



Anna Gawęł
Maria Marta Urlińska

Zdrowie a jakość życia w starości. Konteksty socjopedagogiczne

Słowa kluczowe: starzenie się, starość, zdrowie, jakość życia

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

HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN OLD AGE. SOCIAL AND PEDAGOGICAL CONTEXT

Abstract: Polish demographic forecasts appear a picture of an aging population, which translates into serious social consequences. The process of aging is conditioned by many factors and a key role in this process is played by the psycho-social factors, lifestyle and health. Conceptualization of the idea of quality of life which is used in the social and medical sciences, both in its subjective and objective dimension, are essentially derived from the understanding of the phenomenon of health and its determinants. So, it could be argued that health deficiencies which are based on advances in physiological aging and increase in the level of morbidity in this lifetime, have significant influence over the quality of life of old people. Among the personal and environmental resources for health and quality of life of old people particular importance should be attributed to their activity, which is treated as an essential component of lifestyle, and to their experience of social support. In this context, the application of idea of health promotion, which is related not only with senior's health education but also is connected with the strategies referring to the social determinants of health and quality of life, poses a challenge for pedagogic practice focus on the seniors. In our opinion, the promotion of health should be an important part of education in old age – aimed at triggering the health potential of aged man by shaping its motivation and competences to undertake widely understood activity. What is more, it is important to focus on the education to old age, which means taking into account the development of young people's healthy lifestyle as a resource for health in old age and shaping stereotypes

of old age which are appropriate to the reality. The last idea is education for the elderly – aimed at encouraging and motivating young people to make the effort to prepare for working with old people.

Wprowadzenie

Średnia długość życia na świecie od okresu średniowiecza systematycznie wzrasta. W latach 1950–2000 liczba osób powyżej 60. roku życia wzrosła trzykrotnie (Szarota, 2010, s. 7–11). Prognozuje się, że odsetek ludzi starych na świecie w 2050 roku zwiększy się z obecnych 19% do 35%, przy czym zmaleje również odsetek dzieci z obecnych 33% do 22%¹. Zgodnie z prognozami Eurostatu w Unii Europejskiej w 2060 roku na jedną osobę powyżej 65. roku życia będą przypadać tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym, co będzie znacznym obniżeniem w porównaniu z proporcją z 2008 roku, która wynosiła 1:4.² Zgodnie z tymi przewidywaniami liczba ludności Europy w wieku produkcyjnym znacznie systematycznie spadać, zaś liczba osób powyżej 60. roku życia będzie rosła o około 2 miliony osób rocznie. Wzrośnie również odsetek osób w wieku powyżej 80. roku życia z obecnego 3–5% do 11–14%. Ponadto średni wiek mieszkańców Europy zwiększy się z 40,4 lat w 2008 roku do 47,9 lat w roku 2060. Proces starzenia się widoczny w prognozach dotyczy wszystkich krajów europejskich, a tylko w sześciu z nich przewiduje się wzrost liczby osób powyżej 65. roku życia nie wyższy niż o 10 punktów procentowych. W odniesieniu do krajów Europy Środkowej prognozowany jest największy wzrost odsetka osób starszych w 2060 w Słowacji (o 24 punkty procentowe) i w Polsce (o 23 punkty procentowe), a najmniejszy w Austrii (o 12 punktów procentowych)³.

Na podstawie danych krajowych pochodzących z przeprowadzanych spisów powszechnych można stwierdzić, że istotny wzrost liczby osób starszych w Polsce notowany jest od 1960 roku. Do 2002 roku liczba osób powyżej 80. roku życia wzrosła czterokrotnie z 200 tysięcy do 827 tysięcy. Według szacunków Głównego Urzędu Statystycznego w latach 2000–2009 przyrost osób w wieku poprodukcyjnym wynosił około 60 tysięcy osób rocznie. W czerwcu 2010 roku odsetek osób w wieku emerytalnym wynosił 16,5% a ich liczba osiągnęła niemal 6 milionów 400 tysięcy osób. Jakkolwiek po gwałtownym spadku liczby osób w wieku produkcyjnym w latach 2010–2020 oczekuje się chwilowego zahamowania procesów starzenia się „zasobów pracy” (udział osób w wieku 50–64 lat ustabilizuje się na poziomie 21–22%), to jednocześnie zmniejszy się znacząco udział osób najmłodszych w strukturze demograficznej Polski (z 41% do 34%). Prognozuje się, że w 2035 roku liczba seniorów w Polsce będzie bliska 9,6 mln, co stanowić będzie 26,7%

¹ <http://bip.stat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

² <http://www.senat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

³ <http://bip.stat.gov.pl>, stan z dnia 11.01.2016.

ogółu ludności (Makuch, Moroń, 2011, s. 53). Z przedstawionych danych i prognoz demograficznych Polski wyłania się więc obraz społeczeństwa starzejącego się, co przekłada się na poważne społeczne konsekwencje.

Przebieg procesu starzenia się warunkuje wiele czynników, spośród których najbardziej kluczową rolę odgrywają czynniki socjodemograficzne (wiek, wykształcenie, stan cywilny), styl życia (aktywność ruchowa, sposób odżywiania się, uzależnienia) oraz determinanty zdrowotne (biografia zdrowotna jednostki, jakość świadczenia usług medycznych). Równie istotne są czynniki psychospołeczne, takie jak postawa wobec starości, aktywność społeczna, satysfakcja z własnego życia czy pozostanie osobą niezależną (por. Steuden, 2014, s. 42). Wymienione czynniki determinują zarazem jakość życia seniorów i ich rodzin, a wśród jej wyznaczników, zarówno w ujęciu subiektywnym, jak i obiektywnym, szczególną pozycję zajmuje zdrowie.

Punkt wyjścia niniejszych rozważań stanowi uznanie, że jakość życia seniorów jest modyfikowana skalą doświadczanych przez nich problemów zdrowotnych, które z jednej strony wynikają z postępu fizjologicznych procesów starzenia się, z drugiej natomiast wiążą się z konsekwencjami zdrowotnymi realizowanego od okresu młodości stylu życia. Przyjmując, że promocja zdrowia stanowi ważny punkt odniesienia w salutogenetycznym wzmacnianiu potencjałów zdrowia, a tym samym kształtowania jakości życia, pragniemy wykazać, że powinna ona stanowić nieodłączny element oddziaływań edukacyjnych adresowanych do człowieka w całym cyklu życia.

Proces starzenia się w kontekście założeń współczesnej koncepcji zdrowia

Zapis genetyczny zapewnia nam możliwość przeżycia około 120 lat, co w połączeniu z powszechnie przyjmowanym chronologicznym progiem starzenia się oznacza, że starość jako faza życia może być najdłuższym okresem w rozwoju ontogenetycznym jednostki⁴. Tak jak i we wcześniejszych fazach życia, zjawiskiem nieodłącznie towarzyszącym starzeniu się i starości jest fenomen zdrowia, a odwołanie się do koncepcji ujmowania go w sposób holistyczny, systemowy i salutogenetyczny pozwala ukierunkować dyskurs nad tą fazą cyklu życia na jej powiązania z procesami zdrowia i choroby oraz na warunkujące jej przebieg zasoby i deficyty.

We współczesnych ujęciach zdrowia w naukach społecznych za punkt wyjścia przyjmuje się, że człowiek jest istotą biopsychospołeczną, toteż jego zdrowie konstytuują powiązane ze sobą systemowo wymiary – fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy (por. Gawęł, 2014, s. 11). Takie wielowymiarowe ujęcie zdrowia nawiązuje do preambuły Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, w której zdrowie jest utożsamiane z fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanem (*well-being*), a nie tylko z brakiem choroby czy

⁴ Istota zawartej w tym stwierdzeniu dozy relatywizmu polega na tym, że nie każdemu dane jest dożyć wieku odpowiadającego chronologicznemu progowi starzenia się z powodu przedwczesnej śmierci.

niedomagania⁵. Zgodnie z tak pojętą ideą holizmu stan somatyczny naszego organizmu pozostaje w istotnych, wzajemnych relacjach z tym, jak funkcjonujemy w sferze psychospołecznej i w wymiarze duchowym.

Wzajemne wpływy poszczególnych wymiarów zdrowia na ogólny poziom dobrostanu człowieka mogą jednakże przybierać kształt zarówno dodatnich, jak też ujemnych zależności (Heszen, 2005). Są one widoczne w sposób szczególny w okresie starzenia się i starości. Z jednej bowiem strony z racji tego, że w proces starzenia są wpisane spontaniczne, stopniowe i nieodwracalne zmiany w zakresie biologicznych struktur i funkcji organizmu, efektem ich nieuchronności jest postęp niekorzystnych zjawisk w wielu obszarach psychiki starzejącego się człowieka oraz w jego funkcjonowaniu na płaszczyźnie społecznej. Jednocześnie jednak znamioną cechą tej fazy życia jest proces rozbudowywania zdrowia psychicznego i duchowego (zwłaszcza w obszarze religijności), który uwydatnia się szczególnie wyraźnie w sytuacji choroby i w obliczu zbliżającej się śmierci (Heszen-Niejodek, 2003; Heszen, Sęk, 2007, s. 73). Mamy tu zatem do czynienia z sytuacją, w której niedostatki dobrostanu wynikające z doświadczania somatycznych przejawów starzenia się są w pewnym przynajmniej stopniu rekompensowane rozwojem transcendentnych wymiarów egzystencji starzejącego się człowieka.

Holistyczne ujmowanie zdrowia dopełniane jest współcześnie podejściem salutogenetycznym nawiązującym do teorii salutogenezy A. Antonovsky'ego (Antonovsky, 1995). Zdrowie jest tu traktowane jako proces przemieszczania się jednostki na jednowymiarowym kontinuum zawartym między idealnym zdrowiem a poważną chorobą; przyjmuje się także, że przebieg tegoż procesu jest warunkowany obecnością podmiotowych (wewnętrznych) i środowiskowych zasobów zdrowotnych. W takim ujęciu zdrowie nie jest stanem statycznym, a jego procesualny charakter umożliwia podejmowanie działań ukierunkowanych na poprawę dzięki wykorzystywaniu czynników/zasobów służących procesom adaptacji do fizycznych, biologicznych i psychologicznych obciążeń zakłócających równowagę zdrowotną. Taka perspektywa procesualnego ujęcia zdrowia ma w odniesieniu do starzenia się wyraźną specyfikę.

Po pierwsze, pozycja starzejącego się człowieka na kontinuum zdrowie–choroba zależy w zasadniczym stopniu od tego, z jakim potencjałem zdrowia wchodzi on w etap starości. Może przecież cieszyć się wówczas dobrym zdrowiem, ale może być i tak, że już u progu starości doświadcza nasilonych w różnym stopniu dolegliwości związanych z wcześniejszą biografią zdrowotną, przewlekłej choroby czy niepełnosprawności, która ogranicza jego fizyczną i/lub psychiczną sprawność i samodzielność. Po drugie zaś, omawianą fazę życia cechuje nieuchronność zmian inwolucyjnych, przy czym różna może być ich dynamika, a wywoływane przez nie efekty mogą mieć różne nasilenie. Starzeniu się może również towarzyszyć znamienne zwiększenie chorobowości (związane chociaż-

⁵ Preambuła ta została przyjęta na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia w Nowym Jorku w roku 1946.

by z występowaniem tzw. chorób wieku podeszłego)⁶ i związany z nią wzrost śmiertelności (Duda, 2012). Prawidłowości te znalazły swoje odzwierciedlenie w biomedycznie zorientowanej koncepcji trzech torów starzenia się, określanych jako zdrowe starzenie się (*healthy ageing*), którego przebieg odpowiada fizjologii zmian w starzejącym się organizmie, zwykłe starzenie się (z ukrytą patologią) oraz chorobowe starzenie się (Rowe, Kahn, 1997). Jakkolwiek więc pozycja seniora na kontinuum zdrowie–choroba jest indywidualnie niezwykle zróżnicowana⁷, to można zasadnie twierdzić, że w okresie starzenia się zbliżanie się ku biegunowi choroby i wieńczącej ją śmierci ma w stosunku do wcześniejszych etapów życia zdecydowanie większą dynamikę.

Salutogenetyczna perspektywa pozyskiwania zdrowia wydaje się być cennym punktem wyjścia dyskursu nad zdrowiem człowieka w starości, gdy odwołamy się do ogłoszonej we wczesnych latach 80. ubiegłego wieku koncepcji wieloczynnikowych uwarunkowań zdrowia (LaLonde, 1974). Uwzględniając stosowaną w naukach społecznych zasadę demedycyzacji zdrowia warto w tym miejscu zwrócić uwagę na te jego determinanty, które w istotny sposób kształtują poziom fizycznego i psychospołecznego dobrostanu starzejącego się człowieka, a zarazem mieszczą się w zasięgu możliwości pozamedycznego wspierania seniora w jego radzeniu sobie z problemami starości. Są nimi mianowicie styl życia, wyrażający się specyfiką podejmowanych przez człowieka zachowań związanych ze zdrowiem, oraz środowisko życia. Środowiskowe uwarunkowania zdrowia należy przy tym ujmować bardzo szeroko, biorąc pod uwagę, że na poziom fizycznego i psychospołecznego dobrostanu wpływają zarówno czynniki środowiska przyrodniczego i fizycznego, jak również klimat społeczny panujący w miejscu codziennego bytowania seniora oraz społeczno-kulturowe, materialne i ekonomiczne warunki jego życia.

Jak powszechnie wiadomo, w naszym kraju szczególnie te ostatnie stanowią ważną determinantę zdrowia ludzi starych, którzy niejednokrotnie są zmuszeni do życia w warunkach ograniczonego wyboru zarówno w zakresie dóbr służących zdrowiu somatycznemu, jak i stylu życia zapewniającego zadowalający poziom ogólnego dobrostanu. Nierówności społeczne można zatem uznać za jedną z podstawowych przyczyn nierówności w zdrowiu seniorów. W omawianym kontekście zasadne jest twierdzenie, że salutogenetyczne kształtowanie zdrowia człowieka w ostatniej fazie jego życia jest związane nie

⁶ U 80–85% osób po 60. r.ż. można zauważyć występowanie przynajmniej jednej choroby, 30% osób cierpi z powodu słabszego słuchu, a 20% z powodu pogarszającego się wzroku. W tym wieku zwiększone jest także ryzyko wystąpienia chorób psychicznych, ponieważ gorsze funkcjonowanie biologiczne przyczynia się do słabszego funkcjonowania psychospołecznego (por. Straś-Romanowska, 2006).

⁷ Należy tu dodać, że heterogeniczność procesu starzenia się jest szczególnie wyraźna we wczesnej fazie starości (datowanej na lata od 65. do 75–80. roku życia), zwanej też wiekiem trzecim, po którym fizjologicznie uwarunkowane zmiany inwolucyjne zrównują u zdecydowanej większości seniorów poziom biologicznego funkcjonowania organizmu. Nie zmienia to jednak faktu, że w wielu przypadkach także w latach następujących po 75–80. roku życia wiek kalendarzowy (chronologiczny, metrykalny) seniorów nie pokrywa się z ich wiekiem biologicznym, psychologicznym czy też społecznym.

tylko z poziomem i dostępnością opieki zdrowotnej, ale wymaga również wsparcia ze strony pozamedycznych sektorów działalności społecznej.

Zdrowie seniora jako wyznacznik jakości jego życia

Już na początek należy zauważyć, że nasze codzienne doświadczenie wskazuje na wyraźne powiązania zdrowia z jakością życia, toteż niedostatki zdrowia wynikające z postępu fizjologicznych procesów starzenia się i zwiększonej w tym okresie życia chorobowości będą w zasadniczy sposób modyfikować jakość życia seniorów. Analiza tych powiązań na gruncie nauk medycznych i społecznych wskazuje, że stosowane w nich konceptualizacje pojęcia jakości życia są w zasadzie pochodną sposobu rozumienia fenomenu zdrowia i jego uwarunkowań.

W medycynie pojęcie jakości życia zaistniało na kanwie poszukiwań narzędzi diagnostycznych umożliwiających dokonywanie oceny funkcjonowania pacjentów cierpiących na określone schorzenia oraz funkcjonalnych efektów stosowanej terapii. Obok wypracowanych w takiej metodologii skal pomiaru jakości życia w różnych stanach chorobowych, w naukach medycznych funkcjonuje też pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*Health Related Quality of Life* – HRQOL). W jego operacjonalizacji są uwzględniane kliniczne, psychologiczne i społeczne aspekty zdrowia jako dobrostanu w obszarze fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania człowieka oraz przyjęto, że doświadczanie tegoż dobrostanu jest warunkowane środowiskowym kontekstem jego codziennego życia (The WHOQOL Group, 1999; Okła, Steuden, 2007; Kowalik, 2007).

Szeroką podbudowę teoretyczną pojęcia jakości życia spotykamy w naukach społecznych. Zasadniczo panuje tu zgodność, że jakość życia obejmuje wzajemnie na siebie oddziałujące czynniki obiektywne i subiektywne. Przyjmuje się przy tym, że te pierwsze są istotnymi wyznacznikami subiektywnego wymiaru jakości życia, określanego też mianem poczucia jakości życia, związanego z dokonywaną przez człowieka waluacją poszczególnych sfer jego życia i życia jako całości (Sęk, 1993; Heszen, Sęk, 2007, s. 57; Gawęł, 2013).

Zagłębienie się w treść powyższego ujęcia wskazuje, że każda z wymienionych perspektyw oglądu jakości życia ma wyraźne powiązania ze zdrowiem. W odniesieniu do wymiaru obiektywnego, utożsamianego z poziomem życia, znajdujemy je po pierwsze w tym, że składające się na niego materialne, ekonomiczne i społeczno-kulturowe warunki życia są też traktowane, w myśl założeń współczesnej koncepcji zdrowia, jako znaczące determinanty zdrowotnego dobrostanu. Po drugie zaś, wśród wyróżnianych przez badaczy wyznaczników poziomu życia uwzględniany jest, między innymi, stan zdrowia jednostki określany w oparciu o obiektywne kryteria medyczne (Klebaniuk, 2006). Biorąc pod uwagę nieuchronność niekorzystnych zmian w stanie zdrowia starzejącego się człowieka, jak również pogarszające się zazwyczaj w tym okresie ekonomiczne warunki życia, można

twierdzić, że związany ze zdrowiem poziom życia osób w wieku senioralnym wyznacza obiektywnie niższe szanse na osiągnięcie przez nich wysokiego poczucia jakości życia.

Poczucie jakości życia jest przedmiotem ujęć fenomenologicznych, które koncentrują się wokół doświadczania, przeżywania i waluowania przez człowieka codzienności. Ten subiektywny wymiar jakości życia w naukach społecznych utożsamiany jest w zasadzie z funkcjonowaniem psychologicznym człowieka, które bywa analizowane na kanwie hedonistycznego bądź eudajmonistycznego sposobu rozumienia szczęścia. W pierwszym przypadku jakość życia jest wiązana z dobrostanem psychicznym, którego poziom jest wyznaczany bilansem doświadczanych w określonym odcinku czasu pozytywnych i negatywnych emocji oraz poznawczą oceną własnego życia (Klebaniuk, 2006; Kowalik, 2007). Natomiast w podejściach eudajmonistycznych, opartych na założeniu, że w szczęśliwym życiu przyjemność zmysłowa i doznania emocjonalne schodzą na dalszy plan w obliczu zasadniczego jego celu, jakim jest samorealizacja, jakość życia jest sprowadzana do poczucia spełnienia życiowego, realizacji potencjału rozwojowego oraz satysfakcji z dobrego życia opartego na uznawanych wartościach (Kowalik, 2007; Daszykowska, 2007, s. 68). Nietrudno tu zauważyć, że subiektywny wymiar jakości życia ma wyraźne odniesienia do psychicznego i duchowego wymiaru zdrowia, a te, jak już wcześniej wspomniano, w znaczącym stopniu ważą na odczuwaniu dobrostanu w okresie starzenia się i starości.

Konkluzją przedstawionej powyżej analizy może być twierdzenie, że poziom jakości życia seniorów – określony w oparciu o wskaźniki obiektywnego wymiaru tego zjawiska – można uznać za jedno z kryteriów ich zdrowia, natomiast deklarowane przez ludzi starych niskie poczucie jakości życia mogłoby być traktowane jako sygnał zagrożenia pogorszeniem zdrowia. Oznaczałoby to również, że diagnoza poczucia jakości życia seniora może być uznana na jedną z form drugorzędowej profilaktyki problemów zdrowotnych wieku podeszłego.

Rola aktywności seniora i wsparcia społecznego w kształtowaniu jego zdrowia i jakości życia

Stwierdzenie istnienia powiązań między zdrowiem człowieka a jakością jego życia pozwala sądzić, że jednym z efektów działań ukierunkowanych na kształtowanie czynników wpływających korzystnie na zdrowie będzie poprawa jakości życia. Uwzględniając zaś to, że determinanty zdrowia tkwią w samym człowieku oraz w środowisku jego życia, można się spodziewać, że efekt ten będzie dotyczył zarówno jej subiektywnego, jak i obiektywnego wymiaru.

Proces salutogenetycznego pozyskiwania zdrowia, a tym samym poprawy wskaźników jakości życia, w każdej fazie cyklu życiowego ma swoisty dla siebie przebieg. Specyficznie będzie też przebiegał w okresie starzenia się i starości, w którym w odniesieniu do większości ich uwarunkowań bilans zasobów i deficytów nie jest korzystny.

Spośród całej gamy podmiotowych zasobów dla zdrowia i jakości życia seniorów szczególne znaczenie należy przypisać ich szeroko rozumianej aktywności, traktowanej jako zasadniczy komponent realizowanego stylu życia⁸. Literatura przedmiotu pozwala tu wręcz twierdzić, że aktywność jest centralnym punktem scalającym zdrowie i jakość życia w starości. Chodzi przy tym zarówno o aktywność fizyczną, która w tym okresie życia ma dobroczynny wpływ na wydolność biologiczną starzejącego się organizmu, łagodzenie przebiegu wielu chorób wieku podeszłego i poprawę funkcjonowania psychospołecznego (Marchewka, 2012), jak również o aktywizację psychiczną seniora i jego udział w życiu społecznym.

Budujące jest to, że coraz więcej osób starszych interesuje się aktywnością fizyczną, co świadczy o podejmowaniu przez tę grupę działań prozdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła listę korzyści wypływających z aktywności podejmowanej przez osoby starsze. Należą do nich: polepszanie samopoczucia, zdrowia i psychiki, zmniejszanie niesprawności oraz bólu, autonomia i przełamywanie stereotypów dotyczących starości (Pikuła, 2011, s. 70–76). Zatem to właśnie aktywność fizyczna przyczynia się do polepszania jakości życia seniorów, zwiększenia ich autonomii i zmniejszania dolegliwości związanych z chorobami. Warto też dodać, że pozytywna samoocena własnej kondycji fizycznej jest jednym z warunków pomyślnego starzenia się. Wyniki badań w tym zakresie nie przedstawiają się jednak optymistycznie, okazuje się bowiem, że subiektywna ocena zdrowia u znaczącej liczby seniorów wypada negatywnie⁹.

Z kolei analiza uwarunkowań zdrowia i jakości życia seniorów z perspektywy czynników środowiskowych prowadzi do stwierdzenia, że jednym z najważniejszych zasobów, które mogą być kształtowane na drodze oddziaływań społecznych, jest wsparcie społeczne. Definiowane ono bywa na różne sposoby: jako indywidualna percepcja sieci wspierającej, jaką dysponuje jednostka, jako efekt lub wynik wspierającej wymiany społecznej albo jako specyficzny typ wsparcia dostarczany jednostce (Johnson, 1992). Rozumiane jest też jako poczucie zaspokojenia potrzeb społecznych podmiotu przez interakcje z osobami znaczącymi – wzmacnia uczucie przynależności, bezpieczeństwa, aprobaty (Skwara, 1998); jako pomoc w ukierunkowaniu działań, doradztwo, czerpanie z oparcia, jakiego doznaje człowiek będąc członkiem określonej grupy, co prowadzi do wzmocnienia poczucia własnej wartości (Popiołek, 1996). Można je także traktować w charakterze zasobów dostarczanych jednostce przez inne osoby z jej środowiska (Rodin, Salovey, 1997) czy też jako odbieranie komunikatu, który informuje człowieka, że jest kochany, ceniony, uważany za wartościową osobę oraz że jest współuczestnikiem systemu komunikacji międzyludzkiej i wzajemnych

⁸ Zgodnie z ogłoszoną w 1974 r. koncepcją „pól zdrowia” M. Lalonde’a udział stylu życia w warunkowaniu poziomu zdrowia populacji jest szacowany na ok. 50% globalnego wpływu wszystkich determinant zdrowia (LaLonde, 1974).

⁹ Z badań A. Tokaja, w których za wskaźnik ogólnej kondycji zdrowotnej przyjęta została subiektywna ocena zdrowia, wynika, że samoocena zdrowia u ponad połowy seniorów jest negatywna (Tokaj, 2006, s. 91–95).

zobowiązań (Fengler, 2000, s. 164). Ewa Syrek stwierdza, że wsparcie społeczne to otrzymywanie pomocy ze strony znaczących innych, bliskich osób lub instytucji w formie emocjonalnego oparcia, praktycznej pomocy, rady czy też informacji (Syrek, 2001).

Za pedagoga, który rozpoczął wprowadzanie terminu *wsparcie społeczne* do języka pedagogiki społecznej, uważa się Stanisława Kawulę. Definiuje on wsparcie społeczne jako „rodzaj interakcji podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji emocjonalnej lub instrumentalnej” (Kawula, 1996a). Rozpatruje je na pięciu płaszczyznach: emocjonalnej (dawanie komunikatów typu: „jesteś nasz”, „lubimy cię”, „masz mocne cechy charakteru” itp.), wartościującej (dawanie komunikatów typu: „jesteś dla nas kimś znaczącym”, „dzięki tobie...” itd.), instrumentalnej (dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług), informacyjnej (udzielanie rad, porad prawnych, medycznych, informacji, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu), duchowej/psychiczno-rozwojowej, kiedy nie pomagają żadne inne formy wsparcia (Kawula, 1996b). Płaszczyzny te służą jednocześnie określeniu rodzajów wsparcia społecznego.

Zależność między poziomem otrzymywanego wsparcia a kondycją zdrowotną osób starych dokumentują wyniki badań empirycznych wskazujące na istotne pogarszanie się stanu zdrowia osób, które tego wsparcia nie doświadczają (Schwarzer, Leppin, 1989). Jakkolwiek istotne znaczenie dla zdrowia i dobrej jakości życia będzie tu miało wsparcie informacyjne, instrumentalne i materialne (a zaistnienie tego ostatniego może stanowić w wielu przypadkach odpowiedź na egzystencjalne potrzeby seniorów), to poprawę dobrostanu starego człowieka należy wiązać przede wszystkim ze wsparciem emocjonalnym, ujmowanym w kategoriach jakości i dostępności relacji z innymi ludźmi w różnych sytuacjach codziennego życia.

Równie ważne jak doświadczanie potrzebnych danej jednostce rodzajów wsparcia jest dysponowanie odpowiednią do własnych oczekiwań siecią wsparcia społecznego, rozumianą jako układ wielorakich powiązań, w które wchodzi, kontaktując się z innymi ludźmi, członkami różnych grup społecznych. Sieć wsparcia społecznego daje poczucie przynależności, bezpieczeństwa, umożliwia otrzymywanie informacji zwrotnych dotyczących własnej osoby. Traktowana jest też jako układ wzajemnych zobowiązań, których stabilność staje się dla jednostki źródłem wzorców interpretowania zdarzeń zachodzących w rzeczywistości (Popiołek, 1996). Względnie ustalona, wytwarza w ludziach i grupach ludzkich poczucie wspólnotowości życia w konkretnym kręgu środowiskowym. Dzięki sieci wsparcia człowiek może cieszyć się zestawem przewidywalnych relacji społecznych dostosowanych do pełnionych przez niego ról, mieć poczucie większych możliwości wywierania wpływu na zmiany zachodzące w środowisku, być pozytywnie identyfikowany społecznie, a także mieć poczucie sprawstwa i kontroli (Rodin, Salovey, 1997). Niewątpliwie jednym z istotnych czynników sprzyjających formowaniu się sieci wsparcia seniorów jest pokonywanie funkcjonujących w świadomości społecznej stereotypów starości.

Stereotyp jest strukturą poznawczą składającą się z trzech elementów: wiedzy, przekonania i oczekiwań obserwatora na temat danej grupy społecznej. Dodatkowym elementem scalającym te trzy segmenty poznawcze jest afekt, czyli zabarwienie emocjonalne ukierunkowane ku obserwowanemu przedmiotowi, a mające duże znaczenie w zrozumieniu funkcjonowania stereotypu (Mackie, Hamilton, Susskind, Rosselli, 1999). Istniejąca w społeczeństwie wiedza jest aplikowana jednostkom za pośrednictwem stereotypów. Co za tym idzie stereotyp może pełnić funkcję depozytu i jednocześnie przekaznika wiedzy społecznej. Jednostka otrzymuje gotową i pełną (nie zawsze zgodną z rzeczywistością) informację, zawartą w treści stereotypu. Ta wiedza nadaje rzeczywistości pewną strukturę w miejsce ignorancji i chaosu informacyjnego. Ułatwia rozumienie otaczającego świata.

Wobec tego, że stereotypy ułatwiają proces przekazywania informacji o innych osobach w trakcie interakcji z otoczeniem, upraszczają one także komunikację z innymi ludźmi i proces wyrabiania sobie opinii o postrzeganych osobach, jak również przetwarzanie zdobytych danych. Jeśli spotykamy kogoś, kogo postrzegamy jako starego, nie podejmujemy wysiłku intelektualnego, aby zdobyć wiedzę na jego temat, lecz sięgamy po gotowe sądy i przekonania tkwiące w zasobach naszego umysłu. Bez straty czasu „zdobywamy” więc informację, iż zapewne jest to osoba z problemami zdrowotnymi, bez planów na przyszłość i większych zasobów finansowych. W ten sposób odciążamy intelekt, oszczędzamy operacyjne zasoby umysłu, co umożliwi nam skoncentrowanie ich na innych zadaniach.

Stereotyp może służyć także zachowaniu społecznego *status quo*. Stereotypy umożliwiają także usprawiedliwienie istnienia nierówności społecznych i zbiorowe działania (lub ich brak) na rzecz pewnych grup społecznych. Grupy uprzywilejowane, których członkowie zdają sobie sprawę, że system społeczny niesłusznie obdarza je szczególnymi prawami, mogą usprawiedliwiać swój uprzywilejowany status na drodze przypisywania członkom innych grup słabości charakteru, czy poziomu intelektu uzasadniających ich niską pozycję społeczną. Taką grupą uprzywilejowaną są ludzie młodzi dźwigający ciężar zabezpieczenia medycznego, socjalnego i społecznego starszych członków społeczeństwa.

Funkcjonujący w społeczeństwie stereotyp starości jest odzwierciedleniem sytuacji seniorów, którzy w tym społeczeństwie żyją. Odbiór ten może być pozytywny, gdy podkreśla doświadczenie życiowe i mądrość starych ludzi, potrzebę szacunku dla nich i odpowiedniej opieki¹⁰. Może jednak być też negatywny, jeśli w społeczności główny nacisk

¹⁰ Badania podejmowane wśród amerykańskich studentów pozwoliły gerontologom wyodrębnić trzy grupy pozytywnych stereotypów – portretów, wizerunków starości: *Wzorowy dziadek* (mądry, zdolny, wyrozumiały, zadowolony, szczęśliwy, potrzebny, zdrowy, aktywny, korzystający z życia, uczestniczący w życiu rodzinnym, odważny, otwarty, pomocny), *Mędrzec* (interesujący, inteligentny, skoncentrowany na ważnych zadaniach, snujący plany na przyszłość, znający historię, kochający), *Liberalna głowa*

kładzie się na produkcję, a człowieka ocenia się według tego, czy w niej uczestniczy. Wtedy to patrzy się na seniora jak na kogoś, kto jest nieużyteczny, a o jego doświadczeniach mówi się, że są przestarzałe i nieprzydatne.

Wyobrażenie starości i stosunek do niej zależą od wielu czynników, a jednym z nich jest wiek ludzi wypowiadających swoją opinię o seniorach. Z pewnością dla człowieka młodego starość własna jest perspektywą bardzo odległą, stąd ważne staje się formowanie w jego świadomości adekwatnego do rzeczywistości obrazu starości, a może to być realizowane poprzez doświadczanie przez ludzi młodych kontaktów z osobami starszymi w różnych kontekstach codziennego życia.

Podsumowanie. Pedagogika starości wobec problemów zdrowia i jakości życia seniorów

Geragogika jest stosunkowo młodą subdyscypliną nauk pedagogicznych, toteż będąc „w stanie tworzenia” (por. Palka, 1999) potrzebuje wielu perspektyw oglądu problemów starości. W zaprezentowanym tu ujęciu zagadnień związanych z jakością życia starzejącego się człowieka widoczne są liczne odwołania do nauk medycznych, bowiem z racji tego, że jest on istotą biopsychospołeczną, zrozumienie tej rzeczywistości wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Niewątpliwie z podejściem takim mamy do czynienia w ramach lokującej się na styku nauk medycznych i społecznych promocji zdrowia, która jest nie tylko gałęzią wiedzy, ale może być również traktowana jako filozofia życia, sfera praktycznych działań, strategia edukacyjna czy też strategia rozwiązywania problemów zdrowotnych populacji (Bik, 2000).

Idea promocji zdrowia odwołując się do jego społecznych uwarunkowań zakłada, że rozwiązywanie problemów zdrowotnych człowieka wymaga zarówno interwencji środowiskowych, wśród których wymienia się między innymi budowanie sieci społecznego wsparcia, jak również oddziaływań edukacyjnych umożliwiających ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu w całym cyklu życia (World Health Organization, 1986). Przywołane powyżej powiązania między zdrowiem a jakością życia starzejącego się człowieka pozwalają w tym miejscu na uznanie, że promocja zdrowia stanowi ważny teoretyczny punkt odniesienia w rozważaniach nad kształtowaniem jakości życia w starości.

Aplikacja idei promocji zdrowia do praktyki geragogicznej wiąże się nie tylko z adresowaną do seniorów edukacją zdrowotną i stosowaniem strategii odwołujących się do społecznych uwarunkowań ich zdrowia i jakości życia. Wymaga ona również uwzględnienia potrzeby przygotowania człowieka młodego do jego własnej starości oraz odpowiednio ukierunkowanego kształcenia gerontologicznego osób podejmujących się pra-

rodziny (dojrzały emocjonalnie i społecznie, przewodzący życiu rodzinnemu, podejmujący problemy rodziny) (za: Szarota, 1998, s. 29–30).

cy z seniorami. Tym samym można twierdzić, że promocja zdrowia powinna stanowić ważny element edukacji w starości, edukacji do starości oraz edukacji dla starości (por. Kijak, Szarota, 2013, s. 48).

Nawiązując do wcześniejszych ustaleń dotyczących wzajemnych relacji między zdrowiem a poczuciem jakości życia seniorów, należy uznać, że centralny punkt odniesienia promocji zdrowia w edukacji w starości jest związany z wyzwaniem potencjału zdrowotnego starzejącego się człowieka poprzez kształtowanie jego motywacji i kompetencji do podejmowania szeroko rozumianej aktywności.

Mówiąc o promocji zdrowia w edukacji do starości, mamy natomiast na myśli działania zmierzające do kształtowania u młodych ludzi podmiotowych zasobów zdrowotnych, t.j. ich wiedzy, przekonań i kompetencji, które będą sprzyjać temu, by chcieli realizować prozdrowotny styl życia. Jak wiadomo, styl życia stanowi jedną z zasadniczych determinant poziomu zdrowia w całym cyklu życia. To oznacza, że kondycja zdrowotna, z jaką człowiek wchodzi w późną dorosłość, ma znaczący wpływ na poziom zdrowia fizycznego i psychospołecznego, a zatem także na poczucie jakości życia w starości. Co więcej, ukształtowane w młodości postawy wobec własnej aktywności związanej ze zdrowiem przejawiają się zazwyczaj w niezmienionej postaci także w okresie późnej dorosłości. Ważnym wyzwaniem edukacji do starości jest ponadto kształtowanie u młodych ludzi adekwatnych do rzeczywistości stereotypów starości. Z jednej strony mogą one bowiem sprzyjać ich włączaniu się w budowanie sieci wsparcia dla osób w wieku senioralnym, z drugiej zaś pomagają w przygotowaniu się do przewidywania i pokonywania problemów, których mogą doświadczać u schyłku własnego życia.

Niewątpliwie wyzwaniem dla pedagogiki jest też włączenie idei promocji zdrowia w programy kształcenia kadr do pracy z seniorami. Ten obszar działań będzie się wiązał między innymi z przygotowaniem przyszłych adeptów pedagogiki do projektowania i realizacji programów promocji zdrowia w środowisku lokalnym seniorów, w których będą uwzględniane nie tylko strategie edukacyjne, ale również interwencje w fizyczne, materialne i psychospołeczne środowisko ich codziennego życia. Aktualnie na wielu uczelniach wyższych przygotowuje się studentów do realizowania projektów wspierających tę grupę społeczną. Powołuje się też specjalności studiów przygotowujące do pracy z seniorami. Nie wystarczy jednak jedynie otwarcie kolejnego kierunku kształcenia. Trzeba zachęcić młodych ludzi do podjęcia wysiłku przygotowania się do wspomagania tej grupy społecznej. To rola wymagająca posiadania nie tylko pewnych cech charakteru, ale też określonej wiedzy i ukształtowania pozytywnej postawy wobec ludzi starych, oczekujących wsparcia oraz godnego i podmiotowego ich traktowania.

Bibliografia

- Antonovsky A., 1995, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bik B., 2000, *Koncepcja promocji zdrowia* [w:] A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś, C. W. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Tom 2*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Daszykowska J., 2007, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Duda K., 2012, *Proces starzenia się* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Fengler J., 2000, *Pomaganie męczy: wypalenie w pracy zawodowej*, przekł. K. Pietruszewski, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gawel A., 2013, *Human health as a context of the andragogical discourse* [w:] M. Radovan, M. Kościelniak (red.), *Lifelong learning today. New areas. Contexts. Practices*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Gawel A., 2014, *Zasoby zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w kontekście ekosystemu szkoły*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Heszen I., 2005, *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka* [w:] D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Heszen-Niejodek I., 2003, *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie* [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Jonhson J. R., 1992, *Social Support* [w:] E. F. Borgatta, M. L. Borgatta (red.), *Encyclopedia of sociology*, Volume 4, Macmillian Publishing, New York.
- Kawula S., 1996a, *Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 1.
- Kawula S., 1996b, *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, „Wychowanie na Co Dzień”, nr 10/11.
- Kijak R. J., Szarota Z., 2013, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Klebaniuk J., 2006, *Materiałne uwarunkowania jakości życia* [w:] B. Bartosz, J. Klebaniuk (red.), *Wokół jakości życia. Studia psychologiczne*, Wydawnictwo „Jakopol”, Wrocław.
- Kowalik S., 2007, *Jakość życia związana ze stanem zdrowia* [w:] S. Kowalik (red.), *Społeczne konteksty jakości życia*, Wydawnictwo Uczelniane WSG w Bydgoszczy, Bydgoszcz.
- LaLonde M., 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Government of Canada, Ottawa.

- Mackie D. M., Hamilton D. L., Susskind J., Rosselli F., 1999, *Spółeczno-psychologiczne podstawy powstawania stereotypów* [w:] C. N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone (red.), *Stereotypy i uprzedzenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Makuch M., Moroń D., 2011, *Osoby starsze w społeczeństwie – społeczeństwo wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Marchewka A., 2012, *Aktywność fizyczna – oręż przeciw niepełnosprawności osób w wieku starszym* [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądz (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Okła W., Steuden S., 2007, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia* [w:] S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Palka S., 1999, *Pedagogika w stanie tworzenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pikuła N., 2011, *Etos starości w aspekcie społecznym*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Popiołek K., 1996, *Wsparcie społeczne – zarys problematyki* [w:] K. Popiołek (red.), *Psychologia pomocy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Rębiałkowska-Stankiewicz M., 2001, *Wsparcie społeczne jako element pedagogiki zdrowia* [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej, Warszawa.
- Rodin J., Salovey P., 1997, *Psychologia zdrowia* [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rowe J.W., Kahn R. L., 1997, *Successful aging*, „Gerontologist”, nr 37.
- Schwarzer R., Leppin A., 1989, *Social Support and Health. A Meta-Analysis*, „Psychology and Health”, nr 3.
- Sęk H., 1993, *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, nr 2.
- Sęk H., 1993, *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Skwara A., 1998, *Profilaktyka zespołu wypalenia zawodowego nauczycieli – stan faktyczny i proponowane zmiany* [w:] T. Rongińska, W. Gaida, U. Schaarsmidt (red.), *Zdrowie psychiczne w zawodzie nauczycielskim*, WSP, Zielona Góra.
- Steuden S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Straś-Romanowska M., 2006, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się* [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Syrek E., 2001, *Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej* [w:] B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej, Warszawa.
- Szarota Z., 1998, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Szarota Z., 2010, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

- The WHOQOL Group, 1999, *The World Health Organization WHOQOL – 100. Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide*, "Health Psychology", nr 18.
- Tokaj A., 2006, *U progu starości*, Wydawnictwo ERUDITUS, Poznań.
- World Health Organization, 1986, *Ottawa Charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health*, WHO, Ottawa.

Netografia

- http://bip.stat.gov.pl/gfx/bip/userfiles/_public/bip/organizacja/poz_zalozenia_polityki_ludnosciowej_polski_2013_projekt_luty_2013.pdf, stan z dnia 11.01.2016.
- <http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/15/plik/ot-601>, stan z dnia 11.01.2016.
- http://bip.stat.gov.pl/gfx/bip/userfiles/_public/bip/organizacja/poz_zalozenia_polityki_ludnosciowej_polski_2013_projekt_luty_2013.pdf, stan z dnia 11.01.2016.