

## Tomasz Cuber, Beata Dobrowolska, Aneta Kościółek, Violetta Mianowana

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

# Wybrane aspekty pedagogiczno-etyczne w opiece nad pacjentami w podeszłym wieku

The chosen pedagogical and ethical aspects in the care of elderly people

### STRESZCZENIE

Zachodzące zmiany demograficzne związane z wydłużeniem się życia ludzkiego zmuszają specjalistów różnych dziedzin nauki, zwłaszcza dyscyplin humanistyczno-społecznych oraz szeroko pojętych nauk medycznych, do przeorganizowania spojrzenia na człowieka w podeszłym wieku. Główne zadania współczesnej gerontologii nakierowane na kształtowanie prawidłowych postaw w stosunku do osób w podeszłym wieku oscylują wokół: 1) przygotowania młodych pokoleń do wyzwań starości, ponieważ każda jednostka ludzka stoi przed wejściem w świat „trzeciego wieku”. Zatem afirmacja czynnej i twórczej starości powinna się stać głównym celem gerontologii, a pracę nad osiągnięciem tych celów powinno się rozpoczynać wcześniej, jak to tylko możliwe; 2) zmiany nastawienia młodych ludzi do osób w podeszłym wieku poprzez docenianie doświadczenia i tradycji oraz czerpanie tożsamości od tych drugich.

Celem pracy jest przegląd współczesnych tendencji gerontologicznych, z których można korzystać w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć nauk pedagogicznych oraz podstaw etycznych pracy w tym obszarze.

Analizowana problematyka skupia się na omówieniu biologicznych i psychospołecznych teorii starzenia się, które wpływają na subiektywne odczucie związane z jakością życia. Z reguły wraz z wiekiem maleje samodzielność osób starzejących się, co wiąże się z koniecznością wzmożonej opieki nad nimi. Stopień samodzielności osób starszych w dużej mierze zależy od ich postaw wobec starości, które powinny być kształtowane przez całe życie. W tym kontekście zostały ukazane nadrzędne cele edukacji zdrowotnej do starości, którymi są długa, zdrowa, pogodna i aktywna starość oraz pozytywna postawa wobec starości. Obok pedagogicznych wyznaczników opieki gerontologicznej ukazano również etyczne aspekty opieki nad pacjentami w podeszłym wieku na podstawie najnowszych, brytyjskich wzorców w tej dziedzinie.

**Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (4): 490–496**

**Słowa kluczowe:** aspekty pedagogiczno-etyczne, opieka gerontologiczna

### ABSTRACT

The ongoing demographic changes concerning the increase of human life force specialists of various scientific disciplines, especially social and medical sciences, to reorganised their view of a human being of advanced age. The crucial issues of the contemporary gerontology are addressed on the development of proper attitudes towards the elderly people and fluctuate around: 1) preparation of the young generation for challenges of the old age as every individual faces the entrance into the “third age” world. So, the affirmation of the active and creative ageing phase should become the main goal of gerontology and the work for achieving it should start as early as it is possible; 2) change in young people’s attitude towards the persons of advanced age throughout the appreciation of their life experience, tradition and identity from the older generation.

The aim of the paper is to review the contemporary gerontological tendencies which can be used in care of the older patient with consideration of the newest pedagogical concepts and ethical basis in this area.

The analysed issues are focused on description of biological and psycho-social theories of ageing which influenced the subjective feeling concerning the quality of life. As a rule together with ageing process the self-reliance of the elderly decreases what is connected with the need of the enhanced care. The level of self-reliance of the people of advanced age depends in great measure on their attitude towards the old age which should be build throughout the entire life. The main aim of health education towards the old age described as long, healthy and active elderly phase of human life and positive attitude was illustrated in the study. Apart from pedagogical indicators of gerontological care the ethical aspects of the elderly were pointed out which are based on the latest British patterns in this scientific field.

**Nursing Topics 2010; 18 (4): 490–496**

**Key words:** pedagogical and ethical aspects, gerontological care

**Adres do korespondencji:** mgr Aneta Kościółek, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 1, 20–059 Lublin, tel./faks: (81) 528 88 86, kom. 509 228 516, e-mail: aneta.koscioltek@op.pl

## Wstęp

Zachodzące zmiany demograficzne związane z wydłużeniem się życia ludzkiego zmuszają specjalistów różnych dziedzin nauki, zwłaszcza dyscyplin humanistyczno-społecznych oraz szeroko pojętych nauk medycznych, do przeorganizowania spojrzenia na człowieka w podeszłym wieku. W większości wysoko uprzemysłowionych krajów europejskich (tzw. cywilizacji zachodu) populacja osób przekraczających barierę 60. roku życia rośnie z roku na rok. Na przykładzie danych pochodzących z Wielkiej Brytanii szacuje się, że w najbliższej dekadzie liczba osób po 80. roku życia wzrośnie o 29%, a w ciągu najbliższych 20 lat nawet o 85% w populacji osób w podeszłym wieku [1]. Można przypuszczać, że w innych krajach wysoko uprzemysłowionych, w tym w Polsce, kierunek zmian demograficznych będzie podobny, a rozkład wiekowy populacji będzie się rozkładać na podobnym poziomie. W Polsce w ostatnich latach obserwuje się także dalszy wzrost liczby osób w wieku emerytalnym. Szacunki dotyczące ubiegłego roku przewidywały, że ludność w wieku poprodukcyjnym miała osiągnąć około 6,2 mln osób wobec 5,7 mln w 2000 roku i 4,9 mln w 1990 roku [2]. W dalszej perspektywie szacuje się, że jeśli poziom płodności polskiego społeczeństwa nie podniesie się, za 45 lat dominującą grupą wiekową w naszym kraju będzie grupa osób w przedziale wiekowym 60–75 lat. Jednocześnie wzrośnie odsetek osób w wieku 80. lat i więcej. Udział tej grupy wiekowej w stosunku do ogółu społeczeństwa polskiego do 2050 roku wyniesie 9,6% [3].

Takie prognozy wręcz wymuszają przewartościowania w podejściu do populacji osób w podeszłym wieku, zakładając fakt, że każdy członek współczesnego społeczeństwa zasługuje na egzystencję zapewniającą najwyższą z możliwych jakość życia.

## Przegląd biologicznych, społecznych i psychologicznych założeń teoretycznych problematyki starzenia się

Efektywna opieka oraz pomoc osobom w podeszłym wieku wiążą się z posiadaniem wiedzy dotyczącej procesu starzenia się człowieka oraz cech charakterystycznych występujących w tej fazie życia.

Literatura gerontologiczna proponuje wiele teorii starzenia się, rozpatrując to zjawisko od strony biologicznej oraz społecznej. Przegląd wybranych biologicznych teorii starzenia się organizmu [4] sprowadza się do:

- teorii energetycznej, która kładzie nacisk na fakt, że organizm stanowi układ fizykochemiczny, zdolny do wyprodukowania określonej ilości energii przypadającej na każdy kilogram ciała; po jej zużyciu ustrój starzeje się i umiera;
- teorii witalistycznej, która wyjaśnia, że z biegiem lat siła życiowa, traktowana jako źródło i przyczyna życia, wyczerpuje się;

- teorii cytologiczno-histologicznej, która wskazuje na stopniowo specjalizujące się komórki, w których gromadzą się szkodliwe produkty upośledzające funkcje całego organizmu;
- teorii niedożywienia komórek tkankowych, która odwołuje się do procesu starzenia się komórek zmniejszających z czasem swoją powierzchnię oraz wchłaniających tlen i substancje odżywcze, co powoduje ich głodowanie;
- teorii hormonalnej, która utrzymuje, że powodem starzenia się jest regresja struktury i zanik funkcji wewnątrzwydzielniczych gruczołów płciowych;
- teorii neurogennej, która uzasadnia, że przyczyna starzenia się leży w wyczerpywaniu się i stopniowej degeneracji układu nerwowego;
- teorii fizykochemicznej, która łączy starość ze zmianami zachodzącymi w miarę upływu lat w plazmie komórkowej;
- teorii biomorfotycznej, która tłumaczy jednokierunkowość procesu starzenia się i jego nieodwracalność;
- teorii endokrynologicznej, która rozpatruje starość jako regulację gospodarką hormonalną organizmu i według której terapia hormonalna może zwolnić lub osłabić proces starzenia się;
- teorii ewolucyjnej, która twierdzi, że komórka albo musi się podzielić albo zwyrodnąć i obumrzeć, tracąc tym samym zdolność do mitozy;
- teorii biochemicznej, która zakłada stopniowy spadek odporności organizmu;
- teorii kumulacji stresu, która rozpatruje starość w kontekście sumy skutków wszystkich stresów przeżytych przez człowieka.

Bez względu na praktyczne zastosowanie którejkolwiek z przedstawionych teorii procesu starzenia się człowieka, zjawisko to dotyczy każdego i jest nieuniknione w odniesieniu do ontologicznego przebiegu życia. Uogólniając, procesy te wpływają na stan zdrowia jednostki, a w konsekwencji na subiektywne odczucia związane z jakością życia.

Jakość życia rozpatrywana z perspektywy gerontologicznej odwołuje się do licznych koncepcji, wśród których na czołowe miejsca wysuwają się:

- koncepcje funkcjonalne (rozpatrywanie jakości życia w kategoriach pełnionych ról społecznych);
- koncepcje niepełnosprawności (ściśle połączonej z fazą życia osób starszych i związaną z tym tzw. stygmatyzacją);
- koncepcje ukazujące symboliczne znaczenie starości w kontekście kulturowym i społecznym;
- koncepcje nierówności społecznych (dyskryminacja i nietolerancja ze względu na wiek);
- koncepcje wyjaśniające rolę mediów w kształtowaniu wizerunku starości na tle kultu młodości [5].

Ocena jakości życia na przestrzeni rozwoju badań w tym zakresie ewaluowała, opierając się początkowo

na obiektywnych wskaźnikach (np. zdrowotnych), w kierunku subiektywnie odczuwanych czynników szeroko rozumianego funkcjonowania osób w podeszłym wieku. Zatem priorytetem określania jakości życia stał się punkt widzenia samych zainteresowanych, rozpatrywany przez pryzmat ich samopoczucia oraz percepcję zmian zachodzących w ich życiu.

Stan zdrowia przekłada się na stopień samodzielności i ewentualne ograniczenia z tym związane. To z kolei ma wpływ na funkcjonowanie rozpatrywane od strony społecznej i psychicznej. Psychiczne nastawienie osób znajdujących się w „jesieni życia” wyraża się w deklarowanych i reprezentowanych postawach wobec starości, które rzutują na stosunek do świata i samego siebie. Wśród najczęściej wymienianych wyróżnia się:

- postawę konstruktywną, jedyną pozytywną, skierowaną na aktywność osoby w podeszłym wieku, w momencie wystąpienia której z reguły nie ma potrzeby profesjonalnego wsparcia;
- postawę zależności, określaną jako naganna, ponieważ dotyczy osoby, która jest sprawna psychicznie i fizycznie, a stale absorbuje uwagę swoich bliskich bądź opiekunów;
- postawę obronną, która polega na wzbranianiu się przed pomocą mimo niemożności wykonania określonej czynności o charakterze życiowym, przy jednoczesnym izolowaniu się od otoczenia społecznego;
- postawę wrogości, nakierowanej na osoby służące pomocą, ze względu na poczucie zagrożenia, że niosący pomoc chcą czegoś w zamian;
- postawę autodestrukcyjną, nakierowanej na samego siebie, charakteryzującą osobę, która nie potrafi się pogodzić ze starością [6, 7].

Poza wymienioną pierwszą postawą pozostałe wymagają różnego typu interwencji, począwszy od medycznej, a skończywszy na działaniach psychologicznych i pedagogicznych. Paradygmat holistycznej pomocy i opieki ma swoje praktyczne zastosowanie zwłaszcza w stosunku do osób w podeszłym wieku, wymagających zapewnienia poczucia bezpieczeństwa w środowisku ich życia.

### Wyzwania pedagogiczne wobec osób w podeszłym wieku

Współcześnie podnoszonym i mocno eksponowanym postulatem w naukach gerontologicznych jest profilaktyka starości, która powinna być utożsamiana z osiaganiem przygotowania jednostki do tego, co nieuniknione po przekroczeniu progu starości. Tego rodzaju stan powinien przebiegać równolegle na następujących poziomach: biologicznym, psychicznym, intelektualnym, społecznym i ekonomicznym. W rezultacie, zaspokojenie wymienionych poziomów przełoży się na jakość życia seniorów.

Istotne jest, aby tego typu działania były zsynchronizowane, tworząc system wsparcia dla osób starszych, a także nakierowane na ludzi w każdym wieku, gdyż starość jest fazą życia, która czeka każdą jednostkę. Taki system nosi miano edukacji zdrowotnej do starości, której przyświeca hasło „by nie dodawać lat do życia, tylko dodawać życia do lat” [8]. Podstawowym i zarazem nadrzędnym celem tego rodzaju aktywności pedagogicznej powinna być długa, zdrowa, pogodna i aktywna starość oraz pozytywna postawa wobec starości. Podejście teleologiczne do realizacji edukacji do starości wyznacza szczegółowe cele, jakie powinny być osiągnięte w działalności na rzecz osiągnięcia celu ogólnego. Spośród najczęściej podnoszonych zadań, których listę należy traktować jako otwarty zbiór postulatów, można wyodrębnić następujące z nich:

- tworzenie warunków sprzyjających integracji wśród osób w podeszłym wieku, organizując godną i aktywną starość poprzez:
  - poprawę ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz tworzenie systemu pomocy w organizowaniu samodzielnego życia osobom z tego przedziału wiekowego,
  - tworzenie warunków podtrzymywania niezależności ekonomicznej,
  - wzmacnianie aktywności społecznej osób starszych w zakresie edukacji (w tym edukacji zdrowotnej) i wolontariatu,
  - kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości,
  - tworzenie systemu przygotowującego do starości wymierzonego na całą populację bez względu na wiek;
- włączanie do systemu wychowania treści dotyczących przygotowania do starości oraz ich realizowanie;
- edukacja społeczeństwa w zakresie problematyki dotyczącej procesu starzenia się i jego konsekwencji oraz propagowanie refleksji nad starością wśród dzieci i młodzieży;
- zapewnienie edukacji zdrowotnej związanej z samoopieką wśród osób w podeszłym wieku;
- motywowanie seniorów do aktywności fizycznej, intelektualnej, artystycznej, prowadzonej na przykład w ramach Uniwersytetów Trzeciego Wieku;
- organizowanie warunków sprzyjających przezorności zapewniającej materialne i ekonomiczne zabezpieczenie na starość [8].

Poszczególne zadania edukacyjne stanowią wyzwanie nie tylko dla zaangażowanych realizatorów (np. profesjonalistów z zakresu edukacji zdrowotnej), ale również powinny motywować wszystkie zainteresowane podmioty tej działalności, włączając w nią cały przekrój społeczeństwa, poczynając od dzieci, na osobach w podeszłym wieku kończąc. Docelowym i przyświecającym rezultatem wysiłków na rzecz edukacji zdrowotnej nakierowanej na starość powinno się stać kształ-

towanie postaw zdrowotnych wobec starości. W ten sposób edukacja zdrowotna do starości zostanie zorganizowana w system skutecznych działań, którego efektem stanie się ukształtowanie pozytywnych i aktywnych postaw zdrowotnych.

Systemowość działań nakierowanych na starość przybiera w ten sposób znamiona celowości, realizowanej przy wykorzystaniu określonych kryteriów, spośród których na pierwszy plan wysuwają się:

- wymagania naukowe, zweryfikowane praktycznie;
- wymagania dydaktyczne i rozwojowe, uwzględniające wiek odbiorców, tak aby były zrozumiałe;
- wymagania biorące pod uwagę potrzeby poznawcze odbiorców, związane z różnicami płciowymi lub zainteresowaniami zdrowotnymi [8].

Kształtowanie pozytywnego wzorca pogodnej starości wśród różnorodnych środowisk społecznych, bez względu na ich aktualny wiek, powinno się koncentrować na wypracowaniu następujących grup postaw społecznych:

- ideowe postawy zdrowotne:
  - postawa humanizmu (dbanie o zdrowie w każdym wieku),
  - postawa egalitaryzmu i demokratyzmu (uznawanie jednakowych praw każdego człowieka bez względu na wiek),
  - postawa racjonalizmu (wiara w ludzki rozum w odniesieniu do zapobiegania i leczenia chorób);
- społeczne postawy zdrowotne:
  - postawa społecznej użyteczności (równowaga między tym, co jednostka daje i otrzymuje od społeczeństwa),
  - postawa społecznej gospodarności (racjonalne wykorzystanie dóbr społecznych służących zdrowiu);
- interpersonalne postawy zdrowotne:
  - postawa poszanowania życia i zdrowia,
  - postawa tolerancji,
  - postawa opiekuńczości,
  - postawa współodczuwania;
- intrapersonalne postawy zdrowotne:
  - postawa osobistej godności (uznawanie samego siebie za wartość bez względu na wiek i stan zdrowia),
  - postawa samokontroli zdrowotnej,
  - postawa perfekcjonizmu zdrowotnego,
  - postawa optymizmu zdrowotnego (wiara w sens terapii i rehabilitacji zdrowotnej);
- kulturowe postawy zdrowotne:
  - postawa szacunku wobec wytworów i dzieł kultury zdrowotnej,
  - postawa dążenia do kontaktów z kulturą zdrowotną;
- intelektualne postawy zdrowotne:
  - postawa poznawczej dociekliwości zdrowotnej,
  - postawa racjonalizmu i krytycyzmu zdrowotnego;
- postawy ekologiczne [9].

Tego rodzaju zdrowotna, systemowa działalność powinna dodatkowo wkomponowywać i zapewniać integrację międzypokoleniową, która służy zapewnieniu ciągłości kulturowej. Oznacza to proces dziedziczenia społecznego, w którym treści wychowawcze w postaci norm społecznych są przekazywane przez starsze pokolenia młodszej generacji. Ma to na celu wskazywanie takich cech osobowości, które przede wszystkim powinny upodabniać ludzi, wśród nich na przykład: tolerancja, opiekuńczość, odwaga cywilna, odpowiedzialność itp. [10]. Nie mniej istotnym celem tego rodzaju integracji jest wspomaganie kształtowania tożsamości osób młodych. Znaczącą rolę w tym procesie odgrywa właśnie pokolenie ludzi starszych. Zapewnienie kontaktu obu generacjom pozwala uzyskać zmiany nastawienia młodych ludzi do osób w podeszłym wieku poprzez docenianie doświadczenia i tradycji oraz czerpanie tożsamości od tych drugich. Skuteczność działań na rzecz międzypokoleniowej integracji jest uzależniona od respektowania zasad wpisanych w tę działalność, które powinny być traktowane jako normy postępowania edukacyjnego. Najczęściej eksponowanymi zasadami są:

- przekazywanie przez osoby starsze takich doświadczeń, które są bliskie i aktualne dla młodej generacji;
- wzmacnianie wśród młodych takich motywacji, które sprawdziły się w doświadczeniu starszego pokolenia;
- przekazywanie doświadczeń w sposób ujawniający nastawienie emocjonalne i wartościujące [11].

### Wyzwania etyczne wobec osób w podeszłym wieku

W 2009 roku Rada Pielęgniarek i Położnych Wielkiej Brytanii (NMC, *Nursing and Midwifery Council*) wydała „Przewodnik opieki nad osobami w podeszłym wieku” (*Guidance for the care of older people*) [1]. Dokument ten jest dodatkiem do „Kodeksu etyki dla pielęgniarek” (*The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives*, NMC 2008) [12] i powinien być rozpatrywany łącznie z tym kodeksem.

Zawarte w przewodniku zasady opieki nad osobą starszą mają szczególną wartość w dobie postępującego ageizmu w naszym społeczeństwie. Jak pokazują wyniki badań, służba zdrowia, paradoksalnie, stanowi jedną z najczęstszych instytucji, w ramach której dyskryminuje się osoby starsze. Przejawem ageizmu jest na przykład rezygnacja z procedur medycznych stosowanych rutynowo u młodszych chorych (poniżej 65. rż.), jak również działania, które łamią prawo każdego człowieka do ochrony jego godności i prywatności [13, 14]. Jak twierdzi Derejczyk, osoby starsze to grupa najbardziej zaniedbana medycznie [15].



Celami wymienionego przewodnika są rozwój pozytywnych postaw wobec osób starszych oraz pomoc w zrozumieniu ich znaczenia dla społeczeństwa. Warto w związku z tym uwzględniać oraz stosować w praktyce podstawowe zalecenia tego dokumentu. Zgodnie z nim, pielęgniarki, które opiekują się osobami w podeszłym wieku, powinny być:

- kompetentne, czyli posiadać właściwą wiedzę, umiejętności i postawy niezbędne w opiece nad starszymi pacjentami; zapis ten wynika z norm kodeksowych mówiących o obowiązku nieustannego rozwoju kompetencji zawodowych przez pielęgniarki; normy takie można odnaleźć w kodeksie etyki dla pielęgniarek Międzynarodowej Rady Pielęgniarek [16], Wielkiej Brytanii [12] i Polski [17];
- asertywne, czyli mające odwagę zmieniać złe praktyki, postawy i zachowania wobec osób starszych, a jednocześnie mające odwagę chronienia tych osób; podstawą dla tego zapisu jest norma kodeksu Wielkiej Brytanii wymagająca od pielęgniarek opieki na jak najwyższym poziomie [12]; dodatkowo, zawsze w sytuacji zagrożenia dla pacjentów, bez względu na źródła tego zagrożenia, pielęgniarki są zobowiązane do informowania odpowiednich osób tak, aby zostały podjęte odpowiednie kroki w celu usunięcia zagrożenia i pomocy poszkodowanemu [12, 17];
- wiarygodne i niezawodne, czyli prezentujące profesjonalny wizerunek dobrze zorganizowanych i zarządzających czasem; pielęgniarki muszą umieć także zmieniać priorytety w zależności od potrzeb pacjentów, a nie odwrotnie; pacjent w podeszłym wieku potrzebuje pewnej dyscypliny w organizacji dnia, pielęgniarki powinny więc wymagać od pacjentów wykonania określonych zadań w określonym czasie i trzymać się tego harmonogramu; jednocześnie, plan powinien być na tyle elastyczny, aby zmiana w potrzebach pacjenta mogła zostać uwzględniona;
- współczujące i życzliwe; trzeba pamiętać przy tym, że współczucie jest uczuciem aktywnym, a więc wymaga działania na rzecz osoby będącej w potrzebie; czasem jest to po prostu sama próba zrozumienia jej zachowania czy sytuacji, w jakiej się znalazła;
- pielęgniarka powinna się komunikować z człowiekiem starszym nie tylko poprzez rozmowę z nim, ale także poprzez słuchanie tego, co mówi; normy kodeksowe, które stanowią podstawę pod ten zapis, mówią o obowiązku pielęgniarki do informowania pacjenta o jego sytuacji zdrowotnej w sposób dla niego zrozumiały, tak aby dzięki tym informacjom mógł podejmować autonomiczne decyzje odnośnie leczenia i opieki [12, 16, 17]; w przypadku osób starszych jest to szczególnie problem i jed-

nocześnie wyzwanie dla pielęgniarki; powodem mogą być zarówno ograniczenia fizyczne, jak i mentalne w komunikacji; potrzebna jest więc cierpliwość oraz zrozumienie;

- pielęgniarka musi dokonać wszechstronnej oceny potrzeb pacjenta, które mogą być natury: fizycznej, psychicznej, duchowej, kulturowej, seksualnej, funkcjonalnej i społecznej; indywidualna ocena potrzeb pacjenta stanowi podstawę spersonalizowanego procesu opieki; dzięki tej ocenie zostają ustalone charakter i granice relacji z pacjentem, jak również wartości, które są dla pacjenta ważne;
- pielęgniarka musi szanować godność i prywatność pacjenta; osoba w podeszłym wieku boi się zależności oraz bycia traktowanym jak dziecko; należy zapewnić go, poprzez zachowanie i działania, że jego godność będzie do końca respektowana; jednym z wielu wymiarów takiego szacunku jest informowanie o podejmowanych działaniach, uzyskanie zgody na opiekę, zachowanie w tajemnicy informacji uzyskanych od pacjenta, ochrona jego intymności [12, 16, 17];
- pielęgniarka powinna traktować starszego pacjenta, jego rodzinę, opiekunów i innych profesjonalistów w opiece jako partnerów; trzeba włączyć pacjenta w proces opieki, a kiedy to nastąpi, należy uwzględniać jego wizję zdrowia oraz plany związane z opieką;
- pielęgniarka musi pamiętać o równym traktowaniu wszystkich pacjentów; rozdział dóbr medycznych powinien uwzględniać jedynie kryteria medyczne, w przeciwnym wypadku oznacza to dyskryminację; jednocześnie należy wziąć pod uwagę odmienność pacjentów, ich niepowtarzalność; każdy pacjent ma inne potrzeby, które muszą być uwzględnione w planowaniu opieki;
- należy także zadbać o środowisko, w którym pacjent w podeszłym wieku przebywa; chodzi tu nie tylko o środowisko fizyczne, ale także osobowe; otoczenie pacjenta powinno promować niezależność pacjenta tak długo, jak to tylko możliwe; trzeba więc tak je zorganizować, aby ta niezależność pacjenta od innych była faktem;
- istotnym elementem zindywidualizowanej opieki nad starszym pacjentem są odpowiednie zasoby materialne i ludzkie; planując proces pielęgnowania, należy to również uwzględnić.

### Podsumowanie

Powyzsze zalozenia teoretyczne wpisuja sie w konstruowanie calosciowego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku. Do podstawowych dziedzin naukowych, które powinny odgrywać zasadniczą rolę w tych działaniach, można zaliczyć:

- gerontologię, jako naukę o procesach starzenia się, w kontekście profilaktyki i terapii, rozpatrywanej od strony procesów biologicznych, społecznych, osobowościowych oraz duchowych człowieka;
- geriatrię, jako dział szeroko rozumianych nauk medycznych, w skład której należy także włączyć zagadnienia etyczne, a więc obok zapobiegania oraz leczenia chorób wieku podeszłego, uwzględnianie odpowiedniego, etycznego podejścia do tej grupy pacjentów;
- andragogikę, jako dział pedagogiki, w której zakresie zainteresowań znajduje się człowiek dorosły, w tym człowiek w jesieni życia.

Biorąc pod uwagę wytyczne „Przewodnika opieki nad osobami w podeszłym wieku” w zestawieniu z założeniami pedagogicznymi, które w obu przypadkach wynikają z godności tej grupy osób, traktowanej jako równorzędny partner społeczny, można sformułować ogólne zasady, ujęte w kanony systemowego postępowania gerontologicznego. Spośród nich na pierwszy plan wysuwają się:

1. Kanon szacunku–wolności–tolerancji, bowiem każde działanie na rzecz drugiego człowieka powinno w swojej istocie mieć wpisany wymóg humanistyczny. Szacunek do drugiego człowieka zawiera w sobie atmosferę wolności i tolerancji. Jednocześnie zasada ta powinna stale obowiązywać we współczesnych społeczeństwach w imię demokratycznego współistnienia;
2. Kanon zaangażowania–aktywności–samorealizacji, jako uwzględnianie podstawowego prawa człowieka do rozwoju, bez względu na fazę życia w jakiej się znajduje. Motywowanie do zaangażowania człowieka w podeszłym wieku w każdej dziedzinie jego aktywności przynosi zawsze wymierny, pozytywny efekt, gdyż „rewitalizuje” wszystkie obszary jego funkcjonowania, przyczyniając się do samorealizacji i samorozwoju;
3. Kanon spotkania–dialogu–twórczości, rozpoczynając od postawy wewnętrznej otwartości na drugiego człowieka. Poprzez dialog następuje wzajemna wymiana stanowisk, wzajemne poznawanie się oraz artykułowanie własnych potrzeb. Jeśli dialogowość naturalnie jest wpisana w życie człowieka, tym łatwiej stosować ją w opiece i pomocy osobom w podeszłym wieku. Docelowo, poprzez tego rodzaju działania, są wyzwalane kreatywność i twórczość człowieka;
4. Kanon spokoju–odprężenia–radości, który najlepiej osiągać poprzez odnalezienie wewnętrznego spokoju w samym sobie. Współpraca w takiej atmosferze z osobami w podeszłym wieku, życzliwość w stosunku do nich będą procentować wdzięcznością i zadowoleniem z ich strony, kierowanymi w stosunku do osób pomagających. Przełoży się to w re-

zultacie na poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji, tak potrzebnych w tym wieku;

5. Kanon dystansu–humoru–wrozumiałości, w którym należy eksponować dystans do samego siebie, swoich własnych problemów życiowych poprzez konstruowanie tak zwanej żelaznej linii spokoju wewnętrznego. Na podstawie tak przygotowanego działania łatwiej rozświetlać codzienność osobom starszym, wykorzystując humor, w myśl powiedzenia „dowcip oddala starość”. Takie nastawienie łączy się z wrozumiałością i cierpliwością, a od niej krok do podstawy troski o zdrowie człowieka starego, która powinna się stać udziałem pielęgniarki [18].

Uwzględnianie i łączenie założeń teoretycznych, zarówno pedagogicznych, jak i etycznych w codziennej pracy na rzecz populacji osób w podeszłym wieku, podczas tworzenia systemowości działań różnorodnych grup: pedagogów, psychologów, pracowników pomocy społecznej, lekarzy, pielęgniarek itp., przyczynia się do wzrostu udziału tej grupy społecznej w całej strukturze społecznej. Przedstawione aspekty pedagogiczno-etyczne tworzą wytyczne działań, które mogą być traktowane jak „konstytucja” trzeciego wieku.

Jednocześnie ilustruje to niezaprzeczalny fakt, jak wiele rodzajów aktywności należy podjąć, aby zapewnić ludziom spokojną, pogodną i zdrową starość. Działając w tym obszarze, nie można stracić z oczu możliwości przyczyniania się do wzrostu poziomu harmonii i współdziałania wszystkich grup społecznych w imię poprawy jakości życia całego społeczeństwa.

## Piśmiennictwo

1. Guidance for the care of older people. Nursing & Midwifery Council. [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org) (wejście 12.08.2009).
2. [http://pl.wikipedia.org/wiki/Ludno%C5%9B%C4%87\\_Polski](http://pl.wikipedia.org/wiki/Ludno%C5%9B%C4%87_Polski) (wejście 21.10.2009).
3. Chorąży A., Czarnecka N. Stan, struktura i dynamika ludności Polski według prognoz ONZ na lata 2005–2050. Akademia Ekonomiczna, Poznań, 2005. [http://kmsid.ue.poznan.pl/dokumenty/prognozy\\_ludnosci.pdf](http://kmsid.ue.poznan.pl/dokumenty/prognozy_ludnosci.pdf) (wejście 19.10.2009).
4. Szarota Z. Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki. Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
5. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia w starości — definicja, pojęcie. W: Panek A., Szarota Z. (red.). Zrozumieć starość. Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000.
6. Puchalska B. O nowy model starości. W: Encyklopedia seniora. Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.
7. Puchalska B. Starość jako faza rozwoju. W: Encyklopedia seniora. Wiedza Powszechna, Warszawa 1986.
8. Lewicki C. Edukacja zdrowotna do starości — systemowa analiza wybranych zagadnień. W: Kuchcińska M. (red.). Edukacja do i w starości. Wybrane konteksty, problemy, uwarunkowania. Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej, Bydgoszcz 2008.
9. Lewicki C. Edukacja zdrowotna — systemowa analiza zagadnień. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006.

10. Tillmann K.J. Teorie socjalizacji. Społeczność. Instytucja. Upodmiotowienie. PWN, Warszawa 1996.
11. Bugajska B. Integracja międzypokoleniowa. Projekty realizowane w Uniwersytecie Trzeciego Wieku w Szczecinie. W: Steuden S., Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Wyd. KUL, Lublin 2006.
12. The Code: Standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives, NMC 2008. [www.nmc-uk.org](http://www.nmc-uk.org) (wejście 07.11.2009).
13. Hall C. Shock as doctors admit to ageism. [www.telegraph.co.uk/news](http://www.telegraph.co.uk/news) (wejście 24.06.2008).
14. Older patients' right 'abused'. <http://news.bbc.co.uk/go/pr/fr/-/1/hi/health/6944699.stm> (wejście 24.06.2008).
15. Derejczyk J. Geriatria a reforma ochrony zdrowia w Polsce. Służba Zdrowia 2000, 61–64, 2954–2957. [www.sluzbazdrowia.com](http://www.sluzbazdrowia.com) (wejście 03.05.2008).
16. Kodeks etyki ICN dla pielęgniarek, 2005. [www.izbapiel.org.pl](http://www.izbapiel.org.pl) (wejście 09.11.2009).
17. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki położnej RP, 2003. [www.izbapiel.org.pl](http://www.izbapiel.org.pl) (wejście 09.11.2009).
18. Homplewicz J. Gerontologia wyzwaniem dla pedagogiki XXI wieku. Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.