

MAGDALENA WIECZORKOWSKA  
Uniwersytet Medyczny w Łodzi\*

## CZY STAROŚĆ JEST CHOROBA? – MEDYKALIZACJA STAROŚCI W POLSCE<sup>1</sup>

### Streszczenie

Zgodnie z główną tezą artykułu starość nie daje się jednoznacznie opisać jako fenomen podlegający jedynie procesowi medykalizacji. W zależności od kryteriów, jakie weźmie się pod uwagę, raz wydawać się będzie, że jest zmedykalizowana, a raz – że podlega odmedycznieniu. Przykładowe analizy mają pokazać, iż powinno się raczej mówić o farmaceutyzacji starości, podkreślając, że w wymiarze obiektywnym proces ten rzeczywiście występuje. Jeśli chodzi o proces umedycznienia i ufarmakologicznienia starości rozpatrywany od strony seniorów, to w znaczący sposób ograniczają go takie czynniki jak zasobność seniorów, dostępność lekarzy i usług medycznych, czas oczekiwania na wizytę czy zabieg. Celem artykułu jest także pokazanie słabości i ograniczeń metodologicznych w odniesieniu do zagadnień medykalizacji jako problemów badawczych i próba wywołania dyskusji, której efektem będzie rekonceptualizacja sposobów badania medykalizacji w Polsce.

**Słowa kluczowe:** medykalizacja starości, gerontologia, andropauza, menopauza, choroba, demedykalizacja

### WSTĘP

Starość to zjawisko wielowymiarowe, starzenie zaś jest procesem, który jest inaczej postrzegany przez filozofa, psychologa, ekonomistę czy lekarza. Potocznych interpretacji znaczenia starości i starzenia się jest zapewne tyle, ilu senio-

---

\* e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

<sup>1</sup> Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego nr 502-03/6-074-02/502-64-008.

rów. Zagadnienia te są przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin i dyscyplin naukowych. Są źródłem inspiracji dla badaczy, malarzy i poetów. Stereotypowy wizerunek seniora kojarzony jest z chorobami, ograniczeniami, zrzędlivością i skąpstwem. Powstaje zatem pytanie: „Czy starość jest chorobą?”, które – w świetle aktualnych trendów demograficznych – jest zasadne, gdyż pociąga za sobą konsekwencje natury społecznej, ekonomicznej, politycznej i obyczajowej. Pytanie to staje się zasadne także i z tego powodu, że zjawisko medykalizacji obejmuje coraz więcej obszarów życia codziennego i nie jest niczym zaskakującym, że dotyka także zagadnień starości. Czy jednak starość jednoznacznie podlega umedycznieniu? Czy proces ten zachodzi na wszystkich trzech podstawowych poziomach medykalizacji: konceptualnym, instytucjonalnym i interakcyjnym? Czy zachodzi w jednakowym stopniu w wymiarze obiektywnym i subiektywnym? Jakie aspekty medykalizacji starości można obserwować? Wydaje się zasadne poruszenie jednego z przybierających współcześnie na sile przejawów medykalizacji, jakim jest farmaceutyzacja społeczeństwa, definiowana jako „proces, w którym społeczne, behawioralne lub cielesne stany są leczone lub postrzegane jako wymagające leczenia przez lekarzy lub pacjentów za pomocą preparatów medycznych” [Abraham 2010, tłum. własne]. Według mnie farmaceutyzacja jest procesem wtórnym wobec medykalizacji, jednak zjawiska te są obecnie ściśle z sobą związane<sup>2</sup>. Jednym z wymiarów farmaceutyzacji jest redefiniowanie problemów zdrowotnych jako tych, które mają farmaceutyczne rozwiązanie [Williams, Martin, Gabe 2011]. Koncerny farmaceutyczne stały się ważnym agentem medykalizacji, a możliwość sprzedaży wielu medykamentów bez recepty i ich reklamy ułatwia praktyki określane jako „podżeganie do chorób” czyli *disease mongering*. W obiektywnym, makrospołecznym ujęciu przemysł farmaceutyczny zapewne przyczynia się do medykalizowania starości, otwarta pozostaje kwestia wymiaru jednostkowego, subiektywnego, która wydaje się złożona, a brak szczegółowych badań na ten temat nie umożliwia odpowiedzi na to pytanie.

Socjologia starości i gerontologia społeczna wiele miejsca poświęcają problematyce jakości życia seniorów, badając jej poszczególne wymiary. Z punktu widzenia niniejszego artykułu najbardziej istotne są: wymiar biomedyczny, związany z procesem biologicznego starzenia się organizmu, wymiar ekonomiczny, informujący o potencjale produkcyjnym i sile nabywczej seniorów, a także wymiar psychospołeczny, oceniający jakość życia z uwzględnieniem takich aspektów jak kapitał społeczny, sieć kontaktów, rodzaj i siła więzi czy wsparcie

<sup>2</sup> Szerzej na ten temat zob. [Wieczorkowska 2012b].

społeczne. Szczególnie w tym ostatnim wymiarze coraz częściej pokazuje się potencjał, a nie ograniczenia osób w wieku 65+, zwracając uwagę zarówno na makrostrukturalne uwarunkowania sprzyjające aktywizacji seniorów, jak i indywidualne zapotrzebowanie na takie formy zagospodarowania czasu<sup>3</sup>. Druga grupa prac poświęcona jest zagadnieniom stereotypów i wyobrażeń na temat starości, które najczęściej zaprzeczają aktywności seniorów. To z tej ostatniej grupy prac wylania się obraz seniora ubogiego, schorowanego, samotnego i osamotnionego, co staje się podłożem lęku przed starością, a nawet postawy gerontofobicznej [np. Miszczak 2006, Kawka 2006, Frąckowiak i wsp. 2006]. Poruszana w artykule problematyka nawiązuje do dorobku gerontologii społecznej oraz socjologii starości, posługując się kategoriami wypracowanymi na gruncie tych dziedzin oraz na ich podstawie dokonując próby odpowiedzi na pytanie, czy polska starość jej starością umedycznioną, czy raczej podlega procesom demedycyzacji?

## SYTUACJA DEMOGRAFICZNA NA ŚWIECIE I W POLSCE

Siwiejąca populacja nie jest jedynie prognozowanym trendem demograficznym – stała się faktem. Zegary zamieszczone na portalu [www.prb.org](http://www.prb.org) (*Population Reference Bureau*) nie pozostawiają żadnej wątpliwości, pokazując, w jakim tempie przyrasta liczba seniorów (65+) i najmłodszych członków społeczeństwa (0–4 lata). Wynika z nich, że w ciągu minuty przybywa na świat mniej więcej 32 seniorów i tylko 5 dzieci we wspomnianym przedziale wiekowym<sup>4</sup>. Według szacunków United Nations Population Division w roku 1950 było 335 mln dzieci w wieku 0–4 lata i tylko 131 mln osób powyżej 65. roku życia. W połowie roku 2010 sytuacja diametralnie się zmieniła – seniorów w wieku 65+ było 523 mln, podczas gdy najmłodszych członków społeczeństwa – 642 mln<sup>5</sup> (wykres 1). W wielu krajach odsetek osób starszych w całej populacji wynosi około 20% (Japonia 23%, Niemcy 21%, Włochy 21%, Grecja 19%, Szwecja 19%, Finlandia 18%, Portugalia 18%, Hiszpania 17%)<sup>6</sup>. Jak widać, większość z nich to kraje europejskie. I rzeczywiście, problem „siwiejącej populacji” dotyczy w pierwszej kolejności kontynentu europejskiego.

<sup>3</sup> Szerzej zob. np. [Turek, Perek-Białas 2011:137–148].

<sup>4</sup> <<http://www.prb.org/Articles/2011/agingpopulationclocks.aspx>> 16.03.2013.

<sup>5</sup> Tamże.

<sup>6</sup> Odsetek osób 65+ w całej populacji; dane za rok 2011; szacunki Banku Światowego, <<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>>.

W wielu krajach wysoko rozwiniętych zaobserwowano trend demograficzny, który ma fundamentalne znaczenie dla życia społecznego, gospodarczego, politycznego i obyczajowego oraz ogromne konsekwencje w obszarze zdrowia – populacja osób w wieku 65+ przewyższyła populację najmłodszych członków społeczeństwa. Demografowie przewidują, iż tendencja ta obejmie około 2025 r. także kraje rozwijające się<sup>7</sup>.

Jak Polska wypada na tym tle? Czy wpisujemy się w ogólnoeuropejski trend, czy też ten negatywny trend omija nasz kraj? Odsetek osób po 65. roku życia w Polsce wynosił 14% w roku 2011<sup>8</sup>, zatem pozostajemy nieco w tyle za czołową „starych” państw z 20-proc. odsetkiem seniorów. Średnia długość życia w Polsce w 2010 r. wyniosła 71,17 dla mężczyzn, 79,85 dla kobiet (76,6 dla ogółu populacji), co dało Polsce 55. pozycję (na 198) w rankingu UN World Population Prospects 2010<sup>9</sup>. Jak podał GUS na początku 2013 r.: „w końcu 2012 r. ludność Polski liczyła ok. 38 542 tys. osób, tj. o ok. 4 tys. więcej niż przed rokiem. Rok 2012 był piątym z kolei, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności; tempo przyrostu było znacznie wolniejsze i wyniosło 0,01%, co oznacza, że na każde 100 tys. mieszkańców Polski przybyła tylko 1 osoba, w 2011 r. – 2 osoby, a w 2010 r. – 8”<sup>10</sup>. Powyższe dane pokazują, iż sytuacja demograficzna nie jest zadowalająca, zaś seniorzy i ich potrzeby stają się ogromnym wyzwaniem dla wszystkich obszarów życia – konsumpcji, rynku pracy, technologii, oferty kulturalnej i turystycznej, prawa oraz ochrony zdrowia. Szczególnie ten ostatni jest niezwykle istotny, zwłaszcza z punktu widzenia procesu medykalizacji, który wkracza w coraz nowsze obszary życia codziennego, czyniąc naturalne dotychczas stany, procesy i zachowania problemami medycznymi.

---

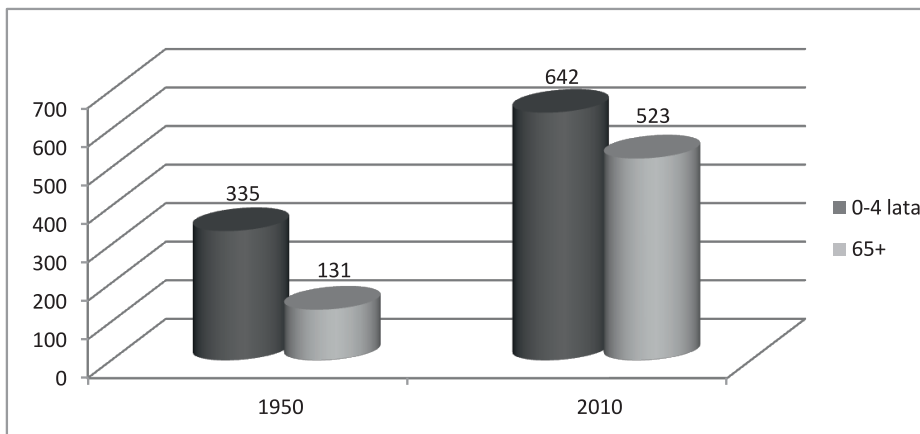
<sup>7</sup> Tamże.

<sup>8</sup> Tamże. Według danych GUS z 2013 r. odsetek osób powyżej 65. roku życia w Polsce wyniósł 14,2% (analiza danych z lat poprzednich ukazuje tendencję wzrostową: w roku 1990 było to 10,2%) [Rocznik Demograficzny 2013: 64].

<sup>9</sup> 3 May 2011, United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Population Division, World Population Prospects, The 2010 Revision.

<sup>10</sup> *Rozwój demograficzny Polski 2012*, <<http://www.egospodarka.pl/90411,Rozwoj-demograficzny-Polski-2012,1,39,1.html>> 12.05.2013.

WYKRES 1. Zmiany demograficzne w wybranych grupach światowej populacji (w mln.)



Źródło: oprac. własne na podst. United Nations Population Division.

W odniesieniu do seniorów pisze się o zjawisku medykalizacji starości, która sama w sobie staje się chorobą, wciąż jeszcze nieuleczalną, wieloaspektową i powodującą sporo ograniczeń, a w konsekwencji wymagającą szeregu interwencji medycznych o charakterze specjalistycznym. Czy rzeczywiście tak jest? Czy starość jest chorobą i czy została zmedykalizowana? Na te pytania próbuje odpowiedzieć ten artykuł. W jego kolejnych częściach zostaną bliżej scharakteryzowane zjawiska medykalizacji i demedykalizacji oraz ramy teoretyczne pozwalające na analizę tych procesów w odniesieniu do starości i starzenia się – poziomy i przejawy medykalizacji, kryteria określające stopień medykalizacji, wskaźniki medykalizacji oraz typologia medykalizacji Halfmanna.

## MEDYKALIZACJA I DEMEDYKALIZACJA

Zjawisko medykalizacji najczęściej definiowane jest przez pryzmat procesów, w ramach których to, co do tej pory było naturalnym zjawiskiem, stanem lub zachowaniem, staje się domeną interwencji medycznej i farmakologicznej i jest definiowane w kategoriach choroby, dysfunkcji lub zaburzenia [Conrad 1992, 2007; Poitras 2009 i in; Davis 2006]. O ile wczesny model medykalizacji zakładał, że – aby coś zostało zmedykalizowane – niezbędny jest udział profesjonalistów medycznych (medyczna definicja i medyczna jurysdykcja) [por. Halfmann 2011: 2], o tyle nowy model medykalizacji, kształtowany od lat 80. XX w. podkreśla, iż wystarczy, że coś jest definiowane w kategoriach medycznych (a nie np.

prawnych czy moralnych), by zostało zmedykalizowane. Zwraca się tu uwagę, że medykalizacja może przebiegać poza kontekstem medycznym i nie wymaga udziału ekspertów, mogą jej dokonać laicy. Za przejawy medykalizacji uznaje się wzrost liczby stanów definiowanych jako choroby (uwarunkowany między innymi rozwojem nowych technologii medycznych, osiągnięciami rynku farmaceutycznego oraz działalnością nowych agentów medykalizacji), wzrost liczby profesjonalistów i instytucji medycznych oraz wzrost znaczenia nowych agentów medykalizacji – mediów, ruchów społecznych, laików, rynku (ze szczególnym uwzględnieniem rynku farmaceutycznego). Jak zatem widać, jest to zjawisko złożone, a wiele przejawów jest z sobą powiązanych na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Początkowo medykalizacja odnosiła się do zjawisk ze sfery psychicznej, a refleksja nad tym procesem była uprawiana głównie przez psychiatrów (czołowym przedstawicielem jest Thomas Szasz), ale później została rozszerzona na zjawiska somatyczne, zawłaszczając nie tylko codzienne zachowania, stany i zjawiska, lecz także redefiniując problemy moralne czy prawne w kategoriach medycznych<sup>11</sup> (dobrze ilustruje to określenie *from badness to sickness*). Kluczowe stało się pojęcie normy, która przestała być traktowana tylko w kategoriach społecznych, a stała się określeniem medycznym niosącym z sobą jednak silne wartościowanie. Bycie w granicach normy jest równoznaczne z byciem zdrowym, zaś bycie powyżej lub poniżej normy jest jednoznaczne z chorobą, czymś złym i niepożądanym. Dalszy proces medykalizacji doprowadził do zmiany traktowania normy – bycie w normie wcale nie musi oznaczać bycia zdrowym; zbliżanie się do granicy normy, dawniej tożsame z ryzykiem, obecnie staje się chorobą [por. Moynihan 2002].

Proces medykalizacji przebiega na trzech poziomach: konceptualnym, kiedy coś jest definiowane w kategoriach choroby lub dysfunkcji; instytucjonalnym – w którego ramach dokonuje się leczenie osoby zdefiniowanej na poprzednim poziomie jako chora; zaś trzeci poziom, interakcyjny, łączy dwa poprzednie, gdyż to w bezpośrednim kontakcie lekarza z pacjentem dokonuje się definicja choroby, medykalizacja jakiegoś stanu i zaordynowanie leczenia [por. Connrad 1992]. W nowym modelu medykalizacji ostatni wymiar zmienia nieco swą specyfikę, gdyż interakcja prowadząca do negocjowania definicji choroby w odniesieniu do określonego zjawiska, stanu czy zachowania może zachodzić między nieprofesjonalistą i jednostką dążącą do tego, by być uznana za chorą. Jeśli leczenie zachodzi w kontekście tradycyjnych instytucji medycznych, to rolą profesjonalisty jest zaakceptowanie danego stanu jako choroby, co jest podstawą udzielenia

<sup>11</sup> Szerzej na temat modeli medykalizacji zob. [Wieczorkowska 2012a].

świadczenia Często jednak lekarze prezentują typ relacji bierność–aktywność, który polega na tym, że pacjent jest aktywny i wymusza, prosi, narzuca, zaś lekarz biernie to przyjmuje i na to się godzi.

W odniesieniu do starości poziom konceptualny sprowadza się do praktyk rynku farmaceutycznego, który – wynalazłszy określoną substancję – dokonuje medykalizacji poprzez redefinicję stanu w kategorię choroby. Tak się stało z opisanymi nieco dalej przykładami medykalizacji w odniesieniu do procesu starzenia się. Na poziomie instytucjonalnym także można mówić o przejawach farmaceutyzacji – leki przepisywane są przez lekarzy w przychodniach, ale przedstawiciele medycyny wpływają na lekarzy, by ci przepisywali określone leki, i istnieje także pokusa, by przepisywać leki, sugerując pacjentom nowe jednostki chorobowe. W kontekście instytucjonalnym także sami pacjenci są bardziej aktywni w tym sensie, iż domagają się specjalistycznych i kosztownych procedur. Należy pamiętać, że kontekst instytucjonalny to także apteki, w których pacjenci zaopatrują się w medykamenty. To tu często dochodzi do definiowania czegoś w kategoriach choroby, to farmaceuta – a nie lekarz – dokonuje legitymizacji tego stanu, zalecając odpowiednie leki, często doradzając, jakie badania powinny być wykonane. Farmaceuci kuszą swoich klientów seniorów promocjami, gratisami, kartami lojalnościowymi, czyniąc z nich osoby jeszcze bardziej schorowane: po pierwsze, wmawiają im choroby, po drugie, sprzedają leki dostępne bez recepty, których używanie może przynieść seniorom więcej szkód niż pożytku. Wśród najczęstszych konsekwencji wymienia się: zdrowotne – łączenie leków z tą samą substancją czynną, interakcje między lekami; ekonomiczne – uszczuplenie portfela, zmarnowanie pieniędzy; psychologiczne – obwinianie się za wystąpienie określonych schorzeń („Nie uprawiałem sportu, więc mam osteoporozę”) [por. Larkin 2011: 34]. Na poziomie interakcyjnym zachodzić może zjawisko opisane powyżej, dotyczące specyficznej relacji między chorym a otoczeniem i lekarzem. Poziom interakcyjny odgrywa ogromną rolę w relacji farmaceuta–senior, gdyż osoby starsze (nie tylko zresztą one) często leczą się na własną rękę, zniechęcone długim czasem oczekiwania na wizytę u lekarza. Zatem kontakt z farmaceutą staje się kluczowy, a jego rola w ocenie stanu zdrowia klienta seniora jest związana z dużą odpowiedzialnością.

Jak zatem widać, w odniesieniu do poziomów medykalizacji można mówić o dość interesującym zjawisku – mamy tu raczej do czynienia z procesem farmaceutyzacji, który wyrasta z procesu medykalizacji i jest jednym z jego przejawów. Teza o farmaceutyzacji jest zasadna, jako że seniorzy, zniechęceni długimi kolejkami do specjalistów, mogą się zwrócić – i robią to – do farmaceutów i zacząć się leczyć na własną rękę, co pozornie wydaje się tańsze niż pójście na prywatną szybszą wizytę do specjalisty. Czynnikiem ekonomicznym odgrywa tu rolę



paradoksalną – seniorzy, zazwyczaj oszczędni i ograniczeni finansowo, niejednokrotnie kuszeni promocjami, kupują leki, które często nie są im potrzebne i które mogą wyrządzić krzywdę. Z jednej strony senior oszczędza na lekach, a z drugiej strony konsumuje je niewłaściwie, narażając się na jatrogenne skutki ich działania. „Przemysł antystarzeniowy” święci swoje triumfy, oferując zarówno leki, jak i suplementy diety oraz kosmetyki zwalczające oznaki starzenia. Adresatami i odbiorcami tych produktów stają się nie tylko sami seniorzy, lecz także ich młodszy koledzy, którzy przedwcześnie zaczynają dostrzegać u siebie objawy starzenia, którym skutecznie wdrukowano lęk przed utratą jędrnej skóry, zmarszczkami, obwisłym podbródkiem, menopauzą, dysfunkcją erekcji, spadkiem libido, siwieniem, łysieniem itp.

Zjawiskiem, które definiowane jest jako przeciwne procesowi medykalizacji, jest demedykalizacja [Conrad 1992: 224] przejawiająca się przede wszystkim skreślaniami z listy schorzeń pewnych stanów określanych dotychczas w kategoriach chorób. Innymi wyznacznikami odmedycznienia życia są: zmniejszenie się autorytetu lekarskiego, wzrost roli samoleczenia i alternatywnych form terapii oraz działalność agentów demedykalizacji (głównie ruchów społecznych i inicjatyw obywatelskich).

Zazwyczaj procesy medykalizacji i demedykalizacji są rozpatrywane jako zjawiska przeciwstawne, jednak pojawiają się w literaturze propozycje, by traktować je jako punkty pewnego kontinuum [Halfmann 2011: 4–5]. Halfmann uważa, że błędne jest rozumienie medykalizacji jako stanu lub kategorii, powinno się ją rozpatrywać raczej jako zmienną/wartość ciągłą [Halfmann 2011: 4–5]. W odniesieniu do zagadnienia starości ta propozycja może wydawać się zasadna. Zgodnie z główną tezą artykułu starość nie daje się jednoznacznie opisać jako fenomen podlegający jedynie procesowi medykalizacji. W zależności od kryteriów, jakie weźmie się pod uwagę, raz jawi się ona będzie jako zmedykalizowana, a raz jako podlegająca odmedycznieniu.

## MEDYKALIZACJA STAROŚCI W LITERATURZE

Starość i starzenie się człowieka od zarania dziejów były tematem rozważań, debat i kontrowersyjnych decyzji. Starzec mędrzec i starzec zrzęda od czasów starożytnych pojawiają się w kulturowych konstrukcjach, by kształtować pozytywny lub negatywny wizerunek starości. Z drugiej strony postęp medycyny (w tym antybiotyki i masowe szczepienia), poprawa warunków życiowych i nawyków higienicznych spowodowały, iż ludzkie życie znacznie się wydłużyło.



Współczesny senior żyje niepomiaralnie dłużej niż jego XIX-wieczny przodek, jednak życie to związane jest z wieloma dolegliwościami spowodowanymi przez naturalny procesami starzenia się organizmu. Mówiąc inaczej, długość życia często nie idzie w parze z jego jakością. W wymiarze medycznym starość charakteryzowana jest przez wiele objawów, takich jak „kurczenie się” organizmu związane z utratą masy mięśniowej i kostnej; zmiany w tkankach narządów prowadzące do ich gorszego funkcjonowania; obniżenie efektywności działania zmysłów; gorsze przewodzenie układu nerwowego powodujące spowolnienie reakcji; zmniejszanie się wydolności oddechowej. Skóra staje się sucha i pomarszczona, wypadają włosy, zmienia się wygląd całej sylwetki – człowiek stary robi się mniejszy, przygarbiony, wolno się porusza i wolniej wykonuje czynności dnia codziennego. Osoby starsze częściej cierpią na wielochorobowość, tzw. zespół geriatryczny, którego głównymi przejawami są: niewydolność krążenia i choroby układu sercowo-naczyniowego (75% populacji seniorów), schorzenia mózgu, układu odpornościowego, układu ruchu (68%), układu oddechowego (46%), pokarmowo-trawienego (34%), nietrzymanie moczu, zaburzenia pamięci, parkinsonizm i depresja, a także zaburzenia równowagi kończące się upadkami [Szarota 2010: 79–80]. Wiele z tych objawów stanowi realne choroby, ale wiele z nich to po prostu symptomy starości, których leczenie może powodować więcej szkody niż pożytku.

W 1989 r. Estes i Binney opisali „narodziny medykalizacji starości”, podkreślając, iż starość stała się zjawiskiem patologicznym, które podlega medycznej interwencji [Schmidt 2011: 61]. Medykalizacja starości opisywana obecnie w literaturze ukazuje głównie negatywne konsekwencje tego zjawiska [Larkin 2011; Garavaglia 2013, Kaufman i in. 2004, Schmidt 2011], zwracając uwagę na konsumpcjonistyczne podstawy oraz etyczne konsekwencje. Proces medykalizacji spowodował, że starość przestała być traktowana jako kolejny, schyłkowy, ale naturalny etap w cyklu ludzkiego życia, a zaczęła być traktowana jako zła, nienormalna, patologiczna, jako odstępstwo od naturalnej normy. Dzieje się tak dlatego, iż wiele naturalnych objawów procesu starzenia się jest traktowanych jako choroby i dysfunkcje, które są odwracalne (dzięki medycznej technologii i interwencji) i powinny być leczone – zmarszczki, wypadanie włosów, pogorszenie wzroku, słuchu, obniżenie sprawności seksualnej, spadek gęstości mineralnej kości, słabsza pamięć, zmiany hormonalne [por. Conrad 2007; Garavaglia 2012; Kaufman i in. 2004; Waggoner, Stults 2010].

Nie mam zamiaru twierdzić – podobnie jak inni autorzy zajmujący się tym zagadnieniem – iż starość nie wiąże się z poważnymi chorobami; chcę jedynie pokazać, że granica między tym, co normalne, a tym, co patologiczne, znacznie

się przesunęła, a nieuzasadnione interwencje medyczne wśród seniorów powodują często więcej szkód – zdrowotnych, psychicznych i finansowych – niż przynoszą korzyści. Medycyna stara się lansować model dojrzewania bez starzenia się (*growing older without aging*) [Kaufman i in. 2004: 736], pozbawiając często seniorów prawa do decydowania o własnej starości i jej przebiegu.

Do najczęściej opisywanych przykładów związanych z umedycznieniem przejawów starzenia się należą: menopauza i andropauza, osteoporoza i dysfunkcja erekcji. W kolejnych akapitach przybliżę kolejno te zagadnienia.

## MENOPAUAZA

Proces menopauzy jest związany z utratą funkcji reprodukcyjnej u kobiet. Zmiany hormonalne powodują, że kobieta przestaje miesiączkować i staje się bezpłodna. Jednak menopauza wiąże się również z szeregiem dodatkowych objawów, które często są postrzegane jako utrata kobiecości. Estrogenowa terapia zastępcza (HTZ – hormonalna terapia zastępcza) proponowana kobietom od lat 30. XX w. miała przynieść im wiele korzyści w postaci ochrony przed nowotworem piersi i narządów rodnych, osteoporozą, zniesienia przykrych objawów menopauzy, takich jak bezsenność czy uderzenia gorąca i zatrzymania kobiecości na zawsze [Conrad 2007: 121–124; Waggoner, Stults 2010]. Jak się jednak okazało, HTZ podnosiła ryzyko chorób serca i układu krążenia, raka piersi, zawałów i zakrzepicy, zatem skutki uboczne znacznie przewyższyły korzyści z jej stosowania. W Polsce HTZ była często przepisywana kobietom od lat 60. do 80. XX w. Obecnie lekarze zalecają częściej bardziej naturalne sposoby radzenia sobie z dolegliwościami – zmianę diety, aktywność fizyczną, stosowanie suplementów diety.

## ANDROPAUZA

U mężczyzn wraz z wiekiem spada poziom testosteronu, który jest uważany za hormon męskości odpowiedzialny za siłę i potencję. Jednak w przeciwieństwie do kobiecej menopauzy, u mężczyzn nie musi dojść do spadku/zaniku funkcji reprodukcyjnej – wręcz przeciwnie, seniorzy płci męskiej zachowują płodność do późnej starości [Conrad 2007: 26–34]. Leczenie andropauzy opiera się na terapii zastępczej testosteronem, jednak w literaturze przedmiotu można znaleźć wiele opisów wskazujących na zagrożenia związane ze stosowaniem tej terapii (ryzy-

ko raka prostaty) i często brak widocznych korzyści u mężczyzn ją stosujących [Waggoner, Stults 2010].

### **DYSFUNKCJA EREKCJI**

Z męską andropauzą wiąże się spadek libido i problemy z erekcją. Wycho-  
dząc na przeciw potrzebom starszych mężczyzn, którzy chcieli utrzymać swoją  
aktywność seksualną, na rynku pojawiły się preparaty, które miały zapewnić  
powodzenie w alkowie. Dość szybko sprawność seksualna stała się wyznaczniki-  
em zdrowia u mężczyzn, a jakkolwiek jej spadek utożsamiany był z chorobą.  
Po preparaty typu Viagra zaczęli sięgać coraz młodszy mężczyźni, chcący uniknąć  
zażenowania w kontaktach z partnerką, a także pragnący zaimponować kolegom  
opowieściami o swoich seksualnych możliwościach [Conrad 2007: 41–43].

### **OSTEOPOROZA**

Proces utraty gęstości mineralnej kości jest jednym z najlepiej udokumento-  
wanych przypadków w kontekście medykacji. Jest to także kolejny przykład  
pokazujący kreację choroby pod wpływem osiągnięć diagnostycznych (densy-  
tometria) i farmakologicznych (preparaty uzupełniające ubytki w kościach).  
Utrata gęstości kości i ich podatność na złamania jest naturalnym procesem  
towarzyszącym starzeniu się organizmu. Podobnie jak skóra traci substancje  
odżywcze i wodę, stając się sucha, wiotka i pomarszczona, tak samo kości stają  
się kruche i łamliwe. Kobietom (osteoporoza dotyka je znacznie częściej) oferuje  
się preparaty, których zadaniem jest uzupełnianie ubytków. Jednak skutki uboczne  
często przewyższają korzyści – preparaty obciążają przewód pokarmowy (obecnie  
pojawiały się medykamenty dostępne w postaci zastrzyków), a ich wchłanianie  
nie jest zbyt duże.

Powyższe przykłady pokazują, że medykacja starości odbywa się głów-  
nie przy wsparciu (jeśli nie pod przywództwem) rynku farmaceutycznego. Jak  
wcześniej wspomniano, obecnie proces medykacji jest charakteryzowany  
przez nowe siły, a profesjonaliści medyczni są tylko jednym z możliwych, ale  
nie niezbędnych jego ogniw.

## STOPNIE MEDYKALIZACJI

Jak słusznie zauważył Conrad, medykalizacja zazwyczaj nie jest całkowita, totalna. Należy raczej mówić o stopniach medykalizacji. Pewne zjawiska są zmedykalizowane w dużym stopniu (ciąża i poród), inne w średnim (alkoholizm), a jeszcze inne – w bardzo niskim (uzależnienie od Internetu) [Conrad 2007: 6–7]. Od czego zależy stopień medykalizacji? Conrad wymienia kilka czynników warunkujących to, czy dany stan, zjawisko, zachowanie zostaną zmedykalizowane. Należą do nich:

- wsparcie profesji medycznych;
- odkrycie nowych etiologii;
- dostępność i opłacalność leczenia;
- pokrycie w ubezpieczeniu zdrowotnym;
- obecność jednostek lub grup domagających się uznania czegoś za chorobę

[Conrad 2007: 7].

Jeśli odwołać się do tych kryteriów, starość w Polsce może być określona raczej jako zjawisko zmedykalizowane w średnim stopniu. Geriatria jest specjalizacją słabo rozwiniętą, pacjenci w podeszłym wieku leczą się u lekarzy rodzinnych i w poradniach specjalistycznych, co wydłuża czas diagnozowania i leczenia (z doniesień medialnych wynika, że na wizytę u niektórych specjalistów w kraju, np. endokrynologów, czeka się nawet półtora roku). Jeśli chodzi o odkrywanie nowych przyczyn, to Polska niczym się nie różni od innych krajów i korzysta z doniesień i odkryć naukowców zagranicznych i krajowych, a ponieważ osiągnięcia w tym wymiarze są widoczne i spore, można uznać ten czynnik za wysoce medykalizujący. Dostępność i opłacalność leczenia wiążą się z kwestiami ekonomicznymi. Wiele procedur jest limitowanych, co wydłuża czas oczekiwania, a seniorzy nie mają go zbyt wiele. Istnieje możliwość szybszego skorzystania z usług medycznych, ale wiąże się to z nakładami finansowymi. Opłacalność wielu procedur stoi pod znakiem zapytania ze względu na wiek pacjentów. Do określania zasadności stosowania procedur medycznych używa się różnych miar. Najbardziej znanym i jednocześnie dość kontrowersyjnym jest współczynnik QALY, czyli liczba lat życia skorygowana jego jakością<sup>12</sup>. Jeśli chodzi o pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, to w Polsce system ubezpieczeń zdrowotnych, przynajmniej w teorii, daje duże możliwości korzystania z usług medycznych. W praktyce głównym ograniczeniem jest dostępność usług i lekarzy. Pozostaje ostatni czynnik – agenci domagający się uznania określonych

<sup>12</sup> Szerzej na temat wskaźnika zob. [Getzen 2000: 74–82].

stanów za choroby. Seniorzy nie stanowią wykrystalizowanej grupy interesu, jednostki także nie działają na rzecz umedycznienia. Wśród innych agentów na uwagę zasługują koncerny farmaceutyczne i media, które stają się znaczącym motorem medykalizacji starości. Omówione wyżej przykłady medykalizacji przejawów starości są efektem odkrycia substancji i poszukiwaniem rynków zbytu. Koncerny farmaceutyczne są świadome troski, jaką seniorzy przykładają do zdrowia, które z wiekiem tracą, więc stają się oni potencjalnymi adresatami wielu produktów medycznych. Media, poprzez reklamę, docierają z informacją do potencjalnych klientów, generując w nich lęk i potrzebę nabywania kolejnych substancji odpowiedzialnych za zahamowanie procesów starzenia. Zjawisko tu omawiane nazywane jest farmaceutykacją i to o tym procesie, a nie o samej medykalizacji powinno się raczej mówić w odniesieniu do polskich seniorów.

### WSKAŹNIKI MEDYKALIZACJI

Medykalizacja nie daje się łatwo zbadać, gdyż jest zjawiskiem niezwykle złożonym, wielowymiarowym i często nie poddającym się jednoznacznej interpretacji. Najlepszym sposobem jej badania jest określenie wskaźników, które mogą być traktowane jako częściowe charakterystyki interesującego nas zjawiska. Medykalizacja może być scharakteryzowana na podstawie dwóch głównych grup wskaźników:

– **obiektywne** – niezależne mierniki wybranych aspektów umedycznienia życia społecznego; zbierane głównie przez instytucje takie jak: agendy rządowe, ministerstwa, urzędy statystyczne oraz instytucje zajmujące się ochroną zdrowia. Do takich obiektywnych wskaźników należeć będzie np. liczba lekarzy (i pozostałego personelu medycznego), liczba placówek medycznych, liczba stanów chorobowych sklasyfikowanych w dokumentach ICD-10 czy DSM-V, oferta rynku farmaceutycznego w odniesieniu do określonych schorzeń;

– **subiektywne** – wszelkiego rodzaju autodefinicje, samooceny i samoopisy osób, które dokonują ich na potrzeby życia codziennego oraz badań prowadzonych przez badaczy różnych dyscyplin; opinie i postawy jednostek wobec obiektywnych procesów, zewnętrznych wobec jednostek (jak np. decyzje polityczne lub ekonomiczne dotyczące obszaru ochrony zdrowia); definicje zdrowia i choroby formułowane przez jednostki.

W odniesieniu do starości rozpatrywanej z perspektywy geriatry i gerontologii społecznej próbę skonstruowania wskaźników obiektywnych i subiektywnych zawiera tabela 1.

TABELA 1. Wskaźniki obiektywne i subiektywne w odniesieniu do starości

Wskaźniki obiektywne	Wskaźniki subiektywne
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istnienie i status specjalizacji geriatrycznej;</li> <li>• Liczba lekarzy geriatrów;</li> <li>• Liczba oddziałów geriatrycznych;</li> <li>• Liczba łóżek na oddziałach geriatrycznych;</li> <li>• Liczba pacjentów na oddziałach geriatrycznych;</li> <li>• Liczba i rodzaj placówek zajmujących się działalnością opiekuńczo-leczniczą osób starszych;</li> <li>• Liczba stanów chorobowych sklasyfikowanych jako choroby wieku podeszłego;</li> <li>• Czas oczekiwania na wizytę u lekarza / usługę medyczną.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definicje zdrowia i choroby wśród seniorów;</li> <li>• Autodefinicje stanu zdrowia przez seniorów;</li> <li>• Autoopis dolegliwości związanych ze starzeniem się organizmu;</li> <li>• Strategie radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi z wieku podeszłego;</li> <li>• Stereotypowy wizerunek seniora w opinii społecznej;</li> <li>• Opinie seniorów o procesie umiedyczenia;</li> <li>• Samoocena jakości życia przez seniorów.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury poświęconej medykalizacji [Schmidt 2011, Conrad 2007, Kaufman i wsp. 2004, Halfmann 2011] i starości [Kowaleski, Szukalski (red.) 2006, Syrek 2001, Szatur-Jaworska i wsp. 2006] oraz badań pilotażowych przeprowadzonych na grupie 150 dorosłych mieszkańców woj. łódzkiego.

Powyższy model nie jest wyczerpujący i kompletny, wymaga więc dalszego rozbudowywania. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż w odniesieniu do każdego przykładu medykalizacji model taki powinien być konstruowany od podstaw, uwzględniając jego specyfikę.

Odwołując się do powyższych wskaźników, przedstawię zjawisko medykalizacji starości w Polsce.

Obiektywne wskaźniki medykalizacji starości w Polsce nie dają jednoznacznego obrazu potwierdzającego rozwój tego procesu. Według raportu Kropińskiej i Wieczorowskiej-Tobisz w 2009 r. liczba lekarzy geriatrów w Polsce wyniosła 100, z czego 80 pracowało zgodnie ze swoją specjalizacją [Kropińska, Wieczorowska-Tobis 2009:12], co daje wskaźnik 0,16 lekarza na 10 000 ludności w wieku 65+. Dla porównania w Szwecji ten wskaźnik wyniósł 4,2; na Słowacji – 2,6; a w Czechach – 1,2 [Kropińska, Wieczorkowska-Tobis 2009: 12]. Widać zatem, że jest on niższy w Polsce niż w innych krajach Unii Europejskiej. Według „Biuletynu Statystycznego” Ministerstwa Zdrowia z roku 2012 w roku 2011 było w Polsce w szpitalach ogólnych 558 łóżek na oddziałach geriatrycznych (wskaźnik 0,1 na 10 000 ludności). Na tych oddziałach łącznie leczono w ciągu roku 1424 osoby (wskaźnik 3,7 na 10 000 ludności), co daje średnio 26,6 osoby na jedno łóżko. Przeciętny pobyt chorego w dniach na oddziale wyniósł 9,6. W oddziałach stacjonarnych w trybie dziennym leczono 21 pacjentów. Tabela 2 pokazuje dane porównawcze dla innych oddziałów. Wynika z niej, że oddziałów geriatrycznych

jest mało, a potrzeby w tym zakresie są dużo większe. Brak miejsc na oddziałach geriatrycznych skutkuje przesuwaniami pacjentów na oddziały wewnętrzne lub inne oddziały specjalistyczne. Kolejna tabela (tabela 3) ilustruje strukturę szpitali publicznych i niepublicznych w odniesieniu do oddziałów geriatrycznych.

TABELA 2. Charakterystyka oddziałów geriatrycznych, wewnętrznych, kardiologicznych i rehabilitacyjnych w szpitalach ogólnych w roku 2011

Wybrane dane	Oddział geriatryczny	Oddział wewnętrzny	Oddział kardiologiczny	Oddział rehabilitacyjny
Liczba łóżek	558	26 443	8 425	15 242
Liczba łóżek na 10 000 ludności	0,1	6,9	2,2	4,0
Leczeni w l. bezwzględnych	14 244	1 124 192	526 031	194 414
Leczeni na 10 000 ludności	3,7	291,8	136,5	50,5
Leczeni na 1 łóżko	26,6	42,6	63,5	13
Przeciętny pobyt chorego na oddziale w dniach	9,6	6,4	4,3	23,2
Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych w l. bezwzględnych	21	12 216	6 919	11 598

Źródło: oprac. własne na podstawie Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia z 2012 r.

TABELA 3. Oddziały geriatryczne w szpitalach publicznych i niepublicznych w roku 2011

Oddziały geriatryczne – wybrane dane	Szpitaly publiczne	Szpitaly niepubliczne
Liczba łóżek	451	107
Liczba łóżek na 10 000 ludności	0,1	0
Leczeni w l. bezwzględnych	11 489	2 765
Leczeni na 10 000 ludności	3	0,7
Leczeni na 1 łóżko	26,8	25,7
Przeciętny pobyt chorego na oddziale w dniach	9,7	9
Leczeni w trybie dziennym w oddziałach stacjonarnych w l. bezwzględnych	21	0

Źródło: oprac. własne na podstawie „Biuletynu Statystycznego” Ministerstwa Zdrowia z roku 2012.

Powyższa tabela pokazuje, że specjalistyczne leczenie geriatryczne w zasadzie całkowicie spoczywa na placówkach państwowych.



Leczenie geriatryczne opiera się na holistycznym podejściu do pacjenta. Geriatria jako dziedzina medycyny zajmująca się chorobami wieku podeszłego powinna się cieszyć dużą popularnością, zważywszy na trendy demograficzne. Powyższe dane pokazują coś innego i pojawia się pytanie, dlaczego tak się dzieje. Co powoduje, że geriatria jest tak niepopularna, skoro – według prognoz demograficznych – powinna dawać pewność zatrudnienia? Dlaczego w Polsce istnieje tak niewiele miejsc na oddziałach geriatrycznych, a ich zdecydowana większość znajduje się w placówkach publicznych? Częściową odpowiedzią na te pytania może być fakt, iż wśród studentów medycyny geriatria jawi się jako mało „pociągająca” perspektywa; studenci często mówią, że nie chcą leczyć starych ludzi, bo to nic przyjemnego. Zapewne w jakimś stopniu to negatywne podejście jest kreowane przez media i seriale medyczne, które pokazują inne specjalizacje medyczne jako znacznie bardziej prestiżowe i ciekawe. Jest to jednak tylko część odpowiedzi. Zapewne wiele przyczyn takich tendencji tkwi w czynnikach strukturalnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Jak pisze Derejczyk: „Reasumując, należy podkreślić, że rozwijanie geriatry w Polsce w zakresie bazy, kadry i sieci usług staje się koniecznością – ta dyscyplina medyczna odpowiada zarówno wyzwaniom demograficznym najbliższej przyszłości, jak i złożonym potrzebom osób starzejących się oraz najstarszych, a także ich opiekunom rodzinnym. Mimo że polscy gerontolodzy od wielu lat opisują zjawisko, dysponując wiedzą na temat aktualnego zabezpieczenia i dostępu do świadczeń seniorów oraz potrzeb osób starszych, informacje nie są wykorzystywane przez polityków zdrowotnych szczebla centralnego i regionalnego. Świadczy to o niedocenianiu znaczenia geriatry i gerontologii w Polsce oraz o ignorowaniu potrzeb osób w starszym wieku. Dowodzi to również krótkowzroczności prowadzonej polityki zdrowotnej – opóźnionej o kilkanaście lat – we wprowadzaniu rozwiązań odpowiadających potrzebom starzejącego się społeczeństwa” [Derejczyk i in. 2008: 154]. W podobnym tonie pisze prof. Grodzicki w projekcie rozwoju systemu opieki geriatrycznej przygotowanym przez ogólnopolski zespół lekarzy, w którym podkreśla niedostateczną uwagę wobec geriatry i gerontologii ze strony polityków i organizatorów ochrony zdrowia [Grodzicki 2007].

Wśród wskaźników obiektywnych wymieniłam liczbę jednostek chorobowych wieku podeszłego sklasyfikowanych w ICD-10 i DSM-V. Obie klasyfikacje posługują się swoistymi dla siebie kluczami kategoryzacyjnymi, co utrudnia wyszukanie schorzeń charakterystycznych dla wieku podeszłego. Potrzebna jest do tego także wiedza medyczna, zatem w tym momencie ten rodzaj analizy wykracza poza moje kompetencje. Jednak można przypuszczać, że liczba jednostek chorobowych w odniesieniu do dolegliwości wieku podeszłego zwiększyła się

w porównaniu z poprzednimi rewizjami tych dwóch dokumentów, gdyż zwiększyła się liczba jednostek chorobowych ogółem. Jak pisze Conrad, liczba stron ogółem w klasyfikacji DSM zwiększyła się od pierwszej do czwartej rewizji o około 750 – ze 130 w 1952 r. (DSM-I) do 886 w roku 1994 (DSM-IV). Liczba diagnoz ogółem wzrosła prawie trzykrotnie – ze 106 w pierwszej rewizji do 297 w rewizji czwartej [Conrad 2007: 118]. Podobnie wygląda sprawa drugiego dokumentu, co daje podstawy, by przypuszczać, iż kategoryzuje się w nich coraz więcej jednostek chorobowych odnoszących się do wieku starczego.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na wizytę u lekarza, to brak jest rzetelnych informacji. Wprawdzie na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia znaleźć można wyszukiwarkę, dzięki której dowiedzieć się można, jaki jest czas oczekiwania na świadczenie w poszczególnych oddziałach NFZ, ale informacje tam zawarte przeczą często sytuacji faktycznej. Z doniesień medialnych wynika, że sytuacja jest daleka od ideału i dotyczy usług specjalistów, z których w dużym stopniu korzystają właśnie seniorzy: „Równo 5 lat trzeba czekać na wizytę w Poradni Leczenia Osteoporozy w Grodzisku Mazowieckim. Na zoperowanie zaćmy w Olsztynie można liczyć najwcześniej za 3 lata. Z kolei na pierwszą wizytę u endokrynologa we Wrocławiu – na przełomie 2016 i 2017 r.”<sup>13</sup>.

Subiektywne wskaźniki medykalizacji związane są z samooceną stanu zdrowia i autodefinicjami seniorów. Subiektywna ocena stanu zdrowia wśród seniorów jest raczej niska, jak pisze Zofia Szarota, powołując się na dane opublikowane w 2002 r. 52% seniorów określa go jako „zły”, 30% jako „przeciętny”, zaś tylko 17% jako „dobry” [Szarota 2010: 80]. W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w roku 2007 odpowiedzi osób w wieku 65+ wyglądały następująco: 19% określiło swój stan zdrowia jako „dobry”, 45% jako „taki sobie”, zaś 35% uznało go za „zły” [CBOS 2007]. Szarota pisze, iż wraz z wiekiem postępuje medykalizacja w zakresie potrzeb seniorów w związku z chorobami przewlekłymi, które występują często razem (wielochorobowość) [Szarota 2010: 81]. Seniorzy czują potrzebę korzystania z usług medycznych, ale – jak już wcześniej wspomniałam – pojawia się szereg ograniczeń takich jak dostępność i kosztowność procedur, co skutecznie obniża korzystanie z porad, zabiegów i procedur medycznych. Definicje zdrowia konstruowane przez seniorów nie wykluczają współwystępowania choroby – zdrowie jest często definiowane w kategoriach funkcjonalnych – niezależność od osób trzecich [Puchalski 1994]. Wraz z wiekiem wzrasta jednak liczba ogra-

<sup>13</sup> *Gigantyczne kolejki po zdrowie. Sprawdź, ile trzeba czekać na wizytę u specjalisty*, <<http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-gigantyczne-kolejki-po-zdrowie-sprawdz-ile-trzeba-czekac-na-nId,934728>>.

niczeń i zależność od otoczenia, w tym także od instytucji medycznych. Wśród osób powyżej 65. roku życia większa jest także roszczeniowość w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia – dostrzegają oni mniejszą odpowiedzialność za swoje zdrowie, podkreślając, że to lekarze i placówki medyczne mają się o to zdrowie troszczyć [CBOS 2012]. To, jak seniorzy definiują i postrzegają starość, zależy od kilku czynników – między innymi sytuacji finansowej, wsparcia rodzinnego i instytucjonalnego oraz od postaw wobec starości wynikających z uwarunkowań psychologicznych. Tym samym zagadnień związanych z medykacją starości jest wiele i wskaźniki subiektywne, pośrednio odnoszące się do tego zjawiska, nie dają jednoznacznej odpowiedzi. Brak jest w Polsce badań<sup>14</sup>, które bezpośrednio poruszałyby problematykę medykacji w kontekście subiektywnych autodefinicji, ocen i postaw, stąd trudności w rozstrzygnięciu, czy proces medykacji starości występuje, czy też nie, jaka jest jego siła itp.

Należy jednak zaznaczyć, że zaprezentowane powyżej dane nie determinują jednoznacznie braku medykacji starości. Skłaniam się raczej ku tezie, iż te dane wskazują na powolne tempo tego procesu i pewne jego ograniczenia. Na ile jednak medykacja starości jest zastopowana przez brak rozwiniętej gałęzi medycyny, zajmującej się problemami wieku podeszłego, nie jest jednoznaczne. Już wcześniej sygnalizowałam, że osoby w wieku podeszłym automatycznie kierowane są na oddziały wewnętrzne i inne oddziały specjalistyczne zajmujące się konkretnymi dolegliwościami, zatem w polskich realiach omówione wyżej wskaźniki są niewystarczające do analizy zjawiska medykacji. Z drugiej zaś strony dostępność lekarzy specjalistów i do określonych świadczeń jest poważnie ograniczona przez limity NFZ, co może w niektórych grupach seniorów skutecznie hamować zjawisko medykacji – osoby gorzej sytuowane materialnie będą czekać, zaś ci, których na to stać, będą korzystać z oferty komercyjnej, a także z usług o charakterze prewencyjnym, nie tylko doraźnym. Należy przypuszczać, że medykacja starości zachodzi, jednak nie można precyzyjnie określić jej tempa ani rozmiarów.

Jeśli chodzi o rynek farmaceutyczny i jego rolę w medykacji starości, to należy zwrócić uwagę na kilka aspektów: liczba preparatów dla seniorów dostępnych na rynku, używanie leków przepisanych przez lekarza, podatność na reklamę farmaceutyków oraz używanie leków niewiadomego pochodzenia. Polscy seniorzy to grupa, która korzysta z leków najczęściej i wydaje na nie najwięcej<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Badania pilotażowe zostały przeze mnie przeprowadzone na próbie 150 osób dorosłych, z czego seniorzy stanowili tylko małą grupę, zatem wyniki tych badań nie będą dla tej grupy miarodajne.

<sup>15</sup> *Program 60+: seniorzy przepłacają za leki*, <<http://www.medicalnet.pl/Program-60---seniorzy-przeplacaja-za-leki,wiadomosc,30,lipiec,2013.aspx>> 11.06.2013.

– „średnie miesięczne wydatki seniora na leki wynoszą 148 zł, przeciętnego Polaka – 74 zł”<sup>16</sup>. Z przytaczanych raportów wynika także, że 70% seniorów przepłaca za leki, mimo iż są dostępne tańsze zamienniki o tym samym efekcie terapeutycznym. Z inicjatywy lekarzy, farmaceutów i koncernów farmaceutycznych powstał Program 60+, którego celem jest obniżenie kosztów leków dla seniorów. W ramach tego programu każdy senior posiadający specjalną legitymację może w ciągu roku kupić niektóre leki taniej, a różnica w cenie dopłacana jest w ramach programu (limit dofinansowania to 1 000 zł rocznie)<sup>17</sup>. W tej chwili do programu przystąpiło 1,3 mln seniorów. Chociaż refundacja przez Program 60+ dotyczy tylko leków dostępnych bez recepty, to jednak autorzy programu postawili sobie za cel również edukację seniorów w zakresie dostępności zamienników leków dostępnych na receptę. Idea programu jest szczytna, ale pojawiły się głosy oskarżające apteki uczestniczące w programie o to, że łamią zakaz reklamowania się. Poza tym pojawia się pytanie, czy w ramach uczestnictwa w Programie 60+ refundacja leków dostępnych bez recepty nie działa jak promocja produktów w supermarkecie dla posiadaczy karty stałego klienta. Wiadomo, że jeśli coś jest dostępne w promocji, to istnieje pokusa kupna na zapas, co może działać podobnie w przypadku leków. Poza tym osoby starsze są podatne na autorytet lekarza i farmaceuty, a mniejsza niż w przypadku osób młodych, z wyższym wykształceniem wiedza może skłaniać do częstszych, nieprzemyślanych zakupów pod wpływem perswazji aptekarzy. Rynek leków OTC (dostępnych bez recepty) dla seniorów jest ogromny. Wiele aptek, by wyeksponować preparaty przeznaczone dla najstarszych, przygotowuje specjalną półkę z napisem „Senior”. W internetowej aptece Cefarm zaproponowano 61 preparatów dedykowanych seniorom (mają w nazwie „silver”, „senior”, „60+” itp.). Do tego dochodzi mnóstwo leków przeznaczonych na konkretne dolegliwości (osteoporoza, niedobory witamin, wypadanie włosów, suchość skóry, zmarszczki itp.), które są używane przez ogół społeczeństwa, w tym także seniorów. Medykalizacja menopauzy i andropauzy spowodowała, że pojawiło się wiele preparatów walczących z objawami tych dolegliwości. Do tego należy dodać jeszcze listę leków przepisywanych przez lekarza, często nierefundowanych. Jak wygląda konsumpcja tych preparatów? Raporty donoszą, że niektórzy seniorzy nie wykupują zamienników i dlatego brakuje im pieniędzy na kontynuację leczenia. Wielu z nich kupuje leki niezbędne albo w mniejszych ilościach, arbitralnie dokonując wyborów i skazując się na dodatkowe dolegliwości i powikłania zdrowotne. Według informacji TNS Pol-

<sup>16</sup> *Eksperci: ponad 30 proc. seniorów nie wykupuje leków* <<http://wiadomosci.onet.pl/kraj/eksperti-ponad-30-proc-seniorow-nie-wykupuje-lekow/12bqj>>11.06.2013.

<sup>17</sup> Więcej o programie: <<http://www.program60plus.pl/>> 07.07.2013.

ska ze stycznia 2013 r. 32% seniorów w ogóle nie wykupiło leków z przyczyn finansowych. Zatem z obiektywnego punktu widzenia przemysł farmaceutyczny wspiera medykację, jednak napotyka ona na pewne przeszkody w indywidualnych strategiach radzenia sobie z chorobą.

### MODEL HALFMANNA

Na koniec zaprezentuję koncepcję Drew Halfmanna jako przydatne narzędzie analizy procesu medykacji. Tabela 4 zawiera zbiorcze zestawienie poziomów i wymiarów medykacji oraz demedykacji.

TABELA 4. Poziomy i wymiary medykacji i demedykacji

<b>Makro</b>	<b>Mezo</b>	<b>Mikro</b>
Ustawodawstwo, raporty, regulacje, debaty organizacji krajowych i międzynarodowych (rządy, sądy, korporacje, uniwersytety, rynki, fundacje, media, czasopiśma, organizacje non profit.	Misje, raporty, reklamy, procedury lokalnych i regionalnych organizacji takich jak: zakłady pracy, szpitale, grupy medyczne, kliniki, domy seniora, szkoły, ośrodki pomocy społecznej, więzienia.	Interakcja twarzą w twarz, fizyczny kontakt między dostawcami a klientami. Samozarządzanie.
<b>Dyskursy</b>		
Biomedyczne słownictwo, modele i definicje – symptom, choroba, zarażenie		
<b>Praktyki</b>		
Biomedyczne praktyki i technologie – testowanie, mierzenie, normalizacja, nadzór, szacowanie ryzyka, pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, badanie, testy laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, higiena, operacja, leki, narzędzia medyczne		
<b>Jednostki i aktorzy</b>		
Jednostki i zbiorowi biomedyczni aktorzy – lekarze, badacze, szpitale, agencje ubezpieczeniowe, grupy medyczne, producenci leków i urzędzeń medycznych, szkoły medyczne, organizacje i stowarzyszenia zawodowe		

Źródło: [Halfmann 2011] (tłum. własne).

Na każdym z trzech poziomów analizy (makro, mezo i mikro) uwzględnia się dyskursy, praktyki i jednostki oraz aktorów. Dyskursy na poziomie makro, używające biomedycznego słownictwa, mogą być odnalezione w ustawach, raportach, debatach organizacji, w uniwersytetach, czasopiśmach, na rynkach, w korporacjach. Na poziomie mezo dyskursy te ujawniają się poprzez działania takich instytucji jak szkoły, zakłady pracy, szpitale, domy pomocy i mogą być zawarte w dokumentach opisujących misję, w raportach. Na najniższym poziomie dyskursy dotyczą kontaktów twarzą w twarz między dostawcami usług a ich konsumentami. Mogą być także używane do zarządzania własną tożsamością i własnymi problemami.

TABELA 5. Przykłady poziomów i praktyk medykalizacji i demedykalizacji w odniesieniu do starości

Makro	Mezo	Mikro
<b>Dyskursy</b>		
<p>Medykalizacja: Dyskusje dotyczące sytuacji demograficznej i jej konsekwencji; rozwój przemysłu „antystarzeniowego”. Demedykalizacja: brak strategii rozwoju opieki geriatrycznej, brak uwagi ze strony rządu w odniesieniu do zagadnień geriatry i gerontologii</p>	<p>Medykalizacja: istnienie zapisów w misjach instytucji i organizacji niosących pomoc osobom starszym (np. domy pomocy); reklamy posługujące się słownictwem medycznym skierowane do seniorów.</p>	<p>Medykalizacja: definiowanie się w kategoriach chorego w kontaktach z personelem medycznym, farmaceutą, pracodawcą, otoczeniem. Demedykalizacja: definiowanie się w kategoriach osoby zdrowej, pomimo choroby/chorob.</p>
<b>Praktyki</b>		
<p>Medykalizacja: kontrola wskaźników śmiertelności, zachorowalności, populacyjne programy zwalczania określonych chorób skierowane do seniorów, wprowadzanie na rynek leków przeznaczonych na dolegliwości seniorów.</p>	<p>Medykalizacja: otwieranie domów opieki, domów seniora, placówek oferujących opiekę długoterminową, wprowadzanie leków dostępnych bez recepty do drogerii, kiosków. Demedykalizacja: aktywizacja seniorów w różnych płaszczyznach życia (np. Uniwersytety Trzeciego Wieku, strony internetowe, Internet dla seniorów, wolontariat).</p>	<p>Medykalizacja: poddawanie się badaniom, testom, diagnostyce obrazowej; odgrywanie roli chorego, kupowanie farmaceutyków. Demedykalizacja: unikanie kontaktów z personelem medycznym, niechodzenie na badania.</p>
<b>Aktorzy</b>		
<p>Medykalizacja: rynek farmaceutyczny, istnienie uniwersytetów medycznych, szpitali, agend rządowych zajmujących się sektorem zdrowia, a w ich ramach jednostek specjalizujących się w problematyce osób starszych.</p>	<p>Medykalizacja: producenci sprzętu medycznego, szpitale, placówki pomocy społecznej. Demedykalizacja: organizacje zrzeszające seniorów niemające podłoża medyczno-zdrowotnego, kluby, zrzeszenia skupiające seniorów nastawione na aktywny wypoczynek.</p>	<p>Medykalizacja: aktorzy definiujący się w kategoriach tożsamości biomedycznych – „schorowany senior”, „babcia po zawale” i rzutowanie tych tożsamości na codzienne czynności, farmaceuci zachęcający do kupna preparatów w promocji. Demedykalizacja: definiowanie się w kategoriach tożsamości biomedycznych i zachowanie niezgodne z tymi tożsamościami, aktywne i zdrowe życie mimo choroby.</p>
<b>Dyskursy</b>		
<p>Biomedyczne słownictwo, modele i definicje – symptom, choroba, zarażenie</p>		
<b>Praktyki</b>		
<p>Biomedyczne praktyki i technologie – testowanie, mierzenie, normalizacja, nadzór, szacowanie ryzyka, pokrycie w polisie ubezpieczeniowej, badanie, testy laboratoryjne, diagnostyka obrazowa, higiena, operacja, leki, narzędzia medyczne</p>		
<b>Jednostki i aktorzy</b>		
<p>Jednostki i zbiorowi biomedyczni aktorzy – lekarze, badacze, szpitale, agencje ubezpieczeniowe, grupy medyczne, producenci leków i urzędzeń medycznych, szkoły medyczne, organizacje i stowarzyszenia zawodowe</p>		

Źródło: oprac. własne na podstawie [Halfmann 2011].



Praktyki na poziomie makro dobrze opisuje koncepcja biopolityki Foucault – jest to zarządzanie i kontrola populacji. Na poziomie mezo organizacje mogą używać praktyk medykacyjnych do rozwiązywania problemów społecznych poprzez imitacje przestrzeni organizacji medycznych (na wzór przychodni, szpitala – szerokie korytarze, sterylność pomieszczeń, odpowiednia kolorystyka). Na poziomie mikro praktyki mogą być używane, by zyskać legitymizację i status chorego.

Aktorzy (zbiorowi i indywidualni) działają na wszystkich trzech poziomach, używając dyskursów i praktyk. I tak na poziomie makro mogą domagać się reform, ustaw, decyzji politycznych. Na poziomie mezo przejawem medykalizacji będzie rosnąca liczba organizacji biomedycznych oraz władza lekarzy i profesjonalistów medycznych w kontekście instytucjonalnym. Na poziomie mikro aktorzy definiują się w kategoriach tożsamości biomedycznych [Halfmann 2011: 5–7]. Schemat zaproponowany przez Halfmanna jest niezwykle cennym narzędziem analizy procesów medykalizacji i demedykalizacji. Jest to narzędzie, za którego pomocą można poddać analizie praktycznie każdy przykład czy przejaw medykalizacji. W niniejszym artykule narzędzie to zostało wykorzystane do analizy zjawiska medykalizacji starości w Polsce. Jakich zatem wyników dostarcza analiza zjawiska medykalizacji starości z wykorzystaniem narzędzia zaproponowanego przez Halfmanna?

Jak widać, z powyższej – przykładowej jedynie – analizy wynika, że medykalizacja starości nie jest wcale tak oczywista, gdyż w większości przypadków obok przejawów medykalizacji udało się wskazać praktyki przeciwstawne, demedykacyjne. Model zaproponowany przez Halfmanna jest wartościowym narzędziem, które pozwala na rozważenie ciągłości zjawiska medykalizacji i demedykalizacji nie tylko w odniesieniu do zagadnień starości, lecz także do innych problemów. Powyższa analiza jest – jak już podkreśliłam – jedynie przykładem, przyczynkiem do precyzyjnej, szeroko zakrojonej analizy. Jednak już to pobieżne wykorzystanie modelu wskazuje na jego użyteczność.

## PODSUMOWANIE

Powyższy artykuł miał za zadanie pokazać niejednoznaczność procesu opisywanego w literaturze jako medykalizacja starości oraz to, że bardziej adekwatne jest mówienie o farmaceutyzacji starości niż o samej tylko medykalizacji. Umedycznienie ostatniego etapu życia człowieka jest faktem, niemniej polska specyfika pokazuje, że zjawisko to posiada odmienną dynamikę i wymaga dopracowania narzędzi analitycznych oraz rekonceptualizacji sposobu badania



tego procesu. Artykuł wykazał słabość metodologiczną badań nad zjawiskiem medykalizacji i dotyczy ona badania nie tylko fenomenu starości, lecz także innych przykładów umedyczniania. Zdrowie i choroba współcześnie nie są już tak jednoznacznymi kategoriami, jak kilkadziesiąt lat temu, zarówno w wymiarze obiektywnym, jak i subiektywnym. Medykalizacja życia społecznego, a szczególnie jej społeczne konsekwencje, powodują, iż zaciera się granica między stanem obiektywnym a subiektywnym jego odczuwaniem. W potocznym ujęciu choroba i zdrowie mogą być kategoriami współwystępującymi – osoby starsze deklarują, że mimo przewlekłych chorób, na które cierpią, czują się zdrowe. Coraz częściej choroba – wyimaginowana lub obiektywna – staje się podstawą do redefinicji własnej tożsamości i swoich kontaktów z otoczeniem. Choroba staje się wygodną wymówką, którą można zasłonić brak kompetencji, lenistwo czy brak umiejętności. W dzisiejszym świecie, w którym wyznacznikami sukcesu są wciąż młodość, witalność, piękno (często sztuczne, będące efektem pracy skalpela), osoby starsze mogą czuć się marginalizowane, wykluczane, a nawet piętnowane z racji swojego wyglądu i swoich ograniczeń. Stygmatyzacja i opresja mogą spowodować, że ucieczka w chorobę i starość będzie bezpiecznym i wygodnym azylem. Dlatego tak ważne jest podejmowanie inicjatyw aktywizujących seniorów, podnoszących jakość ich życia we wszystkich wymiarach i zapobieganie utożsamianiu starości z chorobą. Wierzę, że artykuł stanie się przyczynkiem do dyskusji i inspiracją do badań dla badaczy zainteresowanych tą problematyką, a niejednoznaczność procesu medykalizacji w odniesieniu do starości spowoduje „odmitologizowanie” stereotypowego skojarzenia związanego z naturalnym, choć ostatnim etapem naszego życia. Upatruję w tym przedsięwzięciu przede wszystkim roli socjologii medycyny, która ma ogromny potencjał teoretyczny oraz metodologiczny i może nie tylko zmienić oblicze starości, lecz także humanizować medycynę, również w odniesieniu do tej problematyki.

## BIBLIOGRAFIA

- A b r a h a m J. [2011], *Evolving sociological analyses of „pharmaceuticalisation”: a response to Williams, Martin and Gabe*, „Sociology of Health and Illness”, vol. 33, no. 5.
- A b r a h a m J. [2010], *Pharmaceuticalisation of society in context: theoretical, empirical and health dimensions*, „Sociology”, 44, August.
- B l e c h J. [2003], *Inventing diseases and pushing pills*, Routledge, New York.
- B r y d a G. (red.) [2011], *Światy i konteksty społeczne*, tom II, Nomos, Kraków.
- B u c z k o w s k i A. [2005], *Spoleczne tworzenie ciała*, Universitas, Kraków.
- C o n r a d P. [1979], *Types of medical social control*, „Sociology of Health and Illness”, Vol. 1, No. 1.

- Conrad P. [1992], *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, Vol. 18.
- Conrad P. [2007], *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Conrad P., Schneider J.W. [1992], *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.
- Davis J.E. [2006], *How Medicalization Lost Its Way*, „Society”, vol. 43, Number 6, s. 51–56.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. [2008], *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska”, tom 16, nr 3, s. 149–159.
- Eksperci: ponad 30 proc. seniorów nie wykupuje leków*, <<http://wiadomosci.onet.pl/kraj/eksperci-ponad-30-proc-seniorow-nie-wykupuje-lekow/12bqj>> 11.06.2013.
- Foucault M. [1993], *Trzeba bronić społeczeństwa. Wykłady w College de France 1976*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault M. [1995], *Historia seksualności*, Czytelnik, Warszawa.
- Foucault M. [2006], *Trzy typy władzy*, [w:] A. Jasińska-Kania (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, tom I, Scholar, Warszawa.
- Frąckowiak T., Kapała M., Zubik A., Cieślak A. [2006], *Jak ludzie starzy opowiadają o starości – obraz starości wylaniający się z narracji*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 312–319.
- Furedi F. [2006], *Culture of Fear Revisited. Risk taking and the Morality of Low Experience*, Continuum, London–New York.
- Garavaglia B. [2013], *Aging, Deviance and the Medicalization of the Aging Process*, [w:] *Advance for Long-Term Care Management*, 29 Nov. 2012, <<http://long-term-care.advanceweb.com/Columns/Gerotalk/Aging-Deviance-and-the-Medicalization-of-the-Aging-Process.aspx>>.
- Gatyaś G. [2012], *Spending in Pharming Markets to Nearly Double while Health Systems in Developed Countries Benefit from Historically Low Spending Growth*.
- Getzen T. [2000], *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Gigantyczne kolejki po zdrowie. Sprawdź, ile trzeba czekać na wizytę u specjalisty*, <[http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-gigantyczne-kolejki-po-zdrowie-sprawdz-ile-trzeba-czekac-na\\_nId,934728](http://www.rmfm24.pl/fakty/polska/news-gigantyczne-kolejki-po-zdrowie-sprawdz-ile-trzeba-czekac-na_nId,934728)>.
- Grodzicki T. [2007], *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, <[http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/51\\_geriatria\\_13072011.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/51_geriatria_13072011.pdf)>.
- Halfmann D. [2011], *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices and Identities*, „Health”, s. 1–22. <<http://www.program60plus.pl/>> 07.07.2013.
- Kaufman S.R., Shim J.K., Russ A.J. [2004], *Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges*, „The Gerontologist”, Vol. 44, no 6, s. 731–738.
- Kawka Z. [2006], *Starość w wyobrażeniach młodych ludzi*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, s. 287–295.
- Kowaleski T., Szukalski P. [2006], *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Larkin M. [2011], *The „medicalization” of ageing: what it is, how it harms and what to do about it*, „The Journal of Active Ageing”, January/February, s. 28–36;
- Lemke T. [2010], *Biopolityka*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Miszczak E. [2006], *Stereotypowy obraz człowieka starego w Polsce*, [w:] T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 305–312.
- Moynihan R., Heath I., Henry D. [2002], *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, „British Medical Journal”, vol. 324, 13 April.
- Poitras G., Meredith L. [2009], *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, „Journal of Business Ethics”, June 2009, 86, s. 313–325.
- Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*, komunikat CBOS, BS/110/2012.
- Program 60+: seniorzy przeplacają za leki*, <<http://www.medicalnet.pl/Program-60---seniorzy-przeplacaja-za-leki,wiadomosc,30,lipiec,2013.aspx>> 11.06.2013.
- Puchalski K. [1994], *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Rocznik 1, Nr 1–2, s. 53–69.
- GUS [2013], *Rocznik Demograficzny 2013*, Warszawa.
- Schmidt W.C. [2011], *Medicalization of Aging: the Upside and Downside*, „Marquette Elder’s Advisor”, Vol. 13, Iss. 1, Article 2, s. 54–88.
- Shilling Ch. [2010], *Socjologia ciała*, PWN, Warszawa.
- Syrek E. (red.) [2001], *Jakość życia w chorobie – społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Szarota Z. [2010], *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Szasz T. [2007], *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press, New York.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (red.) [2006], *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Wieczorkowska M. [2008], *Świat jako klinika – medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w świetle społeczeństwa ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo UM w Łodzi, Łódź.
- Wieczorkowska M. [2010], *Biowładza nad ciałami kobiet. Populacyjny program profilaktyki raka piersi a modernizacja medyczna*, [w:] Gałuszka M. (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Wyd. Uniwersytetu Medycznego, Łódź.
- Wieczorkowska M. [2012a], *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny”, tom 61/2.
- Wieczorkowska M. [2012 b], *Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą lęku*, [w:] Gałuszka M., Wieczorkowska M. (red.), *Kulturowe, społeczne i polityczne uwarunkowania ryzyka biomedycznego*, Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Williams S.J., Martin P., Gabe J. [2011], *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, „Journal of Health and Illness”, vol. 33, no. 5.

*Magdalena Wieczorkowska*

**IS AN OLD AGE A DISEASE?  
– THE MEDICALIZATION OF AN OLD AGE IN POLAND**

**A b s t r a c t**

According to the main thesis of an article the old age is not easily classified as a solely medicalized phenomenon. Application of various analytical tools shows that the phenomenon can be seen as medicalized and demedicalized. Examples of analyses are to show that one should rather talk about pharmaceuticalization as it really occurs in an objective dimension. Medicalization and pharmaceuticalization considered from the perspective of the elderly is significantly limited by such factors as material status of the old, accessibility of physicians and treatment, time of awaiting for a medical procedure. The aim of an article is also to show methodological weaknesses and limitations in relation to issues of medicalization seen as research questions and a try to evoke a debate which, in effect, would bring reconceptualization of medicalization research in Poland.

**Key words:** the medicalization of an old age, gerontology, andropause, menopause, disease, demedicalization