

Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego u lekarzy POZ przez osoby starsze

Seeking emotional support in primary care physicians by seniors

EWA KEMICER-CHMIELEWSKA^{1, A, B, D, E}, ARTUR GRZEGORZ KOTWAS^{1, C, E},
PAULINA KINGA ZABIELSKA^{1, E, F}, IWONA ROTTER^{2, A, B, D}, JOANNA PIERZAK-SOMINKA^{1, E}

¹ Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Samodzielna Pracownia Rehabilitacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Problem starości dotyka każdego człowieka. Większość osób starszych odbiera ten etap życia jako bolesny stan utraty zdrowia. Starość jest okresem zmagania się z problemami wewnętrznymi i zewnętrznymi, które wywołują istotną potrzebę wsparcia emocjonalnego. Działanie to, zwłaszcza na rzecz osób starszych, powinno być zaliczone do jednych z ważniejszych celów opieki zdrowotnej, gdyż tylko 16% problemów, z jakimi zgłaszają się do lekarza POZ, dotyczy spraw medycznych. Większość to problemy o podłożu psychologicznym.

Cel pracy. Poznanie najczęstszych powodów poszukiwania przez osoby starsze wsparcia emocjonalnego u lekarzy POZ oraz ich ocena przy uwzględnieniu wybranych zmiennych socjodemograficznych.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 266 osoby starsze – pacjenci lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu ankiety własnego autorstwa przygotowanej w oparciu o kwestionariusz PRF.

Wyniki. Na podstawie przeprowadzonej analizy danych wykazano, że większość badanych (68,42%, 182) poszukiwało u lekarzy POZ wsparcia emocjonalnego. Najczęstsze powody poszukiwania wsparcia emocjonalnego przez osoby starsze to: wyjaśnienie problemów psychologicznych przez lekarza (61,28%, 163), potrzeba otuchy w trudnej chwili (63,91%, 170). Najrzadszym działaniem, zdaniem badanych, była rozmowa o problemach życiowych (50%, 133).

Wnioski. Wraz z wiekiem wzrasta częstość poszukiwania przez osoby starsze wsparcia emocjonalnego, którego powodem jest chęć poprawy samopoczucia. Jest to problem organizacyjny w praktyce lekarz POZ, ponieważ wymaga zaplanowania dłuższego czasu, nie mniej niż 20 minut na wizytę pacjenta w okresie późnej starości.

Słowa kluczowe: osoby starsze, lekarze POZ, wsparcie emocjonalne.

Summary **Background.** Old age affects every human being. Most aging people consider old age as a painful state for their health. The lack of money makes them impossible to meet basic living needs. Old age is a period of dramatic struggling with internal and external problems, which induce the need for emotional support. Therefore, the emotional support in seniors should be assigned as one of the main purposes of medical care, as only 16% of the problems that older people seek in medical office is of medical nature. The majority is psychological problems.

Objectives. To know the most common reasons for why do seniors seek emotional support from GPs. To analyze the impact of sociodemographic variables on discussing an issue.

Material and methods. We enrolled 266 aging patients of primary care physician. Diagnostic survey method was used with a questionnaire constructed on the basis of a PRF sheet.

Results. Based on the conducted analysis of the data showed that most respondents (68.42%, 182) of GPs were seeking emotional support. The most common reasons for seeking emotional support by the elderly include: an explanation of psychological problems by a physician (61.28%, 163), the need for reassurance in a difficult moment (63.91%, 170). The rarest action, according to respondents, was to talk about the problems of life (50%, 133).

Conclusions. The frequency of seeking emotional support by elderly increases with age. The reason is the willingness to feel better. This is an organizational problem in GP. It requires longer time, not less than 20 minutes for a visit.

Key words: older people, GPs, emotional support.

Fam Med Prim Care Rev 2015; 17(3): 185–188

Wstęp

Globalne przeobrażenia demograficzne, określane mianem „siwienia kontynentu”, przyczyniają się do wzrostu zainteresowania potrzebami osób w wieku senioralnym. Dla większości osób starość jest bolesnym stanem utraty zdrowia oraz dotychczasowych ról społecznych. Odczuwają one pogarszającą się sprawność psychiczną, fizyczną, nasilające się schorzenia, dostrzegają obniżenie wzrostu, marszczenie skóry, braki w uzębieniu, mniejszą spo-

strzegawczość i gorszą pamięć. Przeżywają odejście dzieci z domu, przejście na emeryturę lub rentę, zmianę miejsca zamieszkania, śmierć współmałżonka, przyjaciół, kolegów, bliższej lub dalszej rodziny oraz utratę dotychczasowego standardu życia [1]. W związku z tym poczucie lęku staje się problemem emocjonalnym osoby starszej, który wzrasta z wiekiem. Trudna sytuacja ekonomiczna seniorów staje się jednym z głównych problemów ludzi starszych. Wynika to z faktu, iż przejście na emeryturę najczęściej wiąże się z obniżeniem dochodów. Ludzie starsi często nie są w sta-



nie samodzielnie się utrzymać, wyżywić i kupić leki. Niekorzystna sytuacja materialna doprowadza do ograniczenia więzi społecznych. Lęk i niepokój występujące u ludzi starszych wynikają z osamotnienia, depresji czy nawarstwiających się chorób. Świadomość zbliżającej się śmierci pogarsza ich samopoczucie.

Zdobyte przez nich wykształcenie odgrywa istotną rolę w świadomości nieuniknionego procesu starzenia. Im jest ono wyższe, tym lepsze samopoczucie oraz pozytywne nastawienie do życia. Kliniczne, edukacyjne i badawcze podejście do zagadnień gerontologii i gerontobiologii, prezentowane w XX wieku, nie jest w stanie nadążyć za wymaganiami starzejącego się społeczeństwa w XXI wieku [2]. Istnieją udowodnione przesłanki, że problemy osób starszych różnią się od tych, które obserwujemy w populacji generalnej. W związku z tym, wsparcie emocjonalne powinno być zaliczone do jednego w ważniejszych celów opieki medycznej [3]. Standard opieki kierowany do ludzi starszych jest jednym z priorytetów współczesnego systemu ochrony zdrowia, bowiem dotychczasowe raporty często kwestionują tę jakość [4].

Zjawisko „sivienia populacji” skłania do głębszej analizy organizacji i jakości świadczeń realizowanych w ramach opieki geriatrycznej [5]. Większość pacjentów po 65. roku życia pozostaje pod opieką lekarzy POZ, pomimo to, że wymagają oni specjalistycznego, właściwego dla wieku i stanu psychofizycznego podejścia. Znajomość oczekiwań starszych pacjentów jest jednym z elementów właściwego planowania i organizowania działań w obszarze ochrony zdrowia [6]. Według European Health Committee tylko 16% problemów, z jakimi osoby starsze zgłaszają się do lekarza, dotyczy spraw medycznych, pozostałe to problemy psychologiczne [7]. Stąd też starsze osoby często wymagają większej uwagi, właśnie dlatego The American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine promuje ogromne znaczenie kształcenia się personelu medycznego w celu lepszego zrozumienia oczekiwań tej części populacji [8].

Cel pracy

Celem pracy było poznanie najczęstszych powodów poszukiwania przez osoby starsze wsparcia emocjonalnego u lekarzy POZ oraz ich ocena przy uwzględnieniu wybranych zmiennych socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć i wykształcenie.

Materiał i metody

W badaniu przeprowadzonym w 2013 r. udział wzięło 266 osób starszych w wieku 60–90 – pacjentów jednej z szczytnskich poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Respondentów podzielono na dwie grupy wiekowe pod względem okresów starości według WHO: wczesną starość i późną starość [9]. W pierwszej grupie znalazło się 48,12% (128 badanych), w drugiej grupie – 51,88% (138 badanych). Zmienne socjodemograficzne badanych zostały przedstawione w tabeli 1.

Do badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu kwestionariusza ankiety, w którym znalazły się pytania socjodemograficzne (tj. wiek, płeć i wykształcenie) oraz 6 stwierdzeń, które wywodzą się ze standaryzowanego kwestionariusza wywiadu Lista Oczekiwań Pacjenta – PRF (wersja polska) [10]. Stwierdzenia te, dotyczące powodów poszukiwania wsparcia emocjonalnego, łączy się z przywiązywaniem znaczenia do poradnictwa i pomocy psychiatrycznej czy psychologicznej u leka-

rza POZ. Na każde ze stwierdzeń badany mógł udzielić odpowiedzi: tak, nie, nie jestem pewien. W pracy wykorzystano test zgodności χ^2 Pearsona oraz test V-Cramera. Do badania przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Tabela 1. Socjodemograficzna charakterystyka grupy badanej (n = 266 osób)

Cechy socjodemograficzne	Wczesna starość n (%)		Późna starość n (%)	
Płeć	n = 266 (100%)			
Kobiety	68	25,57%	70	26,32%
Mężczyźni	60	22,55%	68	25,56%
Razem	128	48,12%	138	51,88%
Wykształcenie	n = 266 (100%)			
Podstawowe	14	5,26%	19	7,14%
Zawodowe	29	10,91%	40	15,04%
Średnie	68	25,56%	57	21,43%
Wyższe	17	6,39%	22	8,27%
Razem	128	48,12%	138	51,88%

Wyniki

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych wykazano, że większość badanych (68,42%, 182) poszukiwała u lekarzy POZ wsparcia emocjonalnego. Miało ono być reakcją lekarzy na potrzebę pacjentów dotyczącą poprawy ich samopoczucia. Podobnie często oczekiwania pacjentów związane były z potrzebą otuchy w trudnych chwilach (63,91%, 170). Nieznacznie mniejsza grupa respondentów (62,41%, 166) poszukiwała wsparcia emocjonalnego w trudnych dla nich chwilach, zaś 163 osoby (61,28%) chciały, aby lekarz wyjaśnił im naturę problemów emocjonalnych. Ważnym obszarem działalności lekarza POZ, w opinii osób starszych, było przekazywanie wsparcia pacjentom borykającym się z problemami emocjonalnymi (54,13%, 144), jak i rozmowa o problemach życiowych (50%, 133).

Otrzymane wyniki badań poddano analizie statystycznej w celu sprawdzenia, czy wiek, płeć, wykształcenie badanych wpływa na częstość występowania różnych powodów poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Wyniki testów statystycznych (χ^2 Pearsona oraz test V-Cramera) nie wykazały istotnych statystycznie różnic w częstości występowania problemów emocjonalnych i poszukiwania pomocy w tym obszarze względem płci i wykształcenia. Na różnice w częstości występowania problemów emocjonalnych, z którymi wiązało się poszukiwanie wsparcia emocjonalnego u lekarza POZ, istotnie wpływał wiek badanych. U osób powyżej 75. roku życia znacznie częściej powodem była potrzeba rozmowy o swoich odczuciach, uznając, że może to wpłynąć na ich lepsze samopoczucie. Badani w okresie późnej starości istotnie statystycznie częściej poszukiwali wsparcia w zakresie problemów emocjonalnych i chcieli wyjaśnienia tych problemów przez lekarza POZ. Osoby w okresie późnej starości również znacznie częściej chciały, aby lekarz dodał im otuchy w trudnej chwili (tab. 2).

W celu potwierdzenia istotnej zależności między wiekiem badanych a częstością poszukiwania wsparcia emocjonalnego, którego przyczyną były problemy psychologiczne, wykorzystano test V-Cramera, który potwierdził, iż wraz z wiekiem wzrastała wśród pacjentów potrzeba poszukiwania wsparcia emocjonalnego w zakresie poprawy samopoczucia i dodania otuchy w trudnych chwilach.

Tabela 2. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego przez osoby starsze, z uwzględnieniem wieku badanych, skategoryzowanym w oparciu o okresy starości

Stwierdzenia dotyczące powodów poszukiwania wsparcia emocjonalnego	Okresy starości według WHO		Kategorie odpowiedzi			Ogółem n (100%)	χ^2 p	V Cramera
		n (%)	nie	nie wiem	tak			
Chcę porady na temat mojego stanu nerwowego	późna starość	n (%)	36 (26,1)	25 (18,1)	77 (55,8)	138	4,169	–
	wczesna starość	n (%)	39 (30,5)	33 (25,8)	56 (43,8)	128	0,124	
Czułbym się lepiej, gdybym mógł porozmawiać o moich odczuciach	późna starość	n (%)	15 (10,9)	10 (7,2)	113 (81,9)	138	25,249	0,446
	wczesna starość	n (%)	27 (21,1)	32 (25,0)	69 (53,9)	128	0,000	
Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy	późna starość	n (%)	45 (32,6)	25 (18,1)	68 (49,3)	138	9,452	–
	wczesna starość	n (%)	21 (16,4)	31 (24,2)	76 (59,4)	128	0,009	
Chcę, aby lekarz wyjaśnił moje problemy emocjonalne	późna starość	n (%)	29 (21,0)	26 (18,8)	83 (60,1)	138	9,714	–
	wczesna starość	n (%)	11 (8,6)	37 (28,9)	80 (62,5)	128	0,008	
Przechodzę trudne chwile, chciałbym nieco wsparcia	późna starość	n (%)	20 (14,5)	28 (20,3)	90 (65,2)	138	2,252	–
	wczesna starość	n (%)	16 (12,5)	36 (28,1)	76 (59,4)	128	0,324	
Chcę, by lekarz dodał mi otuchy w trudnych chwilach	późna starość	n (%)	5 (3,6)	18 (13,0)	115 (83,3)	138	48,471	0,434
	wczesna starość	n (%)	28 (21,9)	45 (35,2)	55 (43,0)	128	0,000	

Dyskusja

Wyniki badań własnych wykazały, że u osób starszych jednym z najczęstszych powodów poszukiwania wsparcia emocjonalnego u lekarza POZ była potrzeba rozmowy o swoich odczuciach, uznając, że może to wpłynąć na lepsze samopoczucie. Potwierdziła to w swoich badaniach Marcinowicz i wsp. wskazując, jak ważną rolę podczas wizyty u lekarza rodzinnego odegrała skuteczność ekspresywna, czyli uzyskanie wsparcia emocjonalnego [11]. Badania te nie wykazały istotnej statystycznie zależności między oczekiwaniem wsparcia emocjonalnego a wiekiem respondenta. Wyniki badań własnych sugerują jednak, że wiek istotnie statystycznie różnicuje powody oczekiwania wsparcia emocjonalnego. To u osób powyżej 75. roku potrzeba rozmowy o swoich odczuciach i jej wpływ na lepsze samopoczucie znacznie częściej była powodem poszukiwania wsparcia emocjonalnego u lekarza POZ. Cieślak wskazał, że niezwykle ważną dla pacjenta kategorią oczekiwań jest „*zdolność i wola rozumienia uczuć, myśli, przeżyć, reakcji i całej życiowej sytuacji chorego człowieka*” [12]. Badania przeprowadzone przez Trnkę i wsp. sugerują, że starsi pacjenci pragną, aby lekarze POZ przyjęli na siebie zadania psychologa czy psychoterapeuty. Oczekują od lekarzy, by wykazywali zain-

teresowanie ich sytuacją życiową [13]. Analizując wyniki badań własnych można przyjąć, że najczęstszym powodem poszukiwania wsparcia emocjonalnego u lekarza POZ była potrzeba otuchy w trudnych chwilach czy też rozmowy o swoich odczuciach. Wyniki badań autorskich znajdują potwierdzenie w analizie przeprowadzonej przez Marcinowicz. Pacjenci oczekiwali od lekarza rodzinnego wsparcia emocjonalnego, zwłaszcza uspokajania i dodawania otuchy [11]. Podobnie Grywalska i wsp. wskazali, że pacjenci oczekiwali nie tylko porady lekarskiej, ale także wsparcia emocjonalnego w problemach osobistych, rodzinnych, społecznych [14].

Przeprowadzone badanie ujęło problem wsparcia emocjonalnego, nie uwzględniając w analizach czynników medycznych mogących mieć wpływ na potrzeby zgłaszane przez osoby powyżej 60. roku życia, będące pod opieką lekarza POZ.

Wnioski

Wraz z wiekiem wzrasta częstość poszukiwania, przez osoby starsze wsparcia emocjonalnego. Najczęstszym powodem tych działań była potrzeba poprawy samopoczucia. Jest to problem organizacyjny w praktyce lekarz POZ, ponieważ wymaga zaplanowania dłuższego czasu, nie mniej niż 20 minut, na wizytę pacjenta w okresie późnej starości.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.
Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Leszczyńska-Rejchert A. *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: WUWM; 2010: 101–103.
2. Besdine R, Boulton C, Brangman S, et al. Caring for older Americans: the future of geriatric medicine. American Geriatrics Society Task Force on the Future of Geriatric Medicine. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(6 Suppl.): 45–56.
3. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull* 2008; 85: 113–126. doi: 10.1093/bmb/ldn003. Epub 2008 Feb 15.
4. Wade S. Promoting quality of care for older people: developing positive attitudes to working with older people. *J Nurs Manag* 1999; 7(6): 339–347.
5. Błachnio A, Buliński L. Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine. *Med Sci Monit* 2013; 16(19): 674–680.
6. Kostka T, Koziarska-Faściszewska M. *Choroby wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 11–17.
7. Gallard ML. *The training of general practitioners and geriatricians to promote the health of old people*. Strasbourg: European Health Committee; 1988.

8. Decaporable-Ryan LN, Cornell A, McCann RM, et al. Hospital to home: a geriatric educational program on effective discharge planning. *Gerontol Geriatr Educ* 2013; 35(4): 369–379.
9. Juczyński Z. *Measuring tools in promotion and psychology of health. Laboratory of psychological tests*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
10. Mianowany ME, Maniecka-Bryła I, Drygas WK. Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. *Gerontol Pol* 2004; 12(4): 172–175.
11. Marcinowicz L, Grębowski R, Fiedorczuk I, i wsp. Oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(1): 30–35.
12. Cieślik P. Medical staff in the eyes of patients. *Health Serv* 2002; 5–8: 3101–3104.
13. Trnka J, Drobnik J, Susło R. Specyfika relacji lekarz–pacjent w przypadku lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 488–490.
14. Grywalska E, Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, i wsp. Co pozwala zdobyć lekarzowi zaufanie pacjentów? *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(3): 662–666.

Adres do korespondencji:

Dr Artur Grzegorz Kotwas
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 91 48-00-920
E-mail.: artur.kotwas@pum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.05.2015 r.

Po recenzji: 12.06.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 03.07.2015 r.