



Magdalena Wieczorkowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Socjologii,
[magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl](mailto:magdalenawieczorkowska@umed.lodz.pl)

Spółeczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się

Streszczenie: Procesy medykalizacji dotyczą wszystkich obszarów codziennego życia, nie powinno zatem dziwić, że objęły także ostatnie etapy cyklu ludzkiego życia – starzenie się i umieranie. Zmieniająca się sytuacja demograficzna w krajach rozwiniętych spowodowała szybki przyrost populacji 65+. Generuje ona szereg wyzwań w różnych obszarach życia, m.in. w medycznym, ekonomicznym, edukacyjnym, usługowym. „Siwiejąca populacja” staje się coraz bardziej widoczna, jednak w wielu obszarach życia społecznego jest ona marginalizowana. Widoczność starości, spowodowana rosnącą liczbą seniorów, a także wydłużaniem się życia, sprawia, że w społecznej percepcji jawi się ona jako coś nieuniknionego i – być może dlatego – generuje lęk, nazywany gerontofobią. Nieefektywność wielu instytucji w rozwiązywaniu problemów seniorów powoduje ekspansję medycyny i przejęcie społecznej kontroli medycznej nad procesami starzenia się. Medykalizacja starości i starzenia się niesie ze sobą szereg konsekwencji, które zostaną omówione w artykule. Artykuł oparty jest na badaniach własnych – analizie danych zastanych i analizie treści – oraz studiach literatury przedmiotu. Część pierwsza i druga przybliżają istotę procesów medykalizacji starości i starzenia się, pokazując jej główne wymiary i aspekty. W trzeciej części omówione są przykłady medykalizacji starości. Czwarta część poświęcona jest pokazaniu przykładowych kosztów związanych z medykalizacją starości w Polsce i na świecie, a piąta obrazuje konsekwencje traktowania starości jako choroby w wymiarze medycznym, społecznym i ekonomicznym. Postrzeganie starości jako stanu patologicznego powoduje nasiloną marginalizację osób starszych, ich piętnowanie, budowanie relacji z nimi w oparciu o stereotypy. W kontaktach z seniorami często pojawia się zjawisko ich infantylizacji. W wymiarze ekonomicznym starość, jako jednostka chorobowa, generuje nowe koszty. Dynamika relacji między medycyną a ekonomią jest niezwykle silna w przypadku tej najstarszej grupy społecznej. Osoby stare postrzegane przez pryzmat chorób stają się też łatwym celem koncernów farmaceutycznych, co pociąga za sobą kolejne konsekwencje medyczne, ekonomiczne i społeczne. Świadomość tych wielowymiarowych relacji jest niezbędna, by efektywnie planować i wdrażać rozwiązania dla osób starszych, umiejętnie bilansując ich potencjalne korzyści i straty.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, medykalizacja, koszty, społeczne i ekonomiczne konsekwencje

JEL: I10, I18, Z13

1. Czy starość jest chorobą?

Starzenie się to złożony proces przemian charakterystyczny dla wszystkich organizmów żywych, będący naturalnym, schyłkowym etapem cyklu życia (Kijak, Szarota, 2013: 12). Inaczej będzie go charakteryzował biolog, inaczej filozof, ekonomista, duchowny, lekarz czy socjolog. Najczęściej opisywane są przemiany biologiczne, gdyż są one najbardziej widoczne. Ciało „kurczy” się, gdyż traci wodę, organizm staje się bardziej podatny na infekcje i uszkodzenia, zmysły tracą sprawność, spada zdolność regeneracji organizmu. Do najbardziej charakterystycznych zewnętrznych objawów należą zmarszczki i siwienie włosów. Trzeba pamiętać, że proces starzenia się jest bardzo zindywidualizowany – niekiedy osoby osiemdziesięcioletnie są sprawne i aktywne jak pięćdziesięciolatek, a organizmy osób przed pięćdziesiątym rokiem życia bywają bardziej zniszczone niż u seniorów. Wynika to zarówno z predyspozycji wewnętrznych, jak i stylu życia (por. Kijak, Szarota 2013: 12).

Starość określana jest jako etap następujący po wieku dojrzałym. Próbuje się wyznaczyć próg starości, określić, w którym momencie się ona zaczyna. I tak wyróżnia się wiek:

- 1) metrykalny – informuje, ile osoba ma lat na podstawie danych urzędowych (data urodzenia); za próg starości uznaje się 60. lub 65. rok życia;
- 2) biologiczny – starość wyznaczana jest przez procesy degeneracyjne opisywane przez biologię i medycynę;
- 3) psychiczny – subiektywne odczucie każdego człowieka, to, na ile lat się czuje, jak staro się czuje;
- 4) społeczny – starość określana jest przez zmianę ról społecznych, np. przejście z roli pracownika do roli emeryta;
- 5) prawny – w tym wymiarze określa się, w jakim wieku osoba uzyskuje prawo do przejścia na emeryturę i korzystania z różnego rodzaju świadczeń przysługujących seniorom (np. ulgi w przejazdach, zwolnienie z opłat za przejazdy lub abonament radiowo-telewizyjny);
- 6) ekonomiczny – starość charakteryzowana jest jako przejście z wieku produkcyjnego do postprodukcyjnego, czyli utrata lub możliwość rezygnacji z funkcji wytwarzania dóbr i usług na rynku pracy;
- 7) socjalny – informuje, kiedy osoba może zacząć korzystać ze świadczeń socjalnych przysługujących osobom starym (Szarota, 2010: 24–44).

Często słyszy się obiegowe opinie na temat starości i seniorów, między innymi takie, iż starość wiąże się z chorobami. To rzeczywiście prawda, gdyż jest to naturalny efekt procesu starzenia się. Jak mówi w wywiadzie doktor Jacek Pruszyński: „[...] większość ludzi po sześćdziesiątce cierpi na przynajmniej jedną chorobę przewlekłą. Statystyczny 70-latek – na trzy. Ciało z wiekiem staje się mniej wydolne. Nie odbudowuje już równie sprawnie jak w młodości swoich tkanek – mięśni, kości. Zanikające komórki narządów zastępuje tkanka tłuszczowa. Słabnie przemiana materii, wydzie-

lanie enzymów, obniża się kwasność soku żołądkowego, spowalnia się perystaltyka jelit, wchłanianie składników odżywczych. Zmniejsza się powierzchnia błon śluzowych przewodu pokarmowego i pojemność wydechowa płuc. Spada liczba komórek układu odpornościowego, a w końcu – prędkość reakcji, bo nasze komórki nerwowe nie potrafią już tak szybko jak za młodu przewodzić sygnałów” (Cieślińska, 2013).

Remigiusz J. Kijak i Zofia Szarota piszą o tzw. wielochorobowości czy inaczej zespole geriatrycznym, który dotyka seniorów. W tym kontekście wymieniają niewydolność krążenia i choroby układu sercowo-naczyniowego (które dotyczą aż 75% populacji seniorów), schorzenia mózgu, zaburzenia odporności oraz narządu ruchu (które występują u 68%), a także choroby układu oddechowego (46%) i pokarmowo-trawienego (34%). Dodatkowo niektórzy seniorzy borykają się z nietrzymaniem moczu, mają kłopoty z pamięcią, mogą cierpieć na chorobę Parkinsona i depresję, a także częściej doświadczają urazów na skutek upadków spowodowanych zaburzeniami równowagi (Kijak, Szarota, 2013: 79–80).

Ten uproszczony wizerunek starości często prowadzi do sprowadzania jej jedynie do wymiaru biologicznego oraz błędnego utożsamiania starości z chorobą i traktowania jej w kategoriach patologicznych. Jednak, jak twierdzi przytaczany wyżej geriatra – doktor Jacek Pruszyński – geriatryka szuka przyczyn dolegliwości osób w podeszłym wieku, a nie – jak w przypadku potocznych narracji – tłumaczy te zaburzenia i ograniczenia wiekiem (Cieślińska, 2013). Zapewne ma to ścisły związek z postępem w medycynie – dziś możliwe jest polepszenie jakości życia osób, które żyją coraz dłużej, za pomocą szybkich procedur medycznych (np. operacja zaćmy). Reasumując, starość nie jest chorobą, jest naturalnym etapem życia człowieka i w związku z biologiczną degeneracją organizmu związana jest z występowaniem, a nawet współwystępowaniem schorzeń, często o podłożu przewlekłym. Myślenie o niej w kategoriach patologicznych prowadzi do lęku przed starością i procesem starzenia i napędza przemysł antystarzeniowy, stawiając także nowe oczekiwania wobec samej medycyny – jeśli starość jest utożsamiana z chorobą, to medycyna powinna znaleźć na nią lekarstwo. Takie myślenie prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji, między innymi do wypierania starości z przestrzeni publicznej, lęku przed nią, a także do marginalizacji seniorów.

2. Pojęcie (bio)medykalizacji starości¹

Choroby, traktowane jako symptomy starzenia się, i jednowymiarowe (biologiczne), upraszczające podejście do starości określa się jako medykalizację starości. Oznacza ona traktowanie starości jako stanu patologicznego (nie zaś naturalnego

¹ W artykule stosuje się zarówno termin *medykalizacja*, jak i *biomedykalizacja*. *Biomedykalizacja* podkreśla znaczenie biomedycznego paradygmatu w odniesieniu do starości oraz koncentrację na procesach biologicznych. Termin *medykalizacja* jest używany częściej i pokazuje proces

etapu życia człowieka). Carroll L. Estes i Elizabeth E. Binney ogłosiły erę biomedycyzacji starości w 1989 roku (Estes, Binney, 1989). Sharon R. Kaufman i współautorki w 2004 roku, w artykule rewidującym ustalenia wspomnianych wcześniej autorek, podkreślały, iż medycyna jawi się jako jedyne narzędzie do zarządzania problemami starości (Kauffman, Shim, Russ, 2004).

Warto w tym miejscu przybliżyć pojęcie medycyzacji. Jest to proces rozwijający się od wielu dekad (niektórzy mówią nawet o stuleciach). Najogólniej oznacza on tendencję do zawłaszczania kolejnych obszarów codziennego życia przez medycynę. I tak, procesy, stany czy zachowania, będące dotąd naturalnymi, zaczynają być definiowane jako patologiczne i wymagające interwencji medycznej (Conrad, 1992: 209). Medycyzacja jest widoczna już na poziomie językowym, konceptualnym, kiedy dane zjawisko jest definiowane jako choroba, zaburzenie czy syndrom (Conrad, 2007). Medycyzacja odgórna (*top-down*), dokonywana przez instytucje medyczne oraz ich przedstawicieli, wymaga także kontekstu instytucjonalnego, w którym choroba jest diagnozowana i leczona, a wszystko dokonuje się na poziomie interakcyjnym w bezpośredniej relacji lekarz–pacjent. Obecnie coraz częściej mamy do czynienia z medycyzacją oddolną (*bottom-up*), w ramach której jednostki i grupy interesariuszy dokonują autodefinicji w kategoriach chorych/pacjentów, domagając się interwencji i procedur medycznych, refundacji leków oraz statusu osoby chorej, który uprawniałby ich do korzystania z państwowych ulg i przywilejów. Wiele osób traktuje chorobę jako bezpieczną i społecznie akceptowalną wymówkę; otoczenie, zgadzając się na przypisywaną sobie przez pacjenta rolę chorego, nie piętnuje go za niewykonanie określonych zadań (jak ma to miejsce np. w przypadku osób leniwych). W tej ostatniej sytuacji autoetykietowania omijany jest kontekst instytucjonalny, a kontekst interakcyjny przybiera postać relacji „pacjent”²–otoczenie. Omawiane tu przejawy procesu medycyzacji niosą ze sobą poważne ryzyko w postaci zacierania się granicy między obiektywną chorobą a jej społecznym konstruowaniem i subiektywnym odczuwaniem. Aby dobrze zrozumieć ten proces i jego dynamikę, warto uświadomić sobie, że powinien on być ujmowany w sposób ciągły na kontinuum medycyzacja–demedycyzacja³. Ta ostatnia nie powinna być rozpatrywana jako opozycja do procesów umedycyznienia, oba procesy są bowiem mocno ze sobą sprzężone i występowanie

umedycyznienia starości w szerszym kontekście innych procesów społecznych i gospodarczych (por. Beard, Estes, 2002).

² „Pacjent” został tutaj ujęty w cudzysłów, gdyż opisywana sytuacja obejmuje także przypadki symulowania choroby.

³ Proces demedycyzacji oznacza potocznie odmedycyznienie, czyli zaprzestanie traktowania czegoś, co do tej pory było ujmowane jak problem medyczny, w ten sposób. Najbardziej widocznym przejawem demedycyzacji jest skreślanie określonych stanów z listy chorób (np. skreślenie homoseksualizmu z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD–10 w 1973 roku), jednak ma to miejsce niezwykle rzadko. Autorzy zajmujący się tą problematyką za przejaw demedycyzacji traktują także samoleczenie, korzystanie z innych systemów leczniczych poza EBM (*evidence-ba-*

jednego z nich w odniesieniu do określonego zjawiska nie wyklucza współwystępowania drugiego. Najlepiej zobrazował to Drew Halfmann w swoim modelu analitycznym (Halfmann, 2011). Zwrócił on uwagę, iż przy rozważaniu konkretnego przypadku medykalizacji należy uwzględnić poziom makro, mezo i mikro oraz – dodatkowo – rolę dyskursów, praktyk, a także jednostek i aktorów. Dopiero uwzględnienie wszystkich wymienionych zmiennych pozwala na obiektywne i wielowymiarowe spojrzenie na procesy medykalizacji i demedykalizacji określonego zjawiska. I tak, może się okazać, że określony stan jest silnie zmedykalizowany oddolnie (np. grupy pacjentów i jednostki traktują go jak chorobę i domagają się leków i procedur medycznych), podczas gdy odgórnie – na poziomie instytucji medycznych i działań w ramach polityki zdrowotnej – napotyka on na opór tych środowisk wobec medykalizacji.

Proces medykalizacji jest ściśle związany z procesem sekularyzacji oraz z rozwojem biomedycznego modelu zdrowia i choroby⁴. Podczas gdy dawniej rolę kontrolerów i pośredników w procesie medykalizacji ludzkiego życia pełnili profesjonaliści medyczni i zatrudniające ich instytucje, obecnie rolę tę przejęły koncerty farmaceutyczne, ruchy konsumentów i pacjentów, agendy rządowe, a także media i nowe technologie (Conrad, 2007; Conrad, Leiter, 2004). Tworzenie nowych jednostek chorobowych, rozszerzanie już istniejących, traktowanie czynników ryzyka jako tożsamy z chorobą, a pacjentów z grup ryzyka jako chorych, to tylko niektóre przykłady, które spowodowały, że – paradoksalnie – współczesne rozwinięte społeczeństwa, mogące cieszyć się poziomem życia, o jakim nie śnili ich przodkowie, to społeczeństwa chorych, cierpiących i wymagających opieki. Z rosnącą liczbą seniorów ten obraz chorej populacji wygląda niepokojąco.

Wśród przykładów medykalizacji najczęściej wymienia się ADHD dzieci i ADHD dorosłych, ciążę i poród, śmierć, nieśmiałość, fobie społeczne czy trudności w nauce. W szerszej perspektywie można mówić o pewnym kryzysie innych tradycyjnych instytucji powołanych do rozwiązywania problemów rodzinnych, duchowych czy edukacyjnych – ich nieefektywność powoduje, że stają się łatwym kąskiem dla przemysłu farmaceutycznego i medycyny.

Jednym z często przywoływanych przykładów medykalizacji jest starość, traktowana – jak wyżej wspomniano – jako patologia, a nie naturalny etap życia, któremu podlegają wszyscy ludzie (chyba że nie dożywają do niego). Starość jawi się jako stan negatywny, związany z nieuniknioną degeneracją, chorobami i jako taka jest problemem klinicznym i wymaga medycznej interwencji, która trakto-

sed medicine, medycyna oparta na dowodach) oraz kontestację chorób na poziomie jednostkowym (Conrad, 1992; Halfmann, 2011).

⁴ Zakłada on, że choroba jest usterką organu lub części ciała i należy ją jak najszybciej naprawić w oderwaniu od psychiki pacjenta. Może tego dokonać jedynie wykwalifikowany personel medyczny i tylko w określonych warunkach – medycyna naprawcza najlepiej realizowana jest w szpitalach.

wana jest jako jedynie słuszna i mogąca pomóc (Larkin, 2011; Kauffman, Shim, Russ, 2004; Schmidt, 2011). W opinii publicznej starość kojarzy się coraz częściej z medyczną usterką, która nie powinna się zdarzyć i w tych kategoriach może być rozpatrywana jako forma dewiacji (por. Conrad, Schneider, 1992). Jednostki za wszelką cenę próbują zatrzymać młody wygląd, chętnie sięgając po ofertę medyczną, kosmetyczną i farmakologiczną. Komercjalizacja życia jest z jednej strony siłą napędową swoistej gerontofobii, a z drugiej wychodzi naprzeciw tym lękom, oferując – przynajmniej w hasłach reklamowych – długoletnią młodość. Naturalne przejawy procesu starzenia się postrzegane są jako zaburzenia, które – za sprawą technologii i medycznej interwencji – są odwracalne, a tym samym można i należy je leczyć (por. Conrad, 2007; Kaufman, Shim, Russ, 2004; Waggoner, Stults, 2010).

Jeśli pojawia się myślenie o starości jako problemie medycznym, to naturalną konsekwencją stają się także określone działania podejmowane na rzecz medykalizacji tego stanu. Carroll L. Estes i Elizabeth A. Binney wymieniają cztery przejawy takich praktyk, zachodzące na różnych poziomach rzeczywistości społecznej (Estes, Binney, 1989: 587). Pierwszym z nich jest wiedza i nauka. Skoro starość jest definiowana jako coś niepożądanego, dewiacyjnego, patologicznego, to wyznacza to nowe kierunki i sposoby myślenia, wpływając na kształt dotychczasowej wiedzy. Pojawienie się takich dziedzin jak gerontologia i geriatria, opracowywanie i realizacja programów badawczych (w różnych dziedzinach nauki – ścisłych, humanistycznych i społecznych), których przedmiotem jest starość, seniorzy i ich życie, konferencje i publikacje naukowe poświęcone seniorom – to tylko niektóre z przykładów praktyk medykalizacji starości w tej sferze. Drugim przejawem są profesje medyczne – medycyna wyspecjalizowała się w chorobach wieku podeszłego, a to wymusiło pojawienie się odpowiednich specjalistów medycznych, będących ekspertami w tej dziedzinie. Wymienia się tu przede wszystkim lekarzy geriatrów oraz pielęgniarki gerontologiczne. Trzecim obszarem praktyk jest polityka społeczna i zdrowotna. Na podstawie interdyscyplinarnej wiedzy naukowej (obejmującej m.in. geriatrię, demografię, epidemiologię, socjologię) przygotowuje się prognozy wydatków uwzględniające potrzeby seniorów, dokonuje się racjonalowania świadczeń zdrowotnych, opracowuje i wdraża programy profilaktyczne dedykowane seniorom, opracowuje listy refundowanych świadczeń medycznych i leków dla seniorów. Ostatnim obszarem jest wiedza potoczna. Jest ona wypadkową praktyk opisywanych wcześniej. Docierające do jednostki komunikaty (reklamy leków i preparatów dla seniorów, programy przesiewowe dla osób starszych, doniesienia prasowe o listach leków refundowanych, wydatkach seniorów na leczenie czy kolejkach na zabiegi) powodują, że zaczyna ona myśleć o sobie i swojej starości i zazwyczaj kreuje jej pejoratywny obraz. Pojawia się lęk przed starością utożsamianą jedynie z chorobami, czyli medycznym wymiarem tego etapu ludzkiego życia.

Wspomniana biomedykalizacja jeszcze dobitniej podkreśla biologiczny wymiar starości jako dominujący w myśleniu i jednocześnie bezpośrednio powiązany z modelem medycyny opartej na dowodach. I podobnie jak o biomedycznym modelu zdrowia i choroby można mówić o biomedycznym modelu starości. Jego główne przejawy to redukcjonizm, inaczej antyholizm, czyli sprowadzanie pacjenta do chorego narządu, oraz indywidualizm metodologiczny, prowadzący w medycynie do wyjaśniania stanu zdrowia jedynie w kategoriach jednostkowych. Pomija się tu czynniki środowiskowe i społeczne otoczenie pacjenta, które może mieć wpływ na stan jego zdrowia. Może to skutkować obwinianiem chorego za jego stan. Zarządzanie starością prowadzi do medycznej kontroli nad życiem seniorów. Peter Conrad wyróżnił trzy formy takiej medycznej kontroli społecznej, które mogą być odniesione do kontekstu starości (Conrad, 1992: 216–218). Pierwszą z nich nazwał ideologią medyczną. Charakteryzuje ją narzucanie medycznego modelu na określone stany, zjawiska i zachowania, gdyż jest to społecznie i ideologicznie uzasadnione. W przypadku starości jest to dość oczywiste, gdyż postęp w medycynie powoduje wzrost oczekiwań społecznych wobec niej, dlatego naturalne wydaje się przejście przez nią kontroli nad procesem starzenia się, który budzi coraz większy lęk społeczny. Może to prowadzić do drugiej formy, jaką jest medyczna współpraca, w ramach której profesjonaliści medyczni stają się swego rodzaju monopolistami na określone informacje (dawniej ta forma medycznej kontroli społecznej określana była mianem imperializmu profesji medycznych). Ostatnim typem jest technologia medyczna – profesjonaliści posiadają nie tylko kontrolę nad wiedzą i selekcją informacji, ale także dyktują reguły dotyczące racjonowania zabiegów, badań czy leków.



Rysunek 1. Aspekty medykalizacji starości

Źródło: Estes, Binney, 1989; Larkin, 2011; Kaufman, Shim, Russ, 2004; Schmidt, 2011

Paradygmat biomedyczny powoduje, iż biologia i inne nauki podstawowe stają się pomocnicze wobec medycyny, co pociąga za sobą także konsekwencje finansowe dotyczące grantów badawczych – faworyzowane są nauki ściśle kosztem podstawowych. Geriatria i gerontologia, jako nauki pomocnicze, zaczynają być postrzegane jako bardziej prestiżowe.

Rysunek 1 w sposób schematyczny pokazuje najważniejsze aspekty medykalizacji starości.

3. Przykłady medykalizacji starości

Jak zatem przejawia się medykalizacja starości? Które procesy związane z naturalną degeneracją organizmu zostały poddane kontroli medycznej? W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele przykładów pokazujących starość jako zjawisko patologiczne. Do najczęściej omawianych należą:

- 1) menopauza,
- 2) andropauza,
- 3) osteoporoza,
- 4) zabiegi chirurgicznej wymiany stawów,
- 5) procedury przedłużające życie, stosowane w późnym wieku,
- 6) „srebrny” przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny,
- 7) chirurgia plastyczna (Estes, Binney, 1989; Kaufman, Shim, Russ, 2004; Conrad, 2007; Nowakowski, Nowakowska, 2010; Waggoner, Stults, 2010).

Poniżej te przykłady zostaną krótko omówione, aby rzucić nieco światła nie tylko na ich stronę medyczną, ale także ekonomiczną, finansową oraz społeczną.

3.1. Menopauza

Menopauza to naturalny proces związany z utratą zdolności reprodukcyjnej u kobiet, pojawiający się zazwyczaj około 50. roku życia. Pierwsze wzmianki o zaprzestaniu miesiączkowania u kobiet odnaleziono w pracach starożytnych filozofów (Bielawska-Batorowicz, 2005a: 10). Obecnie dominuje „perspektywa biologiczna, zgodnie z którą wszystkie doświadczenia kobiet w okresie peri- i postmenopauzalnym, w tym typowe objawy, należy przypisać zachodzącym w ich organizmach zmianom hormonalnym” (Bielawska-Batorowicz, 2005a: 11). Przytaczana autorka pisze, iż – poza zmianami fizycznymi, takimi jak utrata miesiączki, zmiany w układzie hormonalnym, nadmierna potliwość, bezsenność, przybieranie na wadze – powszechne jest przypisywanie kobietom w okresie menopauzy zmian psychicznych, takich jak nerwowość, kłótniowość, zmienność nastrojów czy apatia (Bielawska-Batorowicz, 2005b: 24). I właśnie te objawy menopauzy (zarówno fizyczne,

jak i psychiczne) zaczęły być postrzegane jako dewiacyjne, patologiczne i niepożądane, a tym samym wymagające ingerencji medycznej. Kobiетom zaoferowano hormonalną (estrogenową) terapię zastępczą (HTZ), której celem było zmniejszenie dokuczliwych objawów i przywrócenie do „normalnego” funkcjonowania. Jak się jednak okazało, terapia ta wywołuje szereg skutków ubocznych i jest kontrowersyjna (Conrad, 2007: 121–124; Waggoner, Stults, 2010). Obecnie kobiety sięgają po naturalne sposoby łagodzenia dolegliwości, niemniej jednak w świadomości społecznej menopauza jest postrzegana jako patologia, a nie naturalny proces.

3.2. Andropauza

U mężczyzn proces starzenia się objawia się spadkiem tzw. męskiego hormonu – testosteronu. Należy jednak podkreślić, iż andropauza nie jest procesem tożsamym z kobiecą menopauzą, gdyż u mężczyzn nie dochodzi do utraty funkcji reprodukcyjnej (Conrad, 2007: 26–34). Siedemdziesięcioletni mężczyzna nadal może być ojcem, podczas gdy kobieta w tym samym wieku nie zostanie w sposób naturalny matką. Testosteron kojarzony jest z potencją i siłą, jego utrata postrzegana jest zatem jako coś złego, patologicznego. Mężczyznom, podobnie jak kobietom, oferuje się hormonalną terapię zastępczą, polegającą na przyjmowaniu testosteronu. Podobnie jednak jak u pań, terapia u mężczyzn podnosi ryzyko innych chorób (Waggoner, Stults, 2010).

3.3. Osteoporoza

Wraz z wiekiem obniża się sprawność fizyczna i umysłowa, ciało kurczy się, podobnie jak kości, które tracą gęstość mineralną, stając się podatne na złamania. Problem ten dotyczy częściej kobiet, gdyż jest związany z przemianami hormonalnymi w okresie menopauzy. Osteoporoza jest jednym z klasycznych przykładów kreowania choroby w kontekście procesów medykalizacji. Rozwój metod diagnostycznych z jednej strony oraz rozwiązań farmakologicznych z drugiej spowodował, iż powstała nowa jednostka chorobowa. Jak wynika z analiz dostępnych badań przeprowadzonych przez Raya Moynihana, gęstość kości jako jedyny wskaźnik ryzyka złamania jest zbyt słaby i często nieadekwatny. Przywoływany autor wskazuje również na kontrowersyjność farmakoterapii stosowanej w osteoporozie. Jej skuteczność jest według różnych źródeł niezbyt wysoka (do 30% u osób, które nie cierpią na inne schorzenia), a stosowaniu leków często towarzyszą skutki uboczne (Moynihan, Heath, Henry, 2002).

3.4. Zabiegi chirurgicznej wymiany stawów

Układ kostny człowieka zużywa się z wiekiem. Rozwój medycyny spowodował, iż możliwa stała się naprawa, a nawet wymiana zużytych elementów. Nasuwa się tu metafora samochodu, w którym pod wpływem eksploatacji psują się części. Człowiek stary jest traktowany podobnie – jak mechanizm, który ma być sprawny, a jeśli coś szwankuje, to radę na to znajdzie medycyna. Zabiegi chirurgiczne polegające na wymianie zniszczonych elementów układu kostnego dotyczą najczęściej stawów biodrowych i kolanowych. Ryzyko takiego zabiegu jest jednak duże, rekonwalescencja pacjenta długa, sama procedura medyczna dość kosztowna, zasadność wykonywania tego typu zabiegów u osób w wieku podeszłym bywa zatem w literaturze kwestionowana.

3.5. Procedury przedłużające życie, stosowane w późnym wieku (transplantacje, zabiegi kardiologiczne, dializy nerek)

Celem medycyny jest ratowanie ludzkiego życia za wszelką cenę. Czasem cena ta jest jednak niewspółmierna z uzyskiwanymi efektami. Dotyczy to szczególnie tzw. procedur przedłużających życie, stosowanych w wieku podeszłym. W literaturze najczęściej opisuje się medyczne, ekonomiczne i bioetyczne konsekwencje wykonywania transplantacji, dializ nerek oraz zabiegów kardiologicznych u seniorów. Szczególnie ważna staje się tu perspektywa bioetyczna, podkreślająca wymiar jakości życia, która to – w przypadku przeprowadzenia wymienionych procedur – może ulec znacznemu pogorszeniu. Ma to związek z ryzykiem samego zabiegu, uciążliwością procedur, a w przypadku konieczności transplantacji dodatkowo z pojawieniem się moralnego nakazu ze strony dawcy i biorecy (pierwszy czuje się w obowiązku podarowania narządu seniorowi – rodzicowi, drugi zaś odczuwa moralny obowiązek przyjęcia daru) (Schmidt, 2011; Kauffman, Shim, Russ, 2004).

3.6. „Srebrny” przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny

W ostatnich dekadach w procesie medykalizacji istotną rolę zaczęli odgrywać pośrednicy (*agents*), tacy jak przemysł farmaceutyczny. Mówi się nawet o farmaceutyzacji społeczeństwa (Abraham, 2010; Williams, Martin, Gabe, 2011). Przemysł antystarzeniowy, jak określa się ofertę usług i produktów dedykowanych seniorom i przyszłym seniorom, najprężniej rozwija się w Stanach Zjednoczonych i Europie, osiągając rocznie miliardowe zyski (Larkin, 2011). Oferowane są kosmetyki i leki mające opóźnić efekty starzenia, łagodzić je, nie dopuszczać do nich

w ogóle, pozwalając na zachowanie wiecznej młodości. Jak pisze Marilyn Larkin, powołując się na badania S. Jaya Olshansky'ego, Leonarda Hayflicka i Bruce'a A. Carnesa oraz cytując ich słowa, często oferowane produkty oparte są na nienaukowych dowodach i mogą przynieść więcej skutków ubocznych niż potencjalnych korzyści (Larkin, 2011: 33–34).

3.7. Chirurgia plastyczna

Niekwestionowanym liderem w branży antystarzeniowej jest jednak chirurgia plastyczna, oferująca szeroki wachlarz usług dla pragnących zachować młodość. W ofercie można znaleźć klasyczne już niemal zabiegi liftingujące, liposukcję (która również wygładza ciało, nadając mu młodszy wygląd), zagęszczanie włosów, ale także bardziej ekstrawaganckie zabiegi, jak lifting strun głosowych, a nawet odmładzanie waginy.

4. Koszty związane z medykalizacją na świecie i w Polsce

Jak widać na omówionych przykładach, przemysł farmaceutyczny jest potężnym motorem procesów medykalizacji starości. Każda z tych egzemplifikacji sygnalizuje także potencjalne konsekwencje – ekonomiczne oraz społeczne – tych procesów, co zostanie omówione w ostatnich częściach artykułu. Pojawia się jednak pytanie, ile kosztuje medykalizacja starości. Peter Conrad wraz z zespołem przeprowadził w 2005 roku w Stanach Zjednoczonych badania dotyczące kosztów medykalizacji określonych stanów. Na podstawie wcześniej ustalonych kryteriów wybrano dwanaście ogólnych zmedykalizowanych stanów, z czego tylko dwa nie miały odniesienia do osób starszych – niepłodność oraz normalna ciąża i poród. Pozostałe dziesięć przykładów to: zaburzenia lękowe, zaburzenia w zachowaniu, postrzeganie ciała (operacje plastyczne), zaburzenia erekcji, łysienie, menopauza, smutek, otyłość (operacje bariatryczne i leki odchudzające), zaburzenia snu, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji (Conrad, Mackie, Mehrotra, 2010). Oszacowany koszt medycznych wydatków na te stany wyniósł 77 bilionów dolarów, co stanowiło aż 3,9% wszystkich wydatków zdrowotnych.

Jak podaje Winsor C. Schmidt, w Stanach Zjednoczonych całkowity koszt wydatków w ramach Medicare wyniósł w 2009 roku ponad 500 bilionów dolarów na potrzeby seniorów i niepełnosprawnych, co stanowiło 20% całkowitych wydatków krajowych na zdrowie, a całkowity koszt federalnych i stanowych wydatków w ramach Medicaid w tymże roku wyniósł prawie 374 biliony dolarów na po-

trzeby tych grup, co stanowiło 15% krajowych wydatków zdrowotnych (Schmidt, 2011: 64). Należy podkreślić, że społeczeństwo amerykańskie jest stosunkowo młode, tzn. odsetek osób starych w całej populacji nie jest tak wysoki jak na Starym Kontynencie.

Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) liczba ludności 60+ na świecie wzrośnie do 2 miliardów w 2050 roku. W Polsce do roku 2030 grupa 60+ wzrośnie z 7 mln 380 tys. (stan na rok 2015) do 9 mln 289 tys., przy jednoczesnym spadku liczby Polaków ogółem (o 1,5 mln). Ta swoista rewolucja demograficzna niesie ze sobą także poważną rewolucję w wydatkach na zdrowie seniorów. Według „Dziennika Gazeta Prawna” wydatki na ochronę zdrowia znacząco wzrosną w obszarze geriatry, szczególnie jeśli chodzi o hospitalizacje. W 2014 roku było ich 25,5 tys., do roku 2020 szacuje się ich wzrost o 15,1%, a do roku 2030 aż do 50,5% (dla porównania wydatki na hospitalizację na oddziałach neonatologicznych, dziecięcych chirurgicznych czy pediatrycznych spadną) (Kurowska, 2016).

Według serwisu forsal.pl średnie roczne wydatki na leczenie Polaka to 1,3 tys. rocznie, a osoby po 66. roku życia to 3,5 tys. rocznie (Klinger, 2015). Według polskich prognoz wydatki na leczenie osób starszych wzrosną do 2030 roku o 12% (co spowodowane jest wspomnianym wcześniej wzrostem liczby seniorów). Największe koszty generują mężczyźni w wieku 78 lat – obecnie jest to 800 mln rocznie, a w 2030 roku będzie to 1,6 mld złotych. Dziś 78-latek to dla Narodowego Funduszu Zdrowia wydatek rządu 4,7 tys. zł. rocznie, podczas gdy kobieta w tym samym wieku jest „dużo tańsza”, gdyż kosztuje NFZ 3,2 tys. zł. rocznie.

„Srebrne” usługi zdrowotne, w zakresie których wydatki wzrosną, to głównie: leczenie uzdrowiskowe, usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, opieka paliatywna, hospicyjna, rehabilitacja i leki. Obecny trend demograficzny spowoduje, iż w roku 2030 każdy z siedmiu roczników między 73. a 80. rokiem będzie pochłaniał po 2,5% wszystkich krajowych wydatków przeznaczonych na leczenie.

Największy nominalny wzrost będzie dotyczył leczenia szpitalnego – ponad 3 mld zł w roku 2030. Refundacja za leki wzrośnie w tym samym okresie o ponad 1,2 mld zł (przy założeniu braku zmian na liście leków refundowanych). Trend demograficzny doprowadzi do wzrostu wydatków budżetowych na leczenie nawet o 12% do roku 2030, aby zachowany był standard usług porównywalny z obecnym – nie chodzi tu o polepszenie sytuacji, a raczej jej utrzymanie na dotychczasowym poziomie.

5. Medyczne, ekonomiczne i społeczne konsekwencje medykalizacji starości

Problematyka medykalizacji starości jest niezwykle złożona, gdyż trudno przeprowadzić granicę między normalnym a patologicznym starzeniem się. Od lat spierają się o to znakomici specjaliści, jak na przykład biolog molekularny Robin Holliday i mikrobiolog Leonard Hayflick, zgadzający się, że siwienie, zmarszczki i presbiopia, czyli starczowzruczość⁵, są czymś naturalnym – jednak na tym ich wspólne stanowisko się kończy (Larkin, 2011). Skoro trudno przeprowadzić granicę między normą a patologią, trudno też jednoznacznie wskazywać na negatywne i pozytywne konsekwencje procesu medykalizacji starości. Niemniej jednak ich omówienie nasuwa także ich wartościowanie, co wydaje się nie do uniknięcia. Dodatkowo należy podkreślić, iż skutki medykalizacji często stają się jednocześnie motorem napędzającym procesy umedycznienia. Wiele z omówionych w tej części artykułu konsekwencji medykalizacji starości (medycznych, ekonomicznych i społecznych) ma odniesienie także do szerszego kontekstu tych procesów – fakt, iż ludzie chorują więcej i częściej dotyczy bowiem globalnej populacji, nie jest charakterystyczny tylko i wyłącznie dla samych seniorów. Rozwój medycyny i technologii spowodował, iż zwiększyła się wykrywalność chorób, ale także obiektywna liczba stanów chorobowych sklasyfikowanych w ICD–10⁶. Rysunek 2 przedstawia syntetyczne zestawienie konsekwencji medykalizacji starości w trzech podstawowych wymiarach: medycznym, ekonomicznym oraz społecznym. Ilustracja ma charakter analityczny, ponieważ rozdzielenie skutków medycznych i ekonomicznych czy też ekonomicznych i społecznych często jest niemożliwe.

W wymiarze medycznym wzrost liczby stanów definiowanych jako choroby powoduje, iż potoczne powiedzenie, że „nie ma ludzi zdrowych, są jedynie niezdiagnozowani”, zaczyna nabierać sensu. Coraz częściej bowiem kwestią czasu okazuje się wykrycie nowej jednostki chorobowej, zmedykalizowanie stanu czy zachowania do tej pory rozpatrywanego w kategoriach patologii społecznej, dewiacji, charakterystyki moralnej czy wreszcie normalnego procesu. W przypadku osób starszych nietrudno o poszerzenie kategorii medycznych w odniesieniu do ich funkcjonowania, wydaje się zatem dość oczywiste, iż ta grupa jest najbardziej narażona na ekspansję biomedykalizacji. Ponieważ musi istnieć zaplecze obsługujące seniorów i ich potrzeby zdrowotne, w samej medycynie obserwuje się reorientację ku tym właśnie potrzebom. Pojawiła się geriatria i związane z nią profesje medyczne – lekarz geriatra, pielęgniarka gerontologiczna. Sama geriatria zyskała na znaczeniu i w krajach Europy oraz z Stanach Zjednoczonych cieszy

⁵ Zaburzenie widzenia przejawiające się utratą przez soczewkę oka zdolności do skupienia.

⁶ Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Przyczyn Zgonów, rewizja 10.

się coraz większym prestiżem. Medykalizacja starości jest także motorem rozwoju badań naukowych w tej dziedzinie (często kosztem innych obszarów, dziedzin i nauk).

Medyczne konsekwencje medykalizacji starości	Ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości	Społeczne konsekwencje medykalizacji starości
<ul style="list-style-type: none"> • wzrost liczby pacjentów i konieczność ich obsługi • reorientacja medycyny w kierunku problemów seniorów • rozwój geriatry i wzrost jej prestiżu • nowe zawody/specjalizacje • rozwój badań naukowych • jatrogeniza wynikająca z: błędów diagnostycznych oraz skutków ubocznych terapii • polipragmazja mogąca powodować realne problemy zdrowotne, a nawet stany zagrożenia życia • wzrost znaczenia medycznej kontroli społecznej i autorytetu lekarskiego • rozrost „przedchorób” (<i>preconditions</i>) poszerzający obszar leczenia i jednocześnie uzależnienia od instytucji medycznych • medyczne panaceum 	<ul style="list-style-type: none"> • finansowanie badań nad seniorami kosztem innych grup wiekowych • wzrost wydatków na profilaktykę, diagnostykę i leczenie seniorów kosztem innych grup wiekowych • wykluczenie seniorów z rynku pracy • rozwój „srebrnego” rynku produktów i usług (tzw. kompleks medyczno-przemysłowy) • ekonomiczna przemoc wobec seniorów • marnotrawienie pieniędzy indywidualnych i państwowych • niedofinansowanie instytucji pozamedycznych zajmujących się seniorami 	<ul style="list-style-type: none"> • umacnianie stereotypów dotyczących starości • dewiacja wtórna • automarginalizacja i autoobwinianie • uzależnienie od instytucji i wyuczona bezradność • obniżanie subiektywnego prognozy starości • nowy charakter relacji senior-rodzina • eskalowanie gerontofobii • negacja możliwości odkrycia sensu naturalnego starzenia się • ignorowanie pozostałych wymiarów starości • transformacja imperatywu technologicznego w moralny

Rysunek 2. Medyczne, ekonomiczne i społeczne konsekwencje medykalizacji starości

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Conrad, 2007; Larkin, 2011; Schmidt, 2012; Estes, Binney, 1989; Kaufman, Shim, Russ, 2004; Pieprzyk, Pieprzyk, 2012; Moynihan, Heath, Henry, 2002; Poitras, Meredith, 2008; Beard, Estes, 2002

Nie do przecenienia są konsekwencje w postaci jatrogenyzy, czyli „skutków ubocznych” korzystania z usług medycznych. Chodzi tu przede wszystkim o błędy medyczne oraz skutki uboczne korzystania z procedur medycznych (np. powikłania po zabiegu chirurgicznym) oraz stosowania leków. Z tą ostatnią kwestią wiąże się kolejne zjawisko – polipragmazja, czyli wielolekowość. „Statystyczny senior cierpi na więcej niż jedną chorobę przewlekłą, na ogół zażywa od 5 do 10 różnych leków dziennie, przebywa w szpitalu średnio 6,1 dni w ciągu roku, spędza długie miesiące w oczekiwaniu na wizytę u specjalisty i najczęściej znajduje się pod opieką swojej rodziny” (*Codziennosc polskiego seniora: wielolekowość*, 2016). Wielolekowość zwiększa ryzyko skutków ubocznych (jatrogennych) związanych z zażywaniem kilku leków, a nawet może zagrażać życiu pacjenta. Ponadto, jak pisze Marilynn Larkin, wiele medykamentów to preparaty o wątpliwej skuteczności (Larkin, 2011).

Uzależnienie pacjentów seniorów od instytucji medycznych powoduje wzrost ich znaczenia oraz kontroli nad ludzkim życiem, a także wzrost autorytetu lekarskiego. Dodatkowo tendencja do leczenia nie tylko chorób, ale i stanów granicznych (tzw. przedchorób) powoduje dalsze uzależnienie od medycyny (np. obecnie leczy się nie tylko hipercholesterolemię, czyli stan, w którym poziom cholesterolu przekroczył normę, ale także poddaje się kuracji osoby, u których stwierdza się

ryzyko jej wystąpienia – wyniki mieszczą się w normie, ale są przy górnej granicy). W przypadku wielu badań wyznaczone są nie tylko wartości prawidłowe, ale także tzw. wartości podwyższone (bądź obniżone) oraz normalne, co rozszerza możliwość medycznej ingerencji w zdrowie człowieka. Ostatnią konsekwencją jest tzw. medyczne panaceum na wszelkie problemy seniorów. Lekceważy się w ten sposób zmienne społeczne i środowiskowe wpływające na pojawienie się i rozprzestrzenianie chorób wieku podeszłego. Wszystko tłumaczy się w kategoriach problemów medycznych i – zamiast rozwiązań socjalnych, psychologicznych – oferuje się rozwiązania kliniczne.

Jeśli chodzi o konsekwencje ekonomiczne, to – jak już wcześniej podkreślano – są one często nierozzerwalnie związane z medycznymi. Najbardziej widoczny jest wzrost wydatków na profilaktykę, diagnostykę i leczenie seniorów kosztem innych grup wiekowych, co jest konsekwencją rosnącej liczby chorób i coraz większej rzeszy pacjentów zgłaszających się do lekarzy (ogromne znaczenie ma tu na pewno aspekt demograficzny). Aby efektywnie diagnozować i leczyć, trzeba zdobywać wiedzę, a ta oparta jest na badaniach, stąd kolejną konsekwencją jest wzrost nakładów finansowych na badania w naukach ścisłych dotyczące seniorów, kosztem innych nauk oraz innych grup wiekowych.

Schorowani seniorzy stają się nieefektywni, nieprzydatni na rynku pracy, stąd często są na nim marginalizowani. Oczywiście problem jest dużo głębszy, gdyż zjawisko ageizmu (czyli wykluczenia ze względu na wiek) nie dotyczy tylko wymiaru zdrowotnego (marginalizacja dotyczy takich aspektów, jak wygląd, spowolnienie niektórych reakcji, zwiększona absencja z powodu chorób). Nic więc dziwnego, że osoby starsze, które chcą być aktywne zawodowo, sięgają po preparaty i usługi mające przedłużyć młodość i atrakcyjny wygląd. Kolejną konsekwencją medykalizacji starości jest więc rozwój „srebrnego” rynku produktów i usług, określanego także jako przemysł antystarzeniowy lub kompleks medyczno-przemysłowy (Estes, Binney, 1989: 594). Konsumpcja dóbr i usług mających zapewnić młodość staje się przymusowa, a wiek rozpoczęcia korzystania z oferty przemysłu antystarzeniowego obniża się. W ten sposób rodzi się pewna forma ekonomicznej przemocy wobec seniorów (a przynajmniej tej ich części, która chce pozostać aktywna na rynku pracy) – pieniądze, które mogliby przeznaczyć na konsumpcję innych dóbr i usług, zmuszeni są przeznaczyć na zabiegi powstrzymujące proces starzenia lub niedopuszczające do pojawienia się jego pierwszych oznak. Marilynn Larkin pisze nawet o pseudonauce, której efektem są wątpliwej jakości produkty, na które jednostki marnują swoje pieniądze (Larkin, 2011). Marnowane są także pieniądze publiczne, służące do finansowania badań naukowych nad nieistniejącymi chorobami oraz lekami, na które szuka się rynków zbytu. Alokowanie ogromnych sum pieniędzy w instytucjach medycznych powoduje, iż niedofinansowane stają się inne instytucje (socjalne, edukacyjne, opiekuńcze), które są dedykowane seniorom i ich potrzebom.

Ostatnim zaprezentowanym na rysunku 2 obszarem konsekwencji medykalizacji są skutki społeczne. Medyczny nadzór nad seniorami i ogromne sumy inwestowane w diagnostykę i leczenie osób w podeszłym wieku powodują umacnianie stereotypów dotyczących starości – że jest czymś niepożądanym, powodującym utratę autonomii i wiąże się z cierpieniem oraz wykluczeniem. Aktywny senior nie mieści się w tym stereotypowym schemacie i może spotkać się z piętnowaniem. W związku z tym może pojawić się dewiacja wtórna – seniorzy rzeczywiście zaczęną zachowywać się tak, jak oczekuje tego od nich otoczenie, u którego obraz starości opiera się na uproszczeniach. To z kolei może prowadzić do automarginalizacji i autoobwiniania. Seniorzy sami dokonują oceny tego, co „wypada”, a co „nie wypada” osobie starszej, wycofując się z wielu aktywności (praca, sport, związki). Seniorzy często odczuwają także poczucie winy za swoją biologiczną degenerację. Sprzyjają temu relacje z personelem medycznym i indywidualistyczne wyjaśnienia („ma pan chore serce, bo pan nie uprawiał sportu”), ignorując czynniki mezo- i makrostrukturalne. Pacjenci seniorzy uzależniają się od instytucji medycznych i zaczynają wierzyć, iż do końca życia muszą pełnić rolę „schorowanego staruszka”. Ageizm powoduje, że jednostki chcące zachować młodość zaczynają to robić coraz wcześniej i w związku z tym subiektywny próg starości ulega obniżeniu. To dodatkowo eskaluje lęk przed starością, czyli gerontofobię. Uzależnienie od medycyny powoduje ignorowanie pozostałych wymiarów starości oraz zanegowanie możliwości poszukiwania istoty naturalnego starzenia się.

Bardzo istotne konsekwencje dotyczą procedur medycznych przedłużających życie, stosowanych w podeszłym wieku. Pojawia się nowy charakter relacji senior–rodzina. Bliscy chorego chcą, aby żył on jak najdłużej i nalegają na podjęcie ryzyka związanego z poddaniem się inwazyjnemu zabiegowi (dializa nerek, zabieg kardiochirurgiczny), pacjent chce zaś uszczęśliwić rodzinę i nie wypada mu odmówić, choć często po zabiegu staje się całkowicie zależny od osób trzecich. Sytuacją szczególną są zabiegi transplantacji u osób starszych, szczególnie gdy dawcą ma być członek rodziny. W tym wypadku odmowa przyjęcia narządu do przeszczepu może być jeszcze trudniejsza i – jak pisze Sharon R. Kaufman – imperatyw technologiczny zamienia się w imperatyw moralny (Kaufman, Shim, Russ, 2004). Zagadnienia te są rozpatrywane także w perspektywie bioetycznej, ale ich społeczne podłoże jest tutaj oczywiste.

6. Podsumowanie

Artykuł nie wyczerpuje wszystkich wątków związanych z konsekwencjami procesu medykalizacji starości. Jest to bowiem zjawisko wielowymiarowe, niejednoznaczne, a także charakteryzujące się pewną odmiennością regionalną wynikającą z polityki zdrowotnej poszczególnych państw i ogólnych uwarunkowań politycz-

no-gospodarczych oraz kulturowych. Warto zaznaczyć, iż zjawisko medykalizacji najczęściej opisywane jest w odniesieniu do tzw. kultury zachodniej, niewiele wiemy o tym, jak wygląda ono w krajach azjatyckich czy arabskich.

W artykule przedstawiono zarys procesu medykalizacji starości, jego najważniejsze przykłady oraz dokonano analizy konsekwencji tego procesu zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym. Istnieje literatura przedmiotu idąca o krok dalej i pokazująca, w jaki sposób należy równoważyć medyczne aspiracje do kontroli życia seniorów z podejmowaniem aktywności w podeszłym wieku. Koncepcja aktywnego starzenia się może być potraktowana jako przejaw demedykalizacji, głównie na poziomie mezo i mikro, niemniej jednak – przy sprzyjających okolicznościach – ma szansę stać się przykładem inicjatywy o charakterze globalnym.

Starość jest naturalnym etapem naszego życia, prowadzącym do nieuniknionej śmierci. Zaawansowana medycyna nie jest w stanie tego zmienić. Kluczem do znalezienia równowagi między aspektami zdrowotnymi a społecznymi, psychologicznymi, ekonomicznymi czy duchowymi starzenia się jest próba precyzyjnego określenia, które procesy są normalne i naturalne, a które należy uznać za zaburzenia starzenia się i poddać je medycznej kontroli. Rosnąca rola pośredników medykalizacji, takich jak przemysł farmaceutyczny, znacznie utrudnia redefinicję i racjonalne podejście do zagadnienia, powodując, iż proces ten ma raczej tendencję do rozrostu niż do kurczenia się.

Bibliografia

- Abraham J. (2010), *Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical, and health dimensions*, „Sociology”, vol. 44, no. 4, s. 603–622, doi: 10.1177/0038038510369368.
- Beard R.L., Estes C.L. (2002), *Medicalization of Aging*, „Encyclopedia of Aging”, MacMillan Press, <http://medicine.jrank.org/pages/1106/Medicalization-Aging.html> [dostęp: 31.08.2016].
- Bielawska-Batorowicz E. (2005a), *Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe*, „Przegląd Menopauzalny”, nr 2, s. 10–18.
- Bielawska-Batorowicz E. (2005b), *Koncepcje menopauzy. Część III – ujęcie psychopatologiczne*, „Przegląd Menopauzalny”, nr 5, s. 24–31.
- Cieślińska I. (2013), *Czy starość jest chorobą? – rozmowa z geriatrą*, „Wysokie Obcasy”, wydanie elektroniczne, 13.02.2013, http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,13321888,Czy_starosc_jest_choroba___rozmowa_z_geriatra.html [dostęp: 27.08.2016].
- Codzienność polskiego seniora: wielolekowość* (2016), „Gazeta Prawna/rynekapteki.pl”, wydanie elektroniczne, 14 marca, <http://www.rynekapteki.pl/farmakologia/codzienosc-polskiego-seniora-wielolekowoosc,12894.html> [dostęp: 28.08.2016].
- Conrad P. (1992), *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, vol. 18, s. 209–232, doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Conrad P., Leiter V. (2004), *Medicalization, Markets and Consumers*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 45, suppl., s. 158–176.

- Conrad P., Mackie T., Mehrotra A. (2010), *Estimating the Costs of Medicalization*, „Social Science and Medicine”, vol. 70, no. 12, s. 1943–1947, doi: 10.1016/j.socscimed.2010.02.019.
- Conrad P., Schneider J.W. (1992), *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.
- Estes C.L., Binney E.A. (1989), *The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas*, „The Gerontologist”, vol. 29, issue 5, s. 587–596, doi: 10.1093/geront/29.5.587.
- Halfmann D. (2011), *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices and Identities*, „Health”, vol. 16(2), s. 186–207, doi: 10.1177/1363459311403947.
- Kaufman S.R., Shim J.K., Russ A.J. (2004), *Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges*, „Gerontologist”, vol. 44(6), s. 731–738.
- Kijak R.J., Szarota Z. (2013), *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Klinger K. (2015), *Demografia jest nieubłagana. Seniorzy drenują budżet NFZ*, dokument elektroniczny, 19 listopada, <http://forsal.pl/artykuly/906412,opieka-zdrowotna-w-polsce-koszty-leczenia-seniorow-budzet-nfz.html> [dostęp: 31.08.2016].
- Kurowska A. (2016), *Demograficzna rewolucja w zdrowiu: Ludzi będzie ubywać, ale wydatki na hospitalizację będą rosnąć. System może tego nie wytrzymać*, dokument elektroniczny, 27 czerwca, <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/955221,demograficzna-rewolucja-w-zdrowiu-ludzi-bedzie-ubywac-ale-wydatki-na-hospitalizacje-beda-rosnac-system-moze-tego-nie-wytrzymac.html> [dostęp: 29.08.2016].
- Larkin M. (2011), *The “medicalization” of aging: what it is, how it harms and what to do about it*, „The Journal on Active Aging”, January/February, s. 28–36.
- Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002), *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, „British Medical Journal”, vol. 324(7342), s. 886–891.
- Nowakowski M., Nowakowska L. (2010), *Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia*, [w:] D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Pieprzyk M., Pieprzyk P. (2012), *Osoby starsze w systemie ochrony zdrowia*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, r. LXXIV, z. 3, s.175–188.
- Poitras G., Meredith L. (2008), *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, „Journal of Business Ethics”, vol. 86, s. 313–325, doi: 10.1007/s10551-008-9849-2.
- Schmidt W.C. (2011), *Medicalization of Aging: The Upside and the Downside*, „Marquette Elder’s Advisor”, vol. 13, issue 1, article 2, s. 55–88.
- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.
- Waggoner M.R., Stults H.D. (2010), *Gender and Medicalization*, „Sociologists for Women in Society” Fact Sheet, Spring, https://www.socwomen.org/wp-content/uploads/2010/05/fact_4-2010-medicalization.pdf [dostęp: 29.08.2016].
- Williams S.J., Martin P., Gabe J. (2011), *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, „Sociology of Health & Illness”, vol. 33, no. 5, s. 710–725, <http://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01320.x>.

Social and Economic Effects of the Medicalization of Old Age and Aging

Abstract: Processes of medicalization touch every area of life, not surprisingly taking into their interest last stages of human life – ageing and dying. Changes in the demographic situation in the developed countries caused rapid growth of the population aged 65+. It generates new challenges in various areas including medical, economic, educating and services. “Silver population” becomes visible, but it is excluded from some parts of life. Visibility of old age may be one of the causes of so-called “gerontophobia”. Ineffectiveness of some institutions dedicated to seniors give place for medicine to take control over ageing processes. The medicalization of old age effects with variety of consequences which will be described in the scope of this article. The first and the second section describe the idea of the medicalization of old age and aging, showing main dimensions and aspects. In the third one, one can find main examples of this process relating to old people. The next section depicts selected examples of health expenditures in Poland and other countries. In the fifth part one finds medical, economic and social consequences of the medicalization of old age. Perceiving old age as a pathology causes raising exclusion of the elderly people; they are labelled and treated stereotypically. In the economic dimension old age seen as a disease creates new costs. Old persons perceived through the lens of their diseases become an easy target for the pharma industry, which generates new consequences. Awareness of those multidimensional relations is needed to effective planning and application of the best suited solutions for seniors.

Keywords: old age, aging, medicalization, costs, social and economic effects

JEL: I10, I18, Z13

	© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY (http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/)
	Received: 2016-09-29; verified: 2017-11-29. Accepted: 2018-01-24