



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXXI (3/2024)

nadesłany: 7.08.2024 r. – przyjęty: 17.10.2024 r.

Adam BUCZKOWSKI*
Karolina KRUSZEWSKA**

Spółeczny wymiar zdrowia i choroby, opieki oraz wsparcia opiekuńczo-pielęgniacyjnego osoby chorej

The social dimension of health and illness, care and social support for
a sick person

Abstrakt

Wprowadzenie. Zdrowie, choroba, opieka oraz wsparcie opiekuńczo-pielęgniacyjne to zjawiska, które mogą być analizowane zarówno w kontekście medycznym, jak i społecznym. Obie te perspektywy są wzajemnie ze sobą powiązane i współzależne.

* e-mail: buczkowski@aps.edu.pl

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Filozofii i Socjologii, Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, Polska

The Maria Grzegorzewska University, Institute of Philosophy and Sociology, Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, Poland

ORCID: 0000-0002-5664-5639

** e-mail: karolina.kruszewska@wum.edu.pl

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Litewska 14/16, 00-518 Warszawa, Polska

Warsaw Medical University, Faculty of Health Sciences, Litewska 14/16, 00-518 Warszawa, Poland

ORCID: 0000-0003-4322-0401

Cel. Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na społeczny kontekst zdrowia, choroby, opieki i wsparcia społecznego, które dopełniają już istniejącą perspektywę medyczną, pomijającą wpływ czynników niezwiązanych bezpośrednio z biologicznym ciałem człowieka.

Metody i materiały. W opracowaniu wykorzystano metodę przeglądu literatury polskiej i światowej na temat czynników społecznych mających wpływ na określenie zdrowia i choroby, skutków społecznych, jakich doświadcza osoba starsza i chora, a także wymiaru opieki i wsparcia. Dokonano również analizy dostępnych danych statystycznych GUS.

Wnioski. Sytuacja starzejącego się społeczeństwa wymaga reform i zmian w polityce społecznej, aby sprostać rosnącym potrzebom opieki zdrowotnej i wsparcia opiekuńczo-pielęgnacyjnego uwzględniającego potrzeby osób starszych i przewlekle chorych. Konieczne jest rozwinięcie i zintegrowanie systemu opieki długoterminowej, aby zapewnić kompleksowe wsparcie medyczne, rehabilitacyjne i społeczne dla osób starszych i przewlekle chorych. Poważnym wyzwaniem jest przygotowanie programów wspierających aktywne starzenie się. Dzięki wykorzystaniu nowoczesnych technologii, rozwoju systemów opieki oraz wsparcia dla inicjatyw społecznych można zapewnić godną i efektywną opiekę dla wszystkich potrzebujących.

Słowa kluczowe: społeczny wymiar zdrowia, opieka, wsparcie społeczne, osoby starsze, seniorzy, opieka długoterminowa.

Abstract

Introduction. Health, illness, care and social support are phenomena that can be analysed in both medical and social contexts. Both perspectives are interrelated and interdependent.

Aim. The aim of the study is to highlight the social context of health, illness, care and social support, which complement the already existing medical perspective that neglects the influence of factors not directly related to the biological human body.

Methods and materials. The study is based on the method of reviewing Polish and international literature on social factors influencing the definitions of health and disease, determining the social effects experienced by the elderly and chronically ill, as well as determining the scope of available care and support. An analysis of available statistical data from the Central Statistical Office was also performed.

Conclusion. The situation of an ageing population calls for reforms and changes in social policy to meet the growing needs for healthcare and care support that takes into account the needs of the elderly and chronically ill. It is necessary to develop and integrate a long-term care system that provides comprehensive medical, rehabilitative, and social support for the elderly and chronically ill. A major challenge is to prepare programmes to support active ageing. Through the integration of modern technology, the development of care systems and support for community initiatives, dignified and effective care can be provided for all those in need.

Keywords: social dimension of health, care, social support, older people, seniors, long-term care.

Wprowadzenie

Zdrowie, choroba, opieka oraz wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne to zjawiska, które mogą być analizowane zarówno w kontekście medycznym, jak i społecznym. Obie te perspektywy są wzajemnie ze sobą powiązane i współzależne.

Zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym, którego definicje wynikają z różnorodnych kontekstów społecznych, kulturowych i historycznych. Jeden ze współczesnych socjologów pisze wręcz, że „[...] to, co jest zdrowe i normalne, zależy od kultury” (Giddens, 2007, s. 176). Współcześnie, za WHO, przyjmuje się, że zdrowie definiowane jest nie tylko jako brak choroby, ale jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu (World Health Organization, 1948). Ujęcie zdrowia podkreślające wagę czynników niebiologicznych wskazuje, że podlega ono wpływom społeczno-kulturowym, różni się w zależności od kontekstu historycznego, kulturowego oraz ekonomicznego. Również choroba jest nie tylko zjawiskiem biologicznym, lecz także społecznym, ponieważ jej doświadczanie, rozumienie oraz leczenie są kształtowane przez normy i wartości obowiązujące w danym społeczeństwie, które odgrywa kluczową rolę w ustalaniu norm i wartości dotyczących zdrowia i choroby. Zmieniające się standardy zdrowia są wynikiem procesu, w którym biorą udział różne grupy społeczne, instytucje i systemy wartości, a także doświadczenia ludzi.

W niniejszym opracowaniu autorzy zwrócą większą uwagę na elementy społecznego kontekstu wskazanych zjawisk, które dopełniają już istniejącą perspektywę medyczną generalnie pomijającą wpływ czynników niezwiązanych bezpośrednio z biologicznym ciałem człowieka. Czynniki, które mogą wpływać negatywnie na zdrowie oraz ogólny dobrostan człowieka w kontekście społecznym, to m.in. sytuacja ekonomiczna (ubóstwo), poziom wykształcenia czy niższa klasa społeczna, dostęp do opieki medycznej, miejsce zamieszkania, a także płeć (żeńską) i wiek.

Zarys historyczny zdrowia i choroby – kontekst teoretyczny

Każda epoka historyczna w Europie miała swoje charakterystyczne choroby, które wzbudzały strach i przerażenie wśród społeczeństw oraz wpływały na życie codzienne. Te same czynniki kształtowały rozumienie zdrowia (Vigarello, 2011). W średniowieczu dominowało przekonanie, że choroba jest karą Boską za grzechy. Zdrowie postrzegano jako stan harmonii z Boskim porządkiem, a choroby jako dowód na jego naruszenie.

Leczenie polegało często na praktykach religijnych: modlitwach, pielgrzymkach oraz rytuałach pokutnych. Najgroźniejszą chorobą tego okresu była dżuma, która w XIV wieku zdziesiątkowała populację Europy – jej ofiarą padły miliony ludzi.

Renesans przyniósł zmiany w postrzeganiu zdrowia i choroby, związane z odkryciami medycznymi i naukowymi. Zaczęto badać anatomię człowieka, co pozwoliło na lepsze zrozumienie funkcjonowania ciała. Zdrowie było postrzegane jako wynik równowagi między różnymi płynami w ciele (teoria humoralna), a choroba jako skutek zaburzenia tej równowagi. Leczenie obejmowało praktyki takie jak upuszczanie krwi, stosowanie ziół i diet. Chorobą wywołującą największy lęk w ówczesnym społeczeństwie stał się syfilis, który pojawił się w Europie pod koniec XV wieku.

W XVII i XVIII wieku, pod wpływem oświeceniowej rewolucji naukowej rozwijało się mechanistyczne podejście do ciała, w myśl którego postrzegano je jako maszynę, której funkcjonowanie można zrozumieć poprzez badanie jego części i mechanizmów. Zdrowie definiowano jako prawidłowe funkcjonowanie tej maszyny, a chorobę jako wynik awarii lub dysfunkcji poszczególnych jej elementów. Leczenie koncentrowało się na naprawie tych mechanizmów.

W XIX wieku narodziła się medycyna kliniczna, która kładła nacisk na badania empiryczne i obserwację pacjentów. Zdrowie można było zmierzyć i ocenić za pomocą obiektywnych metod, a choroba świadczyła o odchyleniu od normy. Leczenie obejmowało coraz bardziej specjalistyczne procedury medyczne i farmakologiczne. W XIX wieku Europa doświadczyła kilku pandemii cholery, a na początku XX wieku pandemia grypy, znanej jako hiszpanka, zabiła około 50 milionów ludzi. Między innymi w konsekwencji tych doświadczeń w XX wieku nastąpił rozwój medycyny prewencyjnej i społecznej, co wiązało się z większym zrozumieniem roli czynników społecznych i środowiskowych. Publiczne programy zdrowotne, szczepienia, higiena oraz edukacja zdrowotna stały się kluczowymi elementami strategii zdrowotnych. Od tego czasu zdrowie zaczęło być postrzegane jako rezultat nie tylko interwencji medycznych, lecz także działań społecznych i politycznych mających na celu poprawę warunków życia.

W XXI wieku pandemia SARS-CoV2 zdominowała świat, co wywołało globalny kryzys zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Przez ponad dwa lata społeczeństwa zmagają się z nowym wirusem, który powodował poważne problemy zdrowotne, a także wymusił wprowadzenie rygorystycznych środków kontroli, takich jak lockdowny i kwarantanny.

Niezależnie od doświadczeń związanych z chorobami zakaźnymi prawdziwą epidemię w XX wieku wywołały nowotwory. Stały się one dominującym problemem zdrowotnym minionego wieku. Zmiany stylu życia, industrializacja i czynniki środowiskowe oraz możliwości diagnozowania przyczyniły się do wzrostu liczby zachorowań na różne typy nowotworów. Stały się one metaforą kulturową współczesnych chorób.

Obecnie, w erze postindustrialnej, coraz większy nacisk kładzie się na choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca czy choroby serca, co odzwierciedla zmiany w stylu

życia oraz strukturze demograficznej starzejących się społeczeństw. Pojawiła się także nowa kategoria chorób, którymi nie są już infekcje będące metaforą kontaktu ze społecznymi i biologicznymi „obcymi” (z wirusami i bakteriami pochodzącymi z wewnątrz organizmu, z którymi walczyć musi układ immunologiczny, ale też – w sensie społecznym – migrantami i uchodźcami), ale schorzenia nazywane chorobami „nadmiaru pozytywności”, płynącymi z układu neuronalnego, czyli z wewnątrz organizmu (z wewnątrz społeczeństwa). Są to na przykład depresja, wypalenie oraz choroby autoimmunologiczne (Han, 2022).

Niezależnie od historycznej ewolucji i kulturowej różnorodności rozumienia zdrowia i choroby współczesne podejście do nich jest silnie zakorzenione w kontekście społecznym. Definicje zdrowia i choroby ewoluowały na przestrzeni wieków, lecz nadal zależą od społecznego postrzegania tych zjawisk. Tradycyjna medycyna koncentrowała się na identyfikowaniu i leczeniu chorób, podczas gdy zdrowie było często definiowane negatywnie, jako brak objawów chorobowych. Takie podejście, choć użyteczne w praktyce klinicznej, jest niewystarczające do pełnego zrozumienia złożoności i różnorodności społecznych uwarunkowań zdrowia.

Przez wiele stuleci medycyna skupiała się na identyfikowaniu nieprawidłowości fizjologicznej, biochemicznej lub psychologicznej, a zdrowie traktowała jako domyślne przeciwieństwo stanu chorobowego (Blaxter, 2009). Problemem jednak było określenie, co dokładnie oznacza norma. Jej idea była wieloaspektowa i zawierała zmienne punkty odniesienia, na przykład średnią rozumianą jako wartości fizjologiczne takie jak masa ciała (BMI), które mogą być mylące, np. BMI dla kulturystów wykracza poza dopuszczalne normy przyjęte dla osób, które nie ćwiczą regularnie. Inną propozycją była zgodność z ideałem ciała przyjętym medycznie, choć w tej definicji nie mieściły się osoby doświadczające zmian zwyrodnieniowych zależnych od wieku i stylu życia oraz oczekiwanej funkcjonalności ciała. Jeszcze innym pomysłem było wyznaczenie przedziału normy dla poszczególnych parametrów funkcjonalnych czy nawet biochemicznych dla organizmu, które jednak okazywały się różne w zależności od wieku, płci i rasy, a także cyklu hormonalnego, infekcji współwystępujących, a nawet rytmu miesięcznego (np. cyklu menstruacyjnego) czy dziennego (np. wahania dobowe). Same kryteria normy zostały w wypracowane w medycynie na podstawie obserwacji i badań pacjentów od XIX aż do połowy XX wieku. Część z nich już dziś jest podawana w wątpliwość, np. prawidłowa temperatura ciała człowieka stopniowo się obniża (w XIX wieku było to 37,0°C, w połowie XX wieku 36,6°C, a dziś coraz częściej wskazuje się jako normę jeszcze niższe wartości) (Protsiv, Ley, Lankester, Hastie, Parsonnet, 2020).

W literaturze socjologicznej i medycznej pojawia się wiele modeli definiowania zdrowia. Do najczęściej stosowanych należy postrzeganie zdrowia jako braku choroby, która rozumiana jest tutaj jako patologiczny stan organizmu prowadzący do potencjalnego skrócenia życia lub ograniczenia płodności. W tym ujęciu odstępstwa od

normy, które nie mają negatywnych skutków, nie są brane pod uwagę (Blaxter, 2009). Problematiczne jest tu nieuwzględnienie chorób psychicznych, które nie muszą manifestować się w sposób oczywisty ani wywoływać skutków fizycznych dla organizmu (Giddens, 2007). Innym sposobem postrzegania zdrowia jest oparcie się na subiektywnym postrzeganiu objawów zdrowia i choroby. Wiele osób może odczuwać różnego typu drobne dolegliwości (np. okresowe bóle głowy, drętwienia rąk itp.), które nie są dowodem na zdrowie organizmu, ale również nie stanowią poważnego problemu zdrowotnego. Także sam brak objawów może być nieprawidłowością. W tym kontekście istnieje trudność w określeniu, jaki poziom objawów czy niekorzystnych odczuć jest normą (Conrad, 2007).

Zdrowie jest też często traktowane statycznie – jako stały stan organizmu człowieka, pomimo istniejących w historii dynamicznych konceptualizacji labilnego stanu autoregulacji układów wewnętrznych, w którym leczenie polega na przywróceniu równowagi, zgodnie z tradycyjnymi teoriami równowagi czterech żywiołów (Hipokrates, Galen). W myśl tego rozumienia organizm kobiety w ciąży ma zakłóconą równowagę wewnętrzną, pomimo fizjologicznego stanu, w którym znajduje się jej ciało. Można też czuć się zdrowym pomimo zdiagnozowania choroby przez współczesną medycynę (np. sytuacja osoby chorej na cukrzycę z wyregulowanym poziomem glukozy). Ponadto zdrowie może być postrzegane jako zdolność do adaptacji i funkcjonowania w społeczeństwie, a choroba jako problem adaptacyjny i zaburzenie funkcjonowania, np. ograniczenie możliwości wykonywania codziennych czynności związanych z poruszaniem się u osób starszych czy niepełnosprawnych (Blaxter, 2009).

Wreszcie choroba w sensie *stricte* socjologicznym może być konceptualizowana jako dewiacja, jako stan odstający od normalności społecznej, z negatywnymi skojarzeniami i społecznym stygmatem. Chorzy są postrzegani jako nieproduktywni, a ich leczenie jest kosztowne dla społeczeństwa, wymagają opieki czy nadzoru ze strony personelu medycznego i szerokiego otoczenia społecznego (Parsons, 1951). Zdrowie można rozumieć jako swoisty kapitał osobniczy, czyli zdolność organizmu do odporności na choroby. Takie postrzeganie zdrowia prowadzi do wniosku, że poprzez styl życia kapitał zdrowotny może być trwoniony lub akumulowany, może on też być różny już z chwilą urodzenia się (różna podatność genetyczna na choroby) (Blaxter, 2009).

Cel i metoda

Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na społeczny kontekst zdrowia, choroby, opieki i wsparcia społecznego, które dopełniają już istniejącą perspektywę medyczną pomijającą wpływ czynników niezwiązanych bezpośrednio z biologicznym ciałem człowieka.

Analiza była próbą odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jakie czynniki społeczne mają wpływ na zdrowie i chorobę?
- Jakie są społeczne skutki choroby dla osób doświadczających deficytu zdrowia?
- Na czym polega społeczny wymiar zdrowia i choroby?
- Czym jest wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie?
- Jakie są rodzaje wsparcia opiekuńczo-pielęgnacyjnego?
- Jaka jest rola organizacji pozarządowych w świadczeniu wsparcia społecznego?

W celu znalezienia odpowiedzi na postawione pytania badawcze dokonano przeglądu i analizy literatury polskiej i światowej, a następnie selekcji i rekonstrukcji najistotniejszych współczesnych odpowiedzi na pytania badawcze podane wyżej. Wnioski płynące z dostępnych badań wykorzystano do określenia kontekstu teoretycznego oraz zarysowania praktycznych zastosowań opieki i wsparcia społecznego dla osób starszych i chorych. Przeanalizowano m.in. dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Raportu Naczelnej Izby Kontroli (NIK) dotyczące stanu systemu opieki zdrowotnej oraz zapotrzebowania na wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Biomedyczny model zdrowia i choroby

Założeniem medycyny jest leczyć, stąd też tradycyjna medycyna w większym stopniu koncentruje się na wyjaśnieniu choroby niż definiowaniu zdrowia. Model biomedyczny zdrowia i choroby oparty na założeniach nauk biologiczno-medycznych jest niezwykle skuteczny, ale jest też krytykowany za swoje ograniczenia.

W modelu biomedycznym konieczne jest zdefiniowanie choroby i czynników ją wywołujących. Zakłada on specyficzną etiologię chorób i identyfikuje chorobę organizmu poprzez czynniki takie jak wirusy, bakterie czy pasożyty, a pomija wpływ organizmu gospodarza i jego możliwości adaptacyjne (Conrad, 2007). Tego samego modelu nie da się zastosować do zaburzeń procesów metabolicznych, zaburzeń rozwojowych lub funkcjonalnych. Przyczyny wielu chorób są powiązane i wzajemnie na siebie oddziałujące. Poza czynnikiem chorobotwórczym nie dostrzega się organizmu gospodarza oraz jego możliwości adaptacyjnych do środowiska, które również może być aktywnym źródłem choroby. Model biomedyczny wciąż nie potrafi jednoznacznie wyjaśnić, dlaczego niektóre osoby łatwiej zapadają na infekcje pochodzenia zewnętrznego, a inne są odporne (czego przykładów dostarczyła nam niedawna pandemia SARS-CoV-2). Na podstawie tego modelu łatwiej można wyjaśnić choroby o przebiegu ostrym niż choroby przewlekłe, a przyczyny chorób psychicznych nie są łatwe do rozpoznania.

Innym założeniem modelu biomedycznego jest istnienie chorób ogólnych, które są uniwersalne dla gatunku *homo sapiens* i mogą być skatalogowane, ograniczone do określonej liczby objawów i przyczyn (np. w modelu ICD). Choroba może być zatem

leczona, jeśli ją zdiagnozowano. Akt postawienia diagnozy jest dla personelu medycznego równoznaczny z podjęciem decyzji o zastosowaniu odpowiedniego sposobu leczenia. Zatem to nie człowiek jest podmiotem w leczeniu, ale choroba, nikt bowiem nie może być chory, jeśli nie zostanie uznany przez lekarza za chorego. Dolegliwości człowieka, które nie zostały zdiagnozowane przez medycynę, nie mogą być leczone, nie są także zdefiniowane jako choroba. Medycyna leczy, a co za tym idzie, niekiedy definiuje jako choroby takie dolegliwości, które nie są chorobami (np. zaburzenia erekcji), a jeszcze niedawno leczyła „choroby” które nimi nie są (np. kobieca histeria, nieprawidłowa orientacja seksualna).

Medycyna zakłada istnienie stanu normalnego, czyli wewnętrznej homeostazy organizmu funkcjonującej w zakresie dopuszczalnych odchyłeń od wzorca. Często pomija się adaptację struktur i funkcji organizmu do środowiska, np. trudno określić, od którego momentu nadciśnienie staje się chorobą, a kiedy jest tylko nieprawidłowością, lub kiedy niski poziom hemoglobiny przy wieloletniej diecie wegetariańskiej jest chorobą, a kiedy dopuszczalną adaptacją organizmu.

Model biomedyczny przyjmuje założenie o obiektywnej neutralności lekarza, który leczy biologiczny organizm człowieka. Pomija w ten sposób wiele chorób definiowanych kulturowo, jak wspomniana już wyżej XIX-wieczna „kobieca histeria” czy choroby o etiologii powiązanej ze współczesnym środowiskiem społeczno-kulturowym, takie jak anoreksja, dysmorfofobia, schorzenia określane jako neuroatypowość (dysgrafia, dyskalkulia, spektrum autyzmu, ADHD itd., będące w pewnym sensie chorobami nieprzystosowania do współczesnych wymagań środowiska społecznego i kultury lub efektami oczekiwań społecznych) oraz cała gama chorób psychicznych i psychosomatycznych. Również stres doświadczany przez wiele osób nie jest postrzegany jako stan chorobowy, ale może wywoływać podatność na stany chorobowe.

Model biomedyczny wyraźnie oddziela chorych i zdrowych, nie można mieć statusu pośredniego, stąd też większe skoncentrowanie wysiłków medycyny na leczeniu chorób niż wspieraniu zdrowia. Brak myślenia salutogennego Aaron Antonovsky (1979) puentuje obserwacją, że lekarzy „[...] nie interesują palacze, którzy nie chorują na raka płuc” (s. 203).

Narastająca krytyka wobec dominującego modelu medycznego została również wsparta i jest promowana przez WHO poprzez uwzględnienie społecznych i psychologicznych aspektów zdrowia. Jest tu ono postrzegane jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby (World Health Organization, 1948). Model ten podkreśla znaczenie promowania zdrowia poprzez zmianę stylu życia i modyfikację środowiska. Od drugiej połowy XX wieku zaczęło się coraz wyraźniej pojawiać holistyczne podejście do zdrowia, które uwzględnia zarówno aspekty fizyczne, psychiczne, jak i społeczne. Społeczny model zdrowia i choroby dopełniający perspektywę biomedyczną uwzględnia trzy czynniki:

- chorobę – zdefiniowaną medycznie patologię (w tym obszarze znajduje się myślenie biomedyczne),
- schorzenie – subiektywne odczuwanie złego stanu zdrowia przez chorego,
- chorowanie – społeczna rola osób określanych jako chore lub chorujące.

Społeczny wymiar zdrowia i choroby

Częściowo model społeczny zdrowia i choroby zwraca uwagę na negatywne strony praktyki medycznej, stwarzającej zagrożenie dla chorego (np. braki w organizacji ochrony zdrowia skutkujące m.in. zakażeniami szpitalnymi). Ponadto nie zawsze stresory i patogeny współwystępujące w wielu stanach chorobowych mają charakter negatywny, ale są one częścią kondycji ludzkiej, czynnikami powodującym również pozytywne reakcje organizmu, nie powinno się więc ich zupełnie likwidować. Współczesna medycyna kliniczna w dużym stopniu polega też na technologii medycznej pozbawionej „ludzkiego” charakteru. Pacjent leżący w samotności w szpitalu, podłączony do aparatury medycznej może doświadczać osamotnienia i odrzucenia, gdyż ani on, ani jego bliscy nie otrzymują pomocy emocjonalnej. W końcu model biomedyczny w praktyce w niewielkim stopniu uwzględnia zmienne społeczne związane z występowaniem chorób, np. ubóstwo czy styl życia, które jak się okazuje, mają istotny związek z rozkładem zdrowia i choroby w społeczeństwie. Zmienne takie jak klasa społeczna, płeć, rasa czy miejsce zamieszkania wpływają na stan zdrowia jednostek i populacji (Link, Phelan, 1995). Inne badania pokazują, że osoby z niższych klas społecznych mają gorszy stan zdrowia i krótszą oczekiwaną długość życia w porównaniu do osób z wyższych klas (Marmot, 2005). Wynika to z różnic w dostępie do zasobów zdrowotnych, edukacji, warunków pracy i stylu życia. Również społeczne determinanty zdrowia, takie jak warunki życia, poziom edukacji, status ekonomiczny czy dostęp do opieki medycznej mają istotny wpływ na stan zdrowia populacji (Blaxter, 2009).

Ponadto warunki życia, w tym pracy i zamieszkania, dostęp do czystej wody i sanitariatów, a także bezpieczeństwo środowiskowe odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu zdrowia. Osoby żyjące w ubogich warunkach mieszkaniowych są bardziej narażone na choroby zakaźne, problemy zdrowotne związane z zanieczyszczeniem powietrza oraz stres (Marmot, 2005). Również edukacja jest jednym z ważnych czynników wpływających na zdrowie. Jej wyższy poziom wiąże się z lepszym zrozumieniem informacji zdrowotnych, większą świadomością znaczenia profilaktyki oraz zdolnością do podejmowania prozdrowotnych decyzji życiowych (Cutler, Lleras-Muney, 2006).

Fakt chorowania w sensie społecznym często wiąże się ze stygmatyzacją, w której jednostki cierpiące na pewne schorzenia są deprecjonowane, dyskryminowane i izo-

lowane z powodu swojego stanu zdrowia. Może to wynikać z niewiedzy, strachu, stereotypów oraz norm kulturowych panujących w danej społeczności. Erving Goffman (1963) definiuje stygmatyzację jako proces, w którym jednostka mająca pewną cechę uważaną za negatywną jest odrzucana przez społeczeństwo. Przejawiać się to może w obwinianiu chorego za chorobę w przypadku chorób nowotworowych (jako kara za prowadzenie niezdrowego stylu życia) i zależy od widoczności choroby (zwłaszcza w przypadku niepełnosprawności fizycznej). Szczególnie silna stygmatyzacja miała miejsce (a w krajach rozwijających się nadal ma) w przypadku AIDS. Od momentu odkrycia HIV/AIDS w latach 80. XX wieku chorzy byli silnie stygmatyzowani, często postrzegani jako nosiciele „moralnego upadku” ze względu na powiązania choroby z ryzykownymi zachowaniami takimi jak narkomania czy homoseksualizm. Stygmatyzacja ta prowadziła do wykluczenia społecznego, dyskryminacji oraz trudności w dostępie do opieki zdrowotnej.

Innym przykładem stygmatyzacji są choroby psychiczne, które często postrzega się jako oznakę słabości lub niezdolności do kontrolowania własnych emocji. Osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczają wykluczenia społecznego, dyskryminacji w miejscu pracy oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych z powodu lęków związanych z nieprzewidywalnością zachowań chorego.

Pandemia COVID-19 spowodowała nowe formy stygmatyzacji. Osoby, które przeszły zakażenie, były często postrzegane jako potencjalne źródła infekcji, co prowadziło do ich społecznego wykluczenia. Ponadto stygmatyzowane były także osoby pochodzące z regionów najbardziej dotkniętych wirusem, takich jak Chiny na początku pandemii.

Jednym z najważniejszych skutków społecznych choroby jest też izolacja. Osoby chore często doświadczają wykluczenia zarówno z powodu własnych obaw przed zakażeniem innych, jak i z powodu reakcji otoczenia. Społecznymi reakcjami na chorowanie mogą być różnorodne „kary” takie jak unikanie kontaktów, podejrzliwość czy ostracyzm. Izolacja może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, w tym do depresji i lęków.

Chorowanie skutkuje też zależnością jednostki od innych zarówno w sensie fizycznym (konieczność dostarczenia leków, opieki nad chorym, zastąpienia w czynnościach dnia codziennego), jak i psychicznym (konieczność udzielania wsparcia emocjonalnego, obciążenie bliskich niepokojem o stan zdrowia, dezorganizacja życia rodziny i bliskich poprzez konieczność przeorganizowania codziennych obowiązków opiekunów). Niekiedy też chory może stwarzać zagrożenie dla otoczenia, zwłaszcza w przypadku chorób zakaźnych. Efektem tego może być ostracyzm i pełne zerwanie więzi społecznych, czego doświadczyliśmy jako społeczeństwo kilka lat temu podczas pandemii SARS-CoV-2. Choroba może prowadzić do zmiany ról społecznych. Osoby pełniące pewne role zawodowe, rodzinne czy społeczne mogą być zmuszone do rezygnacji z nich lub zmiany sposobu ich pełnienia. Choroba przewlekła często wymaga

długotrwałego leczenia i opieki, co może ograniczać zdolność do pracy oraz uczestnictwa w życiu społecznym.

W sensie egzystencjalnym choroba zawsze jest swoistą tajemnicą, stąd nie dziwią społeczne i kulturowe próby narracyjnego oswojenia tego stanu w postaci różnego typu metafor, co szczególnie dotyczy chorób nowotworowych (Sontag, 1999). Stąd pojawiające się metafory militarne takie jak „inwazja komórek nowotworowych”, „mobilizacja i walka z podstępny wrogiem” czy „rak to wróg” (Tobiasz-Adamczyk, 2012).

Rola systemu ochrony zdrowia w społecznym wymiarze zdrowia i choroby

Współcześnie bardzo istotnym elementem społecznego wymiaru zdrowia i choroby jest system ochrony zdrowia. Opieka zdrowotna jest jednym z głównych filarów wsparcia dla osób chorych, ale jej skuteczność w dużej mierze zależy od kontekstu społecznego, w jakim jest świadczona. Jak zauważa Avedis Donabedian (1988), jakość opieki zdrowotnej jest determinowana przez trzy główne czynniki: strukturę, proces i wynik. Struktura odnosi się do zasobów i organizacji systemu opieki, proces dotyczy interakcji między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia, a wynik to efekty zdrowotne dla pacjentów. Wszystkie te elementy są pochodną kontekstu społecznego.

System ochrony zdrowia można zdefiniować jako zespół osób i instytucji, których zadaniem jest zapewnienie opieki zdrowotnej społeczeństwu. Na system opieki zdrowotnej składa się wiele różnorodnych, powiązanych ze sobą elementów, których głównym celem jest realizacja działań związanych ze zdrowiem. Inna definicja mówi także, że jest to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych oraz rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawę stanu zdrowia jednostki i społeczeństwa (Nojszewska, 2011). Podstawowym celem systemu powinno być osiągnięcie maksymalnego efektu zdrowotnego przy efektywnym wykorzystaniu dostępnych zasobów, co przełoży się na wydłużenie życia w zdrowiu (Najwyższa Izba Kontroli, 2019).

Do najważniejszych ogniw systemu opieki zdrowotnej w Polsce zalicza się praktyki lekarzy, pielęgniarek i położnych, przychodnie oraz szpitale. Pierwszym szczeblem opieki zdrowotnej jest podstawowa opieka zdrowotna (POZ), w której w razie choroby porady udziela lekarz pierwszego kontaktu, kieruje na badania, a w uzasadnionych przypadkach do poradni specjalistycznej (drugi szczebel opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) w celu dalszej diagnostyki. Lekarz POZ i specjalista mogą skierować pacjenta do szpitala. W sytuacji zagrożenia życia, wypadku, zatrucia czy porodu pacjent może zgłosić się do szpitala sam, bez skierowania od lekarza (zob. *Poznaj system...*).

Ważnym elementem opieki zdrowotnej jest opieka farmaceutyczna, czyli udzielanie świadczeń zdrowotnych przez farmaceutę, który we współpracy z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii. Jego rola polega m.in. na prowadzeniu konsultacji farmaceutycznych co do wyboru produktów leczniczych i wyrobów medycznych, dokonuje przeglądu lekowego wraz z oceną farmakoterapii, a także zajmuje się opracowaniem indywidualnych planów opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta (zob. *Poznaj system...*).

W Polsce i na świecie obserwowany jest trend starzenia się społeczeństwa. Według danych GUS w 2030 roku w Polsce liczba osób po 65. roku życia będzie wynosić 8,5 mln osób, a po 75. roku życia około 4 mln (Gałuszka, 2013). Zmiany demograficzne w polskim społeczeństwie wymuszają na decydentach wprowadzenie zmian w opiece zdrowotnej z uwzględnieniem grupy pacjentów w starszym wieku, na różnym poziomie procesu starzenia się. Z powodu starzenia się społeczeństwa wzrośnie liczba osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa czy astma, a także choroby nowotworowe, choroba Alzheimera, demencja czy choroby psychiczne (Gałuszka, 2013). W związku z tym pacjenci w wieku senioralnym powinni być objęci holistyczną opieką zdrowotną, z uwzględnieniem pielęgnacji i opieki długoterminowej, przez specjalistów z dziedziny geriatry: zarówno lekarzy, jak i personelu pielęgniarskiego (Gałuszka, 2013).

W rzeczywistości rozwój medycyny wieku starczego jest tylko teorią ze względu na braki kadrowe wśród lekarzy geriatrów (liczba lekarzy geriatrów w Polsce wynosi 120, co stanowi jednego lekarza na 50 tys. pacjentów), a także brak organizacji oddziałów geriatrycznych, ukierunkowanych na problemy zdrowotne osób starszych. Stąd też zmiana polityki zdrowotnej i społecznej jest pilnym problemem, wymuszającym dostosowanie warunków opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych. Taką odpowiedzią na potrzeby seniorów i chorych przewlekle jest opieka długoterminowa. Według definicji Ministerstwa Zdrowia jest to długookresowa, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i postępowania dietetycznego w warunkach domowych (*Rozporządzenie...*, 2013). Pielęgniarska opieka długoterminowa realizowana jest w domu lub w ośrodku opieki długoterminowej, w oparciu o ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz jego potrzeb pielęgnacyjnych. Aby skorzystać z tego rodzaju pomocy w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wymagane jest skierowanie od lekarza POZ lub innego specjalisty oraz przejście procedury kwalifikacyjnej.

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2019 roku dotyczącego sytuacji Systemu Ochrony Zdrowia w Polsce pacjenci nie mogą korzystać z takiego zakresu dostępnych opcji terapeutycznych jak mieszkańcy Europy Zachodniej. W porównaniu do innych krajów UE w Polsce występują opóźnienia między innymi we wprowadzaniu nowych technologii leczenia chorób, w tym leczenia onkologicznego. Także skala finansowania potrzeb zdrowotnych jest niska w porównaniu do innych krajów europej-

skich, co powoduje m.in. zmniejszoną podaż świadczeń zdrowotnych w odpowiedzi na uzasadnione potrzeby ludności. Coraz częściej dostęp do świadczeń medycznych uzależniony jest od sytuacji finansowej pacjenta w ramach prywatnej opieki zdrowotnej. Zła organizacja systemu, braki kadrowe wśród personelu, a co za tym idzie brak realizacji programów profilaktycznych powodują wydatkowanie środków finansowych na tzw. medycynę naprawczą, a nie zapobieganie chorobom. Przyjęty system finansowania świadczeń za usługę, a nie za jakość i efekt leczenia, jest przyczyną przedmiotowego traktowania pacjentów oraz generowania kolejek w oczekiwaniu na świadczenia zdrowotne. Złej sytuacji systemu ochrony zdrowia sprzyja również nieadekwatne do potrzeb rozmieszczenie zasobów ochrony zdrowia, tj. kadry medycznej oraz sprzętu (Najwyższa Izba Kontroli, 2019). Według wielu międzynarodowych rankingów polski system ochrony zdrowia zajmuje jedno z ostatnich miejsc w UE, a według badań system ochrony zdrowia jest odbierany negatywnie przez społeczeństwo (Najwyższa Izba Kontroli, 2019).

Aby dobrze ocenić system ochrony zdrowia na świecie, należy poddać analizie szereg wskaźników mających wpływ na jakość świadczonych usług. Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2023 roku na temat zdrowia i zrównoważonego rozwoju określa ponad 50 wskaźników zdrowotnych mających wpływ również na dobrostan społeczny (World Health Organization, 2023). W analizie wzięto pod uwagę takie zmienne jak: dostępność (np. ilość lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców), jakość (technologie, wykształcenie personelu), wyniki (długość życia, śmiertelność niemowląt) oraz efektywność (koszty, jakie ponosi system opieki w porównaniu do uzyskanych efektów) (World Health Organization, 2023). W rankingu krajów z najlepszym systemem opieki zdrowotnej na pierwszym miejscu znalazła się Kanada, na drugim Islandia, a na trzecim Korea Południowa. Bardzo wysoko oceniono również systemy ochrony zdrowia w krajach Europy Zachodniej takich jak Szwajcaria, Niemcy czy Szwecja. Niemiecki system opieki zdrowotnej oceniany jest bardzo wysoko m.in. ze względu na krótki czas oczekiwania do wykwalifikowanych specjalistów, a także wysoki poziom leczenia chorób nowotworowych czy neurologicznych. Polska znalazła się na 31. miejscu.

Wsparcie społeczne w zdrowiu i chorobie

Istnieje wiele definicji wsparcia społecznego. Ogólnie przyjmuje się, że jest to „pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych, stresowych”, „pomoc powszechnie oczekiwana w sytuacjach, których jednostka sama nie jest w stanie sprostać”, „pewien układ społecznych relacji i więzi, pozytywnie oddziałujących w sposób bezpośredni lub pośredni na jednostkę” (Kóźka, 2010, s. 46). Powszechnie uważa się, że wsparcie społeczne może mieć wpływ na powstawanie choroby lub jej brak. Jednostka, która nie

doświadcza wsparcia otoczenia, jest bardziej podatna na występowanie takich chorób jak zawał serca, wrzody żołądka, nowotwory, a także depresja, schizofrenia czy inne choroby psychiczne (Kózka, 2010).

Wsparcie społeczne może odbywać się na kilku szczeblach:

- wsparcie emocjonalne – wymiana emocji, podtrzymywanie na duchu w sytuacjach trudnych, okazanie poczucia zrozumienia, empatii oraz troski i bycie w gotowości niesienia pomocy;
- wsparcie informacyjne – polega na udzielaniu rad, porad medycznych czy też informowaniu o przyczynach wystąpienia choroby i sposobie postępowania terapeutycznego;
- wsparcie materialne – polega na dostarczeniu środków materialnych (funduszy, odzieży, mebli lub innych dóbr), które mają wesprzeć jednostkę w celu podjęcia aktywności do dalszego rozwoju;
- wsparcie instrumentalne – pomoc osobie chorej czy niepełnosprawnej w podejmowaniu aktywności poza domem lub w wykonywaniu codziennych czynności domowych (Kózka, 2010).

W odniesieniu do osoby chorej lub niepełnosprawnej wsparcie społeczne może być również rozumiane jako pomoc jednostce i jej rodzinie w dążeniu do samodzielności.

Wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne osób starszych lub chorych

Wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne osób starszych wynika z niesamodzielności spowodowanej chorobą bądź wiekiem. Według danych GUS ponad 2,6 mln osób dorosłych ma problemy w wykonywaniu podstawowych, codziennych czynności, przy czym grupę ponad 470 tys. stanowią osoby z poważnymi ograniczeniami. Rosną one wraz z wiekiem i często są wynikiem zaniedbań spowodowanych złym stylem życia, brakiem profilaktyki czy też brakiem odpowiedniej opieki. To z kolei generuje wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne i stałą opiekę, również długoterminową (Błędowski, Maciejasz, 2013).

Niewątpliwie największą rolę w opiece nad osobami starszymi odgrywa rodzina, a tylko w ściśle określonych warunkach zadania te przejmują instytucje z ramienia opieki zdrowotnej i społecznej. Obecnie coraz bardziej rozwija się również działalność organizacji pozarządowych oraz sektora prywatnego w zakresie świadczenia usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych (Błędowski, Maciejasz, 2013).

Świadczenia udzielane przez system ochrony zdrowia mają charakter stacjonarny lub ambulatoryjny (domowy), a koszty pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Stacjonarna opieka odbywa się całodobowo

w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i dotyczy pacjentów wymagających całodobowej opieki pielęgnacyjnej. Świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne w ramach opieki długoterminowej finansowane są przez NFZ, natomiast pacjent ponosi koszty wyżywienia oraz zakwaterowania (Błądowski, Maciejasz, 2013).

Drugą formą świadczeń jest opieka domowa, która realizowana jest przez pielęgniarkę lub zespół opieki długoterminowej. Świadczenia te dotyczą m.in. pielęgnacji, rehabilitacji oraz pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb biopsychospołecznych (Błądowski, Maciejasz, 2013). Osoba starsza, która wymaga wsparcia opiekuńczo-pielęgnacyjnego, może również liczyć na pomoc opieki społecznej w formie świadczeń pieniężnych (zasiłki okresowe na czas choroby, zasiłki celowe przeznaczone na zaspokojenie konkretnej potrzeby lub zasiłki pielęgnacyjne udzielane w celu częściowego pokrycia kosztów sprawowania opieki) oraz w formie świadczeń niepieniężnych jako usługi opiekuńcze (Błądowski, Maciejasz, 2013).

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania zapewniają pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życia codziennego, w tym higieny, pielęgnacji i rehabilitacji, a także pomoc w załatwianiu spraw urzędowych oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Taka opieka może znacząco wpłynąć na poprawę jakości życia osoby starszej, schorowanej oraz jej rodziny, jednak skala potrzeb znacznie przewyższa liczbę usługodawców, stąd nie wszystkie osoby potrzebujące mogą otrzymać pomoc w tym zakresie (Błądowski, Maciejasz, 2013).

Rola rodziny w sprawowaniu opieki nad osobą straszą lub chorą

Jak już wspomniano, największą rolę w sprawowaniu opieki nad osobą straszą odgrywa rodzina, choć w większości przypadków przejęcie odpowiedzialności za osobę chorą jest dyktowane koniecznością. Rodzina, ale również osoby bliskie choremu, tj. przyjaciele, sąsiedzi czy znajomi, określani są jako pierwotne źródło wsparcia w sytuacji kryzysu i choroby (Kózka, 2010). Sprawowanie opieki nad osobą chorą zmienia dotychczasowe funkcjonowanie rodziny, sytuację zawodową i finansową, a także wpływa na pogorszenie relacji z otoczeniem oraz stan zdrowia i samopoczucie opiekuna (Błądowski, Maciejasz, 2013).

Według danych międzynarodowego projektu EUROFAMCARE, realizowanego również w Polsce w latach 2003–2004, liczba nieformalnych opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych wynosiła około 2 mln (Perek-Białas, Stypińska, 2010). Ta forma sprawowania opieki dotyczy głównie kobiet, wpływa na zaburzenie pracy zawodowej, a co za tym idzie, powoduje problemy finansowe. W badaniu przeprowadzonym przez Magdalenę Durdę, Marię Kaczmarek, Magdalenę Skrzypczak i Anitę Szwed (2010) na temat oceny jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera ankietowani wskazali,

że największe koszty ponoszą w zakresie zakupu leków dla osoby chorej i zatrudnieniu dodatkowej osoby do opieki w określonych godzinach. Wyniki pokazały również, że wydłużony czas opieki nad chorym był skorelowany ze skróconym czasem pracy zawodowej (Durda, Kaczmarek, Skrzypczak, Szwed, 2010).

W tym samym badaniu ankietowani wskazali również, że sprawowanie opieki nad osobą z chorobą Alzheimera negatywnie wpływa na funkcjonowanie rodziny oraz na relację opiekuna z partnerem (takiej odpowiedzi udzieliło 71% ankietowanych) (Durda, Kaczmarek, Skrzypczak, Szwed, 2010).

Badania wskazują również, że niższa jakość życia opiekunów, którzy nie mają wsparcia ze strony rodziny czy instytucji, związana jest z poczuciem obciążenia, dłuższym czasem poświęconym na opiekę, niższym wykształceniem oraz niekorzystną sytuacją finansową (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014). Opiekunowie osób chorych częściej zapadają na takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, spadek odporności, częściej chorują na choroby układu oddechowego i otyłość, odczuwają stres i zaniedbują się zdrowotnie, przez co wykazują wyższe ryzyko zgonu (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014; Basińska, Lewandowska, Kasprzak, 2013). Opiekunowie osób chorych na chorobę Alzheimera znajdują się wysokiej grupie ryzyka zachorowania na depresję i wystąpienia stanów lękowych (Basińska, Lewandowska, Kasprzak, 2013).

W dalszym ciągu to głównie kobiety sprawują opiekę nad osobami chorymi w rodzinie, choć widoczne jest zwiększenie udziału mężczyzn w tym obszarze. Badacze obserwują także niższą jakość życia wśród kobiet opiekujących się chorą osobą w porównaniu do opiekunów – mężczyzn (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014). Mężczyźni częściej decydują się na zapewnienie choremu opieki instytucjonalnej, a jeśli sami sprawują opiekę, to ma ona charakter zadaniowy, mniej emocjonalny. Kobiety częściej angażują się emocjonalnie w opiece nad bliską osobą, co wynika również z uwarunkowań kulturowych (Rachel, Jabłoński, Datka, Zięba, 2014).

W kontekście kosztów finansowych, emocjonalnych oraz zdrowotnych, jakie ponoszą osoby sprawujące funkcję opiekuńczo-pielęgniacyjną nad chorą bliską osobą, ważne jest udzielenie wsparcia ze strony instytucji publicznych oraz prywatnych zarówno osobie chorej, jak i rodzinie. Profesjonalna pomoc oraz wsparcie innych członków rodziny pozytywnie wpływa na kondycję psychiczną opiekuna, a także zmniejsza zmęczenie oraz stres związany ze sprawowaniem opieki (Basińska, Lewandowska, Kasprzak, 2013).

Według badania przeprowadzonego przez Krystynę Kurowską i Marzenę Frąckowiak dotyczącego wsparcia społecznego i stylów radzenia sobie ze stresem w chorobie przewlekłej na przykładzie cukrzycy typu 2 (Kurowska, Frąckowiak, 2010) badani wskazali, że najmniej wsparcia otrzymują w zakresie emocjonalnym, natomiast najwięcej w zakresie instrumentalnym. Badani przejawiali emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem, czyli koncentrujący się na swoich przeżyciach (Kurowska, Frąckowiak,

2010). Jest to również istotny aspekt, jaki należy wziąć pod uwagę w sprawowaniu opieki nad osobą chorą, szczególnie jeśli chodzi o choroby związane z chwiejnością emocjonalną czy odczuwanym stresem. Jest to wyzwanie zarówno dla rodzin sprawujących opiekę, jak i profesjonalistów.

Działania pozarządowe: rola fundacji, stowarzyszeń i wolontariatu jako wsparcie społeczne osób starszych i chorych

Deficyty systemu organizacji zdrowia oraz społeczne trudności w sprawowaniu opieki nad chorymi przez rodziny i bliskich są dostrzegane i uzupełniane przez programy rządowe oraz działalność organizacji pozarządowych. W Polsce działa wiele organizacji pozarządowych i instytucji, które zajmują się wsparciem osób chorych oraz ich rodzin. W tym miejscu można wspomnieć o kilku, na przykład:

- Fundacja Rak'n'Roll – fundacja ta wspiera osoby chore na raka, oferuje programy pomocy psychologicznej, finansowej oraz rzeczowej, organizuje kampanie świadomościowe, zbiera fundusze na leczenie oraz prowadzi działania edukacyjne w zakresie profilaktyki nowotworowej;
- Stowarzyszenie Amazonki – organizacja ta zrzesza kobiety po mastektomii, którym oferuje wsparcie emocjonalne i psychologiczne, prowadzi grupy wsparcia, organizuje rehabilitację oraz działa na rzecz zwiększenia świadomości społecznej na temat raka piersi;
- Społeczny Komitet ds. AIDS – organizacja ta wspiera osoby żyjące z HIV/AIDS, oferuje wsparcie psychologiczne i pomoc prawną oraz prowadzi kampanie edukacyjne mające na celu zmniejszenie stygmatyzacji osób zakażonych.

Do najważniejszych programów rządowych prowadzonych obecnie należą:

- Program „Za Życiem” – jest to kompleksowy program rządowy skierowany do rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością oraz osób dorosłych wymagających stałej opieki. Program oferuje wsparcie finansowe, opiekę medyczną, rehabilitację oraz pomoc w integracji społecznej i zawodowej.
- Narodowy Program Zdrowia Psychicznego – inicjatywa ta ma na celu poprawę dostępności i jakości opieki zdrowotnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Program obejmuje działania na rzecz wczesnej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz wsparcia społecznego.
- Program „Opieka 75+” – program ten jest skierowany do osób starszych, które wymagają wsparcia opiekuńczego. Działania obejmują wsparcie finansowe dla opiekunów, dostęp do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz rozwijanie sieci wsparcia społecznego dla seniorów.

- Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych – celem programu jest poprawa diagnostyki, leczenia i profilaktyki nowotworowej. Program obejmuje działania edukacyjne, kampanie świadomościowe, wsparcie finansowe dla pacjentów oraz rozwój infrastruktury medycznej.

Dodatkową rolę wspomagającą odgrywa wolontariat. Wolontariusze oferują swój czas, swoje umiejętności i wsparcie emocjonalne, co ma ogromne znaczenie dla jakości życia pacjentów oraz odciążenia systemu opieki zdrowotnej. W wielu hospicjach w Polsce wolontariusze wspierają personel medyczny poprzez pomoc w codziennej opiece nad pacjentami. Ich obecność i zaangażowanie są bardzo dobrze przyjmowane przez pacjentów, szczególnie w opiece paliatywnej, kiedy osoby potrzebują nie tylko pomocy medycznej, lecz także wsparcia emocjonalnego. Społeczna solidarność przejawia się również w inicjatywach lokalnych, takich jak organizowanie grup wsparcia, zbiórki na leczenie czy pomoc sąsiedzka. Wolontariusze często organizują pomoc dla osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, oferują wsparcie w codziennych czynnościach, transport do lekarza czy dostarczanie posiłków. Wolontariat i społeczna solidarność są fundamentami wsparcia dla osób chorych, łączą ludzi w działaniach na rzecz poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin. Poprzez zaangażowanie społeczności lokalnych, organizacji pozarządowych oraz instytucji rządowych można skutecznie wspierać osoby potrzebujące i tworzyć bardziej inkluzywne i empatyczne społeczeństwo.

Wyzwania dotyczące opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego

Opieka zdrowotna i wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne w Polsce stoją przed wieloma wyzwaniami, które będą kształtować ich przyszłość. Jednym z najważniejszych trendów jest starzenie się społeczeństwa. Według prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (Główny Urząd Statystyczny, 2022) do 2050 roku liczba osób w wieku powyżej 65 lat ma się podwoić. Ta demograficzna zmiana wymaga dostosowania systemu opieki zdrowotnej do rosnących potrzeb osób starszych, co wiąże się ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, rehabilitacyjne i geriatryczne.

Kolejnym wyzwaniem jest rosnąca liczba osób cierpiących na choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca, choroby serca czy nowotwory. Postępy medycyny pozwalają na dłuższe życie z tymi chorobami, co zwiększa zapotrzebowanie na długoterminową opiekę. Systemy opieki zdrowotnej muszą rozwijać zakres usług zintegrowanej opieki, które łączą różne formy wsparcia medycznego i społecznego.

Dodatkowo pandemia COVID-19 ujawniła słabości i luki w systemie opieki zdrowotnej, które wymagają pilnej interwencji. Pandemia zwiększyła presję na te systemy i ukazała konieczność lepszego przygotowania na przyszłe kryzysy zdrowotne. Nie-

zbędne jest poprawienie infrastruktury zdrowotnej, zwiększenie liczby personelu medycznego i wdrożenie skutecznych systemów zarządzania kryzysowego.

Istotnym czynnikiem poprawiającym jakość opieki może być technologia, która odgrywa coraz większą rolę w opiece zdrowotnej i wsparciu opiekuńczo-pielęgnacyjnym. Oferuje nowe możliwości poprawy jakości życia pacjentów i efektywności systemu opieki. Do najważniejszych szans związanych z jej zastosowaniem można zaliczyć:

- Telemedycynę – rozwój telemedycyny umożliwia zdalne konsultacje lekarskie, monitorowanie stanu zdrowia i zarządzanie leczeniem na odległość. Telemedycyna zwiększa dostęp do opieki medycznej, szczególnie dla osób z ograniczoną mobilnością oraz mieszkańców obszarów wiejskich. W Polsce w czasie pandemii COVID-19 telemedycyna stała się niezbędnym narzędziem umożliwiającym kontynuację opieki zdrowotnej, co wykazało jej ogromny potencjał i konieczność dalszego rozwijania.
- Technologie wspierające opiekę domową – inteligentne domy, urządzenia do monitorowania zdrowia oraz roboty wspierające opiekę domową pozwalają na bezpieczne i niezależne życie osób starszych i chorych w ich własnych domach. W Polsce projekty takie jak „Teleopieka dla seniora” oferują usługi monitoringu zdrowotnego oraz wsparcie w sytuacjach nagłych, co przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa i jakości życia seniorów.
- *Big data* i sztuczna inteligencja – wykorzystanie dużych zbiorów danych oraz sztucznej inteligencji może pozwolić na bardziej precyzyjną diagnostykę, prognozowanie przebiegu chorób oraz personalizację leczenia. W Polsce inicjatywy takie jak Polska Platforma Medyczna integrują dane zdrowotne z różnych źródeł, co wspiera badania naukowe oraz rozwój innowacyjnych rozwiązań medycznych.
- Aplikacje mobilne i platformy zdrowotne – coraz więcej osób korzysta z aplikacji mobilnych i platform zdrowotnych do zarządzania swoim zdrowiem. Takie narzędzia wspierają pacjentów w samodzielnym zarządzaniu zdrowiem, przypominają o wizytach lekarskich i przyjmowaniu leków oraz umożliwiają komunikację z lekarzami. W Polsce aplikacje takie jak mojeIKP (Internetowe Konto Pacjenta) ułatwiają dostęp do dokumentacji medycznej i usług zdrowotnych.

Podsumowanie i wnioski

Sytuacja starzejącego się społeczeństwa wciąż wymaga reform i zmian w polityce społecznej, aby sprostać rosnącym potrzebom na opiekę zdrowotną i wsparcie opiekuńczo-pielęgnacyjne uwzględniające potrzeby osób starszych i przewlekle chorych.

Konieczne jest rozwinięcie i zintegrowanie systemu opieki długoterminowej, który zapewni kompleksowe usługi medyczne, rehabilitacyjne i społeczne. Należy zwiększyć ich finansowanie oraz wprowadzić mechanizmy dla opiekunów rodzinnych, aby odciążyć ich i zapewnić lepszą jakość opieki. Programy takie jak „Opieka 75+” oferują wsparcie finansowe i opiekuńcze w miejscu zamieszkania, co umożliwi seniorom dłuższe pozostanie w ich domach. Inicjatywy te jednak nadal są niewystarczające.

Poważnym wyzwaniem jest przygotowanie programów wspierających aktywne starzenie się. Powinny one promować zdrowy i aktywny styl życia wśród osób starszych, co może przyczynić się do późniejszego pojawienia się chorób przewlekłych i zmniejszenia zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Inwestycje w programy promocji zdrowia, edukację zdrowotną oraz infrastrukturę wspierającą aktywność fizyczną są kluczowe. Inicjatywy takie jak „Senior+” oferują wsparcie finansowe dla gmin na tworzenie i utrzymanie dziennych domów i klubów seniora, które zapewniają opiekę, aktywizację społeczną i kulturalną dla osób starszych.

Sam system opieki zdrowotnej musi być przygotowany na zmianę związaną z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi wynikające ze starzenia się populacji. Należy inwestować w rozwój kadr medycznych, modernizację infrastruktury zdrowotnej oraz wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań technologicznych, które poprawią efektywność i jakość opieki. W Polsce projekty takie jak „Zdrowa Przyszłość” koncentrują się na modernizacji szpitali i ośrodków zdrowia oraz szkoleniu personelu medycznego.

Warto także uwzględnić wolontariat i inicjatywy społeczne. Powinno się promować i wspierać działania wolontariackie poprzez oferowanie szkoleń, pomoc organizacyjną oraz ułatwianie współpracy między sektorem publicznym, prywatnym i organizacjami pozarządowymi. W związku ze starzeniem się społeczeństwa konieczne są kompleksowe reformy i innowacyjne podejścia, które pozwolą sprostać rosnącym potrzebom na opiekę zdrowotną i usługi opiekuńczo-pielęgniacyjne. Poprzez integrację nowoczesnych technologii, rozwój systemów opieki oraz wsparcie dla inicjatyw społecznych można zapewnić godną i efektywną opiekę dla wszystkich potrzebujących.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* [Zdrowie, stres i radzenie sobie z problemami]. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Basińska, M. A., Lewandowska, P. N., Kasprzak, A. (2013). Wsparcie społeczne a zmęczenie życiem codziennym u opiekunów osób chorych na Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 10(2), 1–10.
- Blaxter, M. (2009). *Zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

- Błądowski, P., Maciejasz, M. (2013). Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie*, 82(1), 61–69.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders* [Medykalizacja społeczeństwa: O przekształcaniu ludzkich stanów w uleczalne zaburzenia]. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A. (2006). Education and health: Evaluating theories and evidence [Edukacja i zdrowie: Ocena teorii i dowodów]. *National Bureau of Economic Research*, 12352(1). DOI: 10.3386/w12352.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? [Jakość opieki. Jak może być oceniona?]. *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. DOI: 10.1001/jama.260.12.1743.
- Durda, M., Kaczmarek, M., Skrzypczak, M., Szwed, A. (2010). Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimer. *Gerontologia Polska*, 18(2), 86–94.
- Gałuszka, M. (2013). System opieki zdrowotnej w Polsce wobec potrzeb seniorów: Priorytety, racjonowanie i dyskryminacja ze względu na wiek. *Przegląd Socjologiczny*, 62(2), 79–108.
- Giddens, A. (2007). *Socjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Główny Urząd Statystyczny. (2022). *Sytuacja demograficzna Polski do 2021 r.* Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* [Piętno: Uwagi na temat zarządzania zepsutą tożsamością]. London: Penguin Books.
- Han, B. C. (2022). *Społeczeństwo zmęczenia i inne eseje*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Kózka, M. (2010). Wsparcie społeczne w chorobie. W: A. Kózka, L. Płaszewska-Żywko (red.), *Modele opieki pielęgniarskiej nad chorym dorosłym: Podręcznik dla studiów medycznych* (ss. 45–49). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kurowska, K., Frąckowiak, M. (2010). Wsparcie społeczne a radzenie sobie w przewlekłej chorobie na przykładzie cukrzycy typu 2. *Diabetologia Praktyczna*, 11(3), 101–107.
- Link, B. G., Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease [Warunki społeczne jako podstawowe przyczyny chorób]. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 80–94. DOI: 10.2307/2626958.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities [Społeczne uwarunkowania nierówności zdrowotnych]. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
- Najwyższa Izba Kontroli. (2019). *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*. Pobrane z: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20-223,vp,22913.pdf>.

- Nojszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Parsons, T. (1951). *The social system* [System socjalny]. Glencoe: Free Press.
- Perek-Białas, J., Stypińska, J. (2010). Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna. W: P. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku: Ku aktywności* (ss. 136–148). Łódź: Wydawnictwo Biblioteka.
- Poznaj system opieki zdrowotnej*. (b. d.). Pobrane z: <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej>.
- Protsiv, M., Ley, C., Lankester, J., Hastie, T., Parsonnet, J. (2020). Decreasing human body temperature in the United States since the industrial revolution [Spadek temperatury ludzkiego ciała w Stanach Zjednoczonych od rewolucji przemysłowej]. *eLife*, 9, e49555. DOI: 10.7554/eLife.49555.
- Rachel, W., Jabłoński, M., Datka, W., Zięba, A. (2014). Jakość życia opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Psychogeriatrya Polska*, 11(3), 67–78.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej*. (2013). Dz. U. 2013.1480.
- Sontag, S. (1999). *Choroba jako metafora: AIDS i jego metafory*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2012). „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 81–113.
- Vigarello, G. (2011). *Historia zdrowia i choroby: Praktyki sanitarne od średniowiecza do współczesności*. Warszawa: Aletheia.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization* [Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia]. Pobrane z: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
- World Health Organization. (2023). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* [Statystyki zdrowia na świecie 2023: Monitorowanie zdrowia dla celów zrównoważonego rozwoju, cele zrównoważonego rozwoju]. Pobrane z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>.