roku poprzedzającego badanie (16,0%). Jednak w artykule nie określono obszaru dyskryminacji; spodziewać się więc można, że tylko część przypadków dotyczy sektora

ochrony zdrowia. Z drugiej strony, badania własne nie mają ograniczenia czasowego, co z kolei potencjalnie zwiększa odsetek pozytywnych odpowiedzi respondentów.

Zarówno analizowani przeze mnie studenci, jak i seniorzy podawali przypadki odmowy podjęcia działań medycznych przez lekarza argumentowane zaawansowanym wiekiem. National Health Service w Wielkiej Brytanii przedstawił zestaw zasad postępowania wobec osób starszych stworzony przez ekspertów (*The National Service Framework for Older People*). Określa on m. in., że leczenie i opieka powinny być podejmowane na podstawie indywidualnej analizy każdego przypadku, a nie wyłącznie na podstawie wieku<sup>145</sup>.

W badaniach własnych prawie 1/5 seniorów (19,4%) była świadkami dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia. Jeszcze częściej widzieli zjawisko ageizmu studenci (29,3%;  $p < 0,001$ ). Zwraca uwagę, że studenci będący świadkami dyskryminacji częściej studiowali niestacjonarnie ( $p < 0,01$ ). Wydaje się prawdopodobnym, że osoby starsze nie zawsze chcą przyznać same przed sobą, że są dyskryminowane. Nie można też wykluczyć, że mogą bać się przyznać, że są dyskryminowane. Obie hipotezy, przynajmniej częściowo, znajdują potwierdzenie w badaniach Borowiec A.,<sup>36</sup> których respondenci częściej znali przykłady dyskryminacji niż byli jej przedmiotami (13% vs 9%,  $p < 0,01$ ). Podobnie było w przypadku moich badań ( $p < 0,01$ ). Baumann K.<sup>146</sup> rzeczywiście zwraca uwagę, że problemy takie, jak niedostosowanie systemu, czy zaniechania w procedurach, często pozostają nieujawnione przez dotknięte nimi osoby.

W moich badaniach zarówno osoby dyskryminowane jak i świadkowie dyskryminacji zgłaszali, że personel medyczny zwracał się do nich „*per babciu/dziadku*”. Chabiery A. i wsp.<sup>147</sup> opisują zjawisko języka infantylnego, „dziecinnego”, stosowanego często przez personel opiekujący się osobami starszymi. Utrwała on sposób myślenia o osobie starszej jako o kimś bezradnym i zależnym. Na inne problemy z komunikacją zwraca uwagę Koziarska-Rościszewska M.<sup>148</sup>. Jest to m. in.: niewłaściwe zwracanie się do chorego, używanie niezrozumiałych dla pacjenta pojęć i nieudzielanie seniorom informacji. Wśród możliwych powodów niewłaściwej komunikacji wymienia się nieuwzględnienie zagadnień dotyczących starości w



edukacji, w tym w programach kształcenia osób, które pracują i będą pracować z seniorami.

Wśród innych form dyskryminacji seniorzy w moich badaniach wymieniali niechęć lub odmowę kierowania na badania. Według analiz Centrum Innowacji Społecznej SIC, którymi objęto 400 mieszkańców Poznania w różnym wieku, 30,0% badanych twierdziło, że lekarze rodzinni nie poruszają tematu badań profilaktycznych, a 46,0% podawało, że nigdy lub tylko sporadycznie udaje im się uzyskać informacje o takich badaniach. Ponadto, co piąty senior zawsze lub często miał problem z uzyskaniem takiego skierowania. W kontekście tego niepokój budzi rola lekarza rodzinnego w profilaktyce zdrowotnej<sup>149</sup>.

Zarówno seniorzy, którzy byli dyskryminowani, jak i ci, którzy znali przykłady dyskryminacji, a także studenci w badaniach własnych, najczęściej jako osobę dyskryminującą wskazywali lekarza (odpowiednio: 75,0%, 51,5% i 64,5%). Drugą stosunkowo często dyskryminującą osobą była pielęgniarka (odpowiednio: 23,1%, 33,8% i 22,5%). We wszystkich przypadkach miejscem wystąpienia zdarzenia był najczęściej oddział szpitalny (odpowiednio: 44,2%; 48,5%; 47,9%).

Jedną z przyczyn ageizmu w kontaktach lekarzy z chorymi może być brak geriatry w programach kształcenia lekarzy zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego<sup>142</sup>. Od wielu już lat przedmiot ten jest obowiązkowy w edukacji pielęgniarek i fizjoterapeutów. W badaniach Centrum Innowacji Społecznej SIC przeprowadzonych metodą zogniskowanych wywiadów grupowych, seniorzy skarżyli się na agresję werbalną ze strony lekarzy, upokarzające komentarze, czy brak informacji o diagnozie<sup>149</sup>. Są to więc skargi podobne do tych zgłaszanych przez respondentów moich badań.

Ciekawe są analizy determinant postawy lekarzy wobec seniorów. Leung S. i wsp.<sup>150</sup> przy zastosowaniu *Fraboni's Scale of Ageism*<sup>151</sup> stwierdzili, że lepszą postawą charakteryzowały się kobiety, osoby po 30. Roku życia, a także te, które na co dzień pracowały z osobami starszymi i miały większe doświadczenie (co najmniej 10-letnie). Niestety, przedstawiona skala nie jest dostępna w polskiej wersji językowej, a w

związku z tym nie ma polskich badań z wykorzystaniem ww. skali. Prowadzenie w przyszłości takich badań mogłoby stanowić wskazówki ukierunkowujące edukację<sup>152</sup>.

W badaniach własnych częściej niż co piąta osoba starsza twierdziła, że zdarzyło się, iż lekarz dolegliwości lub objawy chorobowe przypisywał starości (22,0%). Osoby te miały częściej negatywny obraz starości w stosunku do pozostałych ( $p < 0,001$ ). Te dwa zjawiska mogą mieć ze sobą związek. Możliwe jest, że informacja o wieku jako przyczynie problemów medycznych, przekłada się na postrzeganie starości, choć potwierdzenie tego nie jest możliwe na podstawie moich badań. Rzeczywiście jak twierdzi Kagan S. H.<sup>153</sup> (za Levy B. R.<sup>154</sup>), osoby starsze nie są odporne negatywną wizję starości. Myśląc o stereotypach mogą mieć przekonanie, że starość zwiększa ryzyko problemów zdrowotnych, w czym utwierdzają ich niektórzy lekarze.

Zjawisko tłumaczenia objawów wiekiem przez personel medyczny jest uważane za wynik niewłaściwej edukacji. W odniesieniu do pielęgniarek i lekarzy pojawia się ono jako jeden z elementów oceny dyskryminacji w 20 punktowej Skali Agizmu Palmora (*Palmore's Ageism Survey*). W pierwszych badaniach tego autora opublikowanych w 2001 roku (zbadano 84 osoby w wieku 60 i więcej lat) był to najczęściej zgłaszany incydent dyskryminacji w odniesieniu do pojedynczego zdarzenia – mówiło o tym 24,0% respondentów. Częściej niż jednokrotnie z problemem miało do czynienia oklejne 19,0% z nich<sup>155</sup>. W późniejszych badaniach (2004) tego samego autora porównujących ageizm wśród mieszkańców Kanady (375 osób; wiek: co najmniej 50 lat) i USA (152 osoby, wiek: co najmniej 60 lat) na problem ten w sensie pojedynczego zdarzenia wskazywało 16,0% Kanadyjczyków i 22,0% Amerykanów, a jako częstszy – odpowiednio: 33,0% i 20,0%. W sumie więc na to zjawisko zwracał uwagę prawie co drugi Kanadyjczyk i nieco mniejszy odsetek Amerykanów<sup>156</sup>.

Odsetek ten jest więc znacznie wyższy, niż obserwowany w moich badaniach (22,0%). Należy podkreślić, że cytowane badania były wykonane ponad 10 lat temu. Jednak również późniejsze analizy McGuire S.L. i wsp.<sup>157</sup>, wykonane z użyciem *Palmore's Ageism Survey* (grupa 257 Amerykanów w wieku co najmniej 60 lat) pokazują znacznie częstsze zgłaszanie problemu (40,5% co najmniej jako zjawisko jednorazowe). Przyczyny mniejszej częstości zgłaszania tej formy dyskryminacji przez

moich respondentów można upatrywać w nieco innym modelu badawczym. Cytowane analizy dotyczą dyskryminacji przez lekarza i pielęgniarkę, a w moich badaniach pytanie o tłumaczenie objawów wiekiem dotyczyło tylko lekarzy. Z drugiej strony nie można wykluczyć mniejszej wrażliwości moich respondentów na oceniany problem lub mniejszej chęci do jego zgłaszania – na taką możliwość w przypadku obserwowania różnic wskazuje Palmore E.<sup>156</sup>

Nie można ograniczać się do myślenia, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek jest tylko problemem osób starszych. Mając na uwadze wzrost liczby osób starszych w populacji oraz fakt, że w przyszłość sami będziemy seniorami należy podejść do tego problemu globalnie. Z badań własnych wynika, że dla 60,9% osób starszych zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny. Częściej byli to seniorzy hospitalizowani na oddziale rehabilitacji, niż mieszkający w środowisku ( $p < 0,01$ ). Wynikać to może z większej ich niesprawności, choć nie potwierdzają tego wyniki analiz dotyczące bycia podmiotem dyskryminacji lub jej świadkiem. Jednak w związku z przeprowadzaniem badania w placówce ochrony zdrowia nie można wykluczyć, że nie wszyscy chcieli o dyskryminacji mówić<sup>156</sup>.

Badani przez mnie studenci rzadziej niż seniorzy widzieli dyskryminację jako problem społeczny (50,2%,  $p < 0,01$ ). W analizie wieloparametrowej wykazano, że studenci ci byli starsi w stosunku do pozostałych ( $p < 0,05$ ), częściej studiowali w systemie niestacjonarnym ( $p < 0,001$ ) i częściej byli świadkami dyskryminacji ( $p < 0,001$ ). Wydaje się jasne, że osoby, które były świadkami dyskryminacji częściej widzą ją jako problem. Potwierdzają to moje badania wykonane u seniorów, w których analiza wieloparametrowa pokazała związek postrzegania dyskryminacji jako problemu przez tych, którzy byli świadkami dyskryminacji ( $p < 0,05$ ) lub jej podmiotami ( $p = 0,000$ ). Częstsze postrzeganie dyskryminacji jako problemu społecznego wśród studentów studiów niestacjonarnych może wynikać z posiadania własnych obserwacji z pracy, co uzasadnia również starszy wiek tych studentów, a więc dłuższe doświadczenie zawodowe.

Ocenę postrzegania dyskryminacji jako problemu w społeczeństwie polskim wykonała Stypińska J.<sup>158</sup> na podstawie wyników Europejskiego Sondażu Społecznego.

Przeanalizowała ona odpowiedzi 1619 osób w wieku co najmniej 15 lat. Pokazała, że dyskryminację jako bardzo poważny problem widziało 12,0% z nich, a kolejne 40,0% – jako raczej poważny problem. Co ciekawe, tylko 2,0% respondentów twierdziło, że w Polsce nie ma dyskryminacji ze względu na wiek.

Zwrócić trzeba jednak uwagę, że w analizach autorkę interesowała dyskryminacja ze względu na wiek w szerszym pojęciu, a nie tylko w sektorze ochrony zdrowia. Z drugiej strony w cytowanej pracy nie przedstawiono analiz wieku, a wobec tego, że uwzględniono w niej również osoby niepełnoletnie, analiza obejmować może również inną formę dyskryminacji, a więc bycie na coś „za młodym”.

Podsumowując, dyskryminacja ze względu na wiek jest powszechnie obecna w polskim systemie ochrony zdrowia. Biorąc pod uwagę różne jej formy, zarówno bezpośrednią czyli taką, której doświadczają seniorzy, jak i pośrednią – odnoszącą się do braku zapewnienia im opieki, można stwierdzić, że dotyczy ona wszystkich lub zdecydowanej większości z nich.

Już od lat zwraca się uwagę na konieczność eliminacji ageizmu. Palmore E.<sup>159</sup> zauważył, że za jego rozpowszechnienie w sektorze ochrony zdrowia mogą być odpowiedzialni nieświadomie nawet sami geriatrzy i gerontolodzy, którzy definiując starość i starzenie wprowadzają do języka wiele słów o znaczeniu negatywnym takich jak: deterioracja, kruchość, niesprawność. Ponad 40 lat temu wśród prób eliminacji dyskryminacji ze względu na wiek Bytheway B.<sup>160</sup> wskazywał na konieczność odwrócenie się od używania określeń, które kojarzą się z zależnością od innych w kontekście starości. Jednocześnie podkreślał on, aby nie traktować wieku jako wyznacznika nadającego status jednostce.

Niestety, według badań własnych, postulaty te nadal nie zostały spełnione, a starość wciąż wiąże się z negatywnymi stereotypami. Zapobieganie takim stereotypom wymaga zmian w systemie wartości, a więc przygotowania do starości już od najmłodszych lat, co umożliwiłoby lepsze zrozumienie seniora i jego potrzeb na tle społecznym, kulturowym i ekonomicznym. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do danych mówiących, że zjawisko ageizmu ma negatywny wpływ na długowieczność i zdrowe starzenie<sup>156</sup>, a pozytywna wizja starości jest korzystna dla zdrowia i funkcjonowania osoby starszej.<sup>153</sup>

## 6. Wnioski

1. Zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia zgłaszała co 6. osoba po 60. roku życia. Dodatkowo co 5. senior i co 3. student był jej świadkiem. Zjawisko to nie jest więc odosobnione.
2. Ponad połowa ankietowanych twierdziła, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia, stanowi problem społeczny – częściej badane osoby starsze niż studenci.
3. Najczęściej, zarówno w opinii podmiotów dyskryminowanych (osób starszych) jak i świadków dyskryminacji (osób starszych i studentów), osobą dyskryminującą był lekarz, a miejscem tego zdarzenia oddział szpitalny.
4. Wśród seniorów bycie dyskryminowanym oraz bycie świadkiem dyskryminacji wiązało się z negatywnym obrazem starości oraz poglądem, że zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek stanowi problem społeczny.
5. Wśród studentów bycie świadkiem dyskryminacji dotyczyło częściej studentów studiów niestacjonarnych.
6. Według deklaracji seniorów analizowane problemy medyczne (nietrzymanie moczu, upadki, zaburzenia funkcji poznawczych) nie stanowiły części wywiadu przeprowadzonego przez lekarzy rodzinnych. Z drugiej strony częściej niż co 3. osoba, u której problem występował nie informowała o tym lekarza.

## 7. Streszczenie

Kondycja zdrowotna, sytuacja materialna osób starszych oraz uwarunkowania makroekonomiczne mają istotny wpływ na zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia. Celem pracy jest charakterystyka tego zjawiska z perspektywy studentów WNoZ i seniorów.

Badanie przeprowadzono w oparciu o kwestionariusz ankiety. Respondentami były osoby starsze, stanowiące potencjalny przedmiot dyskryminacji oraz studenci – pracownicy sektora ochrony zdrowia, przyszli - w przypadku studentów studiów stacjonarnych, oraz obecni – studiów niestacjonarnych. Jeśli chodzi o seniorów, to włączono do badań 350 osób (269 kobiet [K] i 81 mężczyzn [M]; średnia wieku:  $73,1 \pm 7,3$  lat) co najmniej 60-letnich mieszkających we własnych domach. Do grupy drugiej zakwalifikowano 576 studentów (536 K i 40 M; średnia wieku:  $29,5 \pm 8,9$  lat) kierunków: Pielęgniarstwo i Fizjoterapia (studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych).

Wśród seniorów 14,9% było podmiotami dyskryminacji. Najczęściej osobą dyskryminującą w placówkach ochrony zdrowia był lekarz, następnie pielęgniarka (75,0% i 23,1%). Nieco częściej seniorzy byli świadkami dyskryminacji (19,4%). Jednak i w tym przypadku skarżono się przede wszystkim na lekarza i pielęgniarkę (51,5% i 33,8%). Negatywny obraz starości występował porównywalnie często u osób, które były dyskryminowane lub były świadkami dyskryminacji i u pozostałych. W obu przypadkach do zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek najczęściej dochodziło na oddziale szpitalnym (44,2%; 48,5%).

Osoby badane najczęściej deklarowały, że odwiedzały lekarza rodzinnego raz w miesiącu (47,1%), ale byli też respondenci, którzy deklarowali, że w ciągu ostatniego roku w ogóle nie byli w poradni lekarza rodzinnego (M częściej nie korzystali z wizyt: 7,4% vs. 1,9%;  $p < 0,05$ ). Częściej niż co piąty badany twierdził, że zdarzyło się, iż lekarz przypisywał jego dolegliwości lub objawy chorobowe starości ( $n=77$ ; 22,0%). Według deklaracji 75,5% nigdy nie było pytanych przez lekarza rodzinnego o występowanie nietrzymania moczu. Spośród tych osób, aż 31,3% twierdziło, że problem u nich występuje, a 40% z nich nigdy nie poinformowało lekarza o istnieciu

problemu. Jeśli chodzi o problemy z pamięcią, to odsetek ten wynosił odpowiednio: 83,5%, 33,6% i 37,9%), a dla upadków: 83,2%; 35,6% i 47,5%.

Częściej niż seniorzy świadkami dyskryminacji byli studenci (29,3%,  $p < 0,001$ ), przy czym studenci studiów niestacjonarnych częściej niż stacjonarnych (33,1% vs. 22,8%;  $p < 0,01$ ). Również i w tym przypadku osobą dyskryminującą był najczęściej lekarz lub pielęgniarka (64,5% i 22,5%), a miejscem oddział szpitalny (47,9%).

Podsumowując, z przeprowadzonych badań wynika, że konieczne jest podjęcie kroków mających na celu walkę z dyskryminacją ze względu na wiek w ochronie zdrowia. Jednocześnie należy zdać sobie sprawę, że brak podejmowania jakichkolwiek działań zapewniających osobom starszym holistyczną opiekę powinien być również traktowany jako przejaw dyskryminacji. Jest więc ona zjawiskiem o wiele częstszym w stosunku do przypadków zgłaszanych przez respondentów.

Słowa kluczowe: starość, dyskryminacja, ageizm, sektor ochrony zdrowia.

## 8 Abstract

### Age-discrimination of elderly in the Polish health care system

The health condition, financial situation and macroeconomic factors have a significant influence on the phenomenon of discrimination based on age in the area of health care. The purpose of this work is to characterize the phenomenon from the perspective of the students of the Faculty of Health Sciences (WNoZ) and seniors.

The study was based on a questionnaire. The respondents were the elderly, who were the potential subject of discrimination and students — future workers in the health sector (in the case of full-time students) and present workers (part-time students). When it comes to seniors, 350 patients were enrolled (269 females [F] and 81 males [M], mean age:  $73.1 \pm 7.3$ ) at least at the age of 60, living in their own homes. The second group included 576 students (536 F and 40 M, mean age:  $29.5 \pm 8.9$ ) of: Nursing and Physiotherapy (full-time and part-time studies).

Among the elderly, 14.9% were subjects of discrimination. The doctor was tagged as the most frequently discriminating person in health care setting, then the nurse (75.0% and 23.1%). Slightly more often, seniors witnessed discrimination (19.4%). However, in this case there were mainly complaints about the doctor and the nurse (51.5% and 33.8%). The negative image of old age occurred relatively frequently among people who have been discriminated or have witnessed discrimination against others. In both cases, discrimination on grounds of age usually occurred in a hospital ward (44.2%, 48.5%).

The respondents most frequently stated that they visited a family doctor once a month (47.1%), but there were also respondents who stated that they did not at all visit a GP practice previous year (M likely not to benefit from visits: 7.4% vs. 1.9%,  $p < 0.05$ ). More than one in five respondents claimed that it happened that the doctor attributed ailments or symptoms to their old age ( $n=77$ , 22.0%). According to a statement, 75.5% respondents were never asked by their family doctor about symptoms of urinary incontinence. 31.3% of these people claimed to have the symptoms and 40% of them had never informed the doctor about the problem. When it comes to memory



problems, the percentages were respectively 83.5%, 33.6% and 37.9%, and for the falls: 83.2%, 35.6% and 47.5%.

Apart from seniors, students witnessed discrimination more often (29.3%,  $<0.001$ ), while part-time students witnessed it more frequently than full-time students (33.1% vs. 22.8%,  $p < .01$ ). Also in this case, the doctor and the nurse were the most discriminating persons people (respectively 64.5% and 22.5%), and the place was a hospital ward (47.9%).

In conclusion, the study shows that it is necessary to take measures to prevent discrimination on grounds of age in health care. At the same time one should realize that not taking any action to ensure the holistic care of the elderly should also be regarded as discriminatory. So, the phenomenon is much more frequent than just reported by the respondents.

Keywords: aging, discrimination, ageism, the health care sector.

## 9. Piśmiennictwo

---

1. Łukomska A., Szrajda J., Nowakowska I. Satisfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol.* 2012; 20(2): 68–72.
2. Rowe J.W., Kahn R.I., Human aging: Usual and succesful. *Science* 1987; 237: 143-149.
3. Comfort A. Dlaczego się starzejemy. *Omega* 1968.
4. Wieczorowska-Tobis K. Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Pol Arch Med Wewn* 2008;118 (Suppl): 63-69.
5. Kirkwood T. Co skrywa nazwa. W: *Czas naszego życia. Charaktery*, Kielce 2005: 39-56.
6. Książek K. Ewolucyjne teorie starzenia się. W: *Biogentorologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN. 2009: 19-32.
7. Simone de Beauvoir. *Starość i biologia*. W: *Starość*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011: 21-44.
8. Eurostat, 2010, Proportion of population aged 65 and over, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00028>
9. GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2002, dane dostępne na stronie internetowej [http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_648\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_648_PLK_HTML.htm)
10. Giannakouris K. Regional population projections EUROPOP 2008: Most EU regions face older population profile in 2030. [www.epp.eurostat.ec.europa.eu](http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu)
11. GUS (Główny Urząd Statystyczny), Prognoza ludności na lata 2008–2035 Departament badań demograficznych, Warszawa 2009, dane dostępne na stronie internetowej [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL\\_L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf)
12. Zdziebło K. Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. *Studia Medyczne* 2008; 9: 63-69.
13. Wieczorowska-Tobis K., Kropińska S. Kto jest pacjentem geriatrycznym? *Opieka geriatryczna w Polsce*. W: *Jakrzewska-Sawińska A. (red.): Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy*.

---

Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum domowe”, Poznań 2011: 8-15.

14. Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy. *Geriatrics* 2009; 3: 12-16.

15. Vilches-Moraga A., O'Neill D., Mair A. EUGMS Members – National Societies. W: *Developing geriatric medicine in the European Union*. 2011: 13-58.

16. Edukacja antydyskryminacyjna – Wiedza. W: *Edukacja antydyskryminacyjna*. Branka M., Cieślakowska D. (red.). Villa Decius 2010 66-186.

17. Sizeism is becoming a weighty issue for Americans in the workplace. *Business Insider*. [http://articles.businessinsider.com/2012-03-05/news/31123267\\_1\\_discrimination-sondra-solovay-rebecca-puhl](http://articles.businessinsider.com/2012-03-05/news/31123267_1_discrimination-sondra-solovay-rebecca-puhl) [odczyt: 05.03.2012]

18. Dyrektywy Rady Unii Europejskiej 2000/43/WE; Dyrektywy Rady Unii Europejskiej 2000/78/WE.

19. Przeciwdziałanie Dyskryminacji. Projekt edukacyjny: Ochotnicze hufce pracy w przeciwdziałaniu dyskryminacji i związanej z nią przemocy. Zwoleń 2008 r. Projekt współfinansowany ze środków Departamentu ds. Kobiet, Rodziny i Przeciwdziałania Dyskryminacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej 2008: 1-17.

20. Buniewicz A. Dyskryminacja seniorów – prawda czy mit? <http://www.zycie.senior.pl/147,2,Dyskryminacja-seniorow-8211-prawda-czy-mit,4645.html> [odczyt 11.10.2008]

21. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997.

22. Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej. 2010: C 83/396. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:PL:PDF>

23. Kropińska S., Zasadzka E., Wieczorowska-Tobis K. Dyskryminacja osób w wieku podeszłym w placówkach służby zdrowia. W: *Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie*. Talarska D., Wieczorowska-Tobis K.(red.). Wydawnictwo UM Poznań 2009: 51-60.

24. Palmore E.: *Ageism: negative and positive*. Springer Publishing Company, New York 1990: 219.

- 
25. Baytheway B. Ageism. Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 1995: 143.
26. Nicoel-Urbanowicz J. Ageizm i dyskryminacja ze względu na wiek. Niebieska Linia 2006; 6.
27. Postawy wobec starzenia. W: Kirkwood T: Czas naszego życia. Charaktery 2005: 29-38.
28. Levy, B. R., Banaji M. R.: Implicit ageism. W: Nelson T. (red.): Ageism: stereotypes and prejudice against older persons. MIT Press, Cambridge 2002: 49-75.
29. Baytheway B. Ageism and age categorization. Journal of Social Issues, 2005; 61(2): 361-374.
30. Dozois E. Ageism: A review of the literature. Calgary Health Region, Healthy Aging Committee May 2006.
31. Szukalski P. Ageizm – przyczyny, przejawy, konsekwencje. W: Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią. Kowaleski T., Szukalski P. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2008: 153-184.
32. Kite M. E., Wagner L. S. Attitudes toward older adults. W: Stereotyping and prejudice against older persons Nelson T. (red.). Cambridge, MA: MIT Press, 2002: 129–161.
33. O'Connor B. P., Rigby H. Perceptions of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. Psychology and Aging 1996; 11: 147–154.
34. Szukalski P. Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek. W: Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012: 139-178.
35. Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Szatur-Jaworska B. (red.). biuro Rzecznika Prawa Obywatelskich, Warszawa 2008.
36. Borowiec A. Analiza i opracowanie statystyczne badania sondażowego na temat dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek. W: Głos osób starszych. Siła przyszłości!. Forum 50+, Warszawa 2006: 77-102.

- 
37. Łuczak M. Prezentacja wyników badania przeprowadzonego przez Forum 50 +. W: Głos osób starszych. Siła przyszłości!. Forum 50+, Warszawa 2006: 103-109.
38. Twardowska-Rajewska J. Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze ochrony zdrowia. W: praca zbiorowa Co wiemy o dyskryminacji ze względu na wiek? ARFwP, Warszawa 2005: 48-58.
39. Prawo do bycia godnie traktowanym. W: Prawa człowieka. Poradnik dla osób starszych, Trociuk S.(red.). Biuletyn PRO. 2012; 72: 35-43.
40. Nazarko L. The national service framework standards. W: Managing a quality service (Care management seria). Heinemann Education Publishers 2004: 14-22.
41. Bień B., Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: I. Nietrzymanie moczu. Med Rodz 2000; 2: 45-46.
42. Wojszel B., Bień B.: Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. Prz Lek 2002; 59: 216 – 221.
43. Wieczorowska-Tobis K. Specyfika starszego pacjenta. W: Geriatria i gerontologia, PZWL 2008: 18-27.
44. Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. Wielkie zespoły geriatryczne jako przyczyna niesprawności w starości. W: Różne oblicza starości. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.) Wydawnictwo UM Poznań 2011: 25-34.
45. Skalska A., Wizner B., Klich-Rączka A. i wsp. Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce. Złamania bliższego końca kości udowej i endoprotezo plastyka stawów biodrowych. W: POLSENIOR Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), Termedia 2012: 275-294.
46. Milat A. J., Watson W. L., Monger C., Barr M., Giffin M., Reid M. Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey. NSW Public Health Bulletin, 2011; 22(3-4): 43-48.
47. Lin C-H, Liao K-C., Pu S-J., Chen Y.C., Liu M.S. Associated factors for falls among the community-dwelling older people assessed by annual geriatric health examinations. PLoS One 2011; 6(4): e18976.

- 
48. Mary B. King. Falls Part III. Geriatric syndromes hazard's geriatric medicine and gerontology, 6e Chapter 54. (odczyt 12.04.2012).
49. Panel on prevention of falls in older persons, American geriatrics society and british geriatrics society. Summary of the updated American geriatrics society/British geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J. Am Geriatr. Soc* 2011; 59: 148–157.
50. Forrest G., Huss S., Patel V. i wsp.: Falls on an inpatient rehabilitation unit: risk assessment and prevention. *rehabilitation nursing*, 2012; 37(2): 56-61.
51. Balash, Y., Peretz C., Leibovich G. Herman T., Hausdorff J.M., Giladi N. Falls in outpatients with Parkinson's disease: frequency, impact and identifying factors. *J Neurol* 2005. 252(11): p. 1310-5.
52. Wood B., Bilclough J., Bowron A., Walker R. Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry* 2002; 72: 721—725.
53. Schaafsma, J. D., Giladi N., Balash Y. Bartels A. L., Gurevich T., Hausdorff J. M. Gait dynamics in Parkinson's disease: relationship to Parkinsonian features, falls and response to levodopa. *J Neurol Sci* 2003. 212(1-2): 47-53.
54. Korpelainen R., Korpelainen J., Heikkinen J., Väänänen K., Keinänen-Kiukaanniemi S. Lifelong risk factors for osteoporosis and fractures in elderly women with low body mass index-A population-based study. *Bone* 2006. 39(2): p. 385-391.
55. Woolcott J. C., Richardson K. J., Wiens M. O. i wsp.: Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009; 169 (21): 1952-1960.
56. Wojszel B., Biń B., Przydatek M. Wielkie problemy geriatryczne: II Upadki. *Medycyna Rodzinna* 2001; 2: 83-86.
57. Bielak E., Doroszkiewicz H. Zadania dla pielęgniarkei. Upadki – wielki problem. *Mag Pielęg Położ* 2007; 5: 16.
58. Seematter-Bagnoud L., Wietlisbach V., Yersin B. Büla C. J. Healthcare utilization of elderly persons hospitalized after a non injurious fall in a Swiss academic medical center. *The American Geriatrics Society* 2006; 54: 891–897.

- 
59. Centers for disease control and prevention. Fatalities and injuries from falls among older adults – United States, 1993-2003 and 2001-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55: 1221-1224.
60. Bosacka M., Józwiak A., Wieczorowska-Tobis K. Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych na oddziale dziennym psychogeriatrycznym. *Geriatrics* 2010; 4: 81-85.
61. Szczerbińska K. Okoliczności i czynniki ryzyka upadków powtarzających się i występujących sporadycznie w domach pomocy społecznej. *Gerontol Pol* 2011;19(3-4):161-170.
62. Szczerbińska K., Żak M., Ziolkiewicz A. role of method of implementing multi-factorial falls prevention in nursing home for elderly persons. The UNESSE project. *Aging Clin Exp Res* 2010; 22: 261.
63. Danette A., Kinsley T. L., Waszinski Ch. Journey to a safe environment: fall prevention in an emergency department at a level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing*. 2013 Feb 1. pii: S0099-1767(12)00550-8. doi: 10.1016/j.jen.2012.11.003.
64. Skalska A. Omdlenia i upadki u osób starszych – co lekarz rodzinny powinien wiedzieć. *Przew Lek* 2006; 10: 68-77.
65. Skalska A., Żak M. Upadki – ocena ryzyka, postępowanie prewencyjne. *Standardy Medyczne* 2007; 4(2):, 167-174.
66. Podsiadlo D, Richardson S. The timed „up and go”: A test of basic functional mobility for frail elderly person. *J Am Geriatr Soc* 1991, 39: 142-148.
67. Vellas B. J., Wayne S. J., Romero L. i wsp. One-leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:735–738.
68. Skalska A., Gałaś A. Upadki jako czynniki ryzyka pogorszenia stanu funkcjonalnego w starszym wieku. *Gerontol Pol* 2011; 19, 3–4: 150–160.
69. Tinetti M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119–126.

- 
70. Berg K. O., Wood-Dauphine'e S. L., Williams J. I. Maki B: Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health*. 1992;83(suppl 2): S7–S11.
71. Wieczorowska-Tobis K.: Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics* 2010, 4, 247-251.
72. Żak M., Swine Ch., Grodzicki T.: Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalised and free-living frail elderly (double-blind, randomised clinical trial)". *BMC Public Health*,2009; 9(39): <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/39>.
73. Główny Urząd Statystyczny <http://www.stat.gov.pl/gus>.
74. Bień B., Wojszel Z. B., Wilmańska J. i wsp. Epidemiologiczna ocena rozpowszechniania niesprawności funkcjonalnej u osób w późnej starości a świadczenie opieki. *Gerontol Pol* 1999; 7(2): 42-47.
75. Wojszel Z. B., Bień B. Rozpowszechnienie wielkich zespołów geriatrycznych w populacji osób w późnej starości – wyzwanie dla podstawowej opieki zdrowotnej. *Przeg Lek* 2002; 59(4-5); 216-221.
76. Jackson R. A., Vittinghoff E., Kanaya A. M. Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging, and body composition study. *Obstet Gynecol* 2004; 104(2): 301-307.
77. Anger J. T., Saigal C. S., Pace J. Rodríguez L. V., Litwin M. S. True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents. *Urology* 2006 ; 67(2): 281-287.
78. Gavira Iglesias F. J., Caridad y Ocerín J. M., Pérez del Molino Martín J. i wsp. Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 55 :M207-214.
79. Anger J. T., Saigal C. S., Stothers L. Rodríguez L. V., Litwin M. S. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling men: results from the National Health and Nutrition Examination survey. *J Urol* 2006; 176: 2103-2108.
80. Anger J. T., Saigal C. S., Litwin M. S. The prevalence of urinary incontinence among community dwelling adult women: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Urol* 2006; 175: 601-604.



- 
81. Hannestad Y. S., Lie R. T., Rortveit G., Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004; 329(7471): 889-891.
82. Botros S. M., Sand P. Urinary incontinence – Part I: Evaluation. *Menopause management* 2004: 23-28.
83. Rortveit G., Daltveit A. K., Hannestad Y. S., Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(5): 1268-1274.
84. Findik R. B., Unluer A. N., Sahin E., Bozkurt O. F., Karakaya J., Unsal a. urinary incontinence in women and its relation with pregnancy, mode of delivery, connective tissue disease and other factors. *Adv Clin Exp Med* 2012 Mar-Apr;21(2):207-213.
85. Hannestad Y. S., Rortveit G., Daltveit A. K., Hunskaar S. Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. *BJOG* 2003; 110: 247-254.
86. Subak L. L., Johnson C., Whitcomb E., Boban D., Saxton J., Brown J.S. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13: 40-43.
87. Ackermann R. J. Choroby dróg moczowych. W: *Geriatrics*. Rosental T., Naughton B., Williams (red.) Czelej 2009: 213-239.
88. Borowicz A. M., Wieczorowska-Tobis K. Metody fizjoterapeutyczne w leczeniu nietrzymania moczu. *Gerontol Pol* 2010; 18: 114–119.
89. Borello-France D. Management of urinary incontinence in women and men. w: *geriatric physical therapy, third edition*. Elsevier Inc 2012: 382-394.
90. Vaughan C. P., Juncos J. L., Burgio K. L. Behavioral therapy to treat urinary incontinence in Parkinson disease. *Neurology* 2011; 76: 1631-1634.
91. Nicholson N. R. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *Prim Prev* 2012; 33: 137-152.

- 
92. Coyne K. S., Kvasz M., Ireland A. M., Milsom I., Kopp Z.S., Chapple C.R. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol* 2012; 61: 88-95.
93. Fultz N. H., Rahrig Jenkins K., Østbye T., Taylor D. H. , Kabeto M. U., Langa K. M. The impact of own and spouse's urinary incontinence on depressive symptoms. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2537-2548.
94. Moore E. E., Jackson S. L., Boyko E. J., Scholes D., Fihn S. D. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. *Obstet Gynecol* 2008; 11: 317-323.
95. Takazawa, K., Arisawa K. Relationship between the type of urinary incontinence and falls among frail elderly women in Japan. *The Journal of Medical Investigation* 2005;.52: 165-171.
96. Tilvis R. S., Hakala S. M., Valvanne J., Erkinjuntti T. Urinary incontinence as a predictor of death and institutionalization in a general aged population. *Arch Gerontol Geriatr* 1995; 21: 307-315.
97. Seino S., Yabushita N., Kim M. J. Physical performance measures as a useful indicator of multiple geriatric syndromes in women aged 75 years and older. *Geriatr Gerontol Int* 2013.
98. Stuart-Hamilton I. A. Normal cognitive aging. W: *Geriatric medicine and Gerontology*, Tallis R. C., Fillit H. M. (red.), Churchill Livingstone 2003; 12:125-142.
99. Ceresini G., Lauretani F., Maggio M. i wsp. Thyroid function abnormalities and cognitive impairment in the elderly. results of the InCHIANTI study. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 89–93.
100. Fiss T., Thyrian J. R., Fendrich K. van den Berg N., Hoffmann W. Cognitive impairment in primary ambulatory health care: pharmacotherapy and the use of potentially inappropriate medicine. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2013; 28(2): 173-181.
101. Jyrkkä J., Enlund H., Lavikainen P., Sulkava R., Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011; 20: 514-522.

- 
102. Folstein M. F, Folstein S. E., McHugh P. R.: "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res* 1975; 12: 189–198.
103. Benson A. D., Slavin M. J., Tran T. T., Petrella J. R., Doraiswamy P. M. Screening for early Alzheimer's disease: is there still a role for the mini-mental state examination? *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry* 2005; 7: 62–69.
104. Wilmańska J., Gułaj E. Ocena zaburzeń funkcji poznawczych osób starszych — próba porównania poszczególnych metod przesiewowych. *Gerontol Pol* 2008; 16: 111–118.
105. Kokmen E., Naessens J. M., Offord K. P. A short test of mental status: description and preliminary results. *Mayo Clin. Proc.* 1987; 62: 281–288.
106. Mungas D., Marshall S. C., Weldon M., Haan M., Reed B. R. Age and education correction of Mini-Mental State Examination for English- and Spanish-speaking elderly. *Neurology* 1996; 46: 700-706.
107. Józwiak A., Wiśniewska J., Wieczorowska-Tobis K. Zaburzenia pamięci u osób starszych oceniane testem Mini Mental Scale (MMS). Test MMS u osób w wieku podeszłym. *Gerontol Pol* 2000; 8: 46-50.
108. Wieczorowska-Tobis K., Józwiak A. Zaburzenia funkcji poznawczych jako przyczyna niesprawności funkcjonalnej w starości. W: *Wyzwania ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo, geriatrya, sekretariat medyczny w aspekcie etyki, opieki medycznej i zarządzania.* Baum E., Staszewski R. (red.) *Agrainvest* 2009: 153-165.
109. Morris M. S., Jacques P. F., Rosenberg I. H., Selhub J. Folate and vitamin B-12 status in relation to anemia, macrocytosis, and cognitive impairment in older Americans in the age of folic acid fortification. *Am J Clin Nutr* 2007;85:193–200.
110. Muangpaisan W., Petcharat C., Srinonprasert V. Prevalence of potentially reversible conditions in dementia and mild cognitive impairment in a geriatric clinic. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 59–64.
111. Petersen R. C., Thomas R. G., Grundman M. i wsp. Vitamin E and Donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *The New England Journal of Medicine (n engl j med)* 2005; 352 :2379-2388.

---

112. Lautenschlager N. T., Cox K. L., Flicker L. i wsp. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease. *JAMA*, 2008; 300: 1027-1037A.

113. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce – projekt POLSENIOR (<http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/dr-mac582gorzata-mossakowska-aspekty-medyczne2c-psychologiczne2c-socjologiczne-i-ekonomiczne-starzenia-sie-ludzi-w-polsce-e28093-projekt-polsenior.pdf>)

114. Geroldi C., Ferrucci L., Bandinelli S. Mild cognitive deterioration with subcortical features: prevalence, clinical characteristics, and association with cardiovascular risk factors in community-dwelling older persons (The InCHIANTI Study). *JAGS* 2003; 51:1064–1071.

115. Wee L. E. Yeo W. X., Yang G. R. Individual and area level socioeconomic status and its association with cognitive function and cognitive impairment (low mmse) among community-dwelling elderly in singapore. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra* 2012; 2: 529–542.

116. Rowe M. A., Fehrenbach N. Injuries sustained by community-dwelling individuals with dementia. *Clin Nurs Res* 2004; 13: 98-110.

117. Yap P., Tam D. Urinary incontinence in dementia. A practical approach. reprinted from *Australian family physician* 2006; 35: 237-241.

118. Yeh Y. Ch., Lin K. N., Chen W. T. Lin C. Y., Chen T. B., Wang P. N. Functional disability profiles in amnesic mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2011;31:225–232.

119. Matusik P., Tomaszewski K., Chmielowska K. i wsp. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 22–24.

120. Rosano C., Simonsick E. M., Harris T. B. i wsp. Association between physical and cognitive function in healthy elderly: The health, aging and body composition study. *Neuroepidemiology* 2005; 24: 8–14.

121. Lundin-Olsson L., Nyberg L., Gustafson Y. “Stops walking when talking” as a predictor of falls in elderly people. *The Lancet* 1997; 349: 617.

- 
122. Shaw F. E. Falls in cognitive impairment and dementia. *Clin Geriatr Med.* 2002; 18: 159-73.
123. Uemura K., Shimada H., Makizako H. i wsp. Cognitive function affects trainability for physical performance in exercise intervention among older adults with mild cognitive impairment. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 97–102.
124. Vassallo M., Mallela S. K., Williams A. Fall risk factors in elderly patients with cognitive impairment on rehabilitation wards. *Geriatr Gerontol Int.* 2009 Mar;9(1):41-46.
125. Tomaszewski K., Matusik P., Chmielowska K. i wsp. Ołepienie a sprawnoœć fizyczna pacjentów w podeszłym wieku mieszkających w wybranych domach opieki. *Gerontol Pol* 2010; 18: 71–75.
126. Piekot T. W poszukiwaniu utraconego szacunku. Wprowadzenie do problematyki dyskryminacji osób starszych, [www.inwestujew45plus.cba.pl/wposzukiwaniuutraconegoszacunku.pdf](http://www.inwestujew45plus.cba.pl/wposzukiwaniuutraconegoszacunku.pdf) [odczyt 07.02.2013]
127. Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku. W: *PolSenior Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.* Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), Termedia 2012: 81-94.
128. Florek-Płaczek A., Grochowska A., Mika M. Starzenie się i starość w opinii pielęgniarek czynnych zawodowo. W: *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych.* Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Pictor, Łódź 2008: 216-226.
129. Krupa B. Starość w percepcji młodzieży – perspektywa pedagogiczna. *Now Lek* 2012, 81: 36-43.
130. Sochocka L., Niechwiadowicz – Czapka T., Wojtal M., Wróblewska I. My i Oni. Starość w oczach młodych. W: *Różne oblicza starości.* Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo Naukowe UM, Poznań 2011: 158-166.
131. Bromley D. B.. Przejawy biologiczne. Wprowadzenie W: *Psychologia starzenia się.* PWN, Warszawa 1969: 36-43.

---

132. Kozdroń A., Kozdroń E., Nowak P. F. Osoby starsze w opinii studentów. W: Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych. Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Piktora, Łódź 2008: 204-215.

133. Omyła-Rudzka M. Polacy wobec własnej starości. Raport z badań lipiec 2012 [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl), data dostępu 12.02.2013.

134. Bień B., Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. W: B. Synak (red.) Polska Starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002: 78–100.

135. Wieczorowska-Tobis K. Dlaczego mężczyźni żyją dłużej. *Now Lek* 2012; 81: 386-389.

136. Straand J., Rokstad K. S. Elderly patients in general practice: diagnoses, drugs and inappropriate prescriptions. A report from the møre & romsdal prescription study. *Fam Pract* 1999; 16: 380-388.

137. Cartwright A., Smith C. Case finding in the elderly: do general practitioners really know enough? *BMJ* 1989; 28: 298(6668):254.

138. Rajska-Neumann A., Wieczorowska-Tobis K. Polypharmacy and potential inappropriateness of pharmacological treatment among community-dwelling elderly patients. *Arch. Gerontol. Geriatr* 2007; 44: 303-309.

139. Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K. Wielkie zespoły geriatryczne jako przyczyna niesprawności w starości. W: Różne oblicza starości. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Wydawnictwo UM Poznań 2011: 25-34.

140. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Styszyński A., Józwiak A. Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego. *Geriatr Pol* 2006; 2: 38-40.

141. Wieczorowska-Tobis K. Ocena pacjenta starszego. *Geriatrics* 2010; 4: 247-251.

142. Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Józwiak A. Dyskryminacja osób starszych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W: Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej. Jakrzewska-Sawińska A. (red.), Poznań 2007: 53-56.

---

143. Barakat K., Wilkinson P., Deane A., i wsp. How should age affect management of acute myocardial infarction? *Lancet* 1999; 353: 955–959.

144. Grzanka-Tykwińska A., Rzepka A., Chudzińska M. i wsp. Problematyka przemocy wobec osób starszych. *Now Lek* 2012; 81: 44-48.

145. Department of Health. Standard one: rooting out age discrimination W: National Service Framework for older people. London: The Stationery Office, 2001: 16-22. [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4071283.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf) - data dostępu 13.02.2013.

146. Baumann K. Osoby w okresie późnej dorosłości, jako ofiary nadużyć. *Gerontol Pol* 2008; 14: 119-124.

147. Chabiera A., Tokarz-Kamińska B. Wizerunek starości i człowieka starego. Postawy wobec starzenia się społeczeństw. W: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2012: 124-133.

148. Koziarska-Rościszewska M. Rola lekarza rodzinnego w opiece geriatrycznej. [www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/Rola\\_LR\\_w\\_opiece\\_geriatrycznej.pdf](http://www.umed.lodz.pl/geriatria/pdf/Rola_LR_w_opiece_geriatrycznej.pdf)

149. Sańko W. Relacja Senior-Opieka Zdrowotna w świadomości osób korzystających z poznańskich klubów seniora. Centrum Innowacji Społecznej SIC 2010.

150. Leung S., Logiudice D., Schwarz J., Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J* 2011; 41: 308-314.

151. Frabonia M., Saltstone R., Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An attempt at a more precise measure of ageism. *Canadian Journal on Aging* 1990; 9: 56-66.

152. Strugała M., Zielińska A., Dymek-Skoczyńska A., Czyżewska-Torba P. Narzędzia pomiarowe służące ocenie postaw społecznych względem osób starszych – krótka charakterystyka. *Now Lek* 2013; 82: 70-75.

153. Kagan S. H. Gotcha! Don't Let Ageism Sneak into Your Practice. *Geriatric Nursing*, 2011; 33: 60-62.

- 
154. Levy BR. Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58: P203-211.
155. Palmore E. The ageism survey: first findings. *Gerontologist* 2001; 41: 572-575.
156. Palmore E. Ageism in Canada and the United States. *J Cross Cult Gerontol* 2004; 19: 41-46.
157. McGuire S. L., Klein D. A., Chen S. L. Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nurs Health Sci* 2008; 10: 11-16.
158. Stypińska J. „Warunki Pan spełnia, tylko PESEL nie ten” – czyli zjawisko ageizmu we współczesnej Polsce. W: Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej. Kałuża D., Szukalski P. (red.) Wydawnictwo Biblioteka, Łódź 2010: 162-172.
159. Palmore E. Ageism in gerontological language. *Gerontologist* 2000; 40: 645.
160. Bytheway B. Ageism. Open University Press, 1995: 124-125.



---

## 10. Spis rycin

Rycina 1. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców w wybranych państwach Unii Europejskiej w roku 2011. [str. 8]

Rycina 2. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry w przeliczeniu na 10 000 osób w wieku podeszłym w wybranych państwach Unii Europejskiej w roku 2011. [str. 8]

Rycina 3. Przykładowy cykl objawowy obrazujący współwystępowanie Wielkich Zespołów Geriatrycznych. [str. 16]

Rycina 4. Najważniejsze przyczyny upadków. [str. 18]

Rycina 5. Reguła DIALZNOK przedstawiająca przyczyny przejściowego nietrzymania moczu (opracowanie własne na podstawie: Ackermann R.J. Choroby dróg moczowych). [str. 22]

Rycina 6. Charakterystyka osób starszych pod względem płci z wyróżnionych grup: G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach. [str. 38]

Rycina 7. Podział osób starszych biorących udział w badaniu ze względu na wykształcenie. [str. 39]

Rycina 8. Częstość definiowania przez osoby starsze początku starości różnym wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia). [str. 44]

Rycina 9. Charakterystyka odpowiedzi udzielonych przez osoby starsze z wyróżnionych grup na pytanie: *czy zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społecznym?* (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 51]

Rycina 10. Charakterystyka odpowiedzi udzielanych przez respondentów z wyodrębnionych grup na analizowane pytanie: (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 55]

Rycina 11. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące nietrzymania moczu. [str. 57]

Rycina 12. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach na pytania dotyczące nietrzymania moczu, z uwzględnieniem płci i wieku. [str. 58]

Rycina 13. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące problemu z pamięcią. [str. 61]

---

Rycina 14. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach dotyczące problemów z pamięcią, z uwzględnieniem płci i wieku. [str. 62]

Rycina 15. Charakterystyka odpowiedzi osób ankietowanych na analizowane pytania dotyczące upadków. [str. 65]

Rycina 16. Charakterystyka grup wyróżnionych ze względu na różnice w odpowiedziach dotyczące upadków, z uwzględnieniem płci i wieku. [str. 66]

Rycina 17. Charakterystyka analizowanych studentów pod względem płci: A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej. [str. 71]

Rycina 18. Analiza odpowiedzi studentów studiów stacjonarnych na pytanie: *Czy chciałaby Pani/Pan w przyszłości pracować z osobami?* A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej. [str. 73]

Rycina 19. Analiza odpowiedzi studentów studiów niestacjonarnych na pytanie: *Czy pracuje Pani/Pan z osobami starszymi?* C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej. [str. 74]

Rycina 20. Obraz dyskryminacji osób starszych w opinii studentów biorących udział w badaniu jako świadków dyskryminacji. [str. 83]

Rycina 21. Analiza odpowiedzi studentów biorących udział w badaniu na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?* [str. 86]

Rycina 22. Obraz starości w oczach osób biorących udział w badaniu. [str. 89]

Rycina 23. Analiza odpowiedzi osób starszych i studentów na pytanie: *Czy była Pani/był Pan świadkiem dyskryminacji?* [str. 90]

Rycina 24. Analiza odpowiedzi osób starszych i studentów na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem społeczny?* [str. 90]

---

## 11. Spis tabel

Tabela 1. Kwestionariusz przygotowany na potrzeby badań zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród osób starszych. [str. 30-31]

Tabela 2. Kwestionariusz przygotowany na potrzeby badań zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia wśród studentów. [str. 33-34]

Tabela 3. Charakterystyka badanych osób z analizowanych grup pod względem wieku (A) i wykształcenia (B) (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 40]

Tabela 4. Charakterystyka częstości odpowiedzi osób starszych z wyróżnionych grup na pytanie *Co to jest starość?* (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach. [str. 42]

Tabela 5. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: *Co to jest starość* [str. 42]

Tabela 6. Charakterystyka wieku i płci osób biorących udział w badaniu w zależności od sposobu definiowania początku starość (WIEK – definiowanie początku starości wiekiem kalendarzowym; OPIS – definiowanie początku starości opisowo). [str. 44]

Tabela 7. Średni wiek osób starszych definiujących początek starości wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia). [str. 44]

Tabela 8. Charakterystyka częstości odpowiedzi osób starszych z wyróżnionych grup na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?*: G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach - 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia). [str. 45]

Tabela 9. Przykładowe odpowiedzi osób starszych na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość ?* scharakteryzowane. [str. 45]

Tabela 10. Charakterystyka odpowiedzi na pytanie o zjawisko dyskryminacji wśród osób z wyodrębnionych grup biorących udział w badaniu (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 47]

Tabela 11. Przykłady dyskryminacji ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia opisane przez osoby biorące udział w badaniu (wprowadzono nieznaczną korektę językową). [str. 48]

---

Tabela 12. Deklaracja częstości wizyt u lekarza rodzinnego osób starszych z wyróżnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). Podstawa opocentowania: % z wiersza. [str. 52]

Tabela nr 13. Badanie lekarskie podczas wizyty u lekarza rodzinnego, której celem było przepisanie leków (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 53]

Tabela 14. Analiza liczby pobieranych przez osoby starsze leków, a wiek i płeć pacjenta. [str. 54]

Tabela 15. Średnia liczba leków pobieranych przez osoby starsze z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 - osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 54]

Tabela 16. Charakterystyka wieku i płci osób udzielających odpowiedzi na pytanie dotyczące tłumaczenia przez lekarza dolegliwości i objawów chorobowych starością. [str. 55]

Tabela 17. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 59]

Tabela 18. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 63]

Tabela 19. Charakterystyka odpowiedzi na analizowane pytania osób starszych z wyodrębnionych grup (G1– osoby hospitalizowane na Oddziale Dziennym Psycho-geriatrycznym; G2 – osoby przebywające na Oddziale Rehabilitacyjnym; G3 – osoby starsze mieszkające we własnych domach). [str. 67]

Tabela 20. Wyniki analizy wieloparametrowej: zmienna niezależna - *bycie podmiotem dyskryminacji*. [str. 69]

Tabela 21. Wyniki analizy wieloparametrowej: zmienna niezależna - *bycia świadkiem dyskryminacji*. [str. 69]

Tabela 22. Wyniki analizy wieloparametrowej: zmienna niezależna - *pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społecznym*. [str. 70]

---

Tabela 23. Charakterystyka wieku badanych studentów z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej. [str. 72]

Tabela 24. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* [str. 76]

Tabela 25. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* zakwalifikowane do grupy IV. [str. 77]

Tabela 26. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Co to jest starość?* z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej;  
I - okres w życiu człowieka, końcowy etap życia; II - proces naturalny, fizjologiczny towarzyszy upływowi czasu; III - proces nieuchronnych chorób, niesprawności i zależności od pomocy innych; IV - inne postrzeganie starości. [str. 77]

Tabela 27. Charakterystyka wieku i płci studentów definiujących starość wiekiem kalendarzowym: 1WK (przed ukończeniem 65. roku życia); 2WK (ukończenie 65 lat); 3WK (po ukończeniu 65. roku życia). [str. 79]

Tabela 28. Częstość definiowania początku starości różnym wiekiem kalendarzowym w opinii studentów z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej; Podstawa procentowania: % z wiersza. [str. 80]

Tabela 29. Przykładowe odpowiedzi studentów na pytanie: *Kiedy według Pani/Pana zaczyna się starość?*, mające charakter opisowy. [str. 80]

Tabela 30. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Czy kiedykolwiek była/ł Pani/Pan świadkiem dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia?* z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej. [str. 82]

Tabela 31. Przykładowe odpowiedzi studentów, którzy deklarowali, że byli świadkami dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia ze wskazaniem osoby dyskryminującej ze wskazaniem osoby dyskryminowanej. [str. 84]

Tabela 32. Analiza odpowiedzi studentów na pytanie: *Czy Pani/Pana zdaniem zjawisko dyskryminacji osób starszych ze względu na wiek w sektorze ochrony zdrowia stanowi problem?* z uwzględnieniem kierunków i systemu studiowania. A - studenci pielęgniarstwa stacjonarnego; B - studenci fizjoterapii stacjonarnej; C - studenci pielęgniarstwa niestacjonarnego; D - studenci fizjoterapii niestacjonarnej. [str. 85]

---

Tabela 33. Wyniki analizy wieloparametrowej: zmienna niezależna – *bycia świadkiem dyskryminacji*. [str. 87]

Tabela 34. Wyniki analizy wieloparametrowej: zmienna niezależna - *pogląd, że dyskryminacja ze względu na wiek stanowi problem społecznym*. [str. 88]