

Alina Dworak*

„ZDROWA” JAKOŚĆ ŻYCIA SENIORÓW – WYZWANIEM DLA PROMOCJI ZDROWIA

Starość wieńczy życie. Jest czasem żniw. Żniw tego, czego się nauczyliśmy, co przeżyliśmy; żniw tego, co zdziałaliśmy, osiągnęliśmy, a także tego, co wycierpieliśmy i wytrzymailiśmy. Jak w końcowej partii wielkiej symfonii, te wielkie tematy współbrzmiają potężnie.

Jan Paweł II (za: Kiliańczyk-Zięba, 2003, s. 194)

Streszczenie. Demograficzne starzenie się ludności, wyrażające się we wzroście w społeczeństwie odsetka ludzi starszych, jest społecznym procesem, pozostającym w kręgu zainteresowań badaczy wielu dziedzin, zarówno medycyny, zdrowia publicznego, psychologii, socjologii, jak polityki społecznej. Przyczyną wzrostu odsetka osób starszych jest wydłużenie czasu trwania życia ludzkiego, z jednoczesnym spadkiem liczby urodzeń. Demograficzne starzenie się ludności Polski przebiega w sposób podobny do starzenia się większości społeczeństw europejskich. Proces starzenia się społeczeństwa to problem całego świata, a wydłużenie czasu trwania życia nie zawsze wiąże się z jego dobrą jakością. Oceniając jakość życia ludzi starszych, należy uwzględnić aspekty związane ze zdrowiem i samopoczuciem oraz funkcjonowaniem społecznym. Osiągnięcie późnego wieku w dobrym zdrowiu wymaga ukierunkowania polityki społecznej nie tylko na wydłużenie życia, lecz także na poprawę jego jakości. Jest to zadanie promocji zdrowia, będącej procesem zmierzającym do zmiany stylu życia osób starszych, zmian w zakresie organizacji opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej dla seniorów, które mają służyć poprawie jakości życia.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, jakość życia, promocja zdrowia.

“Healthy” quality of seniors life – a challenge for health promotion

Summary. Demographic aging of the population, expressed by the increase in the society percentage of elderly people is a social process, which is in the interest of researchers in many fields both medicine, public health, psychology, sociology or social policy. Reason of the increase in the society percent of older people is the extending the duration of human life with a simulta-

* Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Pedagogiki i Psychologii, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 53, alina.dworak@interia.pl

neous decrease in the number of births. Demographic aging of the Polish population, proceed in a similar manner to most European societies. Senile changes are manifested with varying intensity in different periods of human life, causing a progressive reduction of self-reliance, often helplessness. The process of population aging is a problem all over the world, and lengthening the duration of life is not always associated with its quality. Assessing the quality of life of older people we should take into account aspects related to the health and well-being, as well as exponents of social functioning. Reaching old age in good health requires the targeting of social policy not only to extend life, but also to improve its quality. It is also a task for the health promotion of older people, which is the process towards both to change the style of life of older people, as well as changes in the organization of health care and social assistance for the elderly, and to improve the quality of life in the "joy of life".

Keywords: aging, old age, quality of life, health promotion.

Wprowadzenie

Wiek XX, a szczególnie jego koniec, to wiek *człowieka starego* z uwagi na permanentny wzrost w społeczeństwie liczby osób starszych i sędziwych. Starość jako jedna z faz ludzkiej egzystencji budzi zainteresowanie reprezentantów nauk medycznych i społecznych. Marcel Proust zauważył, że „starość jest jednym z tych realnych zjawisk, które jak najdłużej staramy się utrzymać jako pojęcie abstrakcyjne, nie dotyczące nas bezpośrednio” (Szukalski, 2008, s. 180).

Znaczący wzrost długości trwania życia ludzkiego zrodził pewne oczekiwania dotyczące jakości życia (szczególnie w okresie niejako „naddanym” ludziom), starości wolnej od chorób, wywołując tym samym potrzebę sprawdzenia, czy wyobrażenia, związane ze zdrowiem w wieku podeszłym, pokrywają się ze stanem faktycznym. Oczekiwania takie i przeciwstawianie się myśleniu o zdrowiu w kategoriach negatywnych wskaźników (np. o umieralności) skierowały uwagę badaczy w stronę optymistycznych aspektów życia, ze szczególnym uwzględnieniem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, efektami stosowanej opieki medycznej, nakładami i kosztami w stosunku do korzyści zdrowotnych, wynikającymi z medycznej interwencji (Tobiasz-Adamczyk i in., 2004, s. 13).

Proces starzenia się ludności świata nie pozostawia wątpliwości, jednak sam proces starzenia się społeczeństwa w poszczególnych państwach przebiega w różnym tempie. Szacuje się, że do 2050 roku liczba ludzi starszych na świecie wzrośnie do prawie 2 mld. W populacji osób starszych najszybciej rośnie liczba osób najstarszych, w wieku powyżej 80 lat. W 2000 roku żyło 70 mln osób ponad osiemdziesięcioletnich, natomiast szacuje się, że w 2050 roku ich liczba wzrośnie pięciokrotnie. Wśród osób starszych dominują kobiety, ich przewaga liczebna nad mężczyznami rośnie wraz z wiekiem. W Polsce, podobnie jak w większości krajów świata, proces starzenia się ludności wyraźnie zaznaczył się w latach 90. ubiegłego stulecia i nadal obserwuje się jego nasilenie. Zmiany zachodzące w strukturze ludności według wieku i płci, w subpopulacji osób starszych, znajdują odzwierciedlenie we wskaźnikach feminizacji.

Przewaga kobiet w społeczeństwie polskim wynika z wysokiej umieralności mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych. Umieralność obu płci wyrównuje się dopiero w wieku 90–100 lat (Kachaniuk, 2015, s. 359–360).

Według społecznych prognoz, w XXI wieku starość przestanie być kojarzona z chorobą czy niedołatwstwem, gdyż coraz więcej osób starszych, mimo postępującego procesu starzenia, cieszy się dobrym zdrowiem i sprawnością (Kulik i in., 2011, s. 90–95).

Niniejszy tekst jest próbą zwrócenia uwagi społecznej reprezentantów wszystkich kategorii wiekowych na potrzebę kształtowania świadomości i podejmowania celowych i kierunkowych działań edukacyjnych w przedmiotowym zakresie, tak, by obecnie oraz w perspektywie przyszłości jakość życia osób starszych nie była kategorią tylko pożądaną, lecz realną. Ów głos w toczącej się dyskusji społecznie jest podyktowany troską o jakość życia osób w wieku senioralnym oraz troską o jakość życia osób młodych czy w wieku średnim, dla których holistyczna sprawność seniorów będzie warunkowała możliwości realizacji ich życiowych zamierzeń. A zatem świadomość, troska i odpowiedzialność za jakość życia starszych pokoleń powinna dotyczyć całego społeczeństwa, wszystkich instytucji społecznych i środowisk wychowawczych. Celem artykułu przygotowanego na podstawie przeglądu literatury i doniesień badawczych jest pokazanie procesu starzenia się człowieka w kontekście jakości życia (uwarunkowanej stanem zdrowia) oraz konieczności podjęcia działań kompensacyjnych w zakresie ochrony zdrowia, gwarantujących lepszą jakości życia w wieku starszym.

Starzenie się jako naturalny proces życiowy

Rozwój osobniczy człowieka przebiega przez kolejno po sobie następujące etapy życia, które wyróżnili już starożytni uczeni. Posługiwanie się przez badaczy różnymi kryteriami periodyzacji życia ludzkiego przyczyniło się do pewnej umowności podziałów wprowadzonych przez medyków, socjologów, pedagogów, psychologów. Okresem wieńczącym życie jest okres starości, będący następstwem długotrwałych, nieodwracalnych procesów fizjologicznych, zachodzących w żywym organizmie, a nazywanych starzeniem się.

Starzenie się jest zatem naturalnym, trwającym w czasie procesem, którego nie można pominąć, cofnąć czy zatrzymać. Dynamiczny charakter procesu starzenia się jest sprzężony z postępującym upośledzeniem funkcji organizmu i prawdopodobieństwem śmierci. Starość jest okresem wieńczącym życie, etapem w życiu człowieka, który charakteryzuje pewna statyczność. Dotyczy to zarówno wieku metrykalnego, jak i biologicznego. Starzenie się i starość są pojęciami ściśle ze sobą powiązanymi, można je odnosić do jednostek i całych grup społecznych (Kulik i in., 2011, s. 90–95).

Jak pisze Napoleon Wolański, starzejemy się z każdym dniem, a nawet z każdą chwilą od początku istnienia. Przebieg procesu starzenia się jest

uwarunkowany wieloczynnikowo, a formułowane teorie starzenia się uwzględniają działanie różnorodnych mechanizmów i przyczyn, utrwalających na drodze ewolucji ten proces. W procesie starzenia się ma miejsce kumulacja powszechnie występujących u osób w starszym wieku procesów, które stale postępują i są degeneratywne w sensie przeciwnym do doskonalenia się tkanek, narządów i organizmu jako całości. W biologii, mówiąc o procesach starzenia się, uwzględnia się pewne procesy inwolucyjne, przewagę procesów katabolicznych nad anabolicznymi i zmiany o charakterze regresyjnym, które przeważają nad procesami odnowy i regeneracji (Wolański, 2005, s. 497–498). Wśród teorii starzenia się zwracają uwagę: (1) teoria koncentrująca się na wyjaśnieniu przyczyn starzenia się na poziomie biologicznym oraz (2) opisująca proces starzenia się i jego uwarunkowania w wymiarze społecznym, psychologicznym.

Z perspektywy biologicznej starzenie się jest zjawiskiem naturalnym, zachodzącym w obrębie każdego gatunku. Zmiany biologiczne mają charakter wielokierunkowy i zróżnicowany, a poszczególne systemy organizmu starzeją się nierównomiernie. Fizjologiczne starzenie się narządów i układów powoduje zmniejszenie rezerwy funkcjonalnej organizmu, zmiany w funkcjonowaniu psychofizycznym, ze spadkiem odporności immunologicznej, podatnością na stres, mniejszą zdolnością adaptacyjną do zmieniających się warunków otoczenia (Steuden, 2011, s. 32–35). Biologiczne starzenie się cechuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów. Jednoczesne wykorzystanie mechanizmów kompensacyjnych umożliwia zachowanie homeostazy, a tym samym zachowanie życia (Kawula, 2004, s. 552). W miarę postępującego starzenia się organizmu spada liczba podziałów komórkowych, a wiele komórek przechodzi w stadium postmitotyczne. Tkanka nerwowa najważniejsza dla rozwoju, podobnie jak serce i mięśnie szkieletowe, przechodzi stadium postmitotyczne już we wczesnym dzieciństwie. Jednym z głównych objawów starzenia się jest ubytek wody w organizmie, która u dorosłego człowieka stanowi 65% masy ciała, a u człowieka starszego tylko 55%. Z ubytkiem wody wiąże się pojęcie uwiędnięcia starczego, a powstające „luki” wypełnia tkanka łączna, czego efektem jest zmniejszenie ciała i jego marszczenie (Sygit, 2010, s. 190). Charakterystyczne zmiany w wyglądzie zewnętrznym człowieka starszego uwidaczniają się w szczególności na twarzy, która traci wcześniejszą gładkość, staje się wiotka, pomarszczona, pokryta zmarszczkami i bruzdami. Zmiany starcze zachodzą także w narządach zmysłów, następuje zmniejszenie ostrości słuchu i pogorszenie wzroku. Starzenie się ośrodkowego układu nerwowego skutkuje zmniejszeniem szybkości przewodzenia i osłabieniem funkcji nerwowych, następuje opóźnienie czasu reakcji, osłabienie czucia i zmniejsza się zdolność do wykonywania ruchów precyzyjnych. Charakterystyczny sposób poruszania się osób starszych jest wynikiem zmian starczych w układzie mięśniowym, kośćcu. Łatwiej dochodzi do złamań, a mniejsza zdolność regeneracyjna spowalnia procesy gojenia. Wiek wpływa także na funkcję układu pokarmowego, następuje utrata łaknienia, zanik dziąseł i zmniejszenie

wydzielania się śliny. Zmniejsza się motoryka jelit, wydzielanie soków trawiennych, a spadek liczby komórek powierzchni wchłaniania w jelicie cienkim doprowadza do zaburzeń tego procesu. Spadek aktywności gruczołów wewnętrznych wydzielania skutkuje zmniejszeniem produkcji przez przysadkę mózgową somatotropiny, hormonu stymulującego syntezę białka i podział komórek. Spadek poziomu hormonów kory nadnerczy skutkuje spowolnieniem procesów adaptacyjnych (Kachaniuk, 2015, s. 361–364).

Jednak nie wszystkie parametry obniżają się w miarę starzenia się. Temperatura ciała, równowaga kwasowo-zasadowa, stężenie elektrolitów w surowicy krwi nie ulegają zmianie do późnej starości. Przyczyną stałości tych parametrów jest fakt, że organizm dla utrzymania się przy życiu musi zachować homeostazę. Zachowanie homeostazy, mimo wygasania wielu funkcji organizmu, jest możliwe na skutek wykorzystania mechanizmów kompensacyjnych, które mają jednak swoje granice. Równowaga jest coraz mniej trwała i wraz z postępującym procesem starzenia się możliwości adaptacyjne wyczerpują się. A zatem proces starzenia się polega na stopniowym zmniejszaniu się zdolności utrzymania homeostazy, z jednoczesnym stopniowym zwiększaniem się prawdopodobieństwa śmierci. Labilna w pierwszej fazie życia homeostaza szybko ulega stabilizacji i dopiero w okresie starości ponownie staje się mniej stabilna, prowadząc do śmierci. A zatem najistotniejszą cechą procesu starzenia się jest obniżanie się zdolności utrzymania homeostazy (Pędich, 2001, s. 916).

Obserwowane u większości starszych osób obniżenie sprawności w zakresie różnych funkcji i narządów nie ma charakteru patologicznego, o ile pozwala na samodzielne zaspokajanie potrzeb typowych dla tego okresu życia (Steuden, 2011, s. 32). Zmiany starcze manifestują się z różnym nasileniem w różnym okresie życia, powodując stopniowe ograniczenie samodzielności. Osłabienie funkcji organizmu i zmiany w jego budowie wpływają często na pozycję człowieka w społeczeństwie i jego przystosowanie do środowiska. Pojawiają się także utrudnienia w zakresie podstawowych i złożonych czynności dnia codziennego (Szewczyczak i in., 2012, s. 96–100; Kachaniuk, 2015, s. 36–35). Starość pozostaje wypadkową wcześniejszych lat życia, a niedostatek aktywności fizycznej, bierność i brak celów życiowych oraz proces inwolucji starczej przyspieszają jej nadejście. Długość życia i tempo starzenia się są uwarunkowane wieloczynnikowo i wskazują na zróżnicowanie, zarówno indywidualne, jak i populacyjne (Zielińska-Więczkowska i in., 2008, s. 131–136). Wpływ na przedwczesne starzenie się mogą wywierać także czynniki działające przez krótki czas, wśród których należy wymienić ilościowe i jakościowe niedobory pokarmowe, przeciążenia fizyczne, szkodliwości zawodowe czy urazy psychiczne. Długowieczność i starzenie się warunkują czynniki środowiskowe, a wśród nich czynniki klimatyczne i ekologiczne (Pędich, 2001, s. 919–920).

Starzenie się organizmu to nie tylko skomplikowany proces biologiczny, lecz także społeczny i psychologiczny. Pomimo faktu, że istnieje wiele teorii wyjaśniających ten proces, nie ma jednego bezspornego poglądu, który by wyjaśniał jego przyczyny. Organizm w trakcie rozwoju osobniczego podlega ciągłym

zmianom, których przejawem jest wzrost, rozwój i starzenie się. Starzenie się jest procesem wprowadzającym nieodwracalne zmiany we wszystkich obszarach funkcjonowania człowieka: biologicznej, psychicznej i społecznej. Do wyjaśnienia zjawiska starzenia się konieczne jest poznanie jego uwarunkowań genetycznych, biologicznych i społeczno-środowiskowych.

Zdrowie jako istotny determinant jakości życia w starości

Pojęcia zdrowia i jakości życia są coraz częściej tematem dyskursu w literaturze z zakresu medycyny, psychologii, socjologii czy pedagogiki. Mają wiele wspólnych cech, są wieloznaczne, istotne dla życia człowieka. Obecna w literaturze przedmiotu wielość definicji zdrowia i jakości życia pozwala wnioskować, że są one definiowane i interpretowane w zależności od kontekstu; nie tylko w perspektywie naukowej, lecz także społecznej. Próby zdefiniowania pojęcia zdrowia mają tak długą historię, jak historyczna obecność człowieka.

Zdrowie jest pojęciem złożonym, a ze względu na wieloaspektową problematykę znajduje się w centrum zainteresowania teoretyków i praktyków wielu dyscyplin naukowych. Do najbardziej znanych profesjonalnych definicji zdrowia należy dziś klasyczna definicja, zamieszczona w 1948 roku w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która utożsamia zdrowie ze stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie z brakiem choroby czy kalectwa (Słońska, Misiuna, 1993, s. 46). Dokument „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” definiuje zdrowie jako stan pełnej sprawności (fizycznej, psychicznej i społecznej), potwierdzony subiektywnie i obiektywnie badaniami lekarskimi (Banaszkiewicz, 2008, s. 11). Współczesne holistyczne podejście do zdrowia wywodzi się z koncepcji holizmu, który odnosi się do kierunków filozoficznych, poglądów i metod wyjaśniających zjawiska w sposób całościowy. Podejście holistyczne można rozpatrywać w dwóch aspektach: systemowego postrzegania świata, w którym zdrowie człowieka ujmowane jest w kontekście i w powiązaniu ze środowiskiem oraz z perspektywy jednostki. Nawiązuje ono do definicji zdrowia WHO, akcentującej kategorię dobrostanu i dobrego samopoczucia w trzech komponentach: fizycznym, psychicznym i społecznym (Woynarowska, 2007, s. 27–30).

Pojęcie zdrowia w odniesieniu do osób starszych nabiera szczególnego znaczenia, zarówno w analizie stanu zdrowia poszczególnych osób, jak i w całej kategorii wiekowej, zakładając znaczne ograniczenia wynikające z naturalnego procesu starzenia się i postępujących wraz z wiekiem zmian fizjologicznych, prowadzących często do znacznych dysfunkcji (Tobiasz-Adamczyk i in., 2004, s. 12). Zdrowie człowieka w okresie starości zależy od inwestycji w zasoby dla zdrowia we wcześniejszych latach życia, z uwzględnieniem prozdrowotnego stylu życia (Woynarowska, 2007, s. 221).

Zdrowie stanowi jeden z najważniejszych czynników determinujących jakość życia w „jesieni życia”. W 1985 roku w strategii WHO *Health for All* („Zdrowie

dla Wszystkich”) zapisano: dodać „lat do życia”, co oznacza żyć dłużej i dodać „życia do lat”, czyli cieszyć się dłuższym życiem w zdrowiu (Woyrnarowska, 2007, s. 221). Na gruncie gerontologii pojęcie jakości życia rozwinęło się w latach 70. XX wieku i utożsamiane jest z dobrostanem psychicznym, poczuciem własnej wartości, satysfakcją z życia, poczuciem zadowolenia. Jest także wyrazem przynależności do grupy społecznej i poczuciem bycia potrzebnym innym ludziom. Poczucie własnej wartości i satysfakcji z życia są stabilne i długotrwałe i dotyczą stanu aktualnego i przeszłego, natomiast poczucie zadowolenia i związane z nim emocje odzwierciedlają krótkotrwałe stany subiektywnego dobrostanu (Steuden, 2011, s. 164). Pojęcie jakości życia, uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQOL) zostało wprowadzone na grunt nauk medycznych w 1990 roku i zostało zdefiniowane jako funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta i obejmowało cztery obszary: stan fizyczny i sprawność ruchową; stan psychiczny; sytuację społeczną; warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne (Szewczyk i in., 2012, s. 96–100). Gerontologiczne ujęcie jakości życia odwołuje się do kompleksowej oceny stanu zdrowia, określenia ogólnego standardu życia i pozycji człowieka w społeczeństwie. Ocena jakości życia osób starszych ma charakter wieloczynnikowy, opiera się na subiektywnych odczuciach i wynika ze zmian w zakresie statusu wyznaczonego stanem zdrowia, finansów, wycofaniem się z uprzednich aktywności, utratą bliskich, ograniczeniem kontaktów międzyludzkich oraz utratą niezależności (Szarota, 2010, s. 78).

Wzrost zainteresowania w ciągu ostatnich lat jakością życia uwarunkowaną zmianami stanu zdrowia wynika z przyjęcia modelu medycyny holistycznej, zakładającej kompleksowe podejście do człowieka i dążenie już nie tylko do wydłużenia życia w sensie biologicznym, lecz także poprawę jego jakości. HRQOL powinna uwzględniać: możliwości funkcjonalne człowieka, związane z zaspokajaniem podstawowych potrzeb dnia codziennego, udział w życiu społecznym, podejmowanie lub kontynuowanie nowych ról społecznych, sprawność intelektualną, sposób postrzegania własnej sytuacji życiowej, poziom satysfakcji z życia, poziom samopoczucia, a także objawy chorobowe i kondycję fizyczną, wynikającą z wieku i z procesów chorobowych (Uchmanowicz, 2013, s. 266–270).

Głównym miernikiem jakości życia jest szeroko rozumiany dobrostan (*well-being*), będący rezultatem dokonywanej oceny własnego zdrowia fizycznego i psychicznego. Samopoczucie pacjenta ma bowiem znaczący wpływ na proces leczenia, stosowanie się do wskazań lekarskich, zmianę stylu życia czy podejmowanie zachowań prozdrowotnych (Szewczyk i in., 2012, s. 96–100). Poczucie jakości życia zmienia doświadczenie choroby. To, jak wpływa ona na poczucie jakości życia, zależy od czynników wewnętrznych (odporność organizmu, cechy osobowościowe) i czynników zewnętrznych (w szczególności sytuacja rodzinna, ekonomiczna, otrzymywane wsparcie) oraz istoty samej choroby, którą można analizować z perspektywy jej stadium, nasilenia objawów chorobowych, czasu trwania (Brzezińska i in., 2016, s. 341). Jednym

z czynników wpływających na stopień oceny jakości życia osób w wieku podeszłym jest sprawność funkcjonalna, która u seniorów definiowana jest jako zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych, a jej miernikiem jest stopień niezależności i samodzielności w środowisku zamieszkania (Tobiasz-Adamczyk, 2002, s. 23–28).

Poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii Europejskiej, w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania, umożliwia Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*)¹, przeprowadzane cyklicznie co pięć lat w krajach Wspólnoty. EHIS jest badaniem subiektywnym, którego przedmiot stanowią wiedza i opinie respondentów na temat własnego zdrowia. Jak wynika z ostatniego badania tego rodzaju, aktualna samoocena stanu zdrowia starszych mieszkańców Polski nieznacznie się polepszyła w ciągu ostatnich pięciu lat, zwłaszcza w grupie sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków. W grupach tych wzrósł o ponad sześć punktów procentowych odsetek osób oceniających swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre, niestety, pogorszyły się oceny stanu zdrowia w grupie najstarszych seniorów. 43% osób starszych ocenia swoje zdrowie jako takie sobie, ani dobre ani złe, 29% ocenia je jako złe i bardzo złe, a tylko 28% – jako bardzo dobre i dobre. Występowanie chorób przewlekłych i dolegliwości (bez względu na czas ich trwania) zadeklarowała większość starszych osób. Tylko co dziewiąta starsza osoba stwierdziła brak takich problemów. Najczęstszą zdrowotną dolegliwością starszych Polaków jest nadciśnienie tętnicze, które wymieniała ponad połowa ankietowanych, 40% skarżyło się na występowanie bólów dolnej partii pleców i chorobę zwyrodnieniową stawów, 29% zgłaszało dolegliwości bólowe szyi lub środkowej części pleców oraz chorobę wieńcową, która występowała u co czwartej starszej osoby. Na cukrzycę choruje 18% ankietowanych Polaków w starszym wieku. Przewlekłe choroby lub dolegliwości częściej zgłaszają kobiety niż mężczyźni. Z informacji pozyskanych w badaniu EHIS wynika, że co trzecia osoba w wieku 65 lat i więcej ma trudności z codzienną samoobsługą, a największe problemy sprawia kładzenie się i wstawanie z łóżka, siadanie i wstawanie z krzesła, kąpiel lub mycie się pod prysznicem oraz rozbieranie się i ubieranie. Ankietowani zgłaszają ponadto trudności w robieniu codziennych zakupów, wykonywaniu lżejszych prac domowych, załatwianiu spraw administracyjnych czy finansowych. Warto nadmienić, że 28% deklarujących ograniczenia w prowadzeniu gospodarstwa domowego nie otrzymuje żadnej pomocy i musi radzić sobie sama. Wraz z wiekiem następuje medykalizacja potrzeb, przejawiająca się m.in. wzrostem zapotrzebowania na usługi

¹ EHIS to kluczowe narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia, obejmującego stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej. GUS już czterokrotnie przeprowadził reprezentatywne ankietowe badanie zdrowia ludności Polski (w 1996, 2004, 2009 i w IV kwartale 2014 roku) jako Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia.

medyczne, co można tłumaczyć wzrostem zachorowalności na choroby charakterystyczne dla populacji osób starszych. Z powodu złego stanu zdrowia osoby starsze wymagają często kompleksowej opieki medycznej. Analizując przywołane wyniki badania zdrowia osób starszych można stwierdzić, że stosunkowo często poddają się podstawowym badaniom profilaktycznym. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed terminem badania EHIS blisko 84% ludzi starszych miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia tętniczego krwi, a badanie poziomu cholesterolu oraz cukru we krwi wykonało ponad 70% ogólnej populacji ludzi starszych. Te podstawowe badania stosunkowo częściej wykonywane były przez sędziwe osoby, częściej też wykonywały je kobiety niż mężczyźni. Nie znajdują realnego oddźwięku w grupie osób starszych wskazania do wykonania corocznych szczepień przeciwko grypie. Tylko co dziesiąta osoba poddała się temu szczepieniu w ciągu ostatnich dwóch lat (*Zdrowie osób starszych*).

Obok aspektów biologiczno-medycznych, istotnym wyzwaniem dla jakości życia jest trwająca przez całe życie edukacja. Sprawny umysł opóźnia proces biopsychospołecznego starzenia się. Według doniesień badawczych, ważnym predykatorem jakości życia jest wykształcenie. Zdecydowana większość wyników badań potwierdza, że wyższy poziom wykształcenia sprzyja lepszej jakości życia. Uświadomiona potrzeba rozwoju dla wielu stwarza perspektywę użyteczności i spełnienia, zapobiega jakże niepożądaney w okresie starości społecznej izolacji, kształtuje pozytywne wyobrażenie o starości, zapobiega tym samym marginalizacji. Kreując obraz własnej starości, jednostka może zwalczać negatywne stereotypy. Dobrą adaptację do starości warunkuje dobry stan zdrowia, aktywność, pogoda ducha, dobry stan umysłu, otwartość na kontakty, szczerłość, pozytywna samoocena i poczucie satysfakcji z życia (Zielińska-Więczkowska i in., 2008, s. 131–136).

Odczucie jakości życia jest modyfikowane w czasie całego życia człowieka, a zainteresowanie tą problematyką we współczesnym świecie wzrasta, w szczególności w odniesieniu do subpopulacji ludzi starszych. W ocenie jakości życia seniorów konieczne jest uwzględnienie wielu aspektów, związanych ze zdrowiem, samopoczuciem fizycznym, psychicznym, a będących jednocześnie wykładnikami społecznego funkcjonowania. Uzyskane informacje są odzwierciedleniem poczucia szczęścia, wizji samego siebie, radzenia sobie ze zmianami i ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu. Stan zdrowia implikuje samodzielność, sprawność, możliwość utrzymywania kontaktów z otoczeniem. Jakość życia seniorów pozostaje w ścisłej zależności ze zdrowiem. Towarzyszące fizjologicznemu procesowi starzenia się niedomagania i problemy zdrowotne modyfikują w znacznym stopniu jakość życia. Pośród wielu komponentów kreujących jakość życia, zdrowie pozostaje kluczowym aspektem, jego stan bowiem warunkuje możliwości realizacji różnorodnych potrzeb. Tym samym deficyty zdrowotne skutkują deficytami funkcjonalnymi, a przy ograniczonym dostępie do publicznej opieki zdrowotnej – także deficytami materialnymi i społecznymi.

Jakość życia w starości wyzwaniem dla promocji zdrowia

Zmiany demograficzne i cywilizacyjne, potwierdzające w większości krajów rozwiniętych gwałtowny wzrost w społeczeństwie populacji osób w wieku senioralnym stały się wyzwaniem dla promocji zdrowia wśród osób starszych. Wyznaczone przez WHO w strategii „Zdrowie dla Wszystkich” zadania promocji zdrowia wśród osób starszych skupiły się wokół niwelowania różnic dotyczących stanu zdrowia poprzez aktywizację osób starszych, czyli dodawania „życia do lat”, a także obniżanie występującej chorobowości i redukcję niepełnosprawności poprzez dodawania „lat do życia”. Zakładając, że promocja zdrowia jest procesem towarzyszącym człowiekowi w każdym etapie rozwoju, promocja zdrowia seniorów powinna być kontynuacją wcześniej podejmowanych działań, z jednoczesnym uwzględnieniem specyfiki wieku starszego w wymiarze biologicznym, psychicznym i społecznym (Tobiasz-Adamczyk, 2009, s. 157–158).

Promocja zdrowia seniorów wiąże się z działaniami podejmowanymi w celu utrzymania zdrowia i zapobiegania chorobie we wcześniejszych okresach życia. W geriatrici stanowi ona tylko jeden z wielu etapów podejmowania działań prozdrowotnych. W odniesieniu do osób starszych, podobnie jak w przypadku całej populacji, składa się z takich elementów, jak: ochrona zdrowia, edukacja zdrowotna i profilaktyka. Zasadniczym celem działań w tym obszarze jest utrzymywanie osób w wieku podeszłym w dobrym zdrowiu fizycznym, psychicznym oraz takim stanie czynnościowym, który zapewni im samodzielne funkcjonowanie w środowisku. A zatem promocja zdrowia osób starszych powinna dotyczyć wszystkich aspektów starzenia się i mieć charakter holistyczny (Kędziora-Kornatowska, 2010, s. 216).

Definiując na początku lat 90. ubiegłego stulecia cele promocji zdrowia wśród osób starszych, zwrócono uwagę na uwarunkowane stanem zdrowia jej zróżnicowane zadania. Uwzględniono trzy kategorie osób starszych:

- 1) charakteryzujące się dobrym stanem zdrowia;
- 2) ze specyficznymi potrzebami;
- 3) przewlekle chore i niepełnosprawne.

Dla każdej z tych kategorii zostały wypracowane odmienne strategie promocji zdrowia, z nastawieniem na utrzymanie sprawności funkcjonalnej, podtrzymanie lub wzmocnienie umiejętności wykonywania czynności w zakresie samoopieki, stymulowanie społecznych relacji, zapewniając tym samym wsparcie społeczne. Wskazane jest prowadzenie programów prozdrowotnych, podtrzymujących dotychczasową kondycję zdrowotną, z dostosowaniem istniejących zasobów do zgłaszanych przez osoby starsze potrzeb, z jednoczesną możliwością podejmowania działań interwencyjnych, szkoleń w zakresie umiejętności związanych z samoopieką, tworzeniem grup samopomocowych. W przypadku osób przewlekle chorych lub niepełnosprawnych programy promocji zdrowia powinny uwzględniać organizację całodobowej opieki nad osobami starszymi w miejscu ich zamieszkania, poprawę warunków mieszkaniowych

(dostosowanie ich do potrzeb wieku starszego), a także wspieranie systemu opieki nad osobami w wieku starszym i działaniami na rzecz aktywizacji osób starszych, pensjonariuszy instytucji opiekuńczych (Tobiasz-Adamczyk, 2009, s. 158).

Podstawowym założeniem promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej jest stworzenie podstaw samodzielnego rozwoju, praca dla zdrowia, czyli proces tworzenia możliwości, skoncentrowany na umożliwieniu ludziom dokonywania wyborów. Wymaga to eliminacji kwestia przeszkód i zapewnienia warunków, gwarantujących osiągnięcie założonych wcześniej celów (Pike, Forster, 1998, s. 158). Działania promujące zdrowie osób powyżej 60 roku życia powinny być prowadzone przez specjalistów różnych dziedzin i skierowane przeciw ograniczeniom towarzyskim, fiskalnym, ekonomicznym, na poziomie indywidualnym i lokalnym. Holistyczna promocja zdrowia obejmuje fizyczne i psychiczne aspekty zdrowia, uwzględniając preferowane przez społeczeństwo potrzeby, zainteresowania, wartości. Akceptacja osób starszych przez środowisko ich życia przyczynia się do pozytywnego postrzegania samych siebie, daje jednocześnie osobie starszej poczucie pewności siebie, siłę do kontrolowania swojego życia, podążania drogą rozwoju i samorealizacji (Pike, Forster, 1998, s. 172–173).

Poza koniecznością bezpośredniego zwrócenia uwagi na problemy starzejącego się społeczeństwa i diagnozowania sytuacji życiowej starszych osób istnieje potrzeba edukowania młodych pokoleń w aspekcie przygotowania i wychowania do starości. Konieczne jest poszerzenie badań naukowych z zakresu gerontologii, profilaktyki gerontologicznej i geragogiki, dyscypliny gerontologiczno-pedagogicznej, często określanej mianem edukacji gerontologicznej lub pedagogiki starzenia się i starości. Punktem wyjścia koncepcji praktycznych w gerontologii powinna być odpowiedź na pytanie o miejsce człowieka starego w społeczeństwie i jego rolę we współtworzeniu teraźniejszości (Ostrzyżek, 2014, s. 702–704).

W działaniach na rzecz promocji zdrowia nie może zabraknąć edukacji zdrowotnej. W wersji klasycznej polega ona na modyfikowaniu determinantów zachowań indywidualnych, którymi są wiedza, świadomość, przekonania, postawy, umiejętności i poczucie samoskuteczności. Osiągnięcie pozytywnych rezultatów wymaga zmiany norm społecznych, budowania społecznego wsparcia i eliminacji materialnych przeszkód. Należy ustalić, które z tych czynników wymagają modyfikacji, co z kolei stwarza konieczność przeprowadzenia odpowiednich badań i analiz pod kątem wybranej teorii zmiany zachowań (Cianciara, 2010, s. 104–105).

Skuteczność promocji zdrowia zależy od wieloaspektowych programów, z uwzględnieniem fizycznych, psychicznych i społecznych potrzeb seniorów. Aktywizowanie powinno być podejmowane na różnych poziomach, co zwiększa efektywność programu. Podczas planowania programu konieczne jest wyznaczenie miejsca jego realizacji oraz uwzględnienie rejonów (dzielnic) o najstarszej strukturze wiekowej i wykorzystania istniejącego zaplecza. Tworzenie

wieloaspektowego programu promocji zdrowia seniorów wymaga interdyscyplinarnego zespołu (lekarze geriatry, pielęgniarki, dietetycy, fizjoterapeuci, psycholodzy, socjolodzy, pedagodzy zdrowia, wolontariusze, opiekunowie i asystenci osób starszych). W działaniach tych nie można pominąć osób i instytucji wspierających program, a wśród nich władz lokalnych, organizacji porządowych, instytucji finansujących (Woźniak i in., 2009, s. 459–464).

Dobra jakość życia w jesieni życia wymaga rozwiązań wielosystemowych, zmierzających do wykorzystania potencjału starzenia się społeczeństwa XXI wieku. Bezpieczną starość gwarantuje udział osób starszych w życiu społeczeństwa na zasadzie pełnego i aktywnego ich uczestnictwa w życiu gospodarczym, społecznym, politycznym. Zagwarantowanie osobom starszym pełnych praw obywatelskich wymaga likwidacji dyskryminacji ze względu na wiek. Ważna jest możliwość indywidualnego rozwoju poprzez uczestnictwo w ogólnodostępnych formach ustawicznego kształcenia, kontynuacja aktywności zawodowej z uwzględnieniem możliwości psychofizycznych seniorów (w postaci pracy zarobkowej lub w charakterze wolontariuszy). Dobra jakość życia wymaga dobrego zdrowia, a tym samym stworzenia takiego systemu opieki zdrowotnej (z opracowaniem standardów opieki geriatrycznej), który zaspokajałby potrzeby starzejącego się człowieka.

W promowaniu zdrowia i dobrego samopoczucia ludzi starszych istotne jest docenianie przez społeczeństwo atrybutów starości. Bogactwo gromadzonych przez całe życie doświadczeń, umiejętności i wiedzy stanowi cenne źródło informacji. Warunkiem skutecznej promocji zdrowia, adresowanej do osób starszych, jest tworzenie programów adekwatnych do potrzeb grupy odbiorców. Istotny jest etap projektowania programu, poprzedzony głęboką analizą populacji odbiorców, z uwzględnieniem czynników socjologicznych, epidemiologicznych, stanu zdrowia oraz innych zasobów, jakimi dysponuje grupa docelowa. Działania z zakresu promocji zdrowia mają służyć jako wsparcie dla pełnego sukcesów wieku starszego, z możliwością aktywnego funkcjonowania społecznego, realizacją osobistych zainteresowań, dążeń i celów.

Zakończenie

Jak wynika z danych socjogeograficznych, osoby starsze stanowią grupę o specyficznych cechach i potrzebach. W nowoczesnym, zmodernizowanym społeczeństwie rola i pozycja człowieka w okresie starości zmienia się nieustannie, generując potrzebę modyfikacji działań edukacyjnych i kompensacyjnych. Naturalne procesy biologiczne, charakterystyczne dla okresu starzenia się, implikują zmiany w sferze psychicznego i społecznego funkcjonowania, przejawiające się obniżeniem poczucia własnej wartości i rezygnacją z podejmowania działań kompensacyjnych. Wiek senioralny – to istotne ograniczenie ról społecznych. Przejście na emeryturę zmienia warunki życia i generuje często osamotnienie, izolację społeczną, złą sytuacją materialną, nieumiejętność

wykorzystania czasu wolnego, a w konsekwencji – nudę i monotonię, często pogarszające sytuację zdrowotną seniora.

Działania kompensacyjne w okresie starości powinny mieć charakter holistyczny i dotyczyć wszystkich aspektów starzenia się. Pojawiające się problemy zdrowotne wymagają zastosowania działań profilaktycznych, stąd ludzie starsi są głównymi konsumentami świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej. Potrzeba udzielania wsparcia emocjonalnego, dającego poczucie satysfakcji z życia i poczucie kontroli nad własnym życiem jest czynnikiem dobrze rokującym na ostatnie lata życia. W podejmowaniu działań na rzecz poprawy jakości życia w jego jesieni nie może zabraknąć rodziny i kręgu najbliższych, których zadaniem czy powinnością jest pomoc starszym członkom rodziny w utrzymaniu dobrej kondycji psychofizycznej, pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, w tym tych związanych z samoopieką, pielęgnacją, leczeniem, prozdrowotnym stylem życia. Świadomość realiów związanych z wiekiem, dobrze rozwijająca się samopomoc, zmiana i modyfikacja często niewłaściwego stylu życia, uczestnictwo w różnych formach aktywności społecznej ułatwiają osobie starszej adaptację i akceptację nowych warunków życia.

Bibliografia

- Banaszkiewicz M., 2008, *Zdrowie jako wartość*, [w:] A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz (red.), *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy wdrożeń*, t. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 11–14.
- Brzezińska A. I., Appelt K., Ziółkowska B., 2016, *Psychologia rozwoju człowieka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Cianciarą D., 2010, *Zarys współczesnej promocji zdrowia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Kachaniuk H., 2015, *Opieka nad zdrowiem osób starszych*, [w:] T. B. Kulig, A. Pacian (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 359–372.
- Kawula S., 2004, *Pedagogika społeczna wobec człowieka starego*, [w:] S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualności – perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 551–564.
- Kędziora-Kornatowska K., 2010, *Promocja zdrowia w geriatryi*, [w:] A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz (red.), *Promocja zdrowia w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa*, t. 2, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 215–219.
- Kiliańczyk-Zięba J., 2003, *Jan Paweł II. Autobiografia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kulik T. B., Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żotnierzuk-Kieliszek D., Pacian J., 2011, *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 2 (17), s. 90–95.
- Ostrzyżek A., 2014, *Starość jako etap ontogenezy*, „Hygeia Public Health”, nr 4 (49), s. 702–704.
- Pędich W., 2001, *Starość*, [w:] W. S. Gumułka, W. Rewerski (red.), *Encyklopedia zdrowia*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 914–931.
- Pike S., Forster D., 1998, *Podejście do promocji zdrowia pod kątem cyklu życia*, [w:] S. Pike, D. Forster (red.), *Promocja zdrowia dla wszystkich*, przeł. U. Gąsowska, R. Giszczak, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 172–173.
- Słońska Z., Misiuna M., 1993, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Narodowy Program Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sygit M., 2010, *Zdrowie publiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer Business, Warszawa.

- Szarota Z., 2010, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Szewczyk M., Stachowska M., Talarz D., 2012, *Ocena jakości życia w wieku podeszłym*, „Nowiny Lekarskie”, nr 1 (81), s. 96–100.
- Szukalski P., 2008, *Ageizm – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, [w:] J. T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 153–184.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2002, *Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w starszym wieku na podstawie 12-letniej obserwacji*, „Gerontologia Polska”, nr 1 (10), s. 23–28.
- Tobiasz-Adamczyk B., 2009, *Promocja zdrowia wśród osób w starszym wieku*, [w:] H. Woryna-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w praktyce psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 157–165.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., 2004, *Spoleczne uwarunkowanie jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Uchmanowicz I., 2013, *Jakość życia zależna od zdrowia (HRQOL) u chorych na cukrzycę – metody pomiaru*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 8 (21), s. 266–270.
- Wolański N., 2005, *Rozwój biologiczny człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wojnarowska B., 2007, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., 2009, *Promocja zdrowia osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly – wypracowanie oparte-go na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 4 (90), s. 459–464.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., 2008, *Starość jako wyzwanie*, „Gerontologia Polska”, nr 3 (16), s. 131–136.

Netografia

Zdrowie osób starszych w Polsce w świetle badań statystyki publicznej, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html> (dostęp: 25.11.2016).