

## Współczesne uwarunkowania potrzeby i możliwości aktywności osób starszych

Słowa kluczowe; starość, uwarunkowania, potrzeby, możliwość, aktywność

### 1. Wprowadzenie

Czy jesteśmy przygotowani do starości? Czy akceptujemy upływający czas?

Pragnienie nieśmiertelności i tęsknota za wieczną młodością, a równocześnie świadomość nieuchronności procesów starzenia i śmierci, pasjonowały ludzi od zarania dziejów. Cyceron w swoim traktacie o starości, pochodzącym z I wieku przed naszą erą, pisał: *Kiedy się zastanawiam nad starością, cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddala nas ona od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierci* [Bromley, 1994].

Czym jest starość?

„Czasem mówi się o niej jako o *jesieni życia*, przez analogię do pór roku, następujących kolejno po sobie w życiu przyrody. Widzimy, jak w ciągu roku zmienia się otaczający nas świat, gdy patrzymy na góry i równiny, pola i doliny, lasy, rośliny i drzewa. Istnieje bliskie podobieństwo między rytmami biologicznymi człowieka a cyklami życia przyrody, której i on jest częścią”. Tymi słowami Jan Paweł II w 1999r. zwracał się w liście do „swoich Braci i Sióstr w wieku podeszłym”.

Jednak zbyt wolno starość przestaje być tematem tabu we współczesnym społeczeństwie. Mądrość i doświadczenie człowieka sędziwego, którą szanowali starożytni filozofowie i politycy, postmodernistyczny świat zmienił na zacofanie, nieprzystosowanie, nieadekwatność. Taki stereotyp panujący w społeczeństwie jest niebezpieczny dla ludzi starych, którzy niejednokrotnie degradują się społecznie, ograniczają swoje potrzeby tak, aby dopasować się do schematu i odnaleźć w powszechnie uznanym i akceptowanym obrazie starości.

Wiek metrykalny, czyli przeżyte lata, to tylko jeden z mierników starości. Prócz niego wyróżniamy wiek

demograficzny, społeczny, psychiczny, ekonomiczny i prawny. Wiek biologiczny to określenie ogólnej sprawności i zmian, które zachodzą w organizmie. Istnieją dwie koncepcje genetycznego procesu starzenia. Pierwsza jest wpisana w nasz kod genetyczny i po prostu realizowana, druga uruchamia się poprzez zaburzenia lub uszkodzenia aparatu genetycznego. W potocznym przekazie funkcjonuje określenie, że człowiek starzeje się od momentu narodzin, niemniej jednak pierwsze zmiany czynności fizjologicznych zachodzą po 40. roku życia i mają charakter ciągły. Między 40. a 50. rokiem życia zmniejsza się ciężar bezwzględny wszystkich czynnościowo ważnych tkanek: mózgu, serca, płuc, mięśni i kośćca. Przeciętnie po 67. roku życia następuje znaczne obniżenie czynności mózgu, jeszcze silniej zaznaczone po 74. roku życia. Czynność serca jest ograniczona w czasie wzmożonego wysiłku. Obniża się też efektywność systemu odpornościowego. W miarę upływu lat ulega pogorszeniu sprawność motoryczna. Zmienia się sylwetka ciała, jego sposób stania i poruszania się.

Broomley [1994] określa: *Późna starość to okres, w którym ogólne warunki biologiczne tworzą predyspozycje dla śmierci człowieka*.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa zmieniają się jego potrzeby zdrowotne. W wieku podeszłym wzrasta rozpowszechnienie chorób przewlekłych oraz pojawiają się liczne dysfunkcje narządów zmysłu (głuchota, jaskra, zaćma) powodujące pogarszanie się funkcjonowania społecznego.

Do najczęściej występujących chorób wieku podeszłego zaliczamy; choroby układu sercowo-naczyniowego, układu ruchu, choroby naczyń mózgowych, choroby mózgu i choroby psychiczne, nowotwory, przewlekłe zapalenia z zaostrzeniami, choroby układu oddechowego, zaburzenia wzroku i słuchu, choroby układu moczowo-płciowego,

przewodu pokarmowego i metaboliczne a także geriatryczny zespół jatrogenny [Maniecka-Bryła, 2004].

Wielość i złożoność problemów zdrowotnych wymienionych powyżej wskazują, iż człowiek w wieku podeszłym należy do najtrudniejszych i najdroższych pacjentów w systemie opieki zdrowotnej także z powodu złożoności problemów socjoekonomicznych, zdrowotnych i psychospołecznych, występujących w trakcie opieki nad nim. Starość towarzyszy bowiem wielochorobowość. Znaczna część chorób przebiega w sposób skryty z powodu upośledzenia termoregulacji, słabszego odczucia bólu, gorszej pamięci.

Dla człowieka starszego, najważniejszą kwestią psychospołeczną gwarantującą dobre samopoczucie, jest zachowanie niezależności. Świadomość dużych obciążeń opiekuńczych przekraczających wydolność rodziny, spowodowanych niesprawnością, przy zachowanej ocenie własnego stanu zdrowia sprawia, że osoby starsze często same podejmują decyzję o pobycie w zakładzie opieki poza swoim domem.

Wiek psychiczny ocenia się na podstawie badań funkcji intelektualnych, sprawności zmysłów czy zdolności przystosowawczych jednostki.

*Starzenie się w aspekcie psychologicznym, oznacza śledzenie zmian z wiekiem w zakresie uczenia się i zapamiętywania, myślenia i umiejętności rozwiązywania problemów, motywacji i emocji. Jednym słowem oznacza to interesowanie się zjawiskami tworzącymi osobowość człowieka* [Bromley, 1994].

Zmiany osobowościowe towarzyszą nam przez całe życie a człowiek w nurcie tych przemian nabywa zarówno cech pozytywnych, jak i negatywnych. Na starość niektóre z nich się nasilają.

„Do najbardziej typowych można zaliczyć stopniowe zacieśnianie się zainteresowań własną osobą i sprawami osobistymi, osłabienie procesów analizy i syntezy, osłabienie zdolności tworzenia nowych związków czasowych i odruchów warunkowych, kostnienie poglądów i niezdolność do ich modyfikacji, oschłość uczuciowa wobec bodźców, które w młodości znalazłyby żywy oddźwięk, a jednocześnie łatwość rozrzewniania się i narastania poczucia niepotrzebności” [Maniecka-Bryła, 2004].

Zmiany, które zachodzą w psychice człowieka starego, są uwarunkowane czynnikami zarówno zewnętrznymi, jak i wewnętrznymi. Zależą od osobowości danej jednostki, jej przeżyć, osobistych doświadczeń życiowych, ale także od społeczności, w jakiej żyje. Zastanawiając się, jak wiek może wpłynąć na zmiany

w osobowości człowieka, należy wziąć pod uwagę wszystkie te czynniki. Najczęściej badanymi i wymienianymi teoriami są teoria aktywności i wyłączenia się lub wycofania [Sułowska, 1989].

*Wycofanie się z życia jest procesem, który ma charakter świadomego wysiłku ludzi starych, aby swą zmniejszoną energię i możliwości skierować na mniejszą liczbę, ale ważniejszych czynności i uchylać się od żądań, którym nie można sprostać lub, których nie chcą wypełniać* [Coni, Davison, 1994]. Teoria ta zakłada systematyczne ograniczanie kontaktów społecznych. Może to wynikać z chęci usunięcia się w cień lub z braku koncepcji na dalsze życie.

Teoria wyłączenia utrzymuje, że ludzie odsuwają się od osoby starszej w takim samym stopniu, jak ona odsuwa się od nich. Początkiem tego procesu może być przejście na emeryturę, czyli całkowite wycofanie się z pracy zarobkowej, co wiąże się z poczuciem nieprzydatności, odsunięcia, odizolowania i zawężenia się interakcji społecznych.

Dotkliwiej odczuwają ten proces mężczyźni, ponieważ wiąże się to z przekonaniem, iż praca zarobkowa jest wyznacznikiem wartości mężczyzny. Od tego zależy jego pozycja w rodzinie i społeczeństwie. Jest to oczywiście stereotyp rozpatrywany pod kątem tradycyjnego pojmowania płci.

Kobiety z chwilą przejścia na emeryturę są bardziej kreatywne. W całym swoim życiu kolejno wchodzą w rolę córki, żony, matki, babci i starają się brać w nim czynny udział. Obowiązki związane z życiem rodzinnym pozwalają zniwelować kobietom poczucie nieprzydatności i osamotnienia po utracie pracy.

Nie wszyscy jednak są zrozpaczeni przejściem na emeryturę, są tacy, którzy chętnie odpoczywają, rozwijają swoje zainteresowania, podróżują. Wszystko to zależy jednak od indywidualności każdego człowieka. Naukowcy doszli do wniosku, że można przewidzieć sposób starzenia się człowieka, jeżeli znamy daną osobę w wieku średnim. Osoby starsze, tak jak ludzie młodzi, będą poszukiwały takich form aktywności, które odpowiadają ich hierarchii wartości i ich obrazowi samego siebie [Halik, 2002].

Z analizy badań demograficznych, biorąc pod uwagę sytuację zdrowotną społeczeństwa, należy zauważyć powolny, ale systematyczny wzrost populacji osób w podeszłym wieku.

Polska zalicza się do krajów, w których obserwujemy zjawisko starzenia się społeczeństwa. Rosnąca liczba osób w wieku poprodukcyjnym, coraz dłużej żyjąca, w związku z ciągłym rozwojem medycyny, to prawie

sześciomilionowa populacja starszych osób. Zjawisko to pogłębia się z roku na rok, a za 30 lat próg starości (65 lat) będzie miał za sobą, co czwarty Polak [GUS, 2004].

W Polsce obserwowane już w latach 1990. zmniejszanie się umieralności, co w pozytywny sposób wpływa na długość trwania życia Polaków. W stosunku do 1990 r. trwanie życia mężczyzny w 2003 roku wydłużyło się o 4 lata, zaś kobiet o 3,4 roku, wciąż jednak w porównaniu z krajami Europy Zachodniej wiek dożywania Polaków jest niższy o 4-5 lat dla kobiet i około 6-7 lat dla mężczyzn. Nadal utrzymuje się duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet – ponad 8 lat, podczas gdy średnia europejska wynosi 5-6 lat [GUS, 2004].

Sytuacja zdrowotna Polaków jest gorsza w porównaniu z mieszkańcami krajów UE. Wskaźnikiem uwzględniającym ten fakt jest wskaźnik syntetyczny przeciętnej długości trwania życia przeżytego w zdrowiu. Wskaźnik ten został oszacowany przez Biuro Światowe WHO w Genewie dla lat 2000 i 2001 dla wszystkich krajów. Z Raportu WHO wynika, że obecnie Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 64,3 lat (62,1 mężczyźni i 66,6 lat kobiety) a więc o około 6,1 lat krócej niż mieszkańcy krajów UE, przy czym różnica w stosunku do najdłużej żyjących w zdrowiu mieszkańców Szwecji wynosi 7,5 roku w stosunku do mieszkańców Portugalii, których pozycja w Unii jest pod tym względem najgorsza – niespełna dwa i pół roku.

Zgodnie z przewidywaniami, okres po 2020 roku będzie charakteryzował się gwałtownym starzeniem się ludności. Znaczny przyrost nastąpi w najstarszych grupach wieku. Liczba osób w wieku 85 lat i więcej, która obecnie wynosi niespełna 320 tys. (0,8 %), wzrośnie do 2010 r. o 50 % i osiągnie pół miliona (1,3 %), a w 2030 r. prawie 800 tysięcy (2,2 %). Populacja powyżej 65. roku życia, która obecnie liczy niewiele ponad 4 miliony (11,2%), zgodnie z przyjętymi szacunkami w roku 2030 będzie liczyć około 8 milionów (22,6 %) [GUS, 2004].

Miejmy nadzieję, że nie dojdzie do spełnienia tych prognoz o gwałtownym starzeniu populacji; jednak aby przygotować się do takiej ewentualności, należy zająć się zmianą świadomości społeczeństwa, co wymaga upowszechniania wiedzy na temat starości, osvajania społeczeństwa z jej problemami i potrzebami. Należy już teraz, przygotowywać do myślenia o starości dzisiejszych 40-50-latków.

Jest to duże wyzwanie dla polityki społecznej państwa.

Zwiększenie zainteresowania naukowców ostatnim okresem życia jest sygnałem optymistycznym. W Warszawie w Ministerstwie Zdrowia pod koniec 2005 r. odbyła się pod patronatem Światowej Organizacji Zdrowia, Konferencja stawiająca sobie za cel opracowanie Narodowego Programu Promocji Zdrowego Starzenia. W Katowicach w marcu 2006 r. odbyła się, zorganizowana przez lekarzy geriatrów, Ogólnopolska Konferencja Naukowa poświęcona zaspakajaniu potrzeb starzejących się ludzi.

Zagadnienia poruszane podczas obrad wskazują na konieczność weryfikowania dotychczasowych poglądów na problemy osób starszych. Wszyscy zainteresowani sprawami starości zdajemy sobie sprawę, że nie można jej rozpatrywać tylko aspekcie jednym aspekcie np. biologicznym. Nie mniej ważny jest aspekt psychologiczny i społeczny, na który położono nacisk w Narodowym Programie Promocji Zdrowego Starzenia, a oto niektóre z nich:

Kształtowanie w społeczeństwie przekonania o znaczeniu zdrowego stylu życia w dzieciństwie, dojrzewaniu i dojrzałości jako warunków prowadzących do zdrowej starości;

Kształtowanie w społeczeństwie przekonania, że troska o ludzi starszych jest zarówno obowiązkiem moralnym, jak i ważnym obowiązkiem społecznym, promowanie solidarności międzypokoleniowej;

Promocja zachowań prozdrowotnych, pobudzanie aktywności społecznej do działań na rzecz własnego zdrowia (np. utrzymanie umysłowej i fizycznej aktywności, prawidłowe odżywianie, prewencja otyłości, unikanie używek, badania profilaktyczne, szczepienia ochronne);

Edukacja społeczna, podkreślająca znaczenie zabezpieczenia środków finansowych na okres emerytalny, tzw. orientacja na starość;

Aktywizacja osób starych poprzez różne formy aktywności społecznej, np. poprzez działania Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

## **2. Badania**

Przedstawię wyniki badania przeprowadzonego na „małej grupie” 2005 r. podczas spotkań w jednym z Klubów Seniorów w Warszawie. Badaniem objęto 28 stałych uczestników spotkań klubowych. W pełnym badaniu zadano 32 pytania, do tego wystąpienia przedstawię odpowiedzi respondentów na pytania, które mają związek z tematem referatu.

Kolejność przedstawionych pytań jest umowna.

W odpowiedzi na pytanie 1. respondenci wypowiadali się na temat zmian, jakie zachodzą w środowisku lokalnym - **Czy dostrzegają takie zmiany i jakie to zmiany?**

27 ankietowanych stwierdziło, iż dużo się zmieniło w ich miejscu zamieszkania w ciągu ostatnich dziesięciu lat. Spośród ankietowanych starszych osób tylko 1 nie zauważyła takich zmian. Żadna z badanych osób nie wybrała odpowiedzi „nie wiem”, która oznaczałaby brak zainteresowania zmianami w środowisku lokalnym

Pytanie 2. dotyczyło zmian zachodzących w kraju i brzmiało: **Czy w opinii respondentów takie zmiany zaszły w ostatnich dziesięciu latach, a jeśli tak, to jakie to zmiany?** 26 badanych twierdząco odpowiedziało, że dużo się zmieniło w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu; takich zmian nie dostrzegło 2 osoby.

W odpowiedziach na pytanie 3; **Jakie zmiany w naszym kraju dostrzega Pan/Pani najczęściej?**, respondenci mówili o problemach społecznych, tj.: bezrobociu, biedzie, trudnym dostępie do leczenia, wzroście przestępczości, spadku liczby urodzeń, starzeniu się społeczeństwa, braku czasu na wychowanie dzieci, spadku religijności. Kolejną kategorię, do której można zaliczyć najczęściej wybierane odpowiedzi, możemy nazwać umownie „problemami ludzi starszych”; takich jak brak pieniędzy, coraz mniejsze emerytury, złe warunki mieszkalne, brak poszanowania ludzi starszych, szczególnie przez młodzież, ogólny brak życzliwości w stosunku do najstarszych członków społeczeństwa. Wśród zauważonych zmian znalazły się również zmiany polityczne, np. wejście Polski do UE, pluralizm partii politycznych, zmiana ustroju państwa, skorumpowanie władzy, określanie elity rządzącej jako samolubnej, egoistycznej, nastawionej jedynie na własny zysk. Próba oceny zmian po 1989 r. przybrała często w wypowiedziach postać utartych sloganów, np. „wszystko można teraz kupić, ale nie ma za co”, „Polacy nie dorośli do wolności” lub „wszystko się zmieniło”. Respondenci wskazywali również na większy dostęp do informacji w środkach masowego przekazu.

W odpowiedzi na pytanie 4: „**Czy uważa się Pan/Pani za osobę aktywną fizycznie?**”, respondenci dokonywali oceny własnej sprawności fizycznej. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 13 osób. Odpowiedzi stopniującej „raczej tak” udzieliło 10 respondentów,

zaś „raczej nie” 3 osoby biorące udział w badaniu. Nikt nie wybrał odpowiedzi przeczącej, uznając się tym samym za osobę całkowicie nieaktywną fizycznie.

Kolejna grupa pytań dotyczyła zagadnienia aktywności intelektualnej ludzi w starszym wieku. Ankietowani odpowiadali na pytania dotyczące czynności pobudzających intelekt, tj. czytanie gazet, książek czy rozwiązywanie krzyżówek.

W odpowiedzi na pytanie 5: **czy czytają książki?**, ankietowani odpowiadali następująco; 19 osób badanych przyznała, że czyta książki, 9 odpowiedziała negatywnie stwierdzając, iż nie czyta książek wcale. Na pytanie 6; **jak często ogląda Pan/Pani telewizję?**, mimo czterech możliwych wariantów odpowiedzi („kilka razy w miesiącu, raz w tygodniu, kilka razy w tygodniu, codziennie”) wszystkie osoby badane wybrały odpowiedź „codziennie”. Do tego wariantu odpowiedzi dodane zostało pytanie: Przez ile godzin? Odpowiedzi obejmowały czas od 2 do 6 godzin poświęconych na oglądanie telewizji.

Odpowiedź na pytanie 7: **Jak ocenił/a by Pan/Pani stosunki ze swoją rodziną?** Wszyscy respondenci wskazali na dobre i bardzo dobre kontakty z bliższą i dalszą rodziną. Nikt z badanych nie ocenił swoich kontaktów z rodziną jako złe i niezadowolające.

W pytaniu 8. zapytano; **Czy i w jaki sposób Pan/Pani pomaga innym ludziom?** W odpowiedzi 26 respondentów potwierdziło, iż pomaga innym ludziom, 2 przyznało, iż takiej pomocy nie udziela. Codziennie lub często (kilka razy w tygodniu) pomaga innym 20 osób, a rzadko 6 osób.

Odpowiedź na pytanie 9: **Jak często odwiedza Pan/Pani Klub Złotego Wieku?** Dwoje respondentów przyznało, że przychodzi do klubu codziennie, 19 przychodzi kilka razy w tygodniu, 7 badanych przychodzi na spotkania kilka razy w miesiącu.

Pytanie 10. miało na celu **ocenę poziomu własnych dochodów**. Tylko 3 ankietowanych stwierdziło, iż suma, jaką dysponują, wystarcza im na życie bez szczególnych ograniczeń. Największa liczba ankietowanych (12) odpowiedziała, iż otrzymywane przez nich dochody wystarczają na skromne życie, zaś 10 uznało, że uzyskiwane dochody wystarczają na bardzo skromne życie. Dwie osoby spośród 28 badanych uznało, iż dotrzymywane przez nich dochody nie wystarczają im na życie

W odpowiedziach na pytanie 11; **powody dla których Pan/Pani odwiedzają „Klub Złotego Wieku”**, można przytoczyć podane przez respondentów cztery grupy;

przyjemność płynąca z rozmowy z innymi ludźmi, rozrywka, powiększający się krąg towarzyski, miło spędzony czas, radość przebywania z innymi ludźmi, gra w karty;  
zajęcia ruchowe, gimnastykę, tańce i prywatki organizowane przez klubowiczów, możliwość poznania partnera życiowego;  
wymiana poglądów, możliwość przeczytania najświeższej prasy, wymiana informacji tj. przepisy kulinarne, informacje o okazjach cenowych w sklepach;  
zmniejszenie poczucia osamotnienia, powód by wyjść z domu, poczucie przydatności, możliwość pomagania innym ludziom oraz w razie potrzeby uzyskiwania pomocy od innych.

### 3. Podsumowanie

Przedstawiony powyżej fragment badań prowadzonych na niewielkiej grupie respondentów może być wstępem do rozważań na temat aktywności osób starszych uczestniczących w zorganizowanych formach aktywności.

Zagadnienia dotyczące aktywności osób starszych będą przez wiele lat interesować badaczy i poruszać działaczy polityki społecznej. To jest absolutna konieczność, bowiem stale rosnąca liczebność populacji starzejącej się stawiać będzie wyzwania; zarówno dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu polityki społecznej.

W ochronie zdrowia należy uwzględnić; konieczność kształcenia specjalistycznego dla lekarzy gerontologów, lekarzy POZ, personelu średniego, a także zmiany charakteru placówek opieki długoterminowej.

Niepokojący jest wskazywany przez wielu ludzi starszych (także objętych ww. badaniem) niski poziom dochodów (renty, emerytury) niejednokrotnie determinujący nie tylko podejmowanie aktywności, ale i utrudniający codzienne funkcjonowanie (opłaty związane z utrzymaniem mieszkania, wyżywienie, leki).

W kontekście szeroko rozumianej polityki społecznej uwzględnić należy perspektywiczne zmiany w populacji osób starszych. Za 20-30 lat w tej grupie społecznej będzie dużo wyższa liczba osób z wyższym wykształceniem, z większą świadomością dotyczącą zdrowia i własnych możliwości aktywnego udziału w życiu społecznym. Uwzględniając fakt wpływu

poziomu wykształcenia na długość i jakość życia, można liczyć na to, że w populacji osób starszych perspektywnie wzrośnie zapotrzebowanie na czynne formy wypoczynku, wzrosną także potrzeby kulturalne. Do tych zmieniających się potrzeb należy zatem dostosować charakter działań planowanych w szeroko rozumianej polityce społecznej.

### Literatura

- Bromley B. D., 1994, *Psychologia starzenia się*, Warszawa, PWN  
Coni N., Davison W., Webster S. 1994, *Starzenie się*. Warszawa PWN,  
Maniecka-Bryła I., 2004, *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczny*. „Gerontologia Polska”  
Susułowska M., 1989, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa  
Halik J. (red.), 2002, *Starzy Ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. ISP, Warszawa  
GUS (Główny Urząd Statystyczny), 2004, *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna*, ZWS GUS, Warszawa