

Starość a moralna problematyka racjonowania opieki medycznej

Słowa kluczowe: starość, bioetyka, choroba, śmierć, racjonowanie środków medycznych

1. Wprowadzenie

Starość jest naturalnym okresem w życiu człowieka, nie jest chorobą, ani kalectwem. Często jednak starość kojarzona jest ze słabością, gorszym samopoczuciem, niedołęstwem, rychłą śmiercią. Biorąc pod uwagę kulturę zachodnią pokażę, jak na przestrzeni wieków i współcześnie człowiek pojmował ten specyficzny czas w swoim życiu i jak zmagał się ze swoją skończonością.

W kulturze Zachodu występuje tendencja do postrzegania starości przez pryzmat cierpienia i bólu. Boimy się bardziej dyskomfortu poprzedzającego śmierć niż samego momentu śmierci. Przekleństwem XX i XXI wieku jest rak. To przypadłość łącząca się z dużym bólem i cierpieniem pacjenta, które wywoływane są nawet leczeniem: chemioterapią, radioterapią. Strach przed tragedią człowieka chorego, tragedią związaną z jego fizycznością, góruje nad pozostałymi problemami związanymi ze starością.

W historii kultury zachodniej od starożytności do Odrodzenia panował kult siły fizycznej i pięknego ciała. Nigdy nie istniał złoty wiek starości¹. We wczesnym średniowieczu ludzie starych traktowano jak mędrców doświadczonych życiem, ale tylko tych, którzy wiedli życie godne chrześcijanina. Starość często pojmowano jak przekleństwo i karę za grzechy. Myśl chrześcijańska starała się pogodzić i oswoić wiernych ze śmiercią, która była przejściem do wiecznego życia. Jednak roztaczając wizję piekła chrześcijaństwo raczej podsycало strach przed tym, co ma nastąpić po śmierci. W XVI wieku uważano, że: „starość to cierpienie i słabość, porażka wszelkich usiłowań stworzenia idealnego człowieka, który powinien odznaczać się cechami takim jak: uroda, siła, zdecydowanie, sprawność umysłowa”². Zachód uważał starość za zło, smutny wiek, który jest przygotowaniem

do śmierci. W przeszłości bywało, że na śmierć patrzyło się przychylnie, jak na wyzwoliciełkę od bólu i cierpienia, starość najczęściej utożsamiano ze zgrzybiałością i niemocą. Co ciekawe, w każdej epoce istniał wzorzec starca, według którego osądzało się ludzi w podeszłym wieku. Jeżeli ktoś nie przystawał do takiego wizerunku, był oceniany negatywnie.

W społeczeństwie amerykańskim, dla porównania, panuje przekonanie, że starość to czas, którego należy się obawiać i traktować raczej jak chorobę, która kończy się rychłą śmiercią. Przy takim nastawieniu śmierć, postrzegana jest jak przeciwniczka życia, pomija się fakt, iż śmierć jest integralną częścią każdego jestestwa. A przecież: „biologia w sposób jasny udowadnia, że śmierć wieńcząca starzenie jest nieunikniona i że sama jest owocem ewolucji. Zjawisko śmierci pojawiło się w czasie ewolucji wraz z indywidualizacją układu żywego i wzrostem znaczenia rozmnażania płciowego”³. Dodatkowo Amerykanie utożsamiają starość z uzależnieniem od otoczenia, niedołęstwem i utratą zdolności intelektualnych. Jest więc to według nich czas zdecydowanie niekorzystny. Oceny tej nie zmienia nawet wysokość pobieranych emerytur, która jest dużo wyższa niż w innych krajach. Starzy ludzie w Ameryce raczej z pesymizmem patrzą w przyszłość⁴. Niepokojąco duża część z nich dokonuje samobójstw, bojąc się bardziej życia niż śmierci. Życie w zaawansowanym wieku kojarzy im się raczej z częstymi pobytami w szpitalach i uzależnieniem od technologii medycznej⁵.

Cyceron w traktacie *Katon Starszy* pisał: „Kiedy się zastanawiam nad starością, cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddała nas ona od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierci”⁶. Od tamtego czasu, a słowa te sformułowane w I w. p.n.e, nic nie zmieniło

się w postrzeganiu starości. Mimo ogromnego wpływu, jaki wywarła technologia na medycynę, i nadziei, jakie wiązał z tym wpływem człowiek, nadal boimy się czasu, kiedy będziemy starzy. Dlatego też często nie chcemy o starości myśleć, mówić, zajmować się nią. Odsuwamy tę problematykę zwłaszcza, kiedy jesteśmy młodzi. Między innymi z tego powodu w czasie sienneńskiego karnawału noszone są kukły starców z napisami: *My byliśmy jako wy. Wy będziecie jako my*. Ku przestrodze i uświadomieniu! Każdy człowiek powinien pamiętać o naturalnej kolei własnego życia. Starość jest problemem, który dotyka każdego z nas, choć może dotyczyć w różnym stopniu. Zdarza się, że człowiek nie doczeka swojej starości, czy to z powodu wypadku czy na skutek choroby. Bywa więc, że starość nie jest pewnikiem, choć w tych przypadkach chciałoby się dodać – niestety.

2. Starzenie się społeczeństwa a sytuacja demograficzna kraju, wpływ opieki medycznej na długość życia

Polska to kraj, w którym żyje 38,6 milionów osób. Przeciętna długość życia w 2001 roku wynosiła dla mężczyzn 70,1 lat, dla kobiet 78,8 lat⁷. Jednak na faktyczną długość i jakość życia ogromny wpływ ma sprawność systemu opieki medycznej i wydajność pracy opieki społecznej. W XX wieku długość życia zwiększyła się nieporównywalnie bardziej, niż doświadczyła tego ludzkość w przeciągu ponad 4000 lat⁸. Spowodowała to poprawa warunków sanitarnych, mieszkaniowych, żywienia i technologii medycznej. Lepsza opieka medyczna zmniejszyła umieralność dzieci, przyczyniła się do lepszego zdrowia i dłuższego życia również osób zaawansowanych wiekowo. Wydłużenie życia można uznać za triumf nowoczesnego społeczeństwa, za który jednak trzeba słono płacić. Powoduje ono ujemne skutki: negatywnie wpływa na rozwój gospodarczy, zatrudnienie, rynki pracy, opiekę zdrowotną i opiekę społeczną. Potrzebne są działania rozwiązujące problemy związane z finansowaniem zobowiązań emerytur publicznych, brakiem powszechnej dostępności opieki zdrowotnej, mogącej spełnić potrzeby rosnącej populacji ludzi starszych. „Od wielu lat obserwuje się rosnący udział osób starszych w konsumowaniu świadczeń placówek opieki zdrowotnej. Rocznie około 70% ludzi starszych korzysta z ambulatoryjnych porad lekarskich”⁹. Coraz większy postęp w technologii medycznej, wraz ze wzrastającymi oczekiwaniami społecznymi co do

opieki i leczenia, gwarantują, że wydatki na opiekę zdrowotną dla wszystkich grup wieku będą rosły szybciej niż gospodarka w krajach najbardziej rozwiniętych. Ludzie starsi konsumują trzy do pięciu razy więcej usług medycznych niż ludzie młodszy¹⁰. Koszty globalnego starzenia się mogą być tak duże, że wiele krajów może nie dać sobie rady ze zrównoważeniem swoich budżetów. Podwyższanie podatków prawdopodobnie nie będzie rozwiązaniem, które przyniesie poprawę sytuacji. Sugeruje się, żeby w związku z tym opiekę nad starszymi ludźmi sprawowali głównie członkowie rodziny. Zwłaszcza, jeśli potrzebna jest długoterminowa, nieskomplikowana opieka. Starzy ludzie powinni zostawać pod opieką domowników tak długo, jak jest to możliwe. Tylko w przypadku ciężkich, przewlekłych chorób oraz niepełnosprawności rodzina jest zobowiązana skorzystać z profesjonalnej pomocy medycznej dostępnej w szpitalach, domach opieki lub domach starców. Istnieje jednak realne zagrożenie, że takie ustalenia mogłyby wywołać jeszcze większą niechęć do osób starszych i podsycać negatywne nastawienie do nich, kiedy to traktowani są jak ciężar¹¹.

3. Problem racjonowania środków medycznych w bioetyce, teoria QALY, radykalna metoda Callahana, parametr skorelowany

Od lat 1990. jednym z centralnych problemów bioetyki stał się problem profilowania świadczeń medycznych. Bioetyka, inaczej zwana etyką medyczną, to dyscyplina, która pojawiła się w latach 1950. w USA. Na jej powstanie wpływ miały: ówczesna sytuacja polityczna i społeczna oraz rozwój technologiczny i naukowy związany z medycyną. Współtwórca bioetyki, Daniel Callahan z *Centrum Hastingsa*, ośrodka bioetycznego znajdującego się w Nowym Jorku, opracował wraz z międzynarodowym zespołem specjalistów dokument *Cele medycyny: ustalenie nowych priorytetów*. Debata nad celami medycyny była bardzo potrzebna ze względu na sytuację ekonomiczno-społeczną. Świadczenia medyczne wraz z postępem w medycynie stały się droższe, co wpłynęło na zwiększenie sumy cierpienia u pacjentów ponad konieczność. Technologia, która niewątpliwie wpłynęła na rozwój medycyny, spowodowała również pojawienie się poważnych dylematów moralnych. Prace nad projektem dokumentu trwały cztery lata, rozpoczęto je w 1993 roku. Uczestniczyło w nich 14 krajów z całego świata. Ustalono, że najważniejsze

cele medycyny to: zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i utrzymanie zdrowia, łagodzenie bólu i cierpienia spowodowanego chorobami, leczenie i troska o ludzi chorych i troska o tych, którzy nie mogą być wyleczeni, unikanie przedwczesnej i dążenie do spokojnej śmierci. Oprócz tej problematyki bioetyka zajmuje się związkami medycyny z ekonomią. Najpełniej ilustrują tę zależność rozważania związane z racjonowaniem opieki medycznej.

Problem racjonowania, czyli rozdzielania opieki zdrowotnej pojawił się w bioetyce po raz pierwszy w połowie lat 1980. Wtedy ustalono, że racjonowaniu podlegają tylko te dobra, które mają wpływ na zdrowie i życie człowieka. Właśnie tak zakwalifikowano świadczenia zdrowotne, oczywiście rozdzielaniu nie podlegają dobra luksusowe. W medycynie najczęściej mamy do czynienia z niedoborem środków finansowych i ograniczonym dostępem do świadczeń służby zdrowia. Dodatkowo zapotrzebowanie na opiekę medyczną jest właściwie nieograniczone i zdecydowanie rośnie wraz z wiekiem. Ważną kwestią staje się więc znalezienie odpowiedzi na pytanie, jak rozdzielać środki medyczne. Istnieją cztery formy racjonowania:

- jawna, która zakłada ustalenie jasnych priorytetów, na podstawie których podejmowane są decyzje dotyczące podziału zasobów medycznych,
- niejawna, gdzie decyzje dotyczące podziału zasobów podejmowane są najczęściej przez lekarza przy łóżku chorego,
- ekonomiczna, gdzie bierze się pod uwagę koszty, np. terapii, i ze względu na ten czynnik podejmuje się decyzje, czy można takie leczenie zastosować czy nie,
- nieekonomiczna, która bierze pod uwagę dobro pacjenta i dobro wspólne, przykładem dobrze ilustrującym ten sposób racjonowania może być przepisanie przez lekarza pacjentowi lekarstwa, które jest tanie i ma takie samo działanie jak inne lekarstwo, ale dużo droższe.

Trzeba pamiętać, że nie jest możliwa taka sytuacja, kiedy każdy pacjent, również bez względu na wiek, ma zapewnioną optymalną opiekę zdrowotną. Tom L. Beauchamp i James F. Childress, autorzy podręcznika *Zasady etyki medycznej* zakładają, że całość problemów etyki medycznej podlega czterem zasadom: zasadzie szacunku dla autonomii, zasadzie nieuszkodzenia, zasadzie dobroczynności i zasadzie sprawiedliwości i że: „brak wystarczającej ilości środków sprawia, że nie jesteśmy w stanie pomóc wszystkim, a zasada sprawiedliwości pomaga nam

wtedy rozstrzygnąć dylematy związane z ich podziałem”¹². Jedną z teorii bazujących na zasadzie sprawiedliwości nosi nazwę QALY, jest to skrót, który oznacza *Quality Adjusted Life Year*, czyli jakościowy rok życia. „Jej istotą jest przypisanie życiu w pełnym zdrowiu wartości jednostkowej, a życiu w chorobie wartości mniejszej od jedności. Wartość ta jest tym niższa, im niższa jest jakość życia osoby chorej”¹³. Wpływ na tę teorię miało założenie, że podział środków jest słuszny tylko wtedy, kiedy powoduje jak najwięcej QALY, które jest miarą dobra związanego ze zdrowiem. Opieka zdrowotna stawia sobie w tym wypadku za cel zwiększenie długości i jakości życia, traktując to jak dobro pacjenta. Racjonowanie środków medycznych ma w ten sposób pojęte dobro maksymalizować. Przy takich założeniach pojawił się szereg problemów. Okazało się, że w praktyce teoria QALY wykazała, iż dobro pacjenta nie jest jedyną wartością braną pod uwagę przy podejmowaniu decyzji związanych z rozdzielaniem środków zdrowotnych. Tak jak w utylitaryzmie bierze się pod uwagę dobro ogółu, tak w przypadku tej teorii często dobro jednego pacjenta podporządkowane jest jednak dobru ogółu. Kolejny problem to trudności w zachowaniu sprawiedliwości przy zastosowaniu QALY. Zakładając w tej teorii, że jakość życia osoby chorej na więcej niż jedną chorobę jest najmniejsza, faworyzowani są ci, którzy chorują na tylko jeden typ schorzenia. Następną sprawą problematyczną jest obliczenie jakości życia. „Skoro ogólnym celem tej teorii jest ułatwienie wyboru jakiegoś sposobu wydatkowania pieniędzy na opiekę medyczną, jakość życia nie może być oceniana z perspektywy konkretnej osoby”¹⁴. Trzeba więc rozstrzygnąć, jaką jakość ma życie osób niepełnosprawnych, np. skazanych na wózek inwalidzki. Zaskakujące jest to, jak bardzo różnią się w takich wypadkach odpowiedzi osób z poważnymi problemami zdrowotnymi od pozostałych ludzi. Często chore osoby bardzo wysoko oceniają jakość swojego życia. I na końcu najbardziej interesująca kwestia tej teorii związana z wiekiem pacjenta. Uważa się, że QALY **jawnie** nie dyskryminuje ludzi starszych. „Osoba młodsza i starsza o tej samej spodziewanej długości przeżycia będzie traktowana tak samo, zakładając, że jakość życia i koszty leczenia każdej z nich są identyczne”¹⁵. Jednak, jeśli dostępne zasoby pozwolą leczyć tylko jedną osobę, a na leczenie czekać będzie pacjent młodszy i starszy, to powinien leczony być ten młodszy, ponieważ wtedy koszt na jednostkę

QALY będzie niższy, gdyż młodsza osoba ma przed sobą dłuższe życie.

Niewątpliwą zaletą teorii QALY jest to, że w ramach jej założeń istnieje możliwość korygowania wad, które posiada, to znaczy: dyskryminowanie starych i ułomnych osób, niedoceniając procedur ratujących życie, wpływ utylitarystycznych założeń.

Następna metoda, którą chciałabym się zająć, charakteryzuje się radykalnym sposobem limitowania świadczeń medycznych ze względu na wiek pacjenta. Starość występuje tu jako czynnik eliminujący. Pogląd ten prezentuje D. Callahan, który twierdzi, że zabiegi medyczne, które są drogie i mają na celu przedłużenie życia przez zastosowanie skomplikowanej technologii w medycynie, powinny być limitowane w przypadku osób starszych. Według niego osoby po 70. roku życia lub tuż przed 80-tką to jest właśnie grupa, która powinna mieć limitowane tego rodzaju zabiegi¹⁶. Tym bardziej, że ostatnie lata pokazują, iż liczba operacji serca, bardzo kosztownych, u osób mieszczących się w tym przedziale wiekowym jest zaskakująco duża, co może być spowodowane wzrostem poziomu medycyny, który wpływa na coraz większą ilość ludzi dożywających w dobrej kondycji do późnej starości. Callahan – głosząc swoje poglądy związane z racjonowaniem środków medycznych ze względu na podeszły wiek pacjenta – podkreśla, iż zdaje sobie sprawę z kontrowersji, jakie mogą one wywołać w społeczeństwie, jednak korzyści płynące ze stosowania takiego limitowania, takie jak efektywność kosztowa oraz niskie QALY, przemawiają, według niego, jednoznacznie za stosowaniem tej metody.

Kolejna koncepcja dotycząca sposobu profilowania świadczeń medycznych to umiarkowana teoria, w której starość traktowana jest jak parametr skorelowany. Z jednej strony starość to czas, kiedy statystycznie zdecydowanie zwiększa się liczba chorób występujących u człowieka. Najczęściej choroby te leczy się gorzej niż u osób młodych, a na leczenie przeznaczają się zbyt dużo środków finansowych. Te dane mogą wpływać na decyzję związaną z niepodejmowaniem specyficznego rodzaju leczenia, terapii u pacjenta starego. „Zaawansowany wiek jest więc tu parametrem skorelowanym z danym schorzeniem, a niedostateczna efektywność kosztowa stanowi bezpośredni czynnik odrzucenia procedury”¹⁷. Z drugiej strony, jeśli pacjent w zaawansowanym wieku zachoruje, a jego choroba dobrze się leczy i następuje poprawa jakości życia pacjenta, nie ma powodów, by leczenia nie podejmować i skazywać

chorego na dodatkowe cierpienia. „Świadczenia dające zadawalający skutek terapeutyczny i spełniające wymogi rachunku ekonomicznego powinny być stosowane niezależnie od zaawansowania wiekowego pacjentów, oczywiście po wyrażeniu przez nich zgody”¹⁸.

Decyzje dotyczące racjonowania środków medycznych mogą być podejmowane na wielu szczeblach, od poszczególnych lekarzy, przez grupy lekarzy, aż do instytucji zarządzających opieką medyczną. Coraz częściej głos w tych kwestiach zabierają również sądy, media i gremia społeczne, koncentrując się głównie na procedurze. „O kształcie procedury mogą również współdecydować poglądy etyczne osób dokonujących wyborów”¹⁹. Wydaje się, że najwięcej kontrowersji przy okazji podziału, najczęściej niewystarczających, środków medycznych wywołuje spór o to, które wartości powinny mieć pierwszeństwo. Jak się okazuje, nawet tak jednoznaczna wartość jak wiek pacjenta może w zależności od teorii, którą bierze się pod uwagę, działać na jego korzyść lub niekorzyść. Raz może się wydawać, że zaawansowany wiek predestynuje do przeprowadzenia i sfinansowania pewnych zabiegów lub świadczeń medycznych, ale już za chwilę ten sam wiek może skreślać pacjenta z listy oczekujących na jakieś sposoby leczenia. Najczęściej, zwłaszcza w krajach mniej zamożnych, w medycynie należy brać pod uwagę, czy pieniądze przeznaczone na pomoc dla pacjenta spowodują rzeczywistą poprawę jego zdrowia. Przy przeszczepach serca bierze się pod uwagę wiek pacjenta – im jest on starszy, tym jego szanse na przeszczep są mniejsze. Tego rodzaju zabiegi są bardzo kosztowne, czyli mocno obciążające całe społeczeństwo, dlatego musi być jak największe prawdopodobieństwo udanej operacji i wyzdrowienia pacjenta. Nie należy się przy okazji takiego stanowiska oburzać ani protestować. Codziennosc pokazuje, że przy podejmowaniu decyzji medycznych zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, dokonywana jest selekcja.

Niektórzy proponują, by ze względu na ograniczenia środków medycznych i spowodowany tym fakt, że nie każdemu potrzebującemu można pomóc, tej pomocy nie udzielać nikomu²⁰. Inni mówią, że środki medyczne powinny być rozdzielane losowo, przez losowanie lub na zasadzie, kto pierwszy ten lepszy.

4. Definicja starości człowieka, kryterium medyczne i społeczne

Kolejnym, ważnym problemem pojawiającym się przy okazji pojmowania starości w bioetyce jest ustalenie, kiedy właściwie zaczyna się starość człowieka. Medycyna zakłada, że: „z powodu wydłużenia średniego wieku przeżycia populacji i przesunięcia granicy umieralności wśród ludzi w wieku podeszłym wyróżnia się kilka grup wiekowych: młodych w wieku między 65–75, starych 75–85 i bardzo starych po 85. roku życia. Podział ten związany jest zarówno ze zmianami fizjologicznymi, jak i ze zmianami w zakresie funkcjonowania ludzi w wieku podeszłym”²¹. Kryteria społeczne stosowane w odniesieniu do ludzi po 65. roku życia uwzględniają okres, w którym ludzie starzy funkcjonują niezależnie od systemów pomocy środowiskowej, trzeci wiek, i okres, w którym dominuje uzależnienie od pomocy środowiskowej, czwarty wiek. Według WHO początkiem starości demograficznej jest dla obu płci 65. rok życia. Częstą opinią dotyczącą początku starości wśród samych zainteresowanych, czyli ludzi starych, jest stwierdzenie, że stary jest ten, kto traci zdolność przystosowania się do nowych warunków.

Wiek jest, więc bardzo ważną zmienną braną pod uwagę przy rozpatrywaniu problemów zdrowotnych, które dotyczą zdrowia fizycznego, związane są z nastawieniem psychicznym człowieka oraz których rozwiązanie uzależnione jest od związków medycyny z ekonomią. Etyka medyczna nie uporała się z problemem jednoznacznego ustalenia priorytetów w związku z racjonowaniem środków medycznych, zaproponowała jednak pewne sposoby rozwiązania tego problemu.

5. Podsumowanie

W bioetyce panuje przekonanie, że starość jest naturalnym czasem w życiu każdego człowieka. Mimo tego ludzie najczęściej boją się starości, traktując ją jak chorobę lub utożsamiając z bólem i cierpieniem oraz śmiercią, zazwyczaj niechcianą i przedwczesną. Liczba osób w zaawansowanym wieku znacząco rośnie, wzrasta również poziom niedoboru środków finansowych przeznaczanych na cele medyczne. Propozycją mającą rozwiązać ten problem jest położenie nacisku na taką opiekę nad ludźmi starymi, wymagającymi pomocy, którą sprawować będą

członkowie najbliższej rodziny. W najcięższych przypadkach starzy ludzie powinni trafiać do szpitali, domów opieki i korzystać z fachowej pomocy medycznej, finansowanej między innymi z podatków lub ubezpieczeń. Bioetyka, zwana inaczej etyką medyczną, zwraca uwagę na problem racjonowania środków medycznych. Opierając się na zasadzie sprawiedliwości różne teorie proponują różne rozwiązania tej drażliwej społecznie kwestii. Teoria QALY chce, by uznać życie w pełnym zdrowiu za jednostkę wyżej cenioną niż podczas choroby, służba medyczna ma więc za zadanie dążyć do zwiększenia długości i jakości życia. Poddana ona zostaje jednak krytyce ze względu na pojawiające się problemy w kwestiach dotyczących jednoznacznego ustalenia dobra pacjenta, sprawiedliwości i dyskryminowania ludzi starych i ułomnych. D. Callahan zaproponował metodę radykalną, zakładającą, że osoby po 70. roku życia lub tuż przed 80. powinny mieć limitowane najbardziej kosztowne i skomplikowane zabiegi, których celem jest przedłużenie życia. Starość jest więc postrzegana jako czynnik eliminujący. Umiarkowana koncepcja zakłada, że starość powinno się traktować jak parametr skorelowany. Wtedy, kiedy szanse na wyleczenie pacjenta są nikłe z powodu specyfiki schorzenia i związanej z tym niedostatecznej efektywności kosztowej, nie należy podejmować leczenia. Natomiast w przypadku zadawałającego skutku terapeutycznego i ekonomicznego leczenie powinno być podejmowane bez względu na wiek pacjenta. Stopień skomplikowania pojawiający się przy próbie ustalenia jednoznacznych priorytetów w racjonowaniu środków medycznych sprowokował niektórych do stwierdzenia, że jeśli nie można pomóc wszystkim, to w ogóle nie należy udzielać pomocy medycznej. Jeżeli jednak zdecydujemy się, by ją udzielać to tylko kierując się losowaniem albo zasadą, kto pierwszy ten lepszy. Ostatnią poruszoną kwestią był sposób ustalenia, kiedy możemy uznać kogoś za człowieka starego i jakie ma to konsekwencje medyczne. Według definicji zaproponowanej przez WHO początkiem starości jest dla obu płci 65. rok życia. Stosuje się także podział ze względu na zaistniałe zmiany fizjologiczne w organizmie i pojawiające się zmiany w zakresie funkcjonowania ludzi starych. I tak wyróżniamy wśród ludzi w podeszłym wieku: młodych w wieku 65-75, starych 75-85 i bardzo starych po 85. roku życia.

-
- ¹ Minois G., 1995, Historia starości. Od Antyku do renesansu., tłum. Katarzyna Marczevska, Marabut, Warszawa, 326 s.
- ² Tamże, 305 s.
- ³ Krzyżowski J., 2004, Psychogeriatrya, Medyk, Warszawa, 11 s.
- ⁴ Hanson M., 1994, How we treat the elderly?, Hastings Center Report, number 5, 5s.
- ⁵ Jennett B., 1994, Treatment of critical illness In the elderly, Hastings Center Report, number 5, 21s.
- ⁶ Krzyżowski J., 2004, Psychogeriatrya, Medyk, Warszawa, 9 s.
- ⁷ Tamże, 23 s.
- ⁸ Tamże, 21 s.
- ⁹ Tamże, 28 s.
- ¹⁰ Tamże, 33 s.
- ¹¹ op. cit. Hastings Center Report, 5s.
- ¹² Chyrowicz B., 2006, Bioetyka prima facie, WWW. Idea.opoka.org.pl
- ¹³ , pod red. Alichniewicz A. i Szczęsnej A., 2001, Dylematy bioetyki, Zakład Etyki i Filozofii Medycznej AM, Łódź, 202 s.
- ¹⁴ Tamże, 206 s.
- ¹⁵ Tamże, 208 s.
- ¹⁶ . Op. cit. Hastings Center Report, 37s.
- ¹⁷ Szewczyk K., 2006, Z ekonomią i śmiercią trzeba się pogodzić, Panaceum, nr 2 (108), 10 s.
- ¹⁸ Tamże, 10 s.
- ¹⁹ op. cit. Dylematy bioetyki, 219 s.
- ²⁰ Gillon R., 1994, Etyka Lekarska problemy filozoficzne, tłum. Alichniewicz A. i Szczęsna A., PZWL, Warszawa, 109 s.
- ²¹ pod red. Bilikiewicz A., 2004, Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny, PZWL, Warszawa, 457 s.