

Kinga CHUDALA  
Grzegorz ONIK  
Joanna WITKOŚ  
Karolina SIEROŃ

## Opieka geriatryczna – poziom wiedzy studentów kierunków medycznych

Geriatric care – knowledge level of medical professions students

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,  
Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach,  
Zakład Medycyny Fizykalnej Katedry Fizjoterapii  
Kierownik Katedry:  
dr hab. n. o zdr. Ryszard Plinta, prof. nadzw.  
SUM  
ul. Medyków 12  
40-752 Katowice  
tel. (32) 20-88-712

Starzenie się społeczeństw oraz wydłużenie czasu trwania życia ludzkiego, sprzyja zwiększeniu liczby osób starszych korzystających z usług opieki medycznej. Wymaga to odpowiedniego przygotowania ze strony pracowników ochrony zdrowia aby skutecznie prowadzić leczenie w tej grupie chorych. Dlatego celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów kierunków medycznych na temat opieki geriatrycznej. W badaniu wzięło udział 100 studentów z trzech kierunków studiów prowadzonych w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. Wiek badanych mieścił się w przedziale między 19 a 27 lat, a jego średnia wartość wyniosła  $22,2 \pm 1,8$  lat. Kobiety stanowiły 75% ankietowanych, a mężczyźni 25%. Wyniki badań wskazują, że poziom wiedzy badanych studentów na temat opieki geriatrycznej jest niedostateczny.

Ageing leads to numerous diseases development thus medical professional have to deal with elderly people. Societies ageing and lifespan lengthening results in increase of elderly visiting health services centres. To provide medical services in group of geriatric patients medical professional should be well educated. That is why the study aim was an attempt to assess the knowledge level of medical professions students about geriatric care. Study included 100 people being the students of Medical University of Silesia in Katowice at three faculties. Participants age range was 19-27 years while mean age was  $22,2 \pm 1,8$  years. Females constituted 75% whereas males 25% of participants. Obtained results indicate for inadequate knowledge of medical professions students.

### Słowa kluczowe:

opieka geriatryczna, poziom wiedzy, studenci, geriatrya

### Key words:

geriatric care, knowledge level, students, geriatrics

### Wstęp

Dynamizacja procesu starzenia się społeczeństw skutkuje wzrostem zainteresowania tym zjawiskiem, co więcej prognozy wskazują, że w kolejnych dziesięcioleciach ulegnie ono intensyfikacji. Powszechnie wiadomo, że miarą starzenia się społeczeństwa jest wzrost liczby osób w wieku podeszłym. Wpływ na sytuację demograficzną w Polsce mają zasadniczo trzy czynniki, do który można zaliczyć: zmniejszenie liczby urodzeń, migrację zarobkową ludzi w wieku produkcyjnym, a także wydłużenie średniej długości życia. Warto wskazać, że wydłużenie czasu trwania życia związane jest z poprawą warunków socjalnych i bytowych, a także rozwojem wiedzy w naukach medycznych, co pozwala na skuteczne leczenie chorób wieku podeszłego, ale również wdrażanie działań profilaktycznych [1].

Średnia długość życia w Polsce czyli liczba lat, którą osiąga 50% ludzi w danej populacji szacowana jest na 66. W krajach rozwiniętych średnia długość życia mężczyzn jest krótsza niż kobiet, co oznacza że w najstarszych grupach wiekowych dominują kobiety. Zjawisko to jest określone mianem feminizacji starości. Dodatkowo, pod względem demograficznym wskazuje się na społeczeństwa stare. Zgodnie z

przyjętą definicją są to takie społeczeństwa, w których 7% ludności osiągnęło wiek co najmniej 65 roku życia. Warto zauważyć, że Polska przekroczyła ten próg pod koniec lat 60-tych ubiegłego stulecia [1].

Według danych zaprezentowanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) pod koniec 2014 roku liczba ludności w Polsce wynosiła około 38 milionów 484 tysięcy osób, czyli o 12 tysięcy mniej niż w roku poprzedzającym. Rok 2014 był trzecim rokiem z kolei, w którym wystąpił spadek liczby ludności po latach 2008-2011, w których odnotowano wzrost. Jednocześnie nadal utrzymuje się dysproporcja długości życia pomiędzy płciami. W 2013 roku średnia długość życia mężczyzn wyniosła 73,1 lat, a kobiet 81,1 lat. W stosunku do początku lat 90-tych XX wieku średnia długość życia kobiet i mężczyzn zwiększyła się odpowiednio o 6 i 7 lat [2]. Ponadto, w latach 2002-2013 liczba osób, których wiek wynosi co najmniej 70 lat wzrosła, co spowodowało, że udział tej grupy w ogólnej liczbie obywateli Polski wzrósł z 8,7% do 10,1% [3]. W 2008 roku odsetek obywateli Polski w wieku poprodukcyjnym wyniósł 13,5%. Zgodnie z prognozami w roku 2060 wyniesie on 36,2%, a więc liczba obywateli w

Adres do korespondencji:  
Grzegorz Onik  
ul. Medyków 12  
40-752 Katowice  
e-mail: grzegorz-onik@o2.pl  
tel. 667 609 200

wieku emerytalnym ulegnie potrojeniu, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej wyniesie 30%. W porównaniu z pozostałymi krajami Unii Europejskiej Polska będzie miała najwyższą liczbę obywateli w wieku powyżej 65 lat.

Warto również zwrócić uwagę, że w 2060 roku prognozuje się także wzrost wieku środkowego (mediany). Dla Unii Europejskiej wyniesie on 47,9 lat, a dla Polski około 55 lat. Istotny wydaje się być także fakt, że w populacji polskiej wzrośnie czterokrotnie liczba obywateli powyżej 80 roku życia [4,5].

Opieka geriatryczna definiowana jest jako szereg świadczeń medycznych oferowanych przez zespół geriatryczny. W skład interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego wchodzi: lekarz posiadający specjalizację z dziedziny geriatrii, fizjoterapeuta, pielęgniarka i psycholog, a także inne osoby, które posiadają kwalifikacje w zakresie ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji w zakresie opieki geriatrycznej. W związku z powyższym do członków zespołu geriatrycznego mogą dołączyć także: opiekun medyczny, dietetyk, terapeuta zajęciowy, farmaceuta, logopeda, pracownik socjalny, jak również kapelan. Opieka geriatryczna może być świadczona na oddziale geriatrycznym, dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym, w poradni geriatrycznej lub przez geriatryczny zespół opieki domowej [6].

Do głównych zadań opieki geriatrycznej zalicza się: poprawę stanu funkcjonalnego oraz jakości życia osób starszych, zachowanie maksymalnej samodzielności pacjenta, a także rozpoczęcie terapii rehabilitacyjnej. Dodatkowo wskazuje się także na zapobieganie nadmiernej instytucjonalizacji w opiece nad osobami starszymi [7]. Opieka nad pacjentami geriatrycznymi powinna być aktywna i wszechstronna. Wszystkie czynności należy ukierunkowywać na optymalizowanie sprawności funkcjonalnej (obejmującej stan fizyczny i psychiczny), a tym samym prowadzić do niezależności w zakresie czynności codziennych. W kontekście opieki geriatrycznej warto także zaznaczyć, że optymalizacja sprawności oznacza jej poprawę albo utrzymanie, a jeżeli to jest niemożliwe, to przynajmniej zmniejszenie postępu niepełnosprawności [7,8]. W pracy z pacjentem geriatrycznym wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego powinni kierować się kilkoma podstawowymi zasadami. Pierwszą z nich jest powszechność opieki, która oznacza dostępność do świadczeń zdrowotnych na równych prawach dla wszystkich obywateli. Drugą - dostępność opieki, w myśl której świadczenia medyczne powinny być oferowane w placówkach ochrony zdrowia zlokalizowanych blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Kolejnymi zasadami są: długotrwałość opieki i nieodpłatność świadczeń, podkreślające znaczenie ciągłości procesu terapeutycznego ze względu na długotrwały charakter pro-

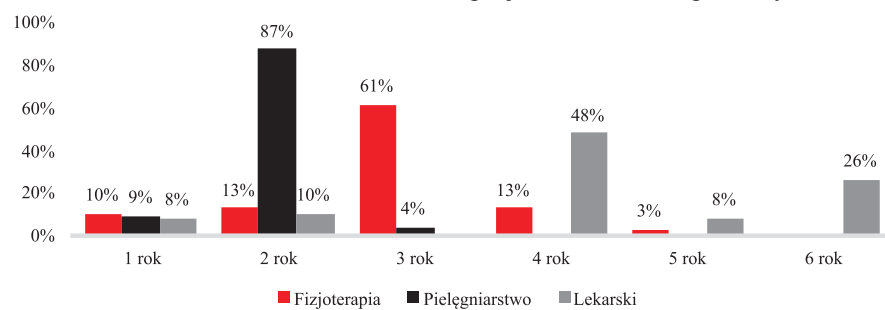
cesu starzenia się. Co więcej, dostęp do drogiej technologii powinien być dla seniora możliwy i wspierany finansowo. Podkreśla się także znaczenie zasady kompleksowości opieki, której celem jest interdyscyplinarna współpraca całego zespołu opiekującego się pacjentem geriatrycznym. Ostatnią, ale równie istotną zasadą jest jakość opieki, czyli fachowa wiedza geriatryczna i gerontologiczna członków zespołu terapeutycznego, uwzględniająca również zasady etyki [9].

### Cel pracy

Celem badań była ocena poziomu wiedzy studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na temat podstawowych pojęć z zakresu opieki geriatrycznej.

### Material i metoda

W badaniu wzięło udział 100 studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, którzy studiowali na trzech kierunkach studiów: fizjoterapii, lekarskim, pielęgniarstwie, stanowiąc odpowiednio 39%, 38% i 23% badanych. Spośród studentów kierunku fizjoterapia najliczniejszą grupę stanowili studenci na roku III (61%), w przypadku kierunku pielęgniarstwo, byli to studenci roku II (87%), natomiast na kierunku lekarskim najwięcej studentów reprezentowało IV rok studiów (48%) (Ryc.1). Wiek badanych mieścił się w przedziale między 19 a 27 lat, a jego średnia wartość wyniosła 22,2±1,78 lat. Kobiety stanowiły 75% ankietowanych, a mężczyźni 25%. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankietowanych, przy pomocy którego oceniano poziom wiedzy studentów kierunków medycznych na temat podstawowych pojęć z zakresu opieki geriatrycznej oraz chęć pracy z pacjentami w wieku podeszłym.



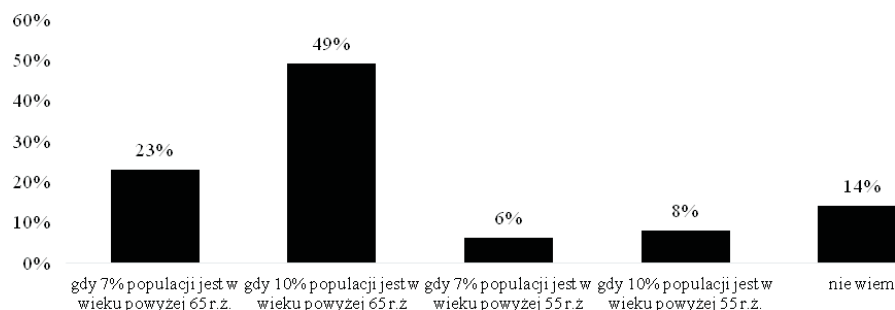
Ryc.1. Podział grupy badanej ze względu na reprezentowany rok studiów.

### Wyniki

Wśród respondentów z kierunku fizjoterapia największa liczba osób (62%) miała zajęcia w oddziale geriatrycznym na pierwszym roku studiów. W przypadku studentów pielęgniarstwa 91% osób, uczestniczyło w takich zajęciach na drugim roku studiów. Natomiast studenci kierunku lekarskiego rozpoczynają zajęcia z geriatrii od czwartego roku studiów. Warto zauważyć, że 29% studentów kierunku lekarskiego oraz 10% studentów kierunku fizjoterapia nie miało dotychczas zajęć z geriatrii.

W Polsce za pacjenta geriatrycznego uznaje się osobę, która ukończyła 65 rok życia. Poprawnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 69% respondentów,

podczas gdy 18% studentów wskazało, że kryterium wieku spełniają osoby, które ukończyły 60 rok życia, 5% badanych uważa, że za pacjenta geriatrycznego uznaje się osobę powyżej 70 roku życia, a 3% twierdzi, że ma to miejsce już od 55 roku życia. Społeczeństwo jest określane demograficznie jako „stare”, gdy 7% społeczeństwa osiąga wiek, co najmniej 65 lat. Prawidłowe kryterium demograficznej starości wskazało jedynie 23% ankietowanych. Pozostałe 63% studentów odpowiedziało nieprawidłowo (Ryc.2). Warto także zauważyć, że 14% badanych deklaruje całkowity brak wiedzy w tym zakresie.



Ryc.2. Kryterium starości demograficznej społeczeństwa w opinii respondentów

Ageizm jest definiowany jako dyskryminacja osób starszych ze względu na wiek. Spośród ankietowanych 59% poprawnie wskazało definicję powyższego terminu (Ryc.3). Jednak 32% respondentów deklaruje, że nie zna tego terminu medycznego, a 9% podało odpowiedź nieprawidłową.

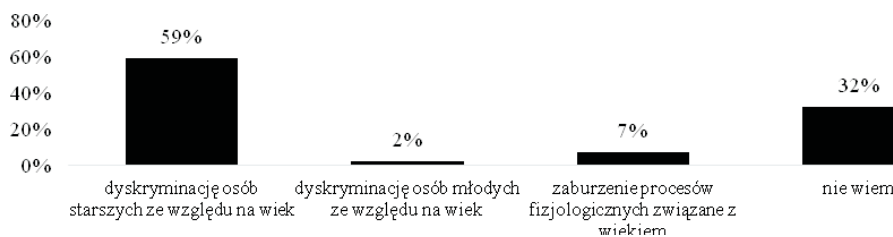
Poziom wiedzy studentów na temat średniej długości życia w Polsce wydaje się być zadowalający, gdyż 61% badanych prawidłowo wskazało, że średnia długość życia mężczyzn wynosi 73 lata, a kobiet 81 lat. Według 15% ankietowanych kobiety żyją średnio 85 lat, a mężczyźni 75 lat. Z kolei 12% ankietowanych uznało, że w Polsce kobiety żyją średnio 75 lat, a mężczyźni 65 lat, 3% respondentów podało, że średnia długość życia dla kobiet to 70 lat, a dla mężczyzn 61 lat. Natomiast pozostałe 9% ankietowanych deklaruje, że nie wie ile wynosi średnia długość życia Polek i Polaków.

Homeostenozą, czyli zawężenie homeostazy ustroju jest typowym zjawiskiem biologicznym występującym w wieku podeszłym. Większość, gdyż 55% studentów wskazało prawidłową definicję tego pojęcia, 28% ankietowanych stwierdziło, że nie potrafi podać definicji homeostenozy, a 17% wskazało odpowiedź nieprawidłową (Ryc.4).

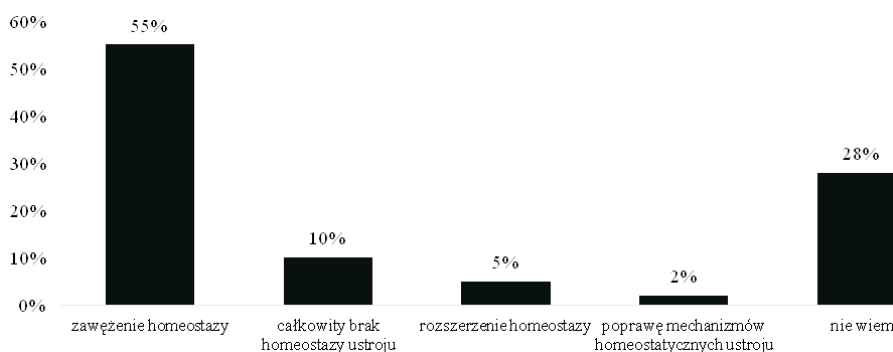
Ankietowani poproszeni zostali również o wskazanie zadań fizjoterapeuty w opiece geriatrycznej. Spośród podanych w kwestionariuszu pięciu propozycji zadań, z zakresu działań fizjoterapeutycznych, 23% respondentów zaznaczyło wszystkie możliwe, 13% ankietowanych uznało, że do zadań fizjoterapeuty należy: ocena stanu funkcjonalnego oraz wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego, zlecenie pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych, zlecenie i prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacja do nowych warunków życia, a także opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki. Pozostały odsetek odpowiedzi został przedstawiony na (Ryc.5).

Próba ortostatyczna jest jednym z podstawowych testów stosowanych w ocenie pacjentów geriatrycznych. Za dodatnią uznaje się próbę, gdy wartość ciśnienia skurczowego krwi (*systolic blood pressure* - SBP) ulegnie obniżeniu, o co najmniej 20 mmHg, a wartość ciśnienia rozkurczowego krwi (*diastolic blood pressure* - DBP), o co najmniej 10 mmHg względem wartości wyjściowej. Prawidłową odpowiedź wskazało 52% studentów, niestety 32% badanych nie wiedziało jaka zmiana wartości ciśnienia tętniczego krwi oznacza dodatni wynik próby ortostatycznej. Pozostałych 16% respondentów wskazało odpowiedzi nieprawidłowe.

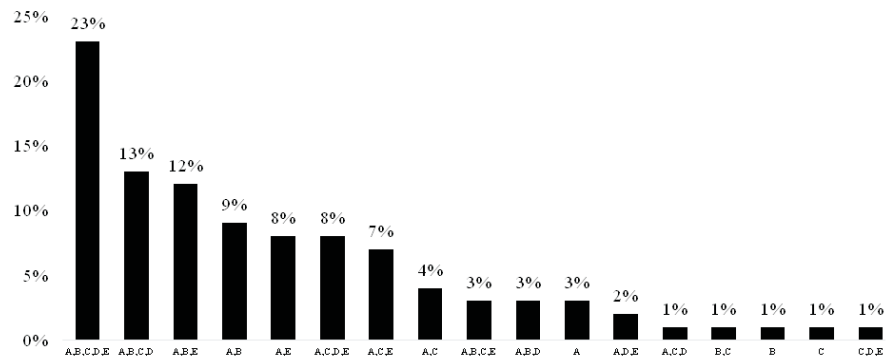
Skala Nortona służy do oceny ryzyka wystąpienia odleżyn. Funkcje jaką spełnia powyższa skala poprawnie wskazało 72% ewspodentów, podczas gdy 17% ankietowanych zadeklarowało, że



**Ryc.3.** Znajomość definicji ageizmu w badanej grupie studentów.



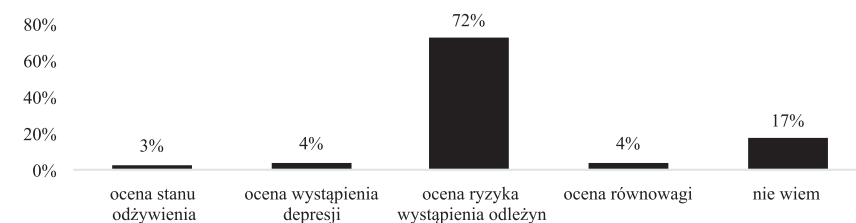
**Ryc.4.** Definiowanie pojęcia Homeostenozy przez studentów kierunków medycznych.



- A – Ocena stanu funkcjonalnego i wdrożenie postępowania fizjoterapeutycznego
- B – Zlecenie pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych
- C – Zlecenie, prowadzenie lub nadzór nad terapią zajęciową i adaptacją do nowych warunków życia
- D – Opracowanie materiałów informacyjnych z zakresu profilaktyki
- E – Procedury edukacyjne

**Ryc.5.** Zadania fizjoterapeuty w opiece geriatrycznej w opinii ankietowanych

nie wie do czego wykorzystuje się tą skalę. Dodatkowo 3% badanych uznało, że skala służy do oceny stanu odżywienia, a 4% studentów uważa, że skala służy do oceny zaburzeń równowagi lub poziomu depresji (Ryc.6).



**Ryc.6.** Skala Nortona i jej zastosowanie w ocenie badanych studentów.

Test Tinetti służy do oceny chodu oraz równowagi. Jedynie 7% respondentów prawidłowo wskazało zastosowanie tego testu, 34% stwierdziło, że służy on do oceny chodu, równowagi i ryzyka upadku, 19% badanych w ogóle nie wiedziało jaki jest cel wykonania tego testu, 15% studentów wskazało, że służy on do oceny równowagi, a 13%, że do oceny ryzyka upadków. Dalsze odpowiedzi ankietowanych studentów przedstawia (Ryc.7).

Oceny stopnia otępienia w populacji geriatrycznej dokonuje się przy pomocy testu rysowania zegara. Wśród ankietowanych 69% osób prawidłowo wskazało ten właśnie test. Nieprawidłowych odpowiedzi udzieliło łącznie 31% badanych wskazując odpowiednio na: 12% skalę ADL (*ang. Activities of Daily Living*) służącą do oceny pacjentów w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego, 10% na skalę IADL (*ang. Instrumental Activities of Daily Living*) służącą do oceny złożonych czynności życia codziennego, a 9% na skalę Hachinskiego służącą do pomocniczej diagnostyki stopnia niedokrwienia mózgu w przebiegu otępienia naczyniopochodnego (Ryc.9).

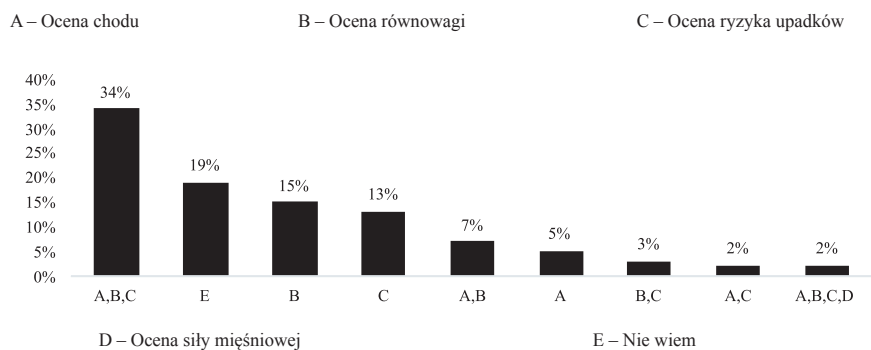
W ostatnim pytaniu ankietowym zapytano respondentów o chęć pracy z pacjentami geriatrycznymi. Zdecydowana większość badanych nie chciałaby w przyszłości pracować z osobami w podeszłym wieku, aż 76% studentów wyraziło taką właśnie opinię.

### Dyskusja

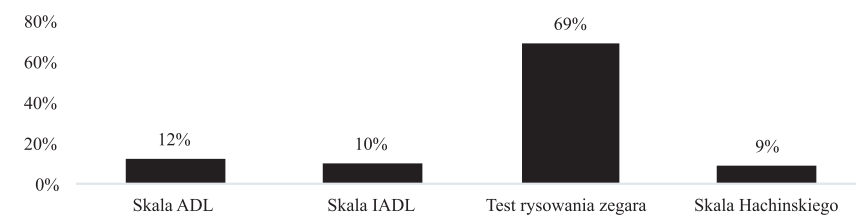
Z przeprowadzonych badań wynika, że poziom wiedzy studentów na temat opieki geriatrycznej nie jest dostateczny. Problem takiego poziomu wiedzy został również zauważony w badaniach Kozak-Szkopek i wsp. [18], które wskazały, że pielęgniarki posiadają niekiedy niewystarczający poziom wiedzy obejmujący problemy geriatryczne, aby prawidłowo zaplanować i sprawować opiekę nad pacjentem w podeszłym wieku.

Brak rozległej wiedzy badanych na temat opieki geriatrycznej wyraził się przede wszystkim poprzez udzielenie w większości nieprawidłowych odpowiedzi na zadawane im pytania. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi ankietowani udzielili na pytanie o skalę Nortona. Jednak fakt ten może być spowodowany powszechnym stosowaniem tej skali oraz częstym jej omawianiem przy okazji zajęć klinicznych na różnych oddziałach szpitalnych, nie tylko na oddziale geriatrycznym.

Powodem niskiego poziomu wiedzy studentów może być też zbyt mała liczba godzin klinicznych na oddziale geriatrycznym. Kozak-Szkopek i wsp. [18] uważają, że przyszli medycy powinni podnosić swoje kwalifikacje, ponieważ w niedalekiej przyszłości więk-



Ryc.7. Test Tinetti i jego zastosowanie wg opinii respondentów.



Ryc.9. Odpowiedzi badanych na pytanie o test służący do oceny stopnia otępienia w populacji geriatrycznej.

szkość pacjentów będą stanowili właśnie pacjenci geriatryczni.

Ponadto należy podkreślić, że 76% ankietowanych nie chce w przyszłości pracować z pacjentem geriatrycznym. Powodem może być niski poziom wiedzy w tym obszarze lub brak zainteresowania problemami zdrowotnymi pacjentów geriatrycznych. Należy nadmienić również, że osobom starszym niekiedy może towarzyszyć demencja starcza. Zaburzenia poznawcze pacjentów geriatrycznych mogą być przyczyną nadmiernego wyczerpania psychicznego wśród personelu medycznego. Szczepańska i wsp. [19] twierdzą, że praca z pacjentami geriatrycznymi jest oceniana jako bardzo trudna i nadmiernie męcząca. Część pacjentów z poważnymi zaburzeniami poznawczymi budzi wśród pracowników ochrony zdrowia negatywne emocje, takie jak: irytację, zniecierpliwienie czy niechęć. Prawdopodobnie dlatego przyszli medycy nie chcą zajmować się pacjentami geriatrycznymi i ich problemami.

### Wnioski

W oparciu o uzyskane wyniki można wyciągnąć wniosek, że poziom wiedzy badanych studentów na temat opieki geriatrycznej jest niedostateczny, co przejawia się głównie poprzez brak znajomości podstawowych zagadnień. Ponadto, programy kształcenia powinny kłaść większy nacisk na edukację z zakresu geriatry w związku z prognozami demograficznymi dla Polski.

### Piśmiennictwo

1. **Wieczorowska-Tobis K.** Fizjoterapia w geriatryi. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
2. **Główny Urząd Statystyczny.** Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 roku. Warszawa, 2015.
3. **Kuropka I.** Umieralność i trwanie życia. [W:] Sytuacja demograficzna Polski. Warszawa; 2014.
4. **Osiński W.** Gerokinezyjologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2013.
5. **Bień B.** Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski. [W:] O sytuacji ludzi starszych. Warszawa, 2012; t.III:151-159.
6. **Bień B, Błędowski P, Broczek K, Derejczyk J, Grodzicki T, Kędziora-Kornatowska K, Kokoszka-Paszkot J, Przygucka-Gawlik M, Klich-Rączka A, Kostka T, Machaj Z, Szczepińska K, Wieczorowska-Tobis K, Żak M.** Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Gerontol Pol 2013;21(2):33-47.
7. **Tobis S, Jakrzewska-Sawińska A, Talarska D, Wieczorowska-Tobis K.** Wieloprofesjonalność opieki w geriatryi. Now Lek 2013;82(1):51-55.
8. **Derejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska-Sawińska A, Józwiak A, Klich A, Wieczorowska-Tobis K.** Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatryi. Gerontol Pol 2003;13(2):67-83.
9. **Rada Ministrów.** Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Monitor Polski. Warszawa, 2014.

**10. Derejczyk J, Bień B, Kokoszka-Paszkot J, Szczygiel J.** Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol Pol* 2008;16(3):149–159.

**11. Najwyższa Izba Kontroli.** Opieka Medyczna nad osobami w wieku podeszłym. Warszawa, 2015.

**12. Guccione A.** Fizjoterapia kliniczna w geriatryi. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; Wrocław, 2014.

**13. Fedyk-Lukasik M.** Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. *Med Prakt* 2015;1:1-5.

**14. Mazurek J, Szczygiel J, Blaszkowska A, Zgajewska K, Richter W.** Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol* 2014;2:70-75.

**15. Grzegorzczak J, Szeliga E, Wolan-Nieroda A, Bazarnik-Mucha K.** Aktywność fizyczna osób starszych. *Young Sport Science Of Ukraine* 2012;4:23-27.

**16. Misiak K.** Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu gerontologicznym. *Piel Zdr Publ* 2011;1(4):359-366.

**17. Zaczek I, Brzyska M, Stypuła A, Tobiasz-Adamczyk B.** Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”. *Probl Piel* 2011;19(2):239-243.

**18. Rogala J, Kozak-Szkopek E.** Wiedza pielęgniarek na temat problemów geriatrycznych. *Probl Piel* 2012;3:338-345.

**19. Szczepańska J, Greń G, Woźniowski M.** Zaburzenia poznawcze – istotny czynnik utrudniający fizjoterapię osób w podeszłym wieku. *Psychogeriatr Pol* 2007;4(1):7-1