

JOLANTA TWARDOWSKA-RAJEWSKA

## LEKARZ WOBEC CZŁOWIEKA STAREGO

Współczesny lekarz tkwi w cywilizacji schyłku XX wieku, która gloryfikuje bogactwo, piękno, zdrowie, długowieczność, a może nawet dążenie do nieśmiertelności. Tenże lekarz, wychowany w atmosferze walki o sukces, którym jest wyleczenie z choroby i oddalenie śmierci, nie potrafi zaakceptować faktu, że wobec wielu chorób współczesna medycyna jest bezradna, a ludzie nadal cierpią i umierają<sup>1</sup>. Ponieważ cierpienie i umieranie ze szczególnym nasileniem występuje wśród osób starszych, którzy dodatkowo w znaczącej części są ubodzy i ostatni w kolejce oczekujących na pomoc państwa, którego są obywatelami – bycie ich lekarzem to zajęcie niezbyt popularne: przygnębiające i nieintrafne. Stąd tak niewielu lekarzy pragnie specjalizować się w geriatricy-gerontologii.

Powszechnie obserwowane jest psychologiczne zjawisko „etykietowania” starych ludzi, tj. przypisywania im stałych cech, takich jak niedołęstwo, ubóstwo, brzydota, złośliwość, konserwatyzm, zapominalstwo itp.<sup>2</sup> Krążą też o nich niewybredne dowcipy z rodzaju: „Stary przyszedł do lekarza...”. W różnych krajach i epokach stosunek członków społeczeństw do ludzi starych kształtował się rozmaicie: od otaczania szacunkiem, opieką, respektowania ich rad w ważnych sprawach państwowych, do dyskryminacji, a nawet pewnych form biernej eutanazji.

Francis Bacon pisał o ludziach starych, iż „...stawiają zbyt wiele zarzutów, nie mogą na nic zdecydować się, zbyt długo naradzają się, za mało ryzykują, zbyt wcześnie żałują, rzadko doprowadzają przedsięwzięcie do całkowitego zakończenia zadowolając się raczej miernym powodzeniem”. Trudno dokładnie wytyczyć granicę między uwarunkowaniami tych cech tkwiącymi w fizjologii starzejącego się mózgu, w indywidualnych rysach charakteru i usposobienia, czy w bogatym doświadczeniu życiowym. Wydaje się, że warunkiem ukształtowania pozytywnego etosu starzenia się i starości jest edukacja całych społeczeństw w zakresie problematyki gerontologicznej<sup>3</sup>. Musi też powrócić poszanowanie elementarnych wartości etycznych, takich jak szacunek i życzliwość (jeśli nie miłość) dla innego człowieka, nierozzerwalnie związanych z szacunkiem i miłością dla siebie samego. Wówczas praca dla i ze starym człowiekiem nabierze głębokiego sensu

---

<sup>1</sup> E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979; F. Zorn, *Mars*, Wydawnictwo „Przedświt”, Warszawa 1992.

<sup>2</sup> S. Krzywiński, *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa 1993.

<sup>3</sup> D. Brown, *Najlepsze lata masz jeszcze przed sobą*, Warszawski Dom Wydawniczy, Warszawa 1992.

i zyska wysoki prestiż społeczny. Będzie również, w aspekcie uniwersalnym, „zpracowywaniem teraz na własną przyszłą starość”<sup>4</sup>.

Motywacja (w sferze emocji i intelektu) lekarzy pragnących zostać geriatrami powinna być starannie budowana już podczas studiów, jeśli nie wcześniej. Niezbędne jest również budowanie własnej zintegrowanej osobowości, „przepracowanie” przez lekarza takich problemów egzystencjalnych, jak nieuleczalna choroba, cierpienie, starość, nieuchronność śmierci<sup>5</sup>. Jest to warunkiem zdobycia umiejętności właściwego prowadzenia rozmowy z pacjentem, szczególnie seniorem, który ma obniżony nastrój, a często dystymię; rozmowy zawierającej elementy psychoterapii.

Jak dotąd lekarze bardziej ambitni, „poszukujący”, muszą radzić sobie sami przy pomocy dostępnej literatury, niekiedy nawet popularno-naukowej. Poszukiwania te – poza Biblią – obejmują rozmaite systemy filozoficzne, różne dyscypliny wiedzy stosowanej. Przykładem niech będzie choćby system Deepaka Chopry, prezentujący nowy paradygmat „życia bez starości”. W oparciu o kwantowe postrzeganie świata Einsteina, Bohra, Heisenberga, autor ten tłumaczy, że „na poziomie kwantowym nasze życie odnawia się stale, nie starzejemy się, nie padamy ofiarą chorób, jesteśmy wolni od śmierci, gdyż zjawiska te stanowią tylko składowe obrazy, jaki postrzegamy, zaś [...] nas, obserwatorów, nie dotyczą te zmiany; obserwator jest duchem, przejawem wiecznego bytu [...]; starzejąca się komórka jest końcowym produktem świadomości, która zapomina się odnowić”. Entuzjasta filozofii Chopry, Jerzy Semków z Uniwersytetu Wrocławskiego, lęk przed starością tłumaczy przekonaniem, że starość w swej negatywnej postaci schyłkowego okresu życia jest nieunikniona i to przekonanie przesądza o szybkim tempie starzenia. Obserwujemy tu samospełniającą się przepowiednię: dzieje się tak, jak sobie wyobrażamy, że musi się dzieć<sup>6</sup>. A przecież w ponad 90% przypadków przyczyną zgonu ludzi starych nie jest podeszły wiek, lecz choroby: nowotwory, atak serca, zapalenie płuc.

Starzenie się jest po części reakcją organizmu na czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, jednak sposób, w jaki się starzejemy, zależy od tego, kim jesteśmy i jak żyjemy, stąd też wiek metrykalny różni się zazwyczaj od biologicznego (funkcjonalnego) i psychologicznego. Wyżej przytoczone rozumowanie może być wykorzystane jako argument w dyskusji z seniorem.

Interesującą propozycję w dziedzinie medycyny profilaktycznej, również okresu starości, daje Aaron Antonovsky, profesor socjologii medycyny uniwersytetów amerykańskich i izraelskich, twórca nowego podejścia do zdrowia i choroby, zwanego salutogenezą<sup>7</sup>. Podejście salutogenetyczne (będące przeciwieństwem teorii patogenezy) zakłada, że nie ma dychotomicznego podziału na zdrowie i chorobę, lecz istnieje *continuum* stanów „zdrowie-choroba” i człowiek przesuwają się między jego punktami raz bliżej krańca

<sup>4</sup> D. Goleman, *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina of Poznań 1997.

<sup>5</sup> H. Bortnowska, *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 1993.

<sup>6</sup> J. Semków, *Człowiek w obliczu starości – potrzeba kształtowania świadomości pozytywnej*, wykład inauguracyjny na XIX roku akademickim Uniwersytetu Trzeciego Wieku, Poznań 19.10.1998 r.

<sup>7</sup> A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja IPN, Warszawa 1995.

„zdrowie”, innym razem bliżej krańca „choroba”. Jest to dynamiczny proces równoważenia „wymagań” i „zasobów” w toku konfrontacji organizmu ze stresem. Nasuwa się pytanie, dlaczego ludzie zachowują zdrowie lub szybko do niego powracają pomimo trudnych warunków, dużego obciążenia, działania wielu stresów i czynników patogennych? Otóż każdy człowiek posiada mniejszą lub większą umiejętność radzenia sobie ze stresem, w znacznej mierze zależną od „ogólnych zasobów odpornościowych” (*generalized resistance resource*). Na tworzenie i zachowywanie ludzkich zasobów odpornościowych – według A. Antonovsky’ego – wpływa kompleks czynników korzystnych z punktu widzenia zdolności radzenia sobie ze stresem. Są to m.in.: cechy środowiska naturalnego, uwarunkowania materialne i społeczno-kulturowe, własne cechy organizmu, cechy psychiczne jednostki. Konsekwencją takiego rozumowania było stworzenie przez tego autora koncepcji zwanej „poczuciem koherencji” (*sense coherence concept*). Jest to „globalna orientacja życiowa”, charakteryzująca się uruchamianiem właściwych dla danej sytuacji zasobów i umiejętności pełnego ich wykorzystania. Orientacja ta określa stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe, a przy tym dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek. Istnieje silny dodatni związek między poczuciem koherencji a zdrowiem, a zatem teoria salutogenezy – bazując na wzajemnym przenikaniu się nauk społecznych i przyrodniczych – tworzy pojęcie „psychoimmunologii”: im wyższe poczucie koherencji posiada dany człowiek, tym wyższa jest jego odporność w konfrontacji z czynnikiem patogennym. Teoria salutogenezy realizuje zapotrzebowanie członków współczesnej cywilizacji na poczucie bezpieczeństwa w zakresie własnego zdrowia. Niepokój bowiem budzi narastanie dehumanizacji medycyny, koncentrującej się na patogenezie chorób, przy niedostatecznym uwzględnianiu etiologii i roli czynników społecznych w kształtowaniu poczucia dobrostanu.

Przedstawione wyżej teorie wskazują, w jaki sposób w starym człowieku-pacjencie lekarz może wzbudzić nadzieję na pozytywną przyszłość, wywołać motywację do dbałości o własne zdrowie mimo zaawansowanego wieku, wydłużyć funkcjonalny okres egzystencji, poprawić „jakość życia” (*quality of life*).

Dane demograficzne dowodzą, że ludność w skali globalnej starzeje się (dotyczy to również krajów Azji i Afryki). Niestety proces ten przebiega w sposób patologiczny-typowy: na starzenie fizjologiczne nakłada się polipatologia (liczne choroby towarzyszące podeszłemu wiekowi). Okres funkcjonalny życia jest znacznie krótszy od metrykalnego, sprawność seniora obniżona, co pociąga za sobą konieczność wszechstronnej pomocy, opieki, leczenia. Stanowi to znaczne obciążenie dla budżetów państwowych, służb opiekuńczych (społecznych) i medycznych. W interesie wszystkich pokoleń leży zatem edukacja prozdrowotna, promocja zdrowego stylu życia – począwszy od dnia narodzin. Kluczową rolę w tym względzie powinien odgrywać lekarz<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Por. *Manifest ludzi starszych: O aktywny udział w budowie Europy*, IV Euroforum, Barcelona '94; *Raport zdrowotny miasta Poznania*, wyd. II uzupełnione, Wydawnictwo Miejskie, Poznań 1997; Z. Zaorska, *Dać życie do lat*, Wydawnictwo Klauza, Lublin 1997.

Przykładem nowoczesnego, ekonomicznego stosunku do ludzi starych jest zaangażowanie do pracy w Stanach Zjednoczonych dwóch Francuzów, zwolnionych z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego w ich ojczyźnie: profesora L. Montagniera (Instytut Pasteura), zasłużonego w badaniach nad AIDS, oraz astronauty J.-L. Chretien (CNES), a także niedawna podróż w kosmos 77-letniego Amerykanina J. Glenna. Być może fakty te są „zwiastunem nowej epoki” w mentalności ludzi u progu XXI wieku.

Doskonałą okazją do przypomnienia o tym, jak ważną rolę odgrywają w społeczeństwie ludzie w „trzecim wieku”, oraz do wdrożenia i kontynuacji działań na rzecz osób starszych, jest ogłoszenie roku 1999 Światowym Rokiem Człowieka Starego. Przewodzący społeczności naszej cywilizacji angażują się w obchody tego roku. Również w Poznaniu działa Komitet Obchodów Roku Seniora, który – dystansując się od wszelkiej „aktywności” obchodów – dąży do wdrożenia długofalowych, interdyscyplinarnych programów zorientowanych na problemy zaawansowanych wiekiem mieszkańców Wielkopolski<sup>9</sup>.

Doktor Tadeusz Pasek, visiting-professor Uniwersytetu w Toronto, przybliża nam Kanadę jako jeden z wiodących krajów naszego kręgu kulturowego w zakresie „odnowy psychobiologicznej seniorów 2000” (cytat za autorem)<sup>10</sup>. „Cel tych dążeń jest oczywisty: utrzymywanie, a nawet poprawienie zdrowia w starości prowadzi do odciążenia społeczeństwa i zwiększa liczbę osób przydatnych dla kraju ze względu na swą wiedzę, doświadczenie życiowe i wolny czas. Zaangażowanie seniorów jest „skuteczną obroną przed gilotyzną emerytalną bezwładu i bezsensu życia”<sup>11</sup>. Odnowa psychobiologiczna seniora realizowana jest na wiele sposobów, m.in. poprzez ekoturystykę w pięknych krajobrazach (*nature trail*), w tym zwłaszcza przez kinezyterapię i kinezyprofilaktykę, a więc ćwiczenia w terenie, marsze, biegi i marszobiegi, piknikowanie. Wiele krajów posiada doskonałe warunki do uprawiania ekoturystyki

Cenną metodą odnowy psychobiologicznej ludzi starych są metody relaksująco-koncentrujące wywodzące się z bogactwa systemów zdrowotnych Dalekiego Wschodu (np. indyjska *yoga*). Ćwiczenia fizyczne i oddechowe przynoszą głębokie uspokojenie psychiczne i wzmagają odporność immunologiczną nieswoistą. Metody te z dużym powodzeniem propagowane są przez School of Physical and Health Education przy Uniwersytecie w Toronto<sup>12</sup>. Poznań także ma sukcesy na tym polu, sięgające jeszcze lat osiemdziesiątych: wydano tu podręcznik *Ćwiczenia relaksowo-koncentrujące* pod red. W. Romanowskiego, utworzono wzorcowy „Ośrodek wyciszania” (TKKF-AWF), a w Klinice Psychiatrii Akademii Medycznej włączono do rehabilitacji omawiane ćwiczenia jako psychokinezyterapię w specjalnej sali relaksowo-medytacyjnej<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> *Międzynarodowy Rok Seniora*, „IBIS Poznański” 1998, nr 1, Wydawnictwo Miejskie; *Rok Seniora przeciw ubóstwu*, „IBIS Poznański” 1998, nr 2, Wydawnictwo Miejskie.

<sup>10</sup> T. Pasek, *Założenia i realizacja odnowy psychobiologicznej ludzi w wieku podeszłym*, w: Międzynarodowy Kongres Edukacji w Pielęgniarstwie i Innych Naukach o Zdrowiu, Gniezno 1993.

<sup>11</sup> T. Pasek, *Relaksacja-koncentracja w promocji zdrowia*, w: Międzynarodowy Kongres...

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> S. Grochmal, *Ćwiczenia relaksowo-koncentrujące*, PZWL, Warszawa 1997.

W celu poprawienia obserwowanego powszechnie wśród ludzi starych pogorszenia się pamięci organizowane są masowo w Szwajcarii (Związek Migros) i w Niemczech „Kursy Treningu Pamięciowego” (*Gedächtnistraining*). Obserwowane w miarę procesu starzenia pogarszanie się pamięci i innych funkcji intelektualnych nie musi być regułą. Przy pomocy treningu pamięciowego (ćwiczenia, zabawy) dokonuje się reaktywowania i rewitalizacji seniorów (polepszenie utlenowania mózgu, działania antydepresyjne, poprawa komunikowania się, poprawa koncentracji, spostrzegawczości, zapamiętywania, funkcjonowania zmysłów)<sup>14</sup>.

W Polsce szeroką działalność w środowisku seniorów prowadzą Uniwersytety Trzeciego Wieku, w tym także poznański, o dwudziestoletniej już tradycji, którego Prezes – jako „rektor” – wchodzi w skład kolegium rektorów uczelni wyższych Poznania. Instytucja ta skupia ok. 700 słuchaczy, korzystających z plenarnych, cotygodniowych wykładów prowadzonych przez pracowników naukowych poznańskich uczelni wyższych oraz spotkań w sekcjach (m.in. nauki języków obcych, turystyki pieszej, teatralnej). Posiada też swój periodyk naukowy: „Ars Sencendi”. Seniorzy-studenci wynoszą w tej przynależności nie tylko korzyści intelektualno-edukacyjne, lecz także emocjonalne, a usprawniając się fizycznie przedłużają funkcjonalny czas życia (*healthy functional spane life*) i wysoką „jakość życia” (*quality od life*)<sup>15</sup>.

Wyrazem troski o intelektualistów, artystów w podeszłym wieku, których zenująco niskie emerytury uniemożliwiają im godne życie na dotychczasowym poziomie, jest inicjatywa budowy domów, w których mogliby stałe zamieszkiwać. Poza zaspokojeniem potrzeb materialnych, będą mogli tam kontynuować swe zainteresowania naukowe czy artystyczne, a także utrzymywać międzypokoleniowe, międzyuczelniane i towarzyskie kontakty (w Poznaniu: „Dom Degi”, „Korab Wielkopolski”).

W dotychczasowych rozważaniach zaprezentowałam sposób postrzegania starego człowieka jako skarbnicy mądrości i doświadczenia życiowego, jako jednostki, która do końca swych dni może się duchowo rozwijać i dojrzewać, jest godna najwyższego szacunku i podziwu, jednostki interesującej, pożądanej w społeczeństwie, w gronie rodziny i przyjaciół. Tak traktowany człowiek czuje swą integrację ze społeczeństwem, a także to, że jest niezależny, potrzebny i kochany. „Manifest Ludzi Starych: O aktywny udział w budowie Europy”, wydany przez IV Euroforum w Barcelonie (1994), określa zasady uczestnictwa ludzi starszych w życiu społeczeństw Europy. Postuluje się w nim, by państwa umożliwiały swoim seniorom dalsze aktywne uczestnictwo w życiu kraju poprzez wnoszenie własnych osiągnięć, doświadczenia życiowego, przy równoczesnym respektowaniu wszelkich praw obywatelskich – bez względu na wiek.

Jeśli lekarz w ten właśnie sposób spojrzy na seniora, znacznie łatwiej mu będzie go zrozumieć i uszanować jego racje oraz wspólnie wynegocjować zalecenia medyczne. Stary człowiek przestanie być postrzegany jako uciążliwy, zniedołężniały petent, będący ciężarem dla społeczeństwa i naj-

<sup>14</sup> E. Amstutz, *Gedächtnistraining*, MGB, Migros-Genossenschafts-Bund Sozialfragen, Zurich 1993.

<sup>15</sup> *Dokowania województwa poznańskiego w obszarze pomocy społecznej w latach 1990 - 1998 i strategia działań do 2010 r.*, Wojewódzki Zespół Pomocy Społecznej, Poznań 1998.

bliższego otoczenia. On sam, z poczuciem godności, będzie świadomie współpracował z lekarzem i razem z nim walczył o wspólny sukces, którym będzie zwalczenie chorób ostrych, łagodzenie przebiegu chorób przewlekłych, usprawnienie, przedłużenie funkcjonalnego okresu życia, poprawa jakości życia i umierania. Również i lekarz zdobędzie motywację dla podnoszenia kwalifikacji w zakresie gerontologii.

W przypadku seniorów koszt działań medyczno-opiekuńczych przewyższa uzyskiwane korzyści, jest jednak w pełni uzasadniony w kontekście etycznym<sup>16</sup>. Porównanie to, z punktu widzenia ekonomicznego, nie wypadnie tak niekorzystnie wówczas, gdy lekarz-geriatra będzie bardziej kompetentny, a pacjent – zdrowszy. Pierwszym warunkiem osiągnięcia sukcesu na tym polu jest prowadzenie działań profilaktycznych w grupach wiekowych po 60 roku życia. Niezwykle ważne jest, by lekarz był przekonany, że zalecenia „zdrowego stylu życia” są fundamentalne – zarówno w prewencji, jak i terapii osób starszych. Drugim elementem jest współpraca z tzw. służbami socjalnymi (pomocy społecznej) zgodnie z „zasadą drabiny opiekuńczej”<sup>17</sup>.

Naczelnym celem naszych działań wobec seniorów jest oczywiście dążenie do lepszej jakości ich życia (i umierania – co jednak nie ma nic wspólnego z eutanazją czy zaniechaniem). Będzie to możliwe dzięki nieustannemu podnoszeniu kwalifikacji zawodowych przez wszystkich lekarzy, a szczególnie geriatrów i tworzeniu konsultacyjnych poradni gerontologicznych pod fachowym nadzorem konsultantów krajowych i regionalnych. Członkostwo (nielicznych jeszcze, w tym autorki) polskich gerontologów w European Academy Medicine of Ageing w Szwajcarii, skupiającej czołowych naukowców świata w tej dziedzinie, gwarantuje popularyzację najnowszej wiedzy na terenie naszego kraju. Utworzenie w ostatnim czasie Narodowego Instytutu Gerontologii w Warszawie (listopad 1998 r.) także stwarza szansę, że u progu nowego tysiąclecia sytuacja ludzi starych w Polsce ulegnie radykalnej poprawie.

#### A PHYSICIAN IN THE FACE OF THE ELDERLY

#### S u m m a r y

The principal aim of activities for seniors is to assure the tendency to reach better quality of their living (and of their passing away – what has nothing to do with euthanasia or negligence). The point is to regard an elderly as a storehouse of wisdom and practical experience, further – as a human being who is still able – until the last days of the life – to develop spiritually and to get more mature, as someone who is interesting, demanded within and by the society as well as among family members and friends. If a physician considers a senior this way, it should be much easier for him to understand such a person and to respect his reasons for to negotiate together adequate medical recommendations.

Respective motivation (from both emotional and intellectual points of view) of physicians desiring to become specialists in geriatrics should be very carefully built already during their studies of medicine, if not even before. Also necessary is a process of building an integrated personality of such a physician and „working through” by him of such existential problems as incurable, terminal disease, sufferings and the inevitability of death.

<sup>16</sup> *Guide of the Ethical Practice of Orthopaedic Surgery*, wyd. 2, Illinois 1992.

<sup>17</sup> *Dokonania województwa poznańskiego...*, op. cit.