

KONDYCJA ŻYCIOWA DOLNOŚLĄSKICH SENIORÓW

Raport z badań

Część II. Analiza wyników badań

Maryla Bogowolska – Wepsięc
Grażyna Dąbrowska
Jacek Klakočar
Zbigniew Machaj
Agnieszka Pierzchalska
Ewa Pisarczyk – Bogacka
Walentyna Wnuk

Wrocław, 2008

Raport przygotowali:

Maryla Bogowolska – Wępiec – pracownik Departamentu Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, sekretarz Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Grażyna Dąbrowska – dr, pracownik Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, członek Rady Naukowej Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Wrocławskim, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów.

Jacek Klakočar – dr n. med., specjalista z zakresu Zdrowia Publicznego, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, dyrektor WSEE, wykładowca Akademii Medycznej i Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Zbigniew Machaj – dr n. med., kierownik Zakładu Gerontologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, członek Zespołu do spraw geriatry w Ministerstwie Zdrowia i Konsultant Wojewódzki w dziedzinie geriatry dla Województwa Dolnośląskiego, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Agnieszka Pierchalska – dr n. hum., socjolog, pracownik Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Ewa Pisarczyk – Bogacka – dr n. med. - starszy wykładowca w Klinice Chorób Wewnętrznych i Alergologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, internista, alergolog i geriatra, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Walentyna Wnuk - dr, wieloletni pracownik naukowy Uniwersytetu Wrocławskiego przez wiele lat kierowała Uniwersytetem Trzeciego Wieku w UW, członek Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów

Recenzent naukowy:

Prof. dr hab. med. Katarzyna Wieczorowska - Tobis - profesor Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Specjalista geriatry, Prezes Kolegium Lekarzy Geriatrów w Polsce, Konsultant wojewódzki d.s. geriatry woj. Lubuskiego, członek Zespołu d.s. Geriatry przy Ministrze Zdrowia, **Członek AGE – Platform w dziedzinie zdrowia w Brukseli** /jest to platforma europejskich organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych/.

*W miarę jak wzrastać będzie średnia długość życia,
a w konsekwencji także liczba ludzi starszych,
coraz bardziej konieczne będzie krzewienie kultury,
która akceptuje i ceni starość,
nie spycha jej na margines społeczeństwa.*
[Jan Paweł II „List do osób starszych”]

WSTĘP

Prezentowane Państwu Wydawnictwo stanowi drugą część wydanego w 2007 przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego (Wrocław 2007) publikacji pt. *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*¹. Informacje zawarte we wcześniejszym raporcie znajdują to rozwinięcie w postaci merytorycznej, pogłębionej analizy danych zebranych w trakcie badań empirycznych.

W 2005 roku doszło do powołania pierwszej w kraju Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów z inicjatywy Urzędu Marszałkowego Województwa Dolnośląskiego. Jej powołaniu przyświecały dwa główne cele. Pierwszy to integracja kluczowych podmiotów (instytucji samorządowych, instytucji należących do administracji rządowej, organizacji pozarządowych, szkół wyższych), działających na rzecz osób starszych, aby zwiększyć efektywność tych działań i rozszerzyć perspektywę ujęcia problematyki starzenia się społeczeństwa i proponowanych w tym zakresie rozwiązań. Drugim celem działania Rady jest poszukiwanie rozwiązań dla problemów seniorów mieszkających na Dolnym Śląsku, aby zwiększyć ich szanse na godne, aktywne i wartościowe życie.

Jako członkowie Rady o charakterze interdyscyplinarnym uznaliśmy za konieczne rozpocząć działalność na rzecz najstarszych Dolnoślązaków od rzetelnej diagnozy tego środowiska. Każdy z partnerów (autorów) przedsięwzięcia miał wyraźnie określone zadanie, zgodnie z zawodowym doświadczeniem.

Zakres prezentowanych w tym tomie analiz stanowić ma punkt odniesienia do budowania systemu wsparcia dla najstarszych mieszkańców Dolnego Śląska, a w rezultacie stworzenia zintegrowanego modelu opieki gerontologicznej. Dlatego też, otrzymane wyniki badań zinterpretowane zostały w oparciu o literaturę przedmiotu oraz porównanie z wypracowanymi już rozwiązaniami systemowymi w kraju i na świecie.

Starość, inaczej późna dorosłość, jest zjawiskiem wielowymiarowym, zmiennym w czasie etapem życia o najbardziej zindywidualizowanych potrzebach. Wszyscy pragniemy się

¹ Seniorzy to kategoria społeczna, której synonimami są osoby starsze, ludzie starzy (po 60 roku życia)

dobrze starzeć. Kluczowym dla wielu nauk i dla każdego człowieka staje się pytanie: co to znaczy godnie się starzeć?

Proces starzenia się społeczeństwa niesie ze sobą wiele problemów natury społecznej, kulturowej, ekonomicznej, medycznej, które konstytuują potrzebę wypracowania programu wsparcia, czasem zmiany dotychczasowych priorytetów w polityce społecznej, reorganizacji pewnych elementów systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Nie da się wypracować dobrego programu wsparcia dla seniorów bez holistycznego (całościowego) spojrzenia na problemy ludzi starszych, co wymaga współdziałania specjalistów wielu dyscyplin.

Mamy nadzieję, że materiał, który Państwu przedstawiamy, będzie pomocny w wytyczaniu kierunków działań na rzecz seniorów Dolnego Śląska.

Chcielibyśmy bardzo podziękować wszystkim partnerom za wysiłek włożony w realizację projektu badawczego. Dziękujemy naszym rozmówcom, ankieterom, studentom, władzom samorządów lokalnych oraz władzom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Bez Państwa pomocy realizacja tego przedsięwzięcia nie byłaby możliwa. Wierzymy, że nasz wspólny wysiłek przyczyni się do poprawy jakości życia dolnośląskich seniorów.

Autorzy

I. Problematyka i organizacja badań kondycji życiowej dolnośląskich seniorów.

Zapewnienie społeczeństwu właściwego zabezpieczenia socjalnego (w tym warunków bytowania i wyżywienia, zdrowia, możliwości zatrudniania) należy do podstawowych obowiązków państwa i wchodzi w zakres polityki społecznej.

Na szczeblu międzynarodowym początki tych działań wiążą się z Międzynarodową Organizacją Pracy, która powstała w 1919 r., instytucją działającą jako element systemu Organizacji Narodów Zjednoczonych. To ona, jak i pozostałe podmioty o zasięgu regionalnym (na naszym kontynencie Unia Europejska, Rada Europy) oraz organizacje pozarządowe (np. Międzynarodowy Czerwony Krzyż) i rządowe poszczególnych krajów stanowią normy prawne, obowiązujące w poszczególnych państwach. Ich wypracowanie wymaga dokładnej analizy środowiska, warunków życia ludności, istniejących tam problemów zdrowotnych, a także oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej.

Szczególną kategorią społeczną są ludzie w podeszłym wieku, który w różnych krajach liczy się bądź to od 60., lub tak, jak w Polsce, od 65. roku życia. Wśród osób należących do tej kategorii, w momencie przejścia na emeryturę ulega obniżeniu bezpieczeństwo bytu (zagrożenie niedożywieniem, kłopoty z utrzymaniem własnego mieszkania), następuje pogorszenie stanu ich zdrowia (współistnienie jednocześnie kilku schorzeń wymagające również jednoczesnego leczenia), pojawia się ryzyko tzw. wielkich zespołów geriatrycznych, co znacznie zwiększa koszty codziennego życia.

Zjawisko starzenia się populacji ludzkiej uległo znacznemu przyspieszeniu w ubiegłym stuleciu, co z jednej strony wynika ze spadku płodności i zmniejszania się liczby osób w wieku przedprodukcyjnym, a z drugiej, znacznymi postępami medycyny i nauk jej pokrewnych,. Wprowadzenie obowiązkowych szczepień, odkrycie insuliny, antybiotyków, wprowadzenie nowoczesnych systemów kanalizacji ograniczających szerzenie się epidemii, wprowadzenie nowych technik reanimacyjnych, rozwój transplantologii, popularyzacja zasad zdrowego sposobu życia, odpowiednia dieta, nowe techniki diagnostyczne (komputerowa tomografia, rezonans magnetyczny), odkrycie inhibitorów proteaz przeciw wirusowi HIV, poznanie ludzkiego genomu – to wszystko wydłużyło i nadal wydłuża przeciętny czas trwania życia (PTŻ). Wiek ten, wynoszący w Polsce na początku XX wieku około 50 lat, od tego okresu wydłużył się do 70,93 lat dla mężczyzny i 79,62 lat dla kobiety (dane na 2006r). Odpowiednio również wydłuża się tzw. dalsze trwanie życia (DTŻ) osiągające w 2006r. w naszym kraju dla mężczyzn 60-letnich wartość 21,77 lat a dla kobiet 22,84 lat. Tyle przeciętnie lat będą żyły odpowiednio osoby, które w 2006r. ukończyły 60 lat. Dynamika starzenia się społeczeństwa w Polsce, tak jak i całego

świata, jest bardzo duża. Na początku 1900r. odsetek ludzi po 60. roku życia w Polsce wynosił 6,3%, w 1955r. – 8,5%, a w 2000r. – 16,7% . Spowodowało to zaliczenie Polski do państw w fazie starości demograficznej. Prognozy na dalsze lata sugerują, że odsetek osób po 60 roku życia będzie wzrastał, wynosząc 24,4% w 2020 r., a w 2050r. – 26,7%.

Problemy i współtowarzyszące starzeniu się społeczeństwa zjawiska budziły już wcześniej zainteresowanie polityków, zmuszając do podjęcia konkretnych działań. Na XXIV sesji Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1969r. poleciło sekretarzowi generalnemu przygotowanie raportu na temat starzenia się ludności i problemów ludzi starych. Cztery lata później Zgromadzenie Ogólne w przyjętej rezolucji wskazało na nasilenie się procesu demograficznego starzenia się świata. Państwa członkowskie uzyskały zalecenia, żeby tworzyć dla tej kategorii osób odpowiednie programy i działania w zakresie polityki społecznej, za priorytet uznając niezależność ekonomiczną seniorów.

Kolejnymi ważnymi etapami w tworzeniu podwalin pod poprawę warunków życia seniorów były Światowe Zgromadzenie w sprawie Starzenia się w 1982r. w Wiedniu, a następnie drugie w Madrycie w 2002r., a także wcześniejszy, bo zorganizowany w 1995r. w Kopenhadze, pod auspicjami ONZ, Światowy Szczyt Rozwoju Społecznego, propagujący ideę społeczeństwa przyjaznego osobom należącym do wszystkich kategorii wieku. Program Działania, będący efektem tego Szczytu, zawierał istotne przesłanie odnoszące się do tej kwestii. Znalazło ono odzwierciedlenie w stwierdzeniu, że „pokolenia inwestują w siebie nawzajem i uczestniczą w owocach owych inwestycji, kierując się dwoma powiązаныmi ze sobą zasadami : wzajemności (reciprocity) i sprawiedliwości (equity)”.

Wynika z tego, że proces rozwoju musi gwarantować równy, jednakowy dostęp wszystkich kategorii wiekowych do tworzonych zasobów, praw i obowiązków, jak również osoby w każdym wieku powinny być aktywne i reprezentowane w życiu społecznym zgodnie z ich zdolnościami i potrzebami.

Wpisując się w nurt inicjatyw podejmowanych na rzecz poprawy jakości życia seniorów, Dolnośląska Rada ds. Seniorów pod koniec roku 2006 i w ciągu 2007 zrealizowała badania empiryczne, które stanowią podstawę niniejszej diagnozy sytuacji osób starszych, mieszkających na Dolnym Śląsku. Analiza zebranego materiału badawczego jest próbą odpowiedzi na pytanie, jaka jest kondycja życiowa osób starszych, ujmowana w trzech aspektach: ekonomicznym, społeczno – kulturowym i zdrowotnym. Ponadto jej celem jest również wskazanie tych obszarów, w których konieczna jest pomoc różnych instytucji i służb oraz określenie najbardziej żywotnych potrzeb osób starszych.

Starość i starzenie się to pojęcia, które nie zostały jeszcze jednoznacznie zdefiniowane ani przez nauki społeczne, ani biologiczne. Pierwsze z tych pojęć ujmowane jest jako zjawisko, faza życiowa, drugie natomiast jest procesem. Starość jako etap, stan w życiu człowieka ma charakter statyczny, starzenie się natomiast traktowane jako proces rozwojowy, jest zjawiskiem dynamicznym. Starzenie się, według W. Pędicha [2007: 3], jest to normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny, zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, w tym także człowieka. Procesy starzenia się, zapoczątkowane w wieku średnim, nasilają się wraz z upływem lat, powodując spadek wydolności organizmu, przy czym tempo tego procesu zależy od wielu czynników i jest w pewnym stopniu zindywidualizowane.

Za początek starości umownie przyjmuje się najczęściej 60. (wg WHO) lub 65. rok życia. Najczęściej wyróżnia się cztery okresy starości: 60 – 69 lat – wiek początkowej starości; 70 – 74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej; 75 – 84 lata – wiek zaawansowanej starości; 85 lat i więcej – niedołączna starość. Inną klasyfikacją stosowaną do okresu starości jest podział tej fazy życia na dwa podokresy: wczesną starość (określaną także jako wiek podeszły, „młodszy starzy”) obejmującą wiek 60 – 74 lata oraz późną starość (starość właściwa, „starsi starzy”), obejmującą wiek 75 – 89 lat. Wyodrębnia się również kategorię osób długowiecznych w wieku 90 lat i więcej, jako kategorię o szczególnych cechach biologicznych i dziedzicznej predyspozycji do długiego życia [Golinowska i in. 1999: 8-9]. W badaniach dolnośląskich przyjęto definicję osoby starszej zgodnie z klasyfikacją WHO, w związku z tym w próbie badawczej znaleźli się respondenci w wieku 60 lat i więcej.

W celu zapewnienia reprezentatywności badań dla obszaru całego Dolnego Śląska przyjęto następującą procedurę doboru próby. Ustalono, że podstawową jednostką badawczą, w ramach której będą dokonywane pomiary danych i analiz, będzie gmina.

Dobór próby badawczej miał charakter dwustopniowy. W pierwszym etapie dokonano podziału gmin dolnośląskich ze względu na charakter gminy: gminy wiejskie, miejsko – wiejskie i miejskie. Obliczono, że do badań, proporcjonalnie do rozkładu tej cechy w województwie dolnośląskim, należy wylosować 9 gmin wiejskich, 7 gmin miejsko – wiejskich oraz 4 miejskie i Wrocław, jako obszar o charakterze metropolitarnym², bez

² Cechy miasta – metropolii:

1. „przyjmuje pochodzące z zagranicy czynniki produkcji, inwestycje, siłę roboczą oraz towary i usługi
2. gości zagraniczne firmy, siedziby i filie międzynarodowych przedsiębiorstw, banków, instytucje pozarządowe, naukowe i oświatowe (szkoły) oraz uniwersytety o znacznym udziale cudzoziemskich studentów, a także placówki dyplomatyczne.

którego informacje na temat kondycji życiowej seniorów byłyby niepełne. Następnie w odniesieniu do każdego z typów gmin obliczono procentowy udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie mieszkańców dla każdej z gmin i uporządkowano wyniki, w kolejności od wartości najmniejszych do największych. Następnie utworzonych zostało 5 przedziałów procentowych, do których przyporządkowano poszczególne gminy i na tej podstawie ustalono proporcję gmin do losowania.

Do badań empirycznych wylosowane zostały następujące gminy: gminy wiejskie – Wisznia Mała, Głogów, Dobroszyce, Miękinia, Lubin, Zagrodno, Legnickie Pole, Wądroże Wielkie, Walim; gminy miejsko – wiejskie – Chocianów, Środa Śląska, Kąty Wrocławskie, Leśna, Złoty Stok, Węgliniec, Mirsk; gminy miejskie: Legnica, Świebodzice, Zgorzelec, Wałbrzych oraz Wrocław.

Zaplanowano, iż w każdej z gmin przebadanych zostanie po 60 osób, zaś w gminach miejskich Legnica, Wałbrzych i Wrocław po 120 osób. Ogółem zaplanowano objąć badaniem 1440 mieszkańców Dolnego Śląska w wieku 60. lat i więcej. Osoby do badań dobierane były w sposób losowy z wykorzystaniem tablic liczb losowych, na podstawie danych meldunkowych będących w posiadaniu gminy. Niestety, ze względu na trudności obiektywne (brak środków finansowych na przeprowadzenie badań w terenie, brak współpracy ze strony samorządów lokalnych) nie do końca udało się zrealizować założenia badawcze. Ostatecznie, badania zostały przeprowadzone w 18 gminach Dolnego Śląska. Ogółem przebadano 1137 osób.

Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu, był kwestionariusz wywiadu z przewagą pytań zamkniętych (takich, w których respondent wybiera jedną z

-
3. eksportuje czynniki produkcji: przedsiębiorstwa, banki i inne instytucje społeczno – gospodarcze, kulturalne i naukowe
 4. jest bezpośrednio połączone siecią transportu i komunikacji z zagranicą, systemem autostrad, szybkich kolei, lotnisk międzynarodowych
 5. cechuje się intensywną komunikacją z zagranicą przez ruch pocztowy, telekomunikacyjny i turystyczny
 6. ma rozwinięty sektor usług nastawionych na zagranicznych klientów: centra kongresowe i wystawiennicze, luksusowe hotele, szkoły międzynarodowe, wysokiej jakości pomieszczenia biurowe, międzynarodowe instytucje naukowe
 7. na jego obszarze znajdują się ośrodki masowego przekazu o zasięgu ponadkrajowym (gazety, magazyny, radio, telewizja)
 8. organizowane są regularnie różnego typu międzynarodowe spotkania: kongresy, wystawy, festiwale, imprezy sportowe i artystyczne z udziałem zagranicznych zespołów teatralnych
 9. na jego terenie znajdują się instytucje krajowe i regionalne, zajmujące się relacjami zagranicznymi i mającymi międzynarodową markę, jak np. stowarzyszenia, kluby sportowe, itp.
 10. przez miejskie instytucje publiczne lub prywatne uprawiana jest za pośrednictwem własnych przedstawicielstw w innych miastach za granicą, paradyplomacja; służy temu również członkostwo w organizacjach międzynarodowych, jak np. stowarzyszenia miast bliźniaczych, metropolii, itp.” (Jałowiecki, Szczepański, 2002:224 – 225)

zaproporowanych w pytaniu możliwych odpowiedzi). Narzędzie badawcze swym zakresem tematycznym objęło trzy aspekty życia osób starszych: ekonomiczny, społeczno – kulturowy i zdrowotny.

Aspekt ekonomiczny obejmował zagadnienia dotyczące m.in. sytuacji mieszkaniowej respondentów, składu gospodarstwa domowego, ich samodzielności finansowa, oceny własnej sytuacji materialnej, struktury wydatków, sieci wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych oraz brakujących usług dla osób starszych.

Aspekt społeczno – kulturowy skupiał się na takich kwestiach jak: sieć relacji interpersonalnych osób starszych, formy spędzania czasu wolnego, aktywność zawodowa i obywatelska (opinie na temat wieku emerytalnego i pracy zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego, działalność w organizacjach społecznych), plusy i minusy starości, postawy wobec starości oraz wartości życiowe osób starszych.

Natomiast aspekt zdrowotny dotyczył problematyki swobody dostępu do lekarza pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów, barier utrudniających dostęp do służb medycznych, częstotliwości korzystania z porad lekarzy, rodzaju schorzeń i dolegliwości, z jakimi borykają się osoby starsze, kondycji zdrowotnej (sprawność ruchowa, psychiczna i umysłowa), przyjmowania leków oraz częstotliwości diagnostyki zdrowotnej.

II. Charakterystyka próby badawczej.

Badaniem objętych zostało 720 kobiet, co stanowiło 63,3% próby badawczej oraz 417 mężczyzn (36,7%). Najliczniejszą kategorię wiekową stanowiły osoby w wieku 70-74 lata. W próbie badawczej znalazło się 255 respondentów należących do tej kategorii wiekowej, co stanowiło 22,7% ogółu badanych. Indagacji poddanych zostało również 239 osób w wieku 65-69 lat (21,3%), 221 respondentów w wieku 60-64 lata (19,7%), 203 osoby w wieku 75-79 lat (18,1%), 121 osób w wieku 80-84 lata (10,8%) oraz 82 osoby, które ukończyły 85. rok życia (7,3%).

Wśród badanych znalazło się 630 mieszkańców terenów wiejskich, co stanowiło 55,5% próby badawczej i 505 osób mieszkających w miastach (44,5%). Wśród mieszkańców miast najwięcej respondentów (59,7%) to osoby mieszkające w dużych, liczących powyżej 100 tys. mieszkańców, miastach, 17,1% respondentów mieszka w miastach o liczebności 21 – 50 tys. mieszkańców, 10,5% badanych zamieszkuje miasta liczące 6 – 20 tys. mieszkańców, zaś 12,6% populacji badanej mieszka w małych miastach, o liczebności do 5 tys. mieszkańców.

Na podstawie uzyskanych wyników można twierdzić, iż poziom wykształcenia dolnośląskich seniorów nie jest zbyt wysoki. Wśród badanych najliczniejszą kategorią były osoby z wykształceniem podstawowym (53,1%) i niepełnym podstawowym (5,0%) – łącznie stanowiły one niemal 60% populacji badanej. Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowiły niemal 1/5 badanej populacji (17,9%). Niemal tyle samo respondentów legitymowało się wykształceniem średnim (17,2%). Najmniej liczne kategorie stanowiły osoby mające wykształcenie pomaturalne (1,4%) oraz wykształcenie wyższe (4,6%).

Konstatacja, że seniorzy należą do jednej z mniej wykształconych kategorii, znajduje odzwierciedlenie również w wynikach Narodowego Spisu Powszechnego [2002]. Według zgromadzonych w nim informacji 58,7% mieszkańców Dolnego Śląska w wieku 60 lat i więcej legitymowało się co najwyżej wykształceniem podstawowym. Przyczyny takiego stanu mogą być różnorodne, zależne od jednostkowych wyborów i uwarunkowań, można się jednak pokusić o wskazanie kilku przyczyn systemowych, leżących u podłoża takiej sytuacji. Jedną z nich jest z pewnością czas historyczny³, w jakim przyszło wzrastać dzisiejszym seniorom (osoby, które w 2007r. miały 60 lat, czyli najmłodsze spośród badanych, urodziły się w 1947r., zaś osoby w wieku 85 lat przyszły na świat w 1922r.). Odmienność wzorców edukacyjnych, pierwsza i druga wojna światowa, okres międzywojenny i powojenny, cechujące się dużą nieprzewidywalnością i niestabilnością – wszystkie te czynniki nie sprzyjały osiągnięciu wysokiego poziomu wykształcenia.

Warto również wskazać na konsekwencje, jakie niesie ze sobą niski poziom wykształcenia seniorów. Można przypuszczać, że osoby takie mają większe trudności z przystosowania się do zmian zachodzących we współczesnym świecie, zwłaszcza, że świat w którym funkcjonowały przez większą część swojego życia, od 1989r. ulega radykalnej zmianie. Przemiany ustrojowe, gospodarcze, kulturowe, członkostwo Polski w Unii Europejskiej zasadniczo zmodyfikowały współczesną rzeczywistość. W społeczeństwach, które Sztompka [2004] nazywa „gorącymi”, czyli takimi, w których zmiany następują szybko, osiągając poważne rozmiary już w skali wewnątrzpokoleniowej, nowe technologie i wynalazki bardzo szybko stają się „przestarzałe”, wypierane są przez coraz doskonalsze rozwiązania i gadżety. Osoby starsze z reguły w mniejszym stopniu niż młodsze pokolenia korzystają z dobrodziejstw cywilizacyjnych. Z jednej strony, seniorzy nie zawsze mają potrzebę korzystania ze skomplikowanego sprzętu i nowinek technicznych w codziennym

³ Czas historyczny (społeczny) rozumiany jest jako wymiar trwania zbiorowości ludzkich, abstrakcyjna rama społecznej egzystencji jednostek i zbiorowości.

życiu, z drugiej, złożoność materii i bogactwo wyboru powoduje, że większość seniorów z obawy i lęku przed własną nieporadnością ogranicza do minimum korzystanie z nowych technologii. Można przypuszczać, że im niższy poziom wykształcenia, tym większe problemy ze zrozumieniem zasad funkcjonowania współczesnego świata i tym większe opory przed korzystaniem z nowoczesnych rozwiązań i technologii.

Poziom wykształcenia wpływa także na preferowany styl życia. Osoby lepiej wykształcone częściej stosują się do zasad zdrowego trybu życia, starają się odpowiednio odżywiać, dostarczając organizmowi niezbędne wartości odżywcze, dbają o swoje zdrowie i kontrolują jego stan, uprawiają sport i inne rodzaje aktywności fizycznej i umysłowej, zazwyczaj dysponują również większą wiedzą o zagrożeniach dla dobrostanu fizycznego i psychicznego i potrafią owych negatywnych stanów unikać lub minimalizować ich niekorzystne skutki. Dlatego też osoby lepiej wykształcone cieszą się relatywnie lepszym zdrowiem i żyją dłużej [por. np. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015: 10].

Warto również pamiętać, iż zmiany cywilizacyjne zachodzące współcześnie w społeczeństwie polskim powodują, że za dwadzieścia, trzydzieści lat będziemy mieć do czynienia z zupełnie innym niż aktualnie typem seniora – dobrze wykształconym, aktywnym, świadomym swoich praw, pragnącym realizować swoje pasje i zainteresowania również w okresie starości, dlatego też należy już teraz rozważać, diagnozować i popularyzować rozwiązania, które będą wychodzić naprzeciw zmieniającym się potrzebom tej kategorii społecznej.

III. Aspekt ekonomiczny

Warunki życia dolnośląskich seniorów

Warunki życia osób starszych, mieszkających na Dolnym Śląsku określone zostały na podstawie kilku wskaźników, zarówno opisujących sytuację życiową tej kategorii społecznej, jak i stanowiących subiektywną ocenę pewnych jej aspektów. Pomiar warunków życia obejmował sytuację mieszkaniową, skład gospodarstwa domowego, kondycję finansową, w tym stopień niezależności finansowej, strukturę wydatków i samoocenę sytuacji materialnej. Ponadto respondentów zapytano o sieć wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych oraz o zakres brakujących usług dla seniorów.

Sytuacja mieszkaniowa. Skład gospodarstwa domowego

Osoby starsze poddane badaniu najczęściej mieszkały w domach wolnostojących – taką odpowiedź wybrało 41,8% respondentów. Ponad 30% (33,2) respondentów

zamieszkiwało mieszkania własnościowe, 15,3% osób zajmowało mieszkanie komunalne, a 5,0% respondentów mieszkało w mieszkaniach spółdzielczych. Osobny pokój u dzieci zamieszkiwało 6,6% badanych, a jedynie 1,3% dzieliło pokój z innymi osobami. Powyższe dane wskazują, że warunki mieszkaniowe seniorów są dobre, większość z nich dysponuje odpowiednią przestrzenią życiową, nawet w sytuacji, kiedy mieszkając z innymi członkami rodziny (najczęściej dziećmi), przestrzeń mieszkalna jest raczej umownie niż ściśle podzielona na „strefy wpływów”, jedynie niewielka liczba seniorów (co 13.) mogłaby mieć problemy z zaspokojeniem swoich potrzeb w tym zakresie.

Posiadanie nieruchomości (budynku czy lokalu mieszkalnego) niesie ze sobą szereg wymiernych zalet. Jest to lokata kapitału i forma zabezpieczenia na wypadek nieprzewidzianych trudności finansowych czy braku środków finansowych w okresie starości, co przy popularyzowaniu rozwiązań dotyczących różnorodnych form zapewnienia jednostce godziwych warunków materialnych po przejściu na emeryturę⁴ zyskuje na znaczeniu. Z drugiej strony, bycie właścicielem nieruchomości wiąże się z koniecznością dokonywania potrzebnych napraw, bieżących konserwacji, co wiąże się z nakładami finansowymi. Im większa powierzchnia nieruchomości, tym wyższy podatek, problemem mogą być również wysokie opłaty za eksploatację pomieszczeń. Osobom starszym może być trudniej utrzymać nieruchomość w dobrym stanie, zwłaszcza jeśli mieszkają samotnie lub mają ograniczony kontakt z rodziną.

Badania pokazują, że więź międzypokoleniowa w rodzinach polskich jest nadal silna. Znaczna liczba seniorów mieszkała z rodziną, prowadząc wspólne gospodarstwo domowe. Taką odpowiedź wskazało 44,4% badanych. Ponad 1/3 osób (34,5%) mieszkała wspólnie z małżonkiem. Samodzielne gospodarstwo domowe prowadziła 1/5 osób starszych (20,2% wskazań). Jedynie niecały 1% badanych wskazuje na inną sytuację życiową.

Kobiety częściej mieszkały same lub z rodziną, co pewnie wiąże się z nadumieralnością mężczyzn w starszym wieku. Po śmierci męża/ partnera kobieta zmuszona jest do prowadzenia samodzielnego gospodarstwa domowego lub, co bardziej powszechne, zamieszkuje z dziećmi. Także na wsi rodziny wielopokoleniowe prowadzące wspólne gospodarstwo domowe były zjawiskiem bardziej popularnym niż w mieście, co wynika przede wszystkim z charakteru pracy na roli i dziedziczenia gospodarstwa przez dzieci po przejściu rodziców na emeryturę.

⁴ np. odwrócona hipoteka, czyli, upraszczając: dożywotnia renta w zamian za akt własności nieruchomości.

W świadomości społecznej to rodzina jest w pierwszej kolejności odpowiedzialna za pomoc i opiekę nad seniorem [por. Dyczewski i in. 1999], zwłaszcza w okresie „późnej starości”, kiedy różne choroby i zniedołężnienie utrudniają, lub uniemożliwiają samodzielne funkcjonowanie. Dlatego też wspólne zamieszkiwanie z rodziną stanowi jedną ze strategii radzenia sobie z problemami starości.

Czasem prowadzenie przez osoby starsze wspólnego gospodarstwa domowego nie jest kwestią wyboru, lecz koniecznością. Różne problemy rodziny (np. ubóstwo, brak pracy, samotne rodzicielstwo, wysokie ceny kupna czy wynajmu mieszkania, różnego rodzaju patologie) powodują, że dzieci nie opuszczają domu rodzinnego, zakładają swoją rodzinę i obie strony „zmuszone” są do życia pod wspólnym dachem. Sytuacja taka może, z jednej strony, być korzystna dla seniora, gdy młodszy członkowie rodziny opiekują się nim, dbają o zaspokajanie jego potrzeb, z drugiej strony jednak, może nieść szereg napięć i problemów, z przemocą domową włącznie.

Warunki życia seniorów. Wyposażenie gospodarstwa domowego

Z badań wynika, że warunki życia seniorów są dobre, a dostęp do podstawowych instalacji niemal powszechny. Mieszkania 86,7% badanych osób wyposażone były w łazienkę, 80% badanych miało dostęp do ciepłej bieżącej wody, 86,9% gospodarstw domowych posiadało dostęp do gazu, a 73,7% korzystało z kanalizacji. Jednocześnie ponad 1/5 badanych zgłaszała, iż posiada dostęp do toalety na korytarzu – 15,1% i toalety na dworze – 7,6% wskazań. Porównując tę liczbę z liczbą wskazań określających posiadanie przez gospodarstwo domowe łazienki można zauważyć rozbieżności w otrzymanych wynikach. Prawdopodobnie jest to skutek takiego położenia respondenta, że posiadając łazienkę w mieszkaniu, dodatkowo ma dostęp do toalety w korytarzu lub na dworze. Sytuacja taka zdarza się czasem w tzw. starym budownictwie lub na wsiach. Dlatego też przypuszczać należy, że brak bezpośredniego dostępu do łazienki dotyczy *de facto* około 10% badanych (9,4%).

Także badania GUS [2008] potwierdzają, że większość gospodarstw domowych emerytów wyposażona jest w niezbędne instalacje. Posiadanie łazienki z wanną lub prysznicem deklarowało 85,7%, dostęp do ciepłej, bieżącej wody miało 86,8%, a do gazu z sieci lub butli aż 92,3% ogółu gospodarstw emeryckich.

Można obserwować, że miejsce zamieszkania różnicuje dostęp respondentów do podstawowych instalacji. Seniorzy mieszkający w miastach częściej wskazują na dostęp gospodarstwa domowego do gazu i kanalizacji, zaś mieszkańcy wsi częściej posiadają toaletę

na dworze, przy czym niezależnie od miejsca zamieszkania, odsetek respondentów wskazujących, że posiada dostęp do łazienki, jest porównywalny.

Wyposażenie gospodarstwa domowego w sprzęt AGD stanowić może wskaźnik zaspokojenia i jednocześnie zróżnicowania potrzeb różnych kategorii respondentów. Istnieje szereg dóbr, które również dla seniorów stanowią podstawowe wyposażenie gospodarstwa domowego. Są to lodówka (98,8%), telewizor kolorowy (93,4%), odkurzacz (88,9%), pralka automatyczna (82%) oraz telefon (82%). Prawie 1/5 seniorów korzysta z telefonu komórkowego (17,3%). Mniej osób, bo tylko co 7. korzysta z magnetowidu (13,4%), a co 10. z odtwarzacza dvd (10,8%). Najmniejsza liczba badanych korzysta z takich sprzętów jak odtwarzacz płyt kompaktowych (6,1%), komputer (6%), zmywarka do naczyń (4,9%). Dostęp do internetu posiada mniej niż co 20. badany (4,1%). Tak więc respondenci wyodrębnili dwie główne kategorie – dobra podstawowe, z których korzysta większość badanych, a które służą zaspokojeniu potrzeb egzystencjalnych, oraz dobra „luksusowe”, służące zaspokojeniu potrzeb związanych z kulturą, rozrywką (tzw. potrzeby wyższego rzędu) lub świadczące o zamożności gospodarstwa domowego.

Mężczyźni częściej i chętniej korzystają z „nowinek technicznych”. ¼ z nich posiada telefon komórkowy (kobiety – 12,87%), 1/5 magnetowid (kobiety – 9,51), 15,42% - odtwarzacz dvd (kobiety – 8,11%). Prawie 10% mężczyzn posiada odtwarzacz płyt kompaktowych (tylko 4,34% kobiet), 8,19% komputer (4,76%), 6,51% zmywarkę do naczyń (kobiety – 3,92%), 5,3% korzysta z internetu (3,36% kobiet). Także mieszkańcy miast częściej deklarują korzystanie ze sprzętu „luksusowego” niż mieszkańcy wsi. Również poziom wykształcenia wpływa na posiadanie sprzętów „luksusowych” – np. aż 44,23% osób z wykształceniem wyższym korzysta z komputera (a jedynie 1,79% osób z wykształceniem niepełnym podstawowym i 2,03% z wykształceniem podstawowym).

Im starsi respondenci, tym rzadziej korzystają z różnych sprzętów gospodarstwa domowego.

Również badania GUS nad warunkami życia Polaków pokazują, że najbardziej popularnym sprzętem AGD w gospodarstwach domowych emerytów są lodówka (chłodziarka) – 96,4%, telewizor kolorowy – 95,7%, telefon stacjonarny – 77,5% oraz pralka automatyczna – 69,7%. Niemal 40% gospodarstw emerytów posiada telefon komórkowy, a 18,8% nie może sobie nań pozwolić z powodu braku środków finansowych na ten cel. Komputer znajduje się w co 7. gospodarstwie domowym, a niemal co 4. gospodarstwo chciałoby mieć ten sprzęt, ale nie ma pieniędzy na jego zakup. Podobnie jest z innym sprzętem, który można by określić mianem „luksusowego”. W wielu przypadkach osoby

starsze chętnie korzystałyby z udogodnień technicznych i urządzeń dostarczających rozrywkę, ale nie mają takich możliwości ze względu na ograniczenia domowego budżetu. I tak, z 35,1% wyposażyłoby swoje gospodarstwo w zestaw kina domowego, 30,6% w odtwarzacz dvd, 30,7% w zmywarkę do naczyń, niemal tyle samo osób gdyby było je stać, kupiłoby kuchenkę mikrofalową, a 22,9% chciałoby mieć połączenie do internetu. Z danych tych wynika, że również seniorzy stanowią kategorię społeczną, która chętnie korzystałaby z wielu dóbr konsumpcyjnych, gdyby nie zbyt niskie środki finansowe, którymi dysponują.

Kondycja finansowa dolnośląskich emerytów

Źródła dochodów. Rodzaje wydatków

Oceniając sytuację ekonomiczną seniorów podkreśla się często jej względną stabilność, wynikającą z faktu, że świadczenie emerytalne przyznawane jest dożywotnio, więc osoby starsze mają pewność, że co miesiąc otrzymają pewną kwotę, która pozwoli im w mniejszym lub większym stopniu zaspokoić potrzeby. Niemal wszyscy badani deklarowali samodzielność finansową. Dla większości respondentów źródłem dochodu była emerytura (80,4%) i renta (15,6%). Pracę zarobkową jako źródło dochodu, podstawowego lub dodatkowego, deklarowało jedynie 3,3% badanych. Niewielki procent seniorów nie posiadając własnych dochodów pozostawał na utrzymaniu współmałżonka (1,8%) lub korzystał ze wsparcia ze strony najbliższych krewnych (0,3%). Jedynie 2,2% badanych wskazało na jeszcze inne źródła dochodu.

Należy pamiętać jednak, że gospodarstwa domowe emerytów i rencistów z reguły dysponują średnimi lub niskimi dochodami. Według danych GUS [2008], przeciętne roczne dochody netto do dyspozycji na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów wynosiły 10.234 zł, co daje kwotę 852,8 zł. miesięcznie. Natomiast ZUS podaje, iż w 2007r. przeciętna miesięczna wysokość świadczenia emerytalnego wynosiła 1346,42 zł, co stanowiło 59,2 przeciętnego wynagrodzenia i wartość ta zmalała w porównaniu z 2006r. o 4,4%.

Taka sytuacja finansowa osób starszych powoduje ograniczenie możliwości nabywczych ich gospodarstwa domowego. Z badań wynika, że dolnośląscy seniorzy najczęściej wydawali pieniądze na zaspokojenie potrzeb podstawowych – na żywność, opłaty i leki. Rzadziej przeznaczali środki finansowe na zakup odzieży i obuwia i wizyty u specjalistów. Jeszcze mniej pieniędzy przeznaczali na zaspokojenie potrzeb kulturalnych i związanych z rozrywką – zakup książek, czasopism, wyjście do teatru, kina czy filharmonii. Odległe miejsce w domowych budżetach zajmowały również wydatki na napoje alkoholowe i

tytoń. Najbardziej zaś respondenci poświęcali część swego domowego budżetu na wyjazdy wakacyjne, do sanatorium czy wycieczki.

Wśród leków najczęściej dokonywany zakup dotyczył lekarstw zapisywanych przez lekarza, znacznie rzadziej badani kupowali medykamenty, kierując się reklamą telewizyjną czy wskazówkami innych osób, rodziny, znajomych czy sąsiadów.

Kondycja finansowa dolnośląskich seniorów nie różni się znacząco od ogólnej sytuacji tej kategorii społeczeństwa. Również inne badania na temat struktury wydatków potwierdzają, że większość wydatków gospodarstw domowych seniorów stanowią nakłady na zakup żywności, opłaty mieszkaniowe i eksploatacyjne oraz wydatki na leki i inne potrzeby zdrowotne. Osoby starsze z racji ograniczonych możliwości finansowych rzadko korzystają z usług gastronomicznych (90% emerytów nigdy lub bardzo rzadko jada główny posiłek poza domem [CBOS 2005], rzadko korzystają z aktywnych form spędzania czasu wolnego oraz turystyki. W 2005 r. emeryci spędzili średnio 9 dni wypoczywając poza miejscem zamieszkania [CBOS 2005]. Najczęstszym celem wyjazdów poza miejsce zamieszkania są odwiedziny u krewnych lub znajomych, wypoczynek, cele religijne. Osoby starsze rzadko bywają klientami biur podróży. Turystyka osób starszych, tak popularna w krajach zachodnich, w Polsce jest jeszcze zjawiskiem marginalnym.

Ze względu na ograniczone możliwości domowych budżetów, podstawowym kryterium, jakim osoby starsze kierują się przy dokonywaniu wyborów konsumenckich, jest cena. Zakupy żywności robią najczęściej w małych sklepach, gdzie towar podaje sprzedawca, w następnej kolejności w sklepach samoobsługowych i supermarketach, odzież i obuwie kupują w małych sklepikach, a także na bazarach i targowiskach [CBOS 2004].

Ponad 62% gospodarstw domowych emerytów nie byłoby w stanie pokryć z pieniędzy, które mają do dyspozycji nieoczekiwanego wydatku w wysokości 500 zł, 75% deklaruje brak możliwości sfinansowania tygodniowego wypoczynku z rodziną raz w roku, 87,3% - wymiany zużytych mebli, a 64,5% - kupowania odzieży lepszej jakości [GUS 2008].

Niemal połowa gospodarstw domowych osób starszych musiała ograniczać wydatki przeznaczone na leczenie oraz wydatki związane z życiem kulturalnym, zakup książek, prasy, wyjścia do kina, teatru, na koncert, itp. [CBOS 2006]. Dysponując ograniczonymi możliwościami finansowymi seniorzy w pierwszej kolejności zaspokajają potrzeby podstawowe, ograniczając wydatki na potrzeby wyższego rzędu. Warto przy tym pamiętać, że w niektórych przypadkach świadczenie otrzymywane przez osobę starszą stanowi podstawę dochodu rodziny wielopokoleniowej, a czasem jedyne jego źródło, co znacznie zmniejsza możliwość zaspokajania potrzeb, nawet tych podstawowych [por. Zabłocki i in. 1999,

Tarkowska 2000, Laskowska – Otwinowska 2000, Halik 2002, Korzeniewska 2002]. Można mówić wówczas o „przedłużonym rodzicielstwie” [por. Dyczewski i in. 1999: 33], które polega na systematycznej pomocy finansowej i rzeczowej kierowanej przez seniorów do swoich dorosłych dzieci.

Jednocześnie seniorzy są tą kategorią społeczną, która ze względu na stabilność sytuacji finansowej, jest w mniejszym stopniu zagrożona ubóstwem. Większość wskaźników spójności społecznej pokazuje uprzywilejowaną pozycję osób starszych pod tym względem w porównaniu z innymi kategoriami społeczeństwa.

Wybiegając myślą w przyszłość, wydaje się jednak, że również zachowania w sferze konsumpcji podlegać będą ewolucji. W wiek emerytalny powoli wchodzić będą również osoby z klasy średniej i wyższej, lepiej wykształcone, lepiej sytuowane, z rozbudzonymi potrzebami konsumpcyjnymi. Należy przypuszczać, że sytuacja taka przyczyni się do rozwoju rynku usług i produktów skierowanych bezpośrednio do tej kategorii wiekowej. Jednocześnie dla tych seniorów, których nie stać na samodzielne zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu należałoby stworzyć ofertę kulturalną, rozrywkową i turystyczną, umożliwiającą im aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, co z pewnością przyczyniłoby się do poprawy jakości ich życia.

Ocena własnej sytuacji materialnej

Autorzy badań świadomie zrezygnowali z pytań o wysokość dochodu i inne wskaźniki pozwalające oszacować obiektywną sytuację materialną dolnośląskich seniorów, przyjmując założenie, że subiektywna ocena swojej kondycji finansowej jest równie dobrym kryterium, a nie powoduje dyskomfortu respondenta, jaki czasem towarzyszy kwestiom pieniężnym i majątkowym. Stąd respondenci mieli ocenić swą sytuację materialną wybierając jedną z pięciu możliwości. Każda z możliwości została poparta wyjaśnieniem, co należy poprzez nią rozumieć. I tak, sytuacja „bardzo dobra” oznaczała, że osoba zaspokaja wszystkie swoje potrzeby bez zwracania uwagi na ceny i ma możliwość odłożenia pieniędzy na przyszłość; „dobra” – osoba zaspokaja w pełni wszystkie potrzeby, ale nie ma możliwości gromadzenia oszczędności; „przeciętna” – respondent żyje oszczędnie, ale wystarcza mu pieniędzy na zaspokojenie wszystkich potrzeb; „zła” – osoba zaspokaja tylko najważniejsze potrzeby, płacąc rachunki i kupuje tylko najpotrzebniejsze artykuły i produkty oraz „bardzo zła”, kiedy badanemu nie wystarcza pieniędzy nawet na zaspokojenie podstawowych potrzeb.

Większość respondentów oceniło swoją sytuację materialną jako przeciętną (47,2%), żyją oszczędnie i dzięki temu udaje się im zaspokajać swoje potrzeby. Jednocześnie 1/3

badanych (33,6%) uznało swą sytuację za niekorzystną pod względem ekonomicznym, uważając ją za złą (27,6%) i bardzo złą (6%). Odsetek osób, które pozytywnie oceniają swą sytuację materialną, wynosił 19,2%, 17% wyraziło przekonanie, że ich gospodarstwo domowe jest w dobrej kondycji, zaś jedynie 2,2% badanych orzekło, że ich sytuacja jest bardzo dobra. Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki można orzec, że około 80% badanych musi racjonalnie dysponować swoim budżetem i w mniejszym czy większym stopniu limitować zaspokajanie potrzeb życiowych z powodu ograniczonych dochodów, będących w ich dyspozycji.

Mężczyźni częściej z większą dozą optymizmu niż kobiety oceniają swój stan majątkowy, prawdopodobnie dlatego, że średnio emerytury i renty mężczyzn są wyższe, w związku z tym łatwiej im zaspokoić swoje potrzeby. Jako dobrą i bardzo dobrą swą sytuację materialną oceniło 22,76% mężczyzn i 17,15% kobiet, za złą i bardzo złą uznało ją 28,08% mężczyzn i 36,82% kobiet. Ze swej kondycji finansowej najbardziej zadowoleni są seniorzy w wieku 60 – 64 lata i osoby po 80. roku życia. Osiągnięciu satysfakcji w tym zakresie sprzyja również poziom wykształcenia – osoby z wykształceniem średnim lub wyższym są z reguły bardziej zadowolone z warunków bytowych niż osoby legitymujące się niższym poziomem wykształcenia.

Także badania ogólnopolskie potwierdzają, że emerytom najczęściej żyje się średnio (pieniędzy wystarcza na codzienne wydatki, ale na te poważniejsze muszą oszczędzać) oraz skromnie (muszą na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować posiadanymi pieniędzmi) [CBOS 2006]. Na mniejsze lub większe trudności ze „związaniem końca z końcem” przy dochodzie jakim dysponuje gospodarstwo domowe wskazywało 82,9% emerytów, jedynie 17,2% uznało, że jest to stosunkowo łatwe [GUS 2008].

Strategie radzenia sobie z trudną sytuacją życiową

Zespół badawczy, rozpatrując różne aspekty życia dolnośląskich seniorów poszukiwał również odpowiedzi na pytanie, jak wygląda system wsparcia osób starszych w ich społeczności lokalnej, czy seniorzy mają kogoś – osobę czy instytucję, do której mogą zwrócić się z prośbą o pomoc w razie trudności życiowych.

Z uzyskanych na to pytanie odpowiedzi wyłania się następujący obraz. Osoby w trudnej sytuacji życiowej w pierwszej kolejności szukałyby wsparcia i pomocy u członków rodziny. Jest to konstatacja spójna z innymi wynikami uzyskanymi w trakcie tego badania, która potwierdza silną pozycję rodziny w ramach system wartości oraz jej niemal stałą obecność w codziennym życiu seniora.

Na drugim miejscu znalazł się ośrodek pomocy społecznej, przy czym do wyniku tego należy podchodzić z niejaką ostrożnością. Należy pamiętać, że w większości gmin badania przeprowadzane były przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, co mogło powodować, że respondenci „z grzeczności” częściej wybierali taką odpowiedź. Przypuszczenie, że otrzymany rezultat nie wynikał z tzw. „efektu ankietarskiego”, wydają się potwierdzać wyniki innych badań prowadzonych na terenie Dolnego Śląska, w których gmina i jej struktury zostały wskazane jako jedne z podstawowych źródeł wsparcia w przypadku życiowych problemów [por. Kurzępa, Lisowska, Pierzchalska 2008]. Tym niemniej, by jednoznacznie ustalić, na ile służby publiczne, w tym jednostki samorządów lokalnych postrzegane są jako ogniwo wsparcia, należałoby przeprowadzić pogłębione badania w tym zakresie.

W następnej kolejności badani wskazali, że nie zwróciliby się z prośbą o pomoc do nikogo, prawdopodobnie dlatego, że nie mają osoby czy osób na tyle zaufanych, by prosić je o wsparcie lub nie chcą innym sprawiać problemów własnymi kłopotami. Na czwartej pozycji znalazła się odpowiedź „przyjaciele”. Seniorzy staraliby się również samodzielnie rozwiązać swoje problemy, nie włączając w ten proces nikogo postronnego. Na dalszych miejscach znalazły się podmioty należące zarówno do „porządku” nieformalnego (sąsiedzi, koledzy z dawnej pracy) jak i formalnego (lekarz, ksiądz). Najrzadziej osoby starsze potrzebujące pomocy szukałyby jej w organizacjach pozarządowych i u pielęgniarce środowiskowej.

Pewnym zaskoczeniem może być zwłaszcza stosunkowo niska pozycja księdza oraz organizacji non – profit jako ogniwa systemu wsparcia społecznego. Wydaje się, że osoby starsze stosunkowo rzadko postrzegają proboszcza jako kogoś, do kogo mogą się zwrócić z prośbą o pomoc. Być może wynika to z nieśmiałości czy niechęci do „zawracania głowy osobie duchownej swoimi kłopotami”, choć wydaje się, że w świadomości społecznej dokonuje się stopniowe oddzielanie funkcji sakralnych Kościoła i jego przedstawicieli od funkcji pomocowych/ charytatywnych i utożsamianie instytucji kościelnych wyłącznie z tymi pierwszymi [por. też Kurzępa, Lisowska, Pierzchalska 2008]. Jest to interesujące zagadnienie, tym niemniej wymagałoby pogłębionych eksploracji, by móc sformułować jednoznaczne wnioski. Także organizacje pozarządowe nie stanowią dla seniorów istotnego elementu systemu wsparcia. Można uznać, że obserwacja ta stanowi swoistego rodzaju porażkę organizacji non – profit, które nie potrafiły dotrzeć do seniorów i pozostają dla nich słabo rozpoznawalnym składnikiem rzeczywistości społecznej. Być może wynika to z faktu, że stosunkowo niewielka liczba organizacji pozarządowych ukierunkowuje swoje działania na osoby starsze, choć i tu, powoli, sytuacja ulega zmianie.

Brakujące usługi dla seniorów

Jakość życia jest pochodną możliwości zaspokojenia różnorodnych potrzeb w środowisku, w którym żyje się na co dzień. Zaspokojenie potrzeb wiąże się z istnieniem odpowiedniej infrastruktury, dzięki której staje się to możliwe. Stąd też zapytano osoby starsze, jakich, według nich, usług brakuje w ich otoczeniu, zakładając, że odpowiedź na to pytanie stanowić będzie także pośredni wskaźnik satysfakcji życiowej osiąganey przez dolnośląskich seniorów.

Odpowiadając na to pytanie, najwięcej osób (26,67%) stwierdziło, że nie brakuje żadnych usług, a osoby starsze mogą zaspokoić wszystkie swoje potrzeby. Jednocześnie niemal taka sama liczba osób (24,69%) wskazała na brak miejsca, w którym osoby starsze mogłyby się spotkać z innymi. Odpowiedź ta wskazuje, że seniorzy nie różnią się od innych kategorii społeczeństwa w swojej potrzebie kontaktu z innym człowiekiem, a jednocześnie mają mniej okazji, by te kontakty inicjować i podtrzymywać. Dlatego też podmioty odpowiedzialne za realizację lokalnej polityki społecznej powinny brać pod uwagę ten fakt. 1/5 badanych uskarża się na brak w miejscu zamieszkania ośrodka zdrowia, 1/6 (14,38%) wskazuje na brak domu pomocy społecznej, niemal tyle samo osób (13,44%) chciałoby by lokalna oferta skierowana do osób starszych rozszerzona została o pomoc domową, 9,79% chciałoby, by w ich miejscu zamieszkania można było zamówić posiłek do domu, niemal tyle samo badanych uważa, że usługą której brakuje jest pedicure leczniczy. Pozostałe propozycje cieszyły się znacznie mniejszą popularnością.

Można więc twierdzić, iż około ¼ badanych nie miało problemów z zaspokojeniem swoich potrzeb w otoczeniu społecznym, w którym żyje. Jednocześnie w odniesieniu do niemal ¼ osób można mówić o problemach z zaspokojeniem potrzeby afiliacji, jednej z podstawowych potrzeb człowieka. Odczuwanie więzi z innymi ludźmi, pragnienie przynależności do grupy, akceptacja społeczna także dla seniorów jest kwestią o podstawowym znaczeniu. Zaspokojenie tej potrzeby kształtuje sposób widzenia świata. Wykluczenie ze społeczności lokalnej czy samotność są przez osoby starsze bardzo boleśnie odczuwane. Seniorzy wskazywali również na deficyty w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych. Warto mieć na uwadze te informacje, kształtując lokalną przestrzeń społeczną.

Mieszkańcy wsi podkreślali, że na terenie ich miejscowości brakuje ośrodka zdrowia. Jednocześnie można zauważyć, że na deficyt w zaspokojeniu potrzeb infrastrukturalnych, paradoksalnie, częściej wskazywali mieszkańcy miast niż wsi. Osoby mieszkające w mieście częściej wskazywały na potrzebę uzupełnienia tej sfery o takie usługi jak zakupy na telefon,

pedicure leczniczy oraz stworzenie domu pomocy społecznej. Jednocześnie zarówno badani mieszkający na wsi jak i w mieście podkreślali potrzebę stworzenia miejsca spotkań towarzyskich, gdzie seniorzy mogliby spędzać czas, wymieniać poglądy i uczestniczyć w życiu społeczności lokalnej.

Poczucie bezpieczeństwa.

Potrzeba bezpieczeństwa stanowi jedną z podstawowych potrzeb jednostki ludzkiej. W hierarchii potrzeb Masłowa [2006] znajduje się na drugiej pozycji, tuż za potrzebami fizjologicznymi. Zresztą większość psychologów, zajmujących się potrzebami i umieszcza ją na jednej z pierwszych pozycji, uznając jej zaspokojenie za główny warunek prawidłowego rozwoju osobowości [por. np. Murray, Obuchowski].

Z badań wynika, iż większość osób starszych mieszkających na Dolnym Śląsku posiada poczucie bezpieczeństwa. Nie precyzowano przy tym, co badacz rozumie poprzez pojęcie „bezpieczeństwo”, pozwolono respondentowi na samodzielne przyjęcie definicji tego terminu, w związku z tym możliwe są różne definicje bezpieczeństwa: ekonomiczne, emocjonalne, brak zagrożenia w życiu publicznym czy w codziennej egzystencji. Zagrożenie doświadczane było przez co 10. respondenta (10,4%). Mieszkańcy miast w minimalnie większym stopniu wskazywali, że nie czują się bezpiecznie. Najwyższy poziom zagrożenia odczuwały osoby w wieku 65 – 69 lat (14,22%), a najniższy te w wieku 85 lat i więcej (4,94%). Być może w przypadku tych pierwszych mamy do czynienia z sytuacją, gdy nagle zmienia się wiele okoliczności życiowych (przejście na emeryturę, czasem utrata kogoś bliskiego, choroba), osoba odczuwa wyraźną granicę między etapem życia, „który się kończy”, a tym „który się zaczyna”. Wiele osób doświadcza końca względnej stabilności, wejścia w okres niepewności, kiedy dopiero musi na nowo zdefiniować swoją sytuację, co może wiązać się z poczuciem zagrożenia i braku bezpieczeństwa. Natomiast osoby najstarsze najczęściej mają już ustabilizowaną sytuację życiową, w związku z tym mogą nie odczuwać tak wielu napięć jak „młodszy” seniorzy.

Najwięcej osób, które nie czują się bezpiecznie, jako powód swojego stanu podały zagrożenie przestępczością, agresję, przed którą nie mogłyby i nie potrafiłyby się obronić (47,12%). Kolejnym powodem braku bezpieczeństwa jest lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia – 20,19%. Osoby te z jednej strony obawiają się cierpienia, które będzie się nasilać, z drugiej strony nie chciałyby być ciężarem dla najbliższych, którzy musieliby ograniczać czy rezygnować z zaspokojenia części swoich potrzeb w związku z ich stanem. Z pewnością na

obawy te nakłada się także strach przed pogorszeniem sytuacji materialnej (9,62%), również w związku ze zwiększonymi wydatkami na koszty leczenia.

Inną przyczyną utraty poczucia bezpieczeństwa jest lęk przed samotnością (5,77%), a dla 2,88% osób jest to strach przed utratą kogoś bliskiego. Mężczyźni częściej wyrażają obawę przed pogorszeniem stanu zdrowia, kobiety natomiast martwią się bardziej swoją sytuacją materialną i kłopotami, jakie mogą pojawić się w tej sferze, także one częściej wyrażają strach przed samotnością i opuszczeniem. Znaczna część mieszkańców miast wyraża obawę przed narażeniem na czyn przestępczy czy akt agresji, zaś mieszkańcy wsi silniej odczuwają lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia oraz sytuacji materialnej.

Wnioski

1. Warunki życia dolnośląskich seniorów są dobre, a sytuacja mieszkaniowa stabilna. Posiadanie nieruchomości (domu wolnostojącego czy mieszkania) na własność stanowić może lokatę kapitału i formę zabezpieczenia na przyszłość. Większość mieszkań wyposażonych jest w podstawowe instalacje, gospodarstwa domowe seniorów dysponują też podstawowym sprzętem AGD. Gorzej jest ze sprzętem, który można by określić mianem „luksusowego”.
2. Rodzina stanowi jeden z najważniejszych elementów życia seniorów i cenne oparcie w przypadku choroby czy ograniczenia sprawności. Należy jednak brać pod uwagę fakt, że struktura rodziny współczesnej podlega ewolucji, więzi rodzinne ulegają rozluźnieniu, zwłaszcza w przypadku migracji zarobkowych do oddalonych miejscowości w kraju czy za granicę. W perspektywie sytuacja taka może powodować wzrost zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, świadczone przez instytucje publiczne i organizacje pozarządowe.
3. Kondycja finansowa gospodarstw domowych dolnośląskich seniorów jest stabilna, choć większość badanych określa ją jako przeciętną i złą. Osoby starsze nie są w stanie zaspokoić w pełni swoich potrzeb, ze względu na ograniczenia budżetu muszą je limitować. W pierwszej kolejności przeznaczają je na wydatki na żywność, opłaty eksploatacyjne i wydatki związane ze zdrowiem, ograniczają zaś lub rezygnują z zaspokajania potrzeb wyższego rzędu.
4. W razie problemów życiowych seniorzy zwracaliby się w pierwszej kolejności do rodziny, co potwierdza jej kluczowe znaczenie dla seniorów.
5. Seniorzy na ogół są zadowoleni z infrastruktury istniejącej w ich miejscu zamieszkania. Ważną potrzebą, której realizacja napotyka na trudności w społeczności lokalnej, jest

potrzeba afiliacji. Seniorzy zgłaszają konieczność stworzenia miejsc spotkań towarzyskich, gdzie mogliby nawiązywać i podtrzymywać relacje z innymi ludźmi, odczuwać przynależność z grupą i budować więź ze społecznością lokalną. Tworzenie możliwości sprzyjających integracji społecznej powinno stanowić istotny element lokalnej polityki społecznej, realizowanej na rzecz seniorów.

6. Większość seniorów ma poczucie bezpieczeństwa. Zagrożenie doświadczane było przez co 10. respondenta. Wśród zagrożeń najczęściej wymieniano zagrożenie przestępczością i agresją, lęk przed pogorszeniem stanu zdrowia i złą sytuacją finansową.
7. Ważnym czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie dolnośląskich seniorów we współczesnym świecie jest niski poziom wykształcenia, powodujący trudności z odnalezieniem się w szybko zmieniającej się rzeczywistości. W perspektywie dwudziestu, trzydziestu lat sytuacja ta prawdopodobnie zmieni się na lepsze, co przed systemem społecznym postawi nowe wyzwania, by tworzyć takie rozwiązania i możliwości, które wychodzić będą naprzeciw potrzebom seniora „nowego typu” – dobrze wykształconego, świadomego swoich praw, aktywnego, pragnącego realizować swoje pasje również w okresie starości.

IV. Aspekt kulturowy

Świat społeczno – kulturowy człowieka starszego wypełniający jego przestrzeń życiową nadaje egzystencji głębszy sens, podnosi jej wartość, budując poczucie stosunkowo wysokiej jakości życia. Przestrzeń społeczno – kulturową życia człowieka starszego tworzy nie tylko środowisko zewnętrzne m.in. placówki opieki i pomocy, instytucje kultury, oferta kulturalna w miejscu zamieszkania; tworzy ją również środowisko wewnętrzne człowieka: jego filozofia życia, preferowane wartości, stosunek do własnej starości, realizowany model życia, aktywności czasu wolnego, kontakty społeczne.

Starsi ludzie powinni czuć się współodpowiedzialni za ten obraz. Ich postawy, style życia będą determinowały ów wizerunek, w rezultacie subiektywne poczucie własnego zdrowia. Seniorzy w praktyce na ogół przegrywają z wszechobecnym „kultem młodości”. Przegrywają również z własną świadomością, która uniemożliwia budowanie „dobrostanu psychicznego”.

Świat szybko się zmienia. Zmieniają się role i miejsce człowieka starszego w społeczeństwie, kiedyś należne z racji wieku. Rozwój cywilizacyjny, rewolucja

informatyczna, przemiany społeczno – kulturowe, stały się współcześnie źródłem zmiany roli i statusu społecznego osób starszych.

Negatywny stereotyp starości jest krzywdzącym wizerunkiem tego etapu życia, funkcjonującym w mentalności społecznej. W konsekwencji człowiek starszy utożsamiany jest z brakiem orientacji we współczesnym świecie, z nieumiejętnością rozwiązywania swoich problemów, z brakiem umiejętności korzystania z nowoczesnej techniki, w rezultacie z wycofywaniem się z aktywnego życia społecznego, tzn. realizujący pasywny tryb życia.

To jeden obraz – wyobrażenie społeczne, budujące, które jest zaprzeczeniem w pewnym stopniu kulturowej wartości starości.⁵

Ale istnieje też drugi obraz, w którym człowiek starszy utożsamiany jest z aktywnością, z mądrością życiową, wynikającą z doświadczenia i wiedzy o życiu, pragnący dalej uczestniczyć w życiu społeczno – kulturowym. Ten drugi wizerunek artykułuje pozytywne atrybuty wieku senioralnego.

Te dwa tory myślenia potwierdza również stanowisko gerontologów, którzy obok „teorii aktywności” proponują „teorię wycofywania się”, jako dwie, poniekąd przeciwstawne, strategie starzenia się.

Dzisiaj aktywność jest wartością cenioną społecznie. Dlatego, pozostawiając wybór osobie starszej, należy kreować model aktywnej starości, potwierdzając zasadność teorii „konstruktywnej starości”, „starości jako zadanie”, jakie m.in. proponują teoretycy.

Bowiem aktywność człowieka starszego staje się fundamentalnym czynnikiem decydującym o kształcie i wielkości przestrzeni życiowej człowieka. Tę przestrzeń życiową, obok aktywności własnej, buduje środowisko społeczne tj.: świat innych ludzi, środowisko lokalne, sąsiedzkie, rodzinne. Obecnie obserwuje się drastyczne ograniczanie wymiarów przestrzeni życiowej ludzi starszych, w której dotychczas funkcjonowali, powodowane głównie przez tempo zmian zachodzących w „gorących” społeczeństwach [Sztompka 2003].

To poważny problem społeczny. Bowiem dla ludzi starszych wiek społeczny jest wyrazem ich społecznej sytuacji. Niekwestionowany autorytet, prof. St. Rembowski w książce pt. „Psychologiczne problemy starzenia się” napisał: „naprawdę starym jest ten, kto zaprzestał kontaktów społecznych”. Tak więc starość, to również proces zmian wywołany reakcją na to wszystko, co dzieje się w środowisku społecznym starzejącej się jednostki. Zmieniają się przecież zakresy, charakter i hierarchia aktywności społecznych. Inaczej mówiąc, człowiek starszy musi się przystosować do nowej sytuacji społeczno – kulturowej. Dlatego tak ważne

⁵ Przez kulturową wartość starości rozumie się doświadczenie życiowe, rozważny osąd, dystans do wszelkich zmian, obiektywizm w postrzeganiu rzeczywistości, wreszcie analityczną refleksyjność.

współuczestniczenie ludzi starszych w życiu społecznym służące przełamywaniu konfliktów pokoleń (budowanie „mostów pokoleniowych”), przeciwdziałaniu wyobcowaniu („śmierci społecznej”), dające szanse na aktywność.

Jaki obraz życia społeczno – kulturowego dolnośląskich seniorów przedstawia analiza zebranego materiału? Podjęte badania w tych wymiarach, miały przynieść odpowiedzi na następujące pytania:

Z czym respondenci kojarzą starość?

Jakie postawy przyjęli wobec tego etapu życia?

Jakie utrzymują kontakty społeczne – w jakich formach działalności społecznej uczestniczą?

Jak spędzają czas wolny?

Jakie wartości preferują w życiu?

Jak oceniają własną kondycję psychiczną?

Jakie potrzeby wymagają wsparcia społecznego?

Co chcieliby zmienić w swoim życiu?

Czy chcieliby jeszcze pracować zawodowo (ewentualna reaktywacja zawodowa)?

Co zmieniło się w ich życiu po przejściu na emeryturę?

Definicje starości. Postawy wobec własnej starości

Starość, inaczej późna dorosłość, wiek podeszły czy senioralny, jest pojęciem niejednoznacznym, nie jest stanem jednakowym dla wszystkich, jest ruchomym okresem życia. Obecnie można obserwować zjawisko „odraczania starości”, co oznacza przesuwanie jej na dalszy plan w życiu. Tak więc starość jest pojęciem względnym, trudnym do jednoznacznego określenia. Na pewno trzeba w procesie starzenia uwzględnić jej trzy wymiary: fizjologiczny, psychiczny, społeczny. Można czuć się starym fizycznie (ze względu na regresywne zmiany organizmu), a jednocześnie czuć się młodym psychicznie (z uwagi na dobrą kondycję psychiczną). Na przestrzeni dziejów na pewno można mówić o dwóch obrazach starości: negatywnym i pozytywnym, jakie mentalnie potwierdza to środowisko.

Badani postrzegają starość jako czas zasłużonego wypoczynku (57,51% odpowiedzi), nagrodę za trud włożony w dotychczasowe życie, za aktywność zawodową, rodzinną i społeczną podejmowaną do czasu przejścia na emeryturę. Tak więc respondenci postrzegają starość przede wszystkim jako okres wycofania się z pewnych elementów życia i spowolnienia egzystencji. Opinia ta nie oznacza jednak, że senior gotowy jest zrezygnować w ogóle z aktywności, raczej stanowi odrzucenie uciążliwych i żmudnych obowiązków na rzecz skupienia się na przyjemnościach dnia codziennego. Dla 41,41% badanych starość oznacza

okres pogorszenia stanu zdrowia. Osiągnięcie pewnego wieku „sprzyja” wzmocnieniu występowaniu różnych schorzeń. Dla okresu starości charakterystyczna jest wielochorobowość. I na ten uciążliwy aspekt starości zwracają uwagę seniorzy. 36,49% badanych nie nadaje starości żadnej konotacji, traktując ten okres jak kolejny etap życia, ani lepszy, ani gorszy niż poprzednie. Niemal tyle samo osób (36,23%) uznało, że starość jest to czas dla rodziny i najbliższych. Seniorzy upominają się również o swoją mądrość życiową, chcąc dzielić się swoim doświadczeniem (ponad 1/5 odpowiedzi). Możliwości rozwojowe potwierdza postrzeganie tego etapu życia jako okresu zadumy, refleksji (także ponad 1/5 wypowiedzi).

Znacznie mniej osób (11,36%) postrzega starość jako ten czas, kiedy można oddać się swobodnemu rozwojowi zainteresowań i hobby, rozwijaniu pasji, którym do tej pory nie można było poświęcić czasu, poszukiwanie nowych form wyrażania siebie, własnego człowieczeństwa. Wydaje się, że okres starości, jako ten, w którym nie jest się zbyt obciążonym obowiązkami, dysponuje się dużą ilością wolnego czasu, powinien sprzyjać rozwojowi różnych form szeroko rozumianej aktywności intelektualnej/ poznawczej. Odkrycie i pielęgnowanie pasji sprzyja „dobremu starzeniu się”, utrzymywaniu organizmu w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Dlatego też niepokoi *de facto* niewielki odsetek osób, które w taki sposób postrzegają starość.

Z drugiej strony jednakże nadzieją napawa fakt, że jeszcze mniej osób postrzega ten okres negatywnie jako czas opuszczenia i samotności (8,5%) oraz okres poprzedzający śmierć (7,25%).

Kobiety częściej postrzegają starość jako czas, w którym następuje pogorszenie stanu ich zdrowia, okres zadumy i refleksji oraz czas dla rodziny i najbliższych. Mężczyźni większą wagę przywiązują do możliwości rozwoju zainteresowań i hobby (5,64% różnicy). Im starszy respondent tym rzadziej wybierał odpowiedź, że starość to okres dzielenia się z innymi zdobytym doświadczeniem życiowym. Być może osoby w podeszłym wieku częściej bywają niesamodzielne, uzależnione od innych osób i jako takie nie potrafią się odnaleźć w roli autorytetu czy mentora, z którego opinią liczą się inne osoby. Wraz z wiekiem spada również liczba osób, dla których starość to czas rozwoju zainteresowań i hobby. Już osoby w wieku 70 – 74 lata i starsze marginalizują znaczenie tego aspektu starości. Wraz z wiekiem wzrasta również negatywne postrzeganie starości – rośnie liczba osób, dla których jest to okres pogorszenia się stanu zdrowia, okres poprzedzający śmierć, zmniejsza się liczba osób, które uważają, że jest to czas poświęcony rodzinie i najbliższym – tu raczej relacja się odwraca, to

rodzina w większym stopniu zaczyna odpowiadać za zaspokojenie potrzeb osoby w podeszłym wieku.

Im wyższy poziom wykształcenia respondentów tym większy nacisk kładą na postrzeganie starości jako okresu rozwoju zainteresowań i hobby, okres dzielenia się z innymi zdobytym doświadczeniem życiowym oraz uznają ten okres za kolejny etap w życiu. Wydaje się, że wysoki poziom wykształcenia sprzyja postrzeganiu starości przez pryzmat aktywności – osoby z wykształceniem wyższym najrzadziej odpowiadały, że jest to czas zasłużonego odpoczynku, czas samotności i opuszczenia, okres pogorszenia stanu zdrowia, czas dla rodziny i najbliższych oraz okres poprzedzający śmierć (jedynie 1,92% wskazań).

Mieszkańcy wsi podkreślali takie definicyjne obszary tego terminu jak pogorszenie stanu zdrowia (gorszy dostęp do służby zdrowia, większa uciążliwość dolegliwości, itp.) oraz więcej czasu dla rodziny i bliskich, co prawdopodobnie związane jest z strukturą rodziny wiejskiej, która częściej jest wielopokoleniowa. W związku z tym osoby nieaktywne zawodowo mają możliwość opiekowania się wnukami czy innymi członkami rodziny, którzy takiej opieki potrzebują. Mieszkańcy miast natomiast częściej traktują starość jako kolejny etap w życiu, ani gorszy ani lepszy niż inne oraz postrzegają ją jako czas rozwoju zainteresowań i hobby.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że badani prezentują zdecydowanie pasywny tryb życia, który charakteryzują: postawa zależności, postawa obronna (roszczeniowa). W niewielkim stopniu potwierdzają zasadność postawy konstruktywnej. Miejsce zamieszkania (wieś czy miasto) specjalnie nie różnicuje stanowiska w tej kwestii. Nieco lepszy obraz starości jawi się w wypowiedziach kobiet, co potwierdza dotychczasowe wyniki badań, w których kobiety łatwiej adaptują się do tego okresu życia. Rozwojowy obraz starości dotyczy przede wszystkim ludzi lepiej wykształconych.

Zmiany na lepsze po przejściu na emeryturę

Ponad 20% badanych twierdzi, że w ich życiu po przejściu na emeryturę nic się nie zmieniło. Brak istotnych zmian podkreśla ok. 1/3 badanych (32,06%). Czy można ten fakt interpretować jako poczucie zadowolenia z życia, kontynuacji na tym samym poziomie, co wcześniej? Badani cieszą się uzyskaną swobodą, brakiem obciążeń (26,3% wypowiedzi), podkreślają wartość czasu wolnego ((20,07%) zdobytego dla siebie (18,68%), dla rodziny i przyjaciół (18,68% wypowiedzi). Dla 12,73% zmianą na lepsze jest możliwość przeznaczenia czasu na odpoczynek. Co 10. respondent podkreśla uzyskanie stabilizacji finansowej. Jedynie

6,69% badanych podaje, że może poświęcić się rozwijaniu swoich pasji i zainteresowań, zaś 3,81 ma więcej czasu na przyjemności i rozrywki. Podobnie, jak w przypadku definiowania starości, również tu odsetek osób postrzegających zmiany w kontekście rozwoju osobistego jest ograniczona.

Mężczyźni częściej niż kobiety podkreślali, że po przejściu na emeryturę mają więcej czasu oraz możliwość skupienia się na rozwoju zainteresowań i hobby, kobiety natomiast uznawały, że mają więcej czasu, który mogą przeznaczyć dla siebie. Z pewnością osiągnięcie wieku emerytalnego sprzyja zmniejszeniu ilości obowiązków, związanych zarówno z życiem zawodowym, jak i prywatnym. Kobiety mogą więc pomyśleć również o zaspokojeniu swoich potrzeb.

Mieszkańcy miast częściej uwypuklają możliwość rozwijania zainteresowań i hobby, oraz więcej czasu dla rodziny i przyjaciół. Mieszkańcy wsi natomiast wskazują na stabilizację finansową, jaką uzyskali dzięki przejściu na emeryturę. Jest to dla nich szczególna wartość, zwłaszcza, że praca na roli związana jest z dużą fluktuacją dochodów, będącą pochodną warunków pogodowych, obfitości zbiorów jak również koniunktury na te produkty.

Zmiany na gorsze po przejściu na emeryturę

Złe konsekwencje przejścia na emeryturę dotyczą przede wszystkim pogorszenia się stanu zdrowia (49,53% wypowiedzi) i pogorszenia sytuacji materialnej (41,98% wypowiedzi). Co ciekawe, brak zmian na gorsze potwierdza ponad 1/5 respondentów, tu przeważają mężczyźni. Co 6. (15,95%) badany wskazał na samotność i ograniczenie kontaktów z innymi ludźmi jako aspekt bierności zawodowej/ ukończenia 60 lat. Na nudę i brak zajęć wskazało jedynie 4,1% badanych, natomiast pogorszenie nastroju, złe samopoczucie stało się udziałem 2,33% respondentów. Utrata bliskich dotyczyła 2,05% respondentów.

Kobiety wśród zmian na gorsze wymieniały częściej pogorszenie stanu zdrowia, mężczyźni byli większymi optymistami częściej twierdząc, że nie zauważają w swym życiu żadnych negatywnych zmian. Mieszkańcy miast częściej uskarżali się na pogorszenie stanu zdrowia, mieszkańcy wsi postrzegali stabilność swojej życiowej sytuacji, częściej nie widząc zmian na gorsze.

Chcąc zdiagnozować samopoczucie dolnośląskich seniorów respondentom zadano pytanie, czy zdarzył się w ich życiu okres dłuższy niż dwa tygodnie, w czasie którego nie byli

w stanie⁶ wykonywać czynności związanych ze spędzaniem czasu wolnego. Niemal 40% (37,8) odpowiedziało twierdząco.

Mieszkańcy miast częściej wskazywali na problemy tego typu niż mieszkańcy wsi. Jednocześnie niemal połowa respondentów (46,7%) wskazywała, że zdarzają się okresy (powyżej dwóch tygodni), kiedy martwi się o przyszłość swoją, swoich bliskich i otoczenia bez konkretnego powodu. Odpowiedź twierdzącą na to pytanie częściej podawały kobiety oraz mieszkańcy miast. Im starszy badany tym częściej odpowiadał twierdząco na to pytanie. Ponad 40% (41,7) respondentów wskazało, że przez dłuższy czas odczuwało smutek, przygnębienie, myślało o śmierci. Kobiety częściej poddawały się takim myślom i odczuciom.

Warto podkreślić, że odczuwanie smutku, przygnębienia dotyczy ponad 41% badanych, w większym stopniu kobiet. Nie różnicuje tego zjawiska miejsce zamieszkania. To świadczyć może o nienajlepszej kondycji psychicznej (zdrowiu psychicznym) seniorów.

Preferowane wartości

Wartości w szerszym znaczeniu są celami, dążeniami życiowymi. W rezultacie odpowiadają na pytania o pragnienia czy aspiracje osób starszych. Uznawane przez seniorów wartości kształtują ich potrzeby. Źródłem potrzeb człowieka są uznawane przez niego wartości.

Najogólniej można mówić o potrzebach pierwotnych o charakterze biologiczno – naturalnym, o potrzebach wyższego rzędu tzn. psychospołecznych, wreszcie kulturowych (potrzeba doświadczenia twórczości, piękna). Niewątpliwym jest fakt, że ludzie starsi do życia i dobrego samopoczucia potrzebują zaspokojenia nie tylko potrzeb pierwotnych, nie mniej ważne są potrzeby wyższego rzędu, które budują sens życia człowieka. Natomiast świat kultury wypełniając przestrzeń życiową, nadaje egzystencji człowieka głębszy sens, podnosząc jego wartość.

A jak przedstawia się lista potrzeb, oczekiwań badanych, wynikających z preferowanych wartości? Rodzina, w tym przyjaciele, okazują się być wartością najważniejszą (82,21% wskazań), na drugim miejscu znalazło się zdrowie i dobre samopoczucie (62,1%). W następnej kolejności respondenci wskazali na spokój i odpoczynek (35,14%) oraz religię i wartości religijne (34,79%). Wśród najważniejszych wartości 1/5 respondentów wymieniła pieniądze i stabilizację materialną (21,53%), uczciwość i

⁶ Określenie „nie był w stanie” nie oznacza sytuacji obiektywnej, np. brak czasu, ale nastawienie subiektywne, psychiczną niedyspozycję, brak siły i woli.

prawdomówność (19,75%). Dla 11,12% wartością jest pracowitość i rzetelność zawodowa. Na końcu znalazły się wartości związane z ojczyzną i patriotyzm (9,96%), zaś najmniej osób, bo jedynie 7,21% badanych wskazało na miłość jako istotną dla nich wartość życiową.

Okazuje się, że posiadanie rodziny, dobre relacje z nią dają Dolnoślązakom największe zadowolenie. Środowisko rodzinne odgrywa decydującą rolę w zaspokajaniu potrzeb człowieka starszego. Wygląda na to, że wcale nie pieniądze, jak potocznie się sądzi, są według seniorów najistotniejsze dla dobrego życia. A przecież zgodnie z negatywnym stereotypem starości uważa się, że seniorzy chcą przede wszystkim wyższych emerytur i leków za darmo.

Niepokoić może życie uczuciowe badanych, ponieważ miłość jako wartość znalazła się na końcu wyborów. Może dlatego o ludziach starszych mówi się, że są „ubodzy emocjonalnie”. A przecież dobrostan psychiczny buduje się m.in. poprzez możliwość wymiany emocji. Chyba, że badani zrozumieli ten termin jako miłość pomiędzy kobietą a mężczyzną, postrzegając ją głównie poprzez pryzmat życia seksualnego. A przecież „miłość niejedno ma imię”. W życiu dojrzałych osób niewątpliwie życie uczuciowe, możliwość wymiany emocji, bliskości jest tak samo istotna w budowaniu zadowolenia z życia jak w przypadku osób należących do innych kategorii wiekowych. .

Kobiety częściej wskazywały na zdrowie i dobre samopoczucie jako cenną wartość życiową, wyżej niż mężczyźni waloryzowały także religię i wartości religijne. Dla mężczyzn natomiast duże znaczenie miała pracowitość i rzetelność zawodowa. Różnice te mogą wynikać z odmienności wzorów socjalizacyjnych kobiet i mężczyzn. Według nich kobiety związane są bardziej ze sferą prywatną i jej wartościami, mężczyźni zaś publiczną.

Między odpowiedziami mieszkańców miast i wsi nie zauważa się istotnych różnic, pewien tradycjonalizm społeczności wiejskich objawia się przywiązywaniem większego znaczenia do wartości religijnych. Na religię jako wartość wskazują również osoby najstarsze (w wieku 85 lat i więcej), jednocześnie przywiązują najmniejszą wagę do pieniędzy i stabilizacji materialnej jako wartości życiowej. Wykształcenie respondentów silniej różnicuje odpowiedzi na to pytanie. Osoby posiadające wykształcenie wyższe podkreślają znaczenie pracowitości i rzetelności zawodowej oraz kładą silniejszy nacisk na wartości patriotyczne. Mniejszą wagę niż inni badani przywiązują natomiast do spokoju i odpoczynku oraz stabilizacji materialnej jako wartości istotnych dla człowieka.

Postulowane zmiany w życiu seniorów.

Respondenci, zapytani o to, co chcieliby zmienić w swoim życiu, najczęściej odpowiadali, że nic. Można by się zastanawiać czy taka odpowiedź wynika z faktu zadowolenia badanych z własnej sytuacji życiowej, czy też kryją się za nią jeszcze jakieś inne motywacje ?.

Aspiracje czy marzenia wydają się skromne. 1/5 (21,2%) osób chciałaby poprawy swojego stanu zdrowia, niemal tyle samo osób (18,7%) życzyłoby sobie poprawy swojej sytuacji materialnej. W zasadzie te odpowiedzi wyczerpują katalog postulowanych zmian. Znacznie mniejsza liczba respondentów odpowiadała inaczej. 5,93% badanych nie chce zmian, ponieważ jest zadowolona ze swojej sytuacji życiowej. 5,56% chciałaby móc wyjechać na wycieczkę, mieć możliwość podróżowania, zobaczenia czegoś nowego. 4,26% marzy o zmianie miejsca zamieszkania, „być młodym” chciałoby być 2,87% badanych, 2,78% chciałoby poprawić swe relacje z innymi ludźmi, z rodziną, bliskimi. 4,44% badanych twierdzi, że nic nie może zmienić, czyli przyjmuje postawę bezradności wobec swojego życia.

Kobiety częściej chciałyby poprawy własnej sytuacji materialnej i bytowej (mają one zazwyczaj niższe emerytury, w związku z tym częściej mogą się borykać z trudnościami ekonomicznymi). Mężczyźni nie chcą niczego zmieniać. Im starsi respondenci tym rzadziej chcieliby poprawy swojej sytuacji materialnej, jednocześnie osoby najstarsze, w wieku 85 lat i więcej częściej niż pozostali badani uważają, że nic w swoim życiu nie mogą zmienić. Mieszkańcy miast życzyliby sobie poprawy stanu zdrowia, a mieszkańcy wsi częściej nic nie chcieliby zmieniać w swoim życiu. Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż inni respondenci chcieliby mieć możliwość podróżowania, czyli aktywnego spędzania jesieni życia.

Wygląda na to, że jedna trzecia badanych przejawia tendencje w miarę pozytywnego bilansu życia, ich oczekiwania dotyczą podstawowych potrzeb każdego dojrzałego człowieka: zdrowia, bezpieczeństwa materialnego. Nie zawsze ujawniają swoje marzenia, ukryte potrzeby, nie widzą szans na zmianę.

Aktywność społeczna

Zadowolenie z życia osób starszych jest pochodną szeroko rozumianej aktywności, również w sferze społecznej. W tym obszarze wyniki badań potwierdzają wcześniej sygnalizowany pasywny styl życia tej kategorii społecznej, bowiem prawie 90% badanych nie uczestniczy w jakichkolwiek organizacjach społecznych. Zaledwie 4,01% ogółu badanych przyznaje się do udziału czynnego w pracach organizacji społecznych, dotyczy to w

przeważającej większości mężczyzn, mieszkańców miast. Tę niską aktywność w stowarzyszeniach dopełnia praca w organizacjach kościelnych, które z definicji jakby zarezerwowane są dla starszych, tu działa niecałe 3%, to przede wszystkim kobiety mieszkające na wsi.

Do placówek z ofertą dla starszych – tzw. „klubów seniora” uczęszcza tylko 3.6% badanych. Dotyczy to zarówno kobiet, jak i mężczyzn, osób relatywnie młodszych. Niski wynik tłumaczyć może częsty brak takiej oferty w miejscu zamieszkania.

Postulat, aby dla zdrowia, lepszego samopoczucia włączyć się w prace grupy rówieśniczej zawodzi w przypadku dolnośląskich seniorów. Badania potwierdzają fakt, że częsty regres fizyczny i umysłowy osób starszych nie jest wyłącznie wynikiem nieuchronnych procesów starzenia się, lecz ma swoje przyczyny w braku aktywności, również społecznej, kontaktów z drugim człowiekiem. Wyobcowanie, brak uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej prowadzi do marginalizacji tej kategorii wiekowej. Życie osób starszych ogranicza się przede wszystkim do kręgu najbliższej rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Większość seniorów nie szuka kontaktu ze społecznością lokalną, a potrzeba uczestniczenia w życiu szerszego kręgu społecznego nie jest rozbudzona. Z jednej strony wynika to ze stereotypu, że osoba, która jest na emeryturze, okres aktywności ma dawno za sobą i nic wartościowego nie może dać społeczeństwu. Jest to pogląd, który ogranicza obie strony: osoby starsze nie mają potrzeby wychodzenia poza wąski krąg spraw najbliższego otoczenia, zaś społeczność nie potrafi dostrzec potencjału osób starszych i korzyści, jakie ich udział mógłby przynieść zbiorowości, w której żyją. W związku z tym senior, nawet jeśli zachce się włączyć w działalność organizacji prospołecznej, spotyka się albo z brakiem możliwości, albo z brakiem pomysłu na zagospodarowanie jego inicjatywy, co powoduje, że zniechęcony wycofuje się z tego obszaru życia. Z badań pilotażowych na temat wolontariatu we Wrocławiu, przeprowadzonych w 2007r. przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej i Urząd Miejski we Wrocławiu wynika, że osoby powyżej 65. roku życia stanowią najmniej pożądaną kategorię wolontariuszy. Podmioty, korzystające z pracy wolontariuszy chętniej przyjęłyby wolontariusza niepełnoletniego niż takiego, który ma 65 lat lub więcej.

Prawdą jest, że wśród czynników ograniczających aktywność społeczną można wyróżnić te wewnętrzne (zależne od samych starszych) oraz te zewnętrzne, o charakterze społecznym – kulturowym (niezależne od nich). To przede wszystkim brak właściwej oferty w środowisku i brak otwarcia istniejących stowarzyszeń na ludzi starszych („kult młodości”). Aby zmienić tę niekorzystną sytuację ważne jest podejmowanie inicjatyw lokalnych, które będą miały szansę zmienić tryb życia pasywny na aktywny, przeciwstawiając się

narastającym z wiekiem, czasem pozornym przeszkodom, które hamują dawną, spontaniczną aktywność. Trudności wynikają również z braku umiejętności tworzenia więzi z obcymi. Czasem osoby starsze postrzegają relacje z innymi ludźmi poprzez pryzmat silnie ugruntowanego podziału na „swoich” i „obcych”, tych drugich traktując jako potencjalne zagrożenie dla własnego bezpieczeństwa.

Dlatego konieczne jest stwarzanie osobom starszym okazji do sensownej aktywności psychofizycznej, często określanej „eliksirem młodości”. Bowiern ludzie zrzeszeni żyją dłużej.⁷

Kontakty społeczne. Sieć relacji interpersonalnych

Niewątpliwie do realizacji większości potrzeb ludzi starszych niezbędne jest utrzymywanie kontaktów społecznych, towarzyskich. Można by długo wymieniać korzyści stąd płynące dla środowiska senioralnego. Jak wygląda więc sieć relacji interpersonalnych dolnośląskich seniorów?

Opisując częstotliwość kontaktów z innymi ludźmi, można zauważyć, że seniorzy najczęściej mają kontakt z osobami, z którymi łączą je więzi nieformalne: z najbliższą rodziną, z sąsiadami oraz z przyjaciółmi. Jako kryterium częstego kontaktu przyjęto następujące odpowiedzi „codziennie”, „kilka razy w tygodniu” oraz „kilka razy w miesiącu”, co oznacza, że dana osoba przynajmniej raz w miesiącu spotkała się z podmiotem wymienionym w kafeterii. I tak, z dziećmi i rodziną często spotyka się 88,84% osób starszych, sporadycznie – 8,99%, zaś nigdy jedynie 2,18%. Najbliższe człowiekowi starszemu jest środowisko rodzinne, jego znaczenie jest bezdyskusyjne. Uporządkowana rodzina pozwala na łatwiejsze przystosowanie się do zmieniających się warunków życia. Daje poczucie bezpieczeństwa, pozwala być użytecznym i potrzebnym, jest najlepszą „instytucją opiekuńczą”.

Z sąsiadami często kontaktuje się 84,92% respondentów, sporadycznie 5,64% , a żadnego kontaktu nie ma co 10. osoba (9,44%). Dla ponad połowy seniorów przyjaciele odgrywają ważną rolę w codziennym życiu – częsty kontakt z nimi deklaruje 55,89% badanych, sporadycznie spotyka się ¼ (24,55%) seniorów. Jednocześnie niemal 1/5 badanych (19,57%) nie posiada przyjaciół, co napawać może niepokojem, ponieważ przyjaciele stanowią istotne ogniwo wsparcia w trudnej sytuacji życiowej, służą radą, pomocą i oparciem emocjonalnym, zaś badania pokazują, że co 5. senior takiego wsparcia jest pozbawiony.

⁷ Komunikat z badań prof. Boryślaskiego, wygłoszony na konferencji (książka w druku)

Osoby, które okres aktywności zawodowej mają już za sobą rzadko utrzymują kontakty z dawnymi znajomymi z pracy – częsty kontakt z nimi deklaruje jedynie 19,21% badanych, sporadycznie widzi się z nimi 32,8%, a nigdy aż 47,99% respondentów. Utrata dawnych ról społecznych i związanego z nimi prestiżu nieradko bywa powodem wygasania tych kontaktów.

Analiza relacji z podmiotami formalnymi (ksiądz, pracownik ośrodka zdrowia, pracownik pomocy społecznej) ukazuje, że kontakty z nimi należą raczej do sporadycznych. Osoby starsze spotykają się najczęściej z pracownikami ośrodka zdrowia – często spotyka się z nimi 37,83% badanych, rzadko – 41,63%, zaś nigdy – 20,54% respondentów. Przy tej okazji można postawić pytanie, na ile lekarze pierwszego kontaktu są przygotowani do opieki kompleksowej nad ludźmi starszymi? Wydaje się, że póki co, kompleksowe przygotowanie lekarzy POZ do pracy z osobą starszą nie jest jeszcze zbyt powszechne.

1/5 seniorów (22,96%) deklaruje częste spotkania z księdzem, od czasu do czasu widuje się z nim 57,31%, a w ogóle nie ma kontaktu 19,72%.

Najrzadziej osoby starsze spotykają się z pracownikami pomocy społecznej. Jako częsty swój kontakt z nimi określa jedynie 3,55% badanych, sporadyczny – 14,36%, natomiast aż 82,09% deklaruje, że nie spotyka się z nimi wcale. Biorąc pod uwagę sposób organizacji systemu pomocy społecznej w Polsce, tak rzadki kontakt osób starszych z pracownikami socjalnymi wskazuje, że generalnie dolnośląscy seniorzy nie borykają się z większymi trudnościami życiowymi i są samodzielni. Konstatacja ta wynika z faktu, że interwencja systemu pomocy społecznej ma najczęściej miejsce w sytuacji, gdy jednostka nie potrafi samodzielnie rozwiązać swoich problemów życiowych. Jednak jest to również sygnał, że społeczność lokalna nie tworzy sytuacji, w których taki kontakt by się zdarzał. Rolą pracownika socjalnego powinna być nie tylko interwencja w sytuacji kryzysowej, ale również inicjowanie i podejmowanie działań o charakterze integracyjnym, które umożliwią osobom starszym większy udział w życiu społeczności lokalnej. Jednak nie zawsze pracownik socjalny posiada świadomość, że to on powinien być animatorem środowiska lokalnego i brakuje mu przygotowania do wykonywania tego typu zadań.

Te niezbyt zróżnicowane kontakty społeczne, potwierdzają wcześniej sygnalizowany pasywny, domocentryczny styl życia. A przecież bliższe i dalsze otoczenie społeczne stanowi istotną część przestrzeni życiowej ludzi starszych, przeciwdziałając ich wyobcowaniu, poczuciu wykluczenia (samotność to rzeczywistość czy pozorna?).

Pojawiają się przy tym nowe obszary wykluczenia społecznego wynikające z rozwoju cywilizacyjnego, w tym przestrzeni informatycznej, niedostępnego ze względu na

pogłębiający się „analfabetyzm informatyczny” w środowisku osób starszych. W tym przypadku pomocni w przełamywaniu barier i stereotypów, że osoby starsze nie mogą nauczyć się niczego nowego, a nowe technologie z definicji są im obce, mogą być w pierwszej kolejności członkowie najbliższej rodziny. Dobrym przykładem tego zjawiska jest wykorzystywanie komputera, internetu i komunikatorów internetowych przez osoby starsze, których dzieci wyemigrowały za granicę w poszukiwaniu pracy. Przestrzenne oddalenie i chęć utrzymania kontaktu niejako „wymusiło” u seniorów potrzebę korzystania z nowoczesnych sposobów komunikowania się, a ich pierwszymi, często zresztą jedynymi, instruktorami w tej dziedzinie są młodszy członkowie rodziny.

Warto podkreślić, że seniorzy wyrażają olbrzymią potrzebę zdobywania umiejętności w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego czy obsługi bankomatu, chcąc w pełniejszy sposób korzystać z nowinek technicznych w codziennym życiu.

Transmisja wartości kulturowych nie jest w tym przypadku procesem jednokierunkowym. Także seniorzy mają do zaoferowania młodszym pokoleniom swoje doświadczenie życiowe, znajomość tradycji rodzinnych i narodowych, wiedzę i umiejętności. Budowanie „mostów międzypokoleniowych” nie tylko w obrębie własnej rodziny, wydaje się być jednym z kluczowych elementów integracji osób starszych ze społecznością lokalną. Warto tworzyć inicjatywy, w ramach których osoby starsze będą mogły spotkać się z młodzieżą, obie strony będą miały możliwość zapoznać się ze sobą nawzajem, zyskają szansę przełamania wzajemnych stereotypów i budowania postaw opartych na szacunku. Pozwoliłoby to uniknąć lub złagodzić skutki konfliktu pokoleń, nasilającego się w okresie szybkich zmian kulturowych, gdy pokolenie młodsze internalizuje nowe wzory kulturowe odmienne od wzorów typowych dla pokolenia starszego [Sztompka 2003].

Formy spędzania czasu wolnego

Czas wolny jest ważnym zasobem osoby starszej, która winna go przeznaczyć dla siebie, dla rodziny i dla drugiego człowieka (kontakty społeczno – towarzyskie). Jego wartość mierzy się formami aktywności, którymi się go wypełnia. Literatura przedmiotu wyznacza mu szereg funkcji, m.in. rozwojową (pierwszoplanowa), wypoczynkową i rozrywkową. Czas wolny osób starszych nie powinien być „pustym”, a „przeżywanym”.

Najpowszechniejszą formą spędzania czasu wolnego przez seniorów jest oglądanie telewizji. Aż 82,27% badanych wybrało taką odpowiedź. Niemal 60% (58,6) badanych

poświęca swój wolny czas na spacer i wypoczynek na świeżym powietrzu. Prawie tyle samo osób czyta książki i prasę (57,8%) oraz spotyka się z rodziną i znajomymi (55,41%). Formą aktywności osób starszych jest także przebywanie na działce (46,37%). Niemal 40% badanych wykorzystuje swój wolny czas na odpoczynek (36,97%). Część badanych poświęca swój wolny czas rodzinie, opiekując się wnukami (24,29%) pomagając dzieciom prowadzić dom (20,04%) oraz opiekując się osobą chorą w rodzinie (7,98%). Co 6. senior w wolnym czasie spotyka się z przyjaciółmi, co 10. wskazuje, że się nudzi, również co 10. uprawia sport, a także ogląda filmy na video lub dvd. Jedynie 3,46% seniorów deklaruje, że uczestniczy aktywnie w działalności społecznej. Pozostałe formy spędzania czasu wolnego nie cieszyły się uznaniem seniorów. Jedynie niecałe 3% chodzi do kina, teatru, filharmonii, spędza czas w kawiarni, restauracji czy dba o rozwój zainteresowań i hobby. Mężczyźni częściej wskazują na oglądanie telewizji i wypoczynek na świeżym powietrzu jako formy spędzania wolnego czasu, częściej też cierpią na nudę oraz uprawiają sport. Częściej niż kobiety spędzają czas w restauracji, kawiarni i pielęgnują zainteresowania. Angażują się również mocniej w działalność pro społeczną. Kobiety natomiast bardziej poświęcają się życiu rodziny, zajmują się wnukami i pomagają dzieciom w prowadzeniu domu oraz zajmują się robotkami ręcznymi. Mieszkańcy miast chętniej poświęcają swój wolny czas na czytanie książek, prasy, oglądanie filmów i kontakty z rodziną i znajomymi, przyjaciółmi. W czasie wolnym opiekują się również osobą chorą w rodzinie, a także uczestniczą aktywnie w życiu społeczności lokalnej. Mieszkańcy wsi natomiast częściej deklarują, że przebywają na działce, odpoczywają (śpią), oraz pomagają dzieciom prowadzić dom. Życie na wsi z pewnością niesie mniej możliwości aktywnego spędzania czasu wolnego, w związku z tym, w porównaniu z mieszkańcami miast, seniorzy pochodzący z terenów wiejskich częściej uskarżają się na nudę.

Poglądy seniorów na aktywność zawodową

Życie osoby starszej koncentruje się w większości przypadków wokół rodziny i wypełniania ról rodzinnych. Inne role społeczne w tej fazie życia schodzą na plan dalszy. W Polsce przejście na emeryturę nie jest traktowane jako przykry przymus, odsunięcie na plan dalszy, ale raczej jako przywilej [por. Halik 2002]. Emerytura postrzegana jest jako nagroda za ciężką pracę oraz gwarancja stabilizacji finansowej, choć wysokość świadczenia nie zawsze pozawala na komfort uwolnienia się od problemów finansowych.

Starzenie się społeczeństwa stawia przed krajami europejskimi nowe wyzwania. Szacuje się, że w 2050 r. połowa ludności kontynentu europejskiego osiągnie wiek

emerytalny, co spowoduje, że na rynku pracy zabraknie ponad 160 milionów pracowników. Sytuacja ta staje się impulsem do dyskusji na temat funkcjonowania rynku pracy w przyszłości i problemów, jakie niesie dla systemów społecznych wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Kwestie takie jak malejąca liczba osób aktywnych zawodowo, niski przyrost naturalny, rosnące wydatki na świadczenia dla rosnącej liczby osób biernych zawodowo, rosnące wydatki na świadczenia zdrowotne, pogłębiająca się marginalizacja osób starszych powoli wybijają się na pierwszy plan w dyskusjach na temat przyszłości Europy, jako elementy zagrażające stabilności systemów społeczno – ekonomicznych krajów europejskich. Aby niwelować niekorzystny wpływ tych czynników UE przyjęła Strategię Lizbońską, w której zawarła m.in. postulat zwiększenia stopy zatrudnienia do poziomu 70% w 2010 r., a w kategorii pracowników w wieku 55 – 64 lata do poziomu 50%. Zwiększeniu zatrudnialności pomóc mają różnego rodzaju programy aktywizacyjne skierowane do osób biernych zawodowo, szkolenia, warsztaty i inne działania mające na celu podniesienie kwalifikacji osób pracujących i zmotywowanie ich do jak najdłuższego funkcjonowania na rynku pracy, finansowane ze środków unijnych. Polska, jako kraj członkowski UE, również uczestniczy w realizacji Strategii Lizbońskiej, przy czym skala wyzwań stających przed naszym krajem w tej dziedzinie jest ogromna. Stopa zatrudnienia w Polsce oscyluje wokół 53%, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej wynosi 64%. Jednocześnie stopa zatrudnienia osób w wieku 55 – 64 wynosi około 28%, a więc jest o ponad połowę niższa, niż zakładana przez Strategię Lizbońską. Pojawiające się w dyskusjach kwestie podniesienia wieku emerytalnego, zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn oraz inne propozycje mające na celu zatrzymanie pracownika jak najdłużej na rynku pracy, nie cieszą się dużym poparciem w polskim społeczeństwie.

Poglądy dolnośląskich seniorów na kwestie zatrudnienia w wieku emerytalnym są podzielone. Co prawda, ponad połowa badanych – 53,1% uznała, że osoby starsze raczej nie powinny pracować po osiągnięciu wieku emerytalnego, jednak opinię przeciwną przedstawiło 46,9% seniorów.

Badania poglądów na temat wieku emerytalnego pokazują, że osoby starsze nie są zwolennikami zwiększania ustawowego okresu aktywności zawodowej. Większość seniorów uważała, że na emeryturę powinno się przechodzić wcześniej – 49,6% i tak jak teraz, kobiety w wieku 60 lat, a mężczyźni w wieku 65 lat – 48,8%. Jedynie 1,6% badanych uznało, że wiek emerytalny należałoby osiągać później. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały, że na emeryturę należałoby przechodzić we wcześniejszym wieku, mężczyźni natomiast częściej prezentowali pogląd, że aktualny wiek emerytalny jest dobrym rozwiązaniem. Koncepcja

obniżenia granicy wieku emerytalnego znajdowała zwolenników wśród mieszkańców miast, osoby mieszkające na wsi częściej stały na stanowisku, że obecne rozwiązania są optymalne.

Na tle powszechności opinii o skracaniu okresu pracy zawodowej lub utrzymania go na dotychczasowym poziomie wybija się pogląd osób z wyższym wykształceniem. Aż 12,24% seniorów legitymujących się tym poziomem wykształcenia wyraziło opinię, że na emeryturę należałoby przechodzić później (podczas gdy wskazania innych kategorii wykształcenia oscylowały wokół 1%). Zdecydowana większość respondentów uważa, że kobiety powinny przechodzić na emeryturę w wieku 50 lat (70,2%). Niemal 20% badanych jeszcze bardziej obniżyła granicę wieku emerytalnego do 50. roku życia (19,2%). Aktualny wiek emerytalny (60 lat) miał jedynie 5,4% zwolenników. Jedynie 2,5% seniorów wyraziło przekonanie, że kobiety powinny przechodzić na emeryturę w wieku 65 lat. Kobiety częściej uznawały, że wiek emerytalny kobiet powinien zostać określony na poziomie 55. i 50. roku życia, mężczyźni, co prawda, również wyrażali podobny pogląd, jednak w większym stopniu byli zwolennikami utrzymania wieku emerytalnego na aktualnym poziomie. Pogląd, że kobiety powinny przechodzić na emeryturę w wieku 55 lat dominował wśród mieszkańców wsi. Jedynie osoby z wykształceniem wyższym optowały za tym, by wiek emerytalny kobiet został podniesiony do 65. roku życia.

Także w odniesieniu do wieku emerytalnego mężczyzn, większość respondentów uznała, że aktualny wiek emerytalny należałoby obniżyć o 5 lat, do 60. roku życia. jednocześnie postulat obniżenia wieku emerytalnego mężczyzn o 10 lat do poziomu 55. roku życia wyraziło niemal 20% (18,9%) seniorów. Kobiety częściej niż mężczyźni obniżały ich wiek emerytalny o 10 lat, mężczyźni natomiast przyjmowali stanowisko obniżenia wymiaru pracy o 5 lat. Koncepcja podniesienia wieku emerytalnego do poziomu 70 lat nie cieszyła się dużą popularnością, jedynie osoby z wykształceniem wyższym częściej niż inni wybierały tę opcję (12,5%), również one częściej niż inni wskazywały na 65. rok życia jako granicę wieku emerytalnego.

Poglądy dolnośląskich seniorów na tę kwestię zbieżne są z opiniami ogólnopolskimi. Większość osób, indagowanych w trakcie innych badań, podziela pogląd, że wiek emerytalny powinien zostać obniżony, niemal połowa respondentów uważa, że mężczyźni powinni przechodzić na emeryturę w wieku 60 lat, zaś 67% badanych chciałoby, by kobiety kończyły aktywność zawodową w wieku 55 lat lub wcześniej. Jednocześnie zdecydowana większość, bo aż 80% respondentów uważa, że wiek emerytalny kobiet i mężczyzn nie powinien zostać zrównany [CBOS 2005].

W celu zmiany owych silnie zakotwiczonych w świadomości społecznej przekonań (badania przeprowadzone w 2003 r. dały niemal identyczne wyniki), należy stworzyć szereg instrumentów motywujących osoby starsze do jak najdłuższego pozostawania na rynku pracy. Przede wszystkim należałoby wzmocnić potencjał pracowników poprzez stworzenie systemu kształcenia ustawicznego, umożliwiającego podnoszenie kwalifikacji, nabywanie nowych umiejętności, a także dostarczenie pracownikom wsparcia psychicznego, przeciwdziałającego wypaleniu zawodowemu i zniechęceniu. Istotnym elementem wspierającym aktywizację osób starszych na rynku pracy powinna być popularyzacja wprowadzania w firmach i instytucjach elementów zarządzania wiekiem (m.in. dostosowywanie stanowisk pracy do potrzeb osób starszych, tworzenia pakietów szkoleniowych, dopasowanie zakresu obowiązków do możliwości osoby starszej, umiejętne korzystanie z doświadczenia i kompetencji pracownika, jednym słowem redefinicja starszego pracownika). Ważnym wzmocnieniem aktywizacji osób starszych na rynku pracy powinno stać się również tworzenie i popularyzacja nowych, bardziej elastycznych form zatrudnienia (praca w niepełnym wymiarze, telepraca, praca w weekend, praca w domu). Jak pokazują np. doświadczenia fińskie, przy zaangażowaniu podmiotów publicznych, pracodawców oraz partnerów społecznych, tworząc system łączący w sobie elementy rynku pracy, edukacji i profilaktyki zdrowotnej, można znacząco zwiększyć aktywność zawodową osób starszych, co przyczynia się do zmniejszenia ryzyka destabilizacji ekonomiczno – społecznej.

Wnioski

W celu poprawy kondycji społeczno – kulturowej dolnośląskich seniorów należałoby skupić się na takich zadaniach, jak:

1. Aktywizacja środowiskowa zgodna ze standardami unijnymi, wymagająca wielu ofert służących podtrzymywaniu, stymulacji aktywności (są to wszelkie kluby, stowarzyszenia, grupy wsparcia, ośrodki aktywności itp.) łącznie z organizacją wolontariatu. Należy umożliwiać reaktywizację ludzi „jesieni życia”, która może być okresem, w którym organizuje się i realizuje nowe zdania, obiera nowe cele i podejmuje nowe zainteresowania. Jest to poszukiwanie adekwatnego i satysfakcjonującego zastępstwa utraconych ról.
2. Czas wolny, jakże często będący „pustym”, okupowanym przez telewizję, musi stać się czasem „przeżywanym”. Do tego potrzebne są *placówki czasu wolnego*, poradnictwo i informacje w tym zakresie.

3. Dostęp do informacji i różnorodnych usług prawnych, dzięki którym możliwa będzie ochrona autonomii osób starszych, korzystania z opieki oraz prawa do wsparcia społecznego, zwłaszcza w sytuacjach coraz liczniejszych nadużyć wobec nich na drapieżnym rynku usług.
4. Budowanie nowej świadomości – edukacja do starości, będąca pracą nad świadomością, obejmująca przygotowanie do przejścia na emeryturę. Wymagana jest zmiana ustawy emerytalnej. Postuluje maksymalne wydłużanie aktywności zawodowej, zgodnie ze standardami unijnymi (niezdolni do pracy przechodzą na rentę). Przecież prawie połowa badanych chciałaby pracować. Zachowanie zdolności do niezależnego życia, to przedłużanie okresu aktywności we wszystkich wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym. Musi ona również uwzględniać nowoczesne technologie, aby przeciwdziałać pogłębiającemu się zjawisku „analfabetyzmu informatycznego” (stąd ważne powstające w miasteczkach Dolnego Śląska kolejne Uniwersytety Trzeciego Wieku jako placówki edukacji w starości).
5. Poradnictwo gerontologiczne jako udzielanie wsparcia, które umożliwi twórcze życie, rozwiązywanie problemów życia codziennego. Rozwijanie wzajemnej pomocy formułą „osoba starsza – osobie starszej” jako samopomoc społeczna w miejscu zamieszkania.
6. W programach profilaktycznych w większym stopniu należy uwzględnić treści psychospołeczne obok treści medycznych. Ludziom starszym trzeba tworzyć w środowiskach zamieszkania warunki do prowadzenia w miarę niezależnego życia, na odpowiednim poziomie oraz pomoc w rozwiązywaniu sytuacji kryzysowych, charakterystycznych dla tego etapu życia (np. śmierć współmałżonka, zła diagnoza lekarska, nabyte inwalidztwo).
7. Reorganizacja środowiskowej pomocy społecznej. Na szczególną uwagę zasługuje współpraca lekarzy rodzinnych z pracownikami pomocy społecznej. Informacje o przysługujących prawach i pomocy społecznej muszą płynąć z obu tych źródeł.

V. Aspekt zdrowotny

Starzejące się społeczeństwo stanowi wyzwanie dla polityki zdrowotnej państwa i wymaga podjęcia stosownych działań. Po pierwsze, niepokoją pewne postawy młodszych wiekowo kategorii społecznych w stosunku do seniorów, nasilone zmianami wynikającymi z przemian po 1989r. Dali temu wyraz członkowie ministerialnego Zespołu ds. Geriatrii na spotkaniu w kwietniu b.r. z Ministrem Zdrowia, Ewą Kopacz. Witalność osób młodych, sprawnych, jeszcze zdrowych i pracujących kontrastuje z niewielką obecnością i aktywnością ludzi starych w polskim społeczeństwie. Seniorzy są niejednokrotnie automatycznie segregowani do kategorii nieaktywnych zawodowo, co nasila bezradność i prowadzi w efekcie do uzależnienia od młodszej populacji. Kategorie te w sposób istotny różnią się możliwościami zapracowania na dobra konsumpcyjne. W społeczeństwach starzejących się w takim tempie jak Polacy, pozostawienie decyzji o seniorach w rękach młodych prowadzić może do dyskryminacji wynikającej wyłącznie z różnicy wieku.

To zjawisko dyskryminacji z powodu wieku czyli stereotypowego – negatywnego myślenia o ludziach starych jako o tych, których cechuje sztywność myślowa w poglądach, ograniczone przyswajanie umiejętności i wiele innych powodowanych starzeniem zachowań, nazwane zostało w 1969 roku przez Butlera ageismem [Derejczyk, 2000]. Zanika subtelna więź identyfikująca "nas młodych" z "nimi starymi". Podświadoma obawa i lęk przed starością powoduje radość ludzi młodych z uświadamiania sobie różnic pomiędzy nimi a „starymi”. Skrajną postawą jest negowanie konieczności pomocy ludziom starszym i obowiązków związanych z opieką oraz krytyka przywilejów ekonomicznych, o jakie występują ludzie starzy.

W społeczeństwach cywilizacji zachodniej sytuacja ta z racji coraz większej liczby ludzi starych wymusza szereg rozwiązań, które mają na celu ograniczenie takiej dyskryminacji. Jeśli potraktujemy kumulujące się nieszczęścia zdrowotne i choroby w starości jako stan przewidywalny, to działania ze strony państwa, opiekunów czy rodziny, prowadzące do poprawy życia seniora należy rozpatrywać w kategorii rodzinnego i społecznego długu, które społeczeństwo spłaca swoim starzejącym się obywatelom. Uświadomienie sobie takiego aspektu starzenia się daje wszystkim członkom społeczeństwa szansę na godną starość i zmniejsza ryzyko dyskryminacji wiekowej (ageizmu).

Musimy zdawać sobie sprawę, że zmiana podejścia społeczeństwa do problemu starości nie będzie łatwa. Rozluźnienie więzi w rodzinie wielopokoleniowej, rosnąca strefa

ubóstwa wśród osób bez zatrudnienia, silniejsze nastawienie konsumpcyjne wśród Polaków, jak również niedobory środków na służbę zdrowia i pomoc społeczną będą powodowały, iż prawa ludzi starych będą łamane.

Dyskryminacja ludzi starszych dotkliwie widoczna jest w medycynie. Jej przejawami są ograniczenia dostępności metod diagnostycznych, zaniechania w leczeniu i rehabilitacji, podrzędne warunki dla chorych przyjmowanych do szpitali ("sale umierania"), leczenie bez uwzględniania odrębności w działaniu leków, zaniedbania w realizacji zaleconego leczenia, lekceważenie braku zgody chorego na stosowane leczenie. Wszystko to prowadzi do infantrylizacji, depersonifikacji i pełnej degradacji społecznej starego człowieka chorego. Senior z dużą liczbą chorób, często ubogi, przy braku ustalonego systemu finansowania służby zdrowia w Państwie ma duże trudności ze znalezieniem miejsca, gdzie byłby traktowany podmiotowo i uzyskał należytą pomoc medyczną. Często taka pomoc przychodzi za późno.

Z tego powodu ważne jest holistyczne, kompleksowe podejście do człowieka starszego, gwarantujące zrozumienie jego problemów i dające podstawę skutecznej pomocy. Już w przedszkolu trzeba uczyć dzieci, a potem młodzież w szkole, pełniejszej akceptacji dla starości u innych. Jeśli dziecko zrozumie w młodości, jakim mechanizmom będzie nieuchronnie podlegało starzejąc się i jak może je modyfikować swoim świadomym zachowaniem, to osłabi się w nim odruchowy lęk przed starością, tą własną, i tą starością obok niego.

Choroby spotykane u ludzi po 70. roku życia mają inny obraz, przebieg, epidemiologię i wymagają poszerzonej wielodyscyplinarnej wiedzy, by je skutecznie leczyć. Chorzy w starszym wieku stanowią największe obciążenie ekonomiczne systemów opieki zdrowotnej. Mają tendencje do nadużywania leków, dużej ich konsumpcji, nieprawidłowego samoleczenia, częstego korzystania z poradnictwa, częstych hospitalizacji. Występuje u nich wielochorobowość i narażeni są na większą urazowość. W najstarszych wiekowo kategoriach (powyżej 85. roku życia), a czasem nawet wcześniej współistnieją choroby wymagające udziału opiekuna w codziennym funkcjonowaniu chorej osoby. Są to: otępienie, depresja, cukrzyca, infekcje, niedowidzenie, parkinsonizm, głuchota i niedołąstwo ruchowe. Potrzeba domowej opieki na stałe podnosi koszt miesięcznej opieki niezależnie od leków .

Zasady właściwej opieki zdrowotnej seniorów zostały zawarte w Standardach Geriatrii opracowanych przez czołowych polskich geriatrów :

konsultanta krajowego prof. dr hab. n. med. Tomasza Grodzickiego; vice-Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego: prof. dr hab. n. med. Barbarę Bień; konsultanta wojewódzkiego z geriatry dla woj. śląskiego: dr n. med. Jarosława Derejczyka; ordynatora Szpitala „Dziekanka” w Gnieźnie: dr n. med. Andrzeja Józwiaka; prezesa Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce: prof. dr hab. n. med. Katarzynę Wieczorowską – Tobis; pracownika Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Collegium Medicum UJ w Krakowie: dr n. med. Alicję Klich oraz prezesa Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej: dr n. med. Annę Jakrzewską – Sawińską.

Zarówno argumenty demograficzne, społeczne, jak i biologiczne (odrębności patologii wieku starszego) stawiają przed wszystkimi praktykami medycznymi, a zwłaszcza przed lekarzami rodzinnymi, szczególne wymogi, których spełnienie zależy od przestrzegania podstawowych zasad opieki geriatrycznej. Są to:

POWSZECHNOŚĆ OPIEKI, czyli dostęp wszystkich ludzi starych do świadczeń systemu ochrony zdrowia na równych prawach z młodszymi kategoriami wieku.

DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI (fizyczna i ekonomiczna), czyli bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania oraz nieodpłatne świadczenie usług diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, włącznie z procedurami wysoko specjalistycznymi.

DŁUGOTRWAŁOŚĆ OPIEKI, czyli ciągłość opieki wynikająca z długofalowości procesu starzenia i przewlekłego charakteru chorób współistniejących.

JAKOŚĆ OPIEKI, czyli stosowanie fachowej wiedzy gerontologicznej, niezależnie od typu placówki ochrony zdrowia. Wymaga to podnoszenia kwalifikacji zawodowych lekarzy i pielęgniarek w zakresie geriatry, zarówno w trybie przed-, jak i podyplomowym.

KOMPLEKSOWOŚĆ OPIEKI, czyli **CAŁOŚCIOWE ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW SOCJOMEDYCZNYCH STAREGO CZŁOWIEKA** [Comprehensive Geriatric Approach]. Polega to na zespołowym podejściu do rozwiązywania problemów człowieka starszego przy współudziale profesjonalistów różnych dziedzin (lekarz rodzinny i specjaliści, pielęgniarka środowiskowa, pracownik socjalny, terapeuci itp.). Podejście to ukierunkowane jest na ocenę i poprawę stanu czynnościowego człowieka starszego (funkcji życia codziennego ADL, lokomocyjnych, emocjonalnych i poznawczych), co umożliwi mu samodzielność i autonomię w środowisku życiowym oraz lepszą jakość życia. Dodatkową zasadą jest poszanowanie autonomii pacjenta i zapewnienie mu dostępu do systemu pomocy społecznej.

Jedynie lekarz rodzinny, praktykujący na szczeblu podstawowej opieki zdrowotnej, ma szansę sprostać wszystkim zasadom opieki geriatrycznej. To on obejmuje opieką

wszystkie osoby, które mu zaufały, jest lub powinien być najbardziej dostępny na co dzień, bo praktykuje w społeczności lokalnej, pełni opiekę w sposób ciągły i długotrwały, a więc obowiązuje go przynajmniej minimum kompetencji w zakresie geriatrii i znajomości standardów oceny gerontologicznej. Niezależnie od motywacji, chęci, czy umiejętności lekarz rodzinny de facto staje się „geriatrą pierwszej linii” Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu organizuje kursy, szkolenia, sympozja, a także sesje geriatryczne na Zjazdach Medycyny Rodzinnej oraz Akademii Geriatrycznej.

Współistnienie wielu chorób, zmian wielonarządowych wraz ze skutkami przebytych operacji, urazów zwiększa trudności diagnostyczne, zwłaszcza u osób niesprawnych intelektualnie i niedołącznych fizycznie. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym wczesne rozpoznanie i leczenie jest skryta i nietypowa prezentacja chorób. Jest ona efektem osłabienia mechanizmów obronnych starzejącego się układu odpornościowego, spowolnienia lub zmniejszenia odpowiedzi zapalnej na patogeny (np. brak wzrostu ciepłoty ciała), co prowadzi do opóźnienia objawów i nietypowego przebiegu klinicznego.

Z tych samych powodów należy się liczyć ze spowolnieniem i ograniczeniami w procesie zdrowienia, być przygotowanym na powikłania i uwzględniać niepożądane działanie leków stosowanych w przebiegu współistniejących schorzeń.

Kolejną cechą patologii w wieku starszym są zaburzenia stanu odżywienia, zwłaszcza w zakresie witamin, makro- i mikroelementów. Sprzyjają temu błędy w odżywianiu się osób starszych, zaburzenia wchłaniania czy interakcje z lekami, a objawy niedoborów witaminowo – mineralnych mogą imitować choroby lub mogą być przypisywane objawom starzenia.

Zespoły jatrogenne, czyli niezamierzone skutki leczenia farmakologicznego, są szczególnie niebezpieczne dla osób starszych, chociażby ze względu na znany fakt przyjmowania większej ilości specyfików przez seniorów.

Warunki środowiskowe są istotnym czynnikiem odpowiedzialnym za wiele patologii u osób starszych. Zaniedbywanie wywiadu dotyczącego warunków życia, sposobu odżywiania, sytuacji materialnej, opiekuńczej, sprawności funkcjonalnej może doprowadzić do załamania nawet najbardziej właściwie zaplanowanej farmakoterapii. Rozpoznanie środowiska, wraz z oceną stopnia samodzielności w zakresie czynności życia codziennego (przygotowywanie posiłków, zakupy, możliwości nabycia leków i kontroli właściwego ich przyjmowania, poczucia bezpieczeństwa, korzystania z udogodnień w domu, itp.) jest podstawowym warunkiem prawidłowej terapii.

Do szczególnie trudnych sytuacji terapeutyczno – opiekuńczych w środowisku zamieszkania ludzi starszych należą tzw. wielkie problemy geriatryczne (The Geriatric Giants). Stanowią je typowe dla późnej starości polietiologiczne zespoły starczej niesprawności. Zalicza się do nich upośledzenie lokomocji, zaburzenia równowagi, upadki, depresję, otępienie, zaburzenia funkcji zwieraczy, głównie nietrzymanie moczu oraz polekowe zespoły jatrogenne. Ich obecność, często złożona, w zasadniczym stopniu absorbuje uwagę lekarza rodzinnego i całego zespołu opieki środowiskowej, ponadto w wielu przypadkach wymaga dodatkowo opiekuna dla chorego seniora. Diagnozowanie przyczyn współodpowiedzialnych za ich obecność jest trudne w warunkach opieki podstawowej, ponieważ wymaga wielu badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych, dostępnych jedynie w placówkach wyższej referencyjności.

Obecnie trwają prace nad zmianą podejścia do opieki nad osobami starszymi i stworzenia systemu, który zapewniłby jego optymalne, a jednocześnie zrównoważone funkcjonowanie. Jednym z planowanych działań jest wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, środki z którego przeznaczone byłyby na opiekę pielęgnacyjną nad osobami niesamodzielnymi i zniezdolnionymi. Ubezpieczenie pielęgnacyjne obejmowałoby zarówno świadczenia w naturze, jak i zasiłek pielęgnacyjny na zorganizowanie opieki we własnym zakresie. Poszukiwanie rozwiązań systemowych jest koniecznością, gdyż od blisko 20 lat można obserwować skracanie się okresu aktywności zawodowej, co związane jest, z jednej strony, z późniejszym podejmowaniem pracy (około 20. roku życia), a także z jej przerywaniem (urlopy macierzyńskie, wychowawcze, okresy bezrobocia), jak również stosunkowo wczesne przechodzenie na emerytury i nabywanie uprawnień rentowych. Z drugiej strony, wydłużanie się przeciętnego czasu trwania życia (PTŻ) powoduje w konsekwencji skrócenie okresu opłacania składek ubezpieczeniowych i wydłużenie okresu korzystania z nich, a w związku z tym zmniejszenie wielkości sumy gromadzonych środków [Błędowski 2006]. Należy przy tym pamiętać, że ostatnie trzy lata życia człowieka pochłaniają 2/3 wszystkich całonocnych jednostkowych kosztów zdrowotnych [Derejczyk].

W poszukiwaniu nowych rozwiązań, łączących racjonalne wydawanie środków z jakością opieki medycznej, przy obecnych wskaźnikach demograficznych starzenia się społeczeństwa, rozwój geriatryki staje się koniecznością, również z powodów ekonomicznych. W pracy p.t. "Prospektywna analiza porównawcza efektywności i kosztów leczenia między oddziałami chorób wewnętrznych (OCHW) a geriatrycznymi (OG)" autorzy, analizując i porównując tylko 2000 pacjentów, wykazali istotne różnice na

korzyść właściwie zorganizowanej opieki geriatrycznej [Derejczyk i wsp. 2008] w oparciu o dane RUM Oddziału Śląskiego NFZ za lata 2004 – 2006.

Aspekt zdrowotny, mający odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób ludzie w podeszłym wieku oceniają funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej (w tym jego dostępność) oraz swoje zdrowie, jego zagrożenia i pomoc uzyskiwaną w ramach systemu, stanowił jedno z podstawowych zagadnień przeprowadzonych badań.

Ocena stanu zdrowia osób starszych jest problemem złożonym i wymaga rozpatrzenia różnych danych dotyczących nie tylko chorobowości, ale i sprawności oraz wydolności fizycznej. Autorzy badań postanowili ocenić stan zdrowia poprzez dane pośrednie tzn. wynikające z zapotrzebowania na usługi zdrowotne, jak i subiektywne odczucia respondentów. Subiektywne odczucia komfortu lub dyskomfortu są oceniane w aspekcie dostępności usług medycznych i rodzaju dolegliwości badanego. Dane obiektywne to wyniki testów sprawnościowych i oceniających niezależność respondenta oraz jego świadomość chorowania na zdefiniowane choroby (rozpoznanie postawione przez lekarza) i liczba przyjmowanych leków.

Dostępność lekarza POZ. Częstotliwość korzystania z pomocy lekarza POZ.

Wyniki wskazują na bardzo dobrą dostępność lekarza pierwszego kontaktu (93,4%), jednakową w środowisku wiejskim i miejskim, i to niezależnie od wieku i płci badanego. Tylko analiza pod kątem wykształcenia wskazuje, że osoby z wyższym wykształceniem relatywnie częściej uznają, że ich dostęp do lekarza POZ jest utrudniony. Wynik ten może wskazywać na wyższy poziom oczekiwań i wymagań kierowanych przez tę kategorię respondentów wobec systemu opieki zdrowotnej.

Uzyskane rezultaty są zadawalające w świetle wcześniejszych badań Bieniowej [1995] i Wąsiewicz [1995], które wskazywały na brak akceptacji u ok. 50% ludzi starszych aktualnego systemu zdrowotnego i projektowanych zmian. Być może różnice wynikają z okresu wykonywania cytowanych badań (lata dziewięćdziesiąte).

Nie wiadomo, czy obecny wynik świadczy o szczególnie wysokiej jakości usług lekarza POZ w regionie dolnośląskim czy też jest obecnie zjawiskiem ogólnopolskim. Można przypuszczać, że wynik dolnośląski raczej nie odbiega znacząco od rezultatów ogólnopolskich [por. Halik 2002], ale potwierdzenie tego sądu wymagałoby pogłębionych eksploracji.

Ponad połowa (54,1%) badanych korzysta z pomocy lekarza POZ raz w miesiącu lub częściej. ¼ badanych spotyka się z lekarzem pierwszego kontaktu raz na kwartał, 12% raz,

dwa razy w roku, jedynie niecałe 10% (9,1) chodzi do lekarza rzadziej niż raz w roku. Najczęściej do lekarza POZ udają się osoby w wieku 70 – 74 lata, najrzadziej najmłodszy – w wieku 60 – 69 lat.

Można się zastanawiać, czy tak wysoki odsetek osób korzystających z porad lekarza pierwszego kontaktu przynajmniej raz w miesiącu, odzwierciedla rzeczywiste potrzeby osób starszych na usługi medyczne stopnia podstawowego czy też wizyty u lekarza zaspokajają również inne, pozamedyczne potrzeby pacjentów? Oczywiście, uzyskanie jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie wykracza poza możliwości tego badania. Wydaje się jednak, że jest to kwestia istotna, wymagająca dalszych, pogłębionych badań, ponieważ poznanie rzeczywistych przesłanek, którymi kierują się seniorzy udający się do lekarza POZ i próba „zagospodarowania” przez inne podmioty potrzeb pozamedycznych, mogłaby odciążać system ochrony zdrowia.

Główne powody korzystania z porad lekarza POZ.

Wiodącymi przyczynami wizyt u lekarza rodzinnego są dolegliwości związane z chorobami, uważanymi za najczęstsze w wieku podeszłym: choroby krążenia – 70,2%, układu ruchu – 35,0%, cukrzyca – 14,2% i zaburzenia układu trawiennego – 9,1%. Jeśli natomiast podda się analizie odpowiedzi dotyczące świadomości posiadania przewlekłych chorób wśród badanych, to rozkład czterech najczęstszych chorób jest inny: choroby krążenia to 82,1%, cukrzyca 22,7%, niewydolność nerek to 11,0 i choroby płuc – 10,8%.

Dane polskie [Kocemba, Życzkowska 2000] wykazują, że cztery wiodące problemy zdrowotne populacji powyżej 65. roku życia to: choroby serca i naczyń – 75%, choroby układu ruchu – 68%, choroby płuc – 46% i układu trawiennego – 34%. Różnice powstające w zestawieniu tych badań mogą mieć kilka przyczyn:

- różnice w metodologiach omawianych badań,
- różnice w definiowaniu chorób i dolegliwości przez respondentów, np. bóle kostne czy korzystanie ze sprzętu ortopedycznego może nie być utożsamiane przez nich z chorobą układu ruchu,
- postępująca z każdym rokiem wykrywalność chorób, w tym np. schorzeń nerek.

Wiodące miejsce chorób krążenia nie wymaga komentarza i jest powszechnie uznanym, podstawowym schorzeniem wieku podeszłego. Natomiast różnice pomiędzy danymi polskimi, cytowanymi przez Kocembę [Kocemba, Życzkowska 2000], a uzyskanymi w badaniach dolnośląskich, wskazującymi na wzrost częstości wizyt i zachorowalności na cukrzycę, mogą wynikać z dwóch przyczyn. Jedną z nich to poprawa wykrywalności tej

choroby i lepsza kontrola. Wiadomo bowiem, że nieprawidłową tolerancję glukozy stwierdza się u co drugiej osoby w wieku 60 – 85 lat i że generuje ona trzy razy więcej wizyt lekarskich w porównaniu z osobami w tym samym wieku, u których nie stwierdzono cukrzycy [Sinclair, Croxon 2003]. Drugą przyczyną może być współistniejąca miażdżyca i/lub otyłość, wpływająca na stosunkowo wysoki procent chorujących na cukrzycę wśród dolnośląskich seniorów – niestety, nie da się tego ustalić na podstawie zastosowanego w badaniu narzędzia⁸. Dane światowe szacują zachorowalność na cukrzycę w zakresie 9 – 30%, ale górne wartości dotyczą rasy innej niż biała [Klich – Rączka, Obiorek 2000, Koczorowski 2008]. Powyżej 80. roku życia notuje się spadek zachorowalności i w związku z tym, zmniejszenie się liczby porad lekarskich na świecie i w danych uzyskanych w badaniach dolnośląskich, co jest związane z wyższą wcześniejszą umieralnością osób chorujących na cukrzycę [Sinclair, Croxon 2003].

Dostęp do lekarza specjalisty. Częstotliwość korzystania z jego porad.

O ile dostępność lekarza rodzinnego jest wysoka dla wszystkich kategorii wieku i miejsca zamieszkania, o tyle sytuacja jest całkowicie odmienna w przypadku korzystania z usług specjalisty. Problemy z dostaniem się do specjalisty ma 37,7% pytaných osób. Podstawową trudnością w swobodnym dostępie do lekarza specjalisty jest brak wolnych miejsc i długi okres oczekiwania – pogląd taki wyraża zdecydowana większość respondentów (80,1%). Znacznie mniej osób uskarża się na inne trudności – problemy związane z poruszaniem się (28,1%), zbyt wysokie koszty wizyty (20,9%), brak specjalisty na danym terenie (17,9%) oraz trudności z dojazdem (11,9%). Kobiety częściej wskazywały na trudności związane z poruszaniem się, trudności z dojazdem oraz na zbyt wysoki koszt wizyty, który ogranicza ich dostęp do danego specjalisty. Mieszkańcy miast powszechniej skarżyli się na brak wolnych miejsc i długi okres oczekiwania na wizytę, natomiast osoby mieszkające na wsi podkreślały trudności związane z brakiem specjalisty na danym terenie oraz trudności komunikacyjne. Mieszkańcy wsi często zmuszeni są pokonywać znaczne odległości, gdyż na ich terenie brak określonego specjalisty, zaś brak odpowiedniej infrastruktury transportowej dodatkowo ogranicza ich możliwości w tym zakresie. Dlatego też dostępność takich specjalistów jak: neurolog, gastrolog, onkolog, endokrynolog i reumatolog jest lepsza w mieście.

⁸ Badania problemu otyłości na Dolnym Śląsku, przeprowadzone w 2002r. na podstawie danych podawanych przez respondentów, wykazały, że wraz z wiekiem rośnie zagrożenie nadwagą i otyłością. Wskaźnik BMI w normie odnotowano u 34,3% badanych w wieku 65 lat i więcej, nadwagę u 42,9%, a otyłość u 21,7%. [Zatońska, Waszkiewicz, Bolanowski 2006].

Respondenci znacznie rzadziej korzystają z pomocy lekarza specjalisty w porównaniu z wizytami u lekarza rodzinnego. Raz w miesiącu lub częściej odwiedza specjalistę co 10. badany (11,9%), 1/5 respondentów raz na kwartał (20,7%), 28% z nich raz, dwa razy w roku, zaś 39,3% badanych konsultuje się ze specjalistą rzadziej niż raz w roku.

Główne przyczyny porad specjalistycznych to problemy kardiologiczne i poruszania się. Natomiast na kolejnym miejscu pojawiają się potrzeby konsultacji okulistycznych i neurologicznych, następnie funkcji nerek. Uderzająco małe jest zapotrzebowanie na porady stomatologiczne, wykazane niezależnie od analizowanych kategorii wiekowych, płci, wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Pozostaje to w zgodzie w raportami o stanie zdrowia seniorów polskich, u których braki w uzębieniu, brak protez oraz właściwej higieny jamy ustnej są powszechne [Koczorowski 2008]. Na tle uzyskanych wyników dziwić może niewielki odsetek badanych, korzystających z porad onkologa. Z danych statystycznych wynika, że choroby nowotworowe stanowią drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów osób po 65. roku życia [por. GUS 2007]. Taki rezultat świadczyć może o zbyt późnym diagnozowaniu chorób nowotworowych albo zaniechaniu takiej diagnostyki u osób starszych, co powoduje, że stosunkowo niewielki odsetek osób „ma szansę” na leczenie onkologiczne. Wydaje się, że jest to ważne pole do zmian polityki zdrowotnej w tym zakresie.

Choroby układu oddechowego.

Choroby płuc deklarowało 105 dolnośląskich seniorów, co stanowiło 9,2 % badanej próby. Przeważała astma oskrzelowa, następnie przewlekłe zapalenie oskrzeli, określane jako „bronchit”. Astma oskrzelowa częściej dotyczyła kobiet. Również kobiety częściej chorowały na raka płuc. Nie zauważono zasadniczych różnic pomiędzy środowiskiem wiejskim i miejskim, poza wyższą zachorowalnością na nowotwór płuc w populacji miejskiej. W badaniu dolnośląskim zaznaczyła się ogólnoswiatowa tendencja zwiększonej zachorowalności na nowotwory płuc u kobiet. Zjawisko tłumaczy się z jednej strony szybszą decyzją o rzuceniu palenia przez mężczyzn, a z drugiej – niedocenianym problemem palenia biernego, zdecydowanie częstszego u kobiet [Connolly, Gosney 2003]. Przy wzroście zachorowań na nowotwory płuc niepokojące jest rzadkie wykonywanie rtg płuc – podstawowego badania diagnostycznego. W roku przeprowadzania naszego badania tylko 6,8% respondentów miało wykonane rtg płuc, w ostatnich dwóch latach – 31,5% seniorów, a 17,1% w ostatnich 4 latach.

Do nałogu palenia przyznało się 342 ankietowanych seniorów (30,7% badanej próby), trzykrotnie częściej byli to mężczyźni. Liczba palaczy papierosów jest taka sama w populacji

miasta i wsi, maleje wraz z wiekiem i co ciekawe – rośnie proporcjonalnie do wykształcenia badanych. Uważa się obecnie, że choroba obturacyjna płuc (POChP), często określana terminem „bronchit”, wynikająca głównie z narażenia na dym tytoniowy, dotyczy ponad 40% palaczy w podeszłym wieku [Connolly 2003]. Problemem ogólnoswiatowym jest jej średnio trzydziestokrotne niedoszacowanie we wszystkich kategoriach wiekowych. W badaniu dolnośląskim daje się też zauważyć ten problem: palenie papierosów zadeklarowało 111 starszych kobiet i 231 starszych mężczyzn – natomiast tylko 11 respondentów stwierdziło, że choruje na bronchit, ale na nawracające zapalenie oskrzeli (będące w istocie objawem POChP) już 197 osób!

Poza zwiększonym ryzykiem chorób nowotworowych płuc, POChP jest drugą, po uszkodzeniu układu mięśniowo – kostnego, przyczyną poważnego ubytku wydolności fizycznej seniorów [Connolly 2003], co nie jest powszechnie brane pod uwagę w polityce zdrowotnej.

Płeć

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że kobiety z badanej populacji są bardziej chorowite od mężczyzn. Być może wytłumaczeniem jest fakt nadumieralności mężczyzn we wcześniejszych kategoriach wieku, stąd ci, którzy dożywają starości są zdrowsi od kobiet, które cechuje obecnie dłuższe przeciętne trwanie życia, ale niekoniecznie w pełnym zdrowiu. Większe problemy zdrowotne kobiet powodują zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i socjalne. Te i inne aspekty ekonomiczne, związane z przewagą płci żeńskiej wśród osób starszych składają się na zjawisko feminizacji starości – terminu używanego dla charakterystyki obecnych zmian demograficznych [Błędowski 2008]. Kobiety częściej korzystały z porady lekarza rodzinnego niż mężczyźni. Powodem tych porad były choroby krążenia i układu ruchu, cukrzyca, następnie zaburzenia układu trawiennego i nerwice. Kobiety częściej chorują na cukrzycę i notuje się u nich wyższą śmiertelność z powodu powikłań naczyniowych [Sinclair, Croxon 2003]. Także kobiety zgłaszają większe zapotrzebowanie na konsultacje endokrynologiczne, ortopedyczne i reumatologiczne, natomiast mężczyźni – urologiczne i pulmonologiczne.

Wiek

Osoby najczęściej szukające porady lekarskiej to seniorzy w wieku 70 – 74 lata (65,5%), następnie osoby w wieku 75 – 80 lat (około 57%). Powodem porad są choroby

układu krążenia, następnie zmiany zwyrodnieniowe stawów, cukrzyca, choroby układu trawiennego i płuc. Częstość problemów sercowo – naczyniowych rośnie wraz z wiekiem, wymagając najczęściej pomocy ze strony lekarza rodzinnego u osób w wieku 70 – 80. Podobnie jest z dolegliwościami układu ruchu – prawie połowa seniorów powyżej 85. roku życia szuka z tego powodu pomocy lekarza rodzinnego. Ta kategoria wiekowa odczuwa największą potrzebę świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalistycznych (ortopeda, reumatolog) i sprzętu ortopedycznego. Natomiast trudności z mobilnością i dojazdem do specjalisty to problem częściej zgłaszany przez seniorów w wieku powyżej 80 lat. Zagrożenie upadkiem, zawroty głowy oraz zaburzenia chodu to również częsta cecha starzenia się organizmu, stąd zdarzenia te rosną wraz z wiekiem i stanowią jeden z ważnych elementów decydujących o braku samodzielności osób starszych.

Częste wizyty u lekarza POZ z powodu cukrzycy dotyczą głównie osób w wieku 70 – 85 lat i zmniejszają się o połowę u osób powyżej 85. roku życia (wcześniejsza umieralność z powodu tej choroby). Choroby płuc i układu pokarmowego są przyczyną wizyt głównie w młodszej kategorii wiekowej (60 – 69 lat). Zwraca uwagę wzrost wizyt u lekarza rodzinnego z powodu chorób oczu w przedziale wiekowym 80 - 84 lat, co koreluje również z największym zapotrzebowaniem na konsultacje okulistyczne wśród osób w tym wieku.

Wykształcenie.

Analiza danych pod kątem wykształcenia respondentów ujawnia istotny wpływ poziomu wykształcenia na stan zdrowia i rodzaj świadczeń zdrowotnych.

Tylko 37,5% osób z wykształceniem wyższym korzysta często z porady lekarza rodzinnego, w odróżnieniu od seniorów ze średnim i niższym wykształceniem. Osoby z wykształceniem wyższym wykazują natomiast najwyższy odsetek wizyt sporadycznych, w odróżnieniu od osób z niższym wykształceniem – może to oznaczać fakt kontaktowania się z lekarzem rodzinnym tylko w razie wystąpienia konkretnych powodów: planowa kontrola, nagłe zachorowanie, potrzeba uzyskania skierowania. Prawdopodobnie wysoka częstość porad u lekarza POZ osób z niskim wykształceniem wynika z ich bezradności w interpretacji objawów albo braku dyscypliny w stosowaniu zaleceń lekarskich. Natomiast lepiej wykształceni seniorzy wskazują na większe zapotrzebowanie na opiekę specjalistyczną – szczególnie porady onkologa i ginekologa. Osoby z niższym wykształceniem częściej zgłaszają problemy z dotarciem do specjalisty (trudności z dojazdem, koszty). Również najgorzej wykształcona kategoria seniorów jest najbardziej narażona na upadki, złamania i

zawroty głowy. Dane, którymi dysponują autorzy badań nie są wystarczające do wyjaśnienia tak istotnego wpływu wykształcenia na mobilność, urazowość a tym samym – samodzielność seniorów. Ponadto, takie choroby jak cukrzyca i choroby nerek też wykazywały zależność od poziomu wykształcenia – cukrzyca dotyczyła najczęściej osób z najniższym wykształceniem, niewydolność nerek – z wykształceniem zasadniczym i średnim.

Można jedynie spekulować, że przyczyną takiego stanu może być mniej aktywny tryb życia, cięższa praca zawodowa czy gorsze warunki socjalne ludzi mniej wykształconych.

Powszechność wykonywania badań podstawowych

EKG jest podstawowym badaniem w chorobach krążenia. Choroby krążenia są wiodącą patologią wieku podeszłego. W badaniu dolnośląskim w ciągu ostatniego roku wykonano EKG u 13,4% seniorów, a w ostatnich dwóch latach u prawie połowy respondentów.

Rtg klatki piersiowej – w roku przeprowadzania badania wykonano je tylko u 6,8% respondentów, w ostatnich dwóch latach u 31,5% seniorów, a u 17,1% w ciągu ostatnich czterech lat.

Podstawowe badania laboratoryjne (mocz, morfologia, poziom cukru) były wykonywane w roku przeprowadzenia badania tylko u 21,5% seniorów, w ciągu ostatnich dwóch lat u 46,5%. Jednocześnie aż 18,4% osób nie mogło sobie przypomnieć, czy kiedykolwiek miało wykonywane takie badania.

Przedstawione dane wskazują na niewystarczającą diagnostykę podstawową u dolnośląskich seniorów. Zestawienie ilości wykonywanych badań z częstością chorób wieku podeszłego, które powinny być monitorowane tymi wynikami, świadczy o niedostatecznej kontroli zdrowia ludzi w podeszłym wieku.

Przyjmowanie leków przez dolnośląskich seniorów

Aż 75,7% respondentów przyjmuje regularnie leki. Nie wykazano różnic w związku z miejscem zamieszkania, natomiast niewielką w zakresie płci – kobiety częściej deklarowały regularne leczenie farmakologiczne. Prawie 98% badanych oświadczyło, że przyjmuje leki ordynowane przez lekarza. Jednak udział preparatów ziołowych (dostępnych bez recepty) w analizowanym zagadnieniu regularnego leczenia wzrasta po 70. roku życia i dotyczy częściej kobiet, osób ze średnim i wyższym wykształceniem, mieszkających w mieście. 292 osób przyjmuje regularnie 1 – 3 leki, co stanowi 25,7% ogółu badanych i 34,4% spośród zgłaszających regularnie przyjmowanie leków. 257 respondentów przyjmuje regularnie 4 – 6

leków, co stanowi 22,6% ogółu ankietowanych. i 30,4% spośród zgłaszających regularnie przyjmowanie leków. Natomiast 108 osób podaje, że zażywa ponad 7 leków dziennie, co stanowi 9,5% ogółu ankietowanych i 12,7% osób zgłaszających regularnie przyjmowanie leków. Więcej kobiet znalazło się wśród osób przyjmujących więcej niż 4 leki dziennie.

Z zestawienia wynika, że największe zagrożenie polipragmazją (wielolekowość) wykazano wśród osób z wyższym wykształceniem i u płci żeńskiej. Polipragmazja jest bardzo niebezpiecznym zjawiskiem w podeszłym wieku, ponieważ generuje dużo objawów ubocznych, które mogą być następnie leczone jako kolejna choroba. Dla przykładu: niewłaściwe leczenie nadciśnienia może powodować hipotonię ortostatyczną, a ta zwiększa ryzyko upadków. Leki uspokajające mogą prowadzić do zwiększenia ryzyka upadków i zawrotów głowy, a to z kolei – do przyjmowania kolejnych leków na poprawę krążenia mózgowego, itd. Grodzicki przytacza badania nad interakcją leków u osób starszych: podawanie dwóch leków wiąże się z niewielkim ryzykiem interakcji i działań ubocznych – tylko 5,6% przypadków, ale już przy pięciu lekach – u co drugiej osoby wystąpią działania niepożądane, zaś przy zażywaniu ośmiu leków – działania ubocznie są nieuniknione [Grodzicki, Kocemba 2000]. Kolejnym aspektem polipragmazji jest zwiększone ryzyko pomyłek we właściwym realizowaniu leczenia.. Amerykańskie badanie, cytowane w podręczniku geriatricii [Abrams, Beers, Berkow 1999] wykazało, że aż 60 % spośród 220 osób po 60. roku życia myliło się w przyjmowaniu zaleconych leków, z czego aż 40% pomyłek mogło spowodować poważne komplikacje, z hospitalizacją włącznie.

Wnioski

Ocena usług zdrowotnych regionu dolnośląskiego

1. Badanie wykazało bardzo dobrą dostępność lekarza POZ w ocenie dolnośląskich seniorów.
2. Natomiast dostępność specjalistów dla seniorów nie jest zadowalająca – problem jest szczególnie zauważalny w środowiskach wiejskich i w szczególności dotyczy braku specjalistów takich specjalistów jak: neurolog, gastrolog, onkolog, endokrynolog i reumatolog.
3. Dostępność świadczeń rehabilitacyjnych jest gorsza w rejonach wiejskich.
4. Częstość wykonywania podstawowych badań diagnostycznych w wieku podeszłym jest niewystarczająca do właściwej kontroli chorób układu krążenia, płuc, nerek i cukrzycy.

Ocena stanu zdrowia dolnośląskich seniorów

1. Dolnośląski senior choruje bardzo często na choroby układu krążenia – aż 82,1 % badanych zgłaszało problemy z układem krążenia, co wydaje się zbyt wysokim odsetkiem w porównaniu z szacunkowymi danymi na świecie [Aronow 2003]. Wskazane byłoby znalezienie przyczyn tak częstej zachorowalności na choroby układu krążenia i wdrożenie programów profilaktycznych.
2. Dolnośląski senior ma dużo problemów z układem ruchu, które tylko częściowo wynikają z fizjologii starzenia się. Poprawa mobilności można uzyskać poprzez propagowanie aktywnego stylu życia, walkę z otyłością oraz edukację lekarzy w zakresie przyczyn upadków.
3. Wykazano niepokojąco niskie zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne – ten stan może wynikać częściowo z problemów ekonomicznych seniorów, ale także z niskiej świadomości szkód, jakie niesie ze sobą brak uzębienia i higieny jamy ustnej.
4. Kobiety w podeszłym wieku wymagają większej uwagi edukacyjnej i leczniczej ze względu na gorszy stan zdrowia niż mężczyźni w tym samym wieku. Objęcie senierek programami profilaktycznymi i badaniami przesiewowymi pozwoli zmniejszyć generowanie kosztów opieki zdrowotnej wśród kobiet w podeszłym wieku, szczególnie w przypadku wielochorobowości.
5. Wykazano wyraźny związek poziomu wykształcenia ze stanem zdrowotnym seniora i jego zapotrzebowaniem na świadczenia medyczne. Osoby gorzej wykształcone generują więcej wizyt u lekarza POZ i wykazują wyższą zachorowalność na takie choroby jak: choroby nerek i cukrzyca oraz większą ilość złamań i upadków. Wyjaśnienie wykazanego związku wykształcenia z zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne wymaga dalszych badań.

Aktywność fizyczna seniorów.

Wieloletnie obserwacje, zarówno gerontologów, jak i specjalistów kultury fizycznej, wskazują na istotne znaczenie w życiu osób starszych regularnej aktywności fizycznej.

W licznych pracach wykazano zmiany inwolucyjne w zakresie motoryczności u osób starszych, których przejawem są ograniczenia wysiłków fizycznych, także w życiu codziennym, dążenie do lenistwa ruchowego, zanik pędu do ruchu, zmniejszenie tempa wykonywanych ruchów i czynności, czasu reagowania na bodźce, płynności ruchów. Obniżeniu dynamiki motorycznej towarzyszy często obniżenie statusu społecznego [por.

Szwarc 1996, Łobożewicz 1995, Stryła 1977, Kocemba 2000, Pędich 2000, Jopkiewicz 2002, Osiński 2002, Synak 2002, Bień 2003, Skrzek 2005, Drabik 2006, Drygas 2006].

Aktywność fizyczną ludzi starszych należy rozumieć jako czynnik podtrzymujący zdrowie, warunkujący przedłużenie życia, utrzymanie wydolności fizycznej, sprawności psychomotorycznej i społecznej oraz źródło radości i przyjemności [Łobożewicz 1995, Drabik 1997, Pędich 2000, Kabsch 2001, Kostka 2001, Szczepańska 2004, Jaskólski 2005].

Udowodniono, że systematyczne ćwiczenia fizyczne, wykonywane przez seniorów, wywierają istotny wpływ na wydolność fizyczną, koordynację nerwowo-mięśniową, umożliwiając utrzymanie zakresu ruchów w stawach, niezbędne w życiu codziennym. [Łobożewicz 1995, Jopkiewicz 1996, Kabsch 2001, Dąbrowska 2002, Osiński 2002, Żak 2002, Skrzek 2002, 2005, Ignasiak 2007].

Według wytycznych ekspertów WHO, dotyczących propagowania aktywności fizycznej wśród osób starszych, aktywność fizyczna definiowana jest jako wszystkie czynności w życiu codziennym, związane z ruchem, włączając w to pracę, odpoczynek, ćwiczenia i uprawianie sportu. Podkreśla się, że efekty zapobiegawcze i rehabilitacyjne regularnej aktywności fizycznej są korzystniejsze, gdy wzorce aktywności fizycznej kształtowane są we wczesnym okresie życia, niż gdy zapoczątkowuje się je dopiero w wieku podeszłym (WHO, Heidelberg 1996).

Korzyści wynikające z regularnej aktywności fizycznej u osób starszych, to:

- poprawa ogólnego samopoczucia (dostarczanie przyjemności i radości),
- poprawa zdrowia fizycznego i psychicznego,
- wspomaganie prewencji pierwotnej i wtórnej określonych stanów (np.: stres, ból) i chorób (choroby układu krążenia i naczyń, otyłość, cukrzyca, choroba zwyrodnieniowa stawów, kręgosłupa, osteoporoza, depresja),
- minimalizacja skutków niesprawności,
- profilaktyka upadków i zaburzeń równowagi,
- zmiana stereotypowych perspektyw wieku podeszłego (niepełstwo) i zachowanie niezależnego trybu życia,
- zapewnienie funkcjonalności w zakresie czynności dnia codziennego,
- poprawa jakości życia.

Aktywność fizyczna jest więc istotną składową stylu życia warunkującą zdrowie, funkcjonalność i jakość życia osób starszych.

Ujemne skutki niskiego poziomu aktywności fizycznej i następstw hipokinezji były podstawą działań organizacji światowych: WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), FIMS

(Międzynarodowa Federacja Medycyny Sportowej), CDDS (Komitet Rozwoju Sportu), UNESCO, które od 1995 roku, realizując nowoczesną strategię zdrowia publicznego, zachęcają do promocji prozdrowotnej aktywności fizycznej, także osób starszych.

W wielu krajach (Finlandia, Irlandia, Wielka Brytania, USA) prowadzone są systematyczne badania i monitoring poziomu aktywności fizycznej. W ocenie aktywności fizycznej populacji mają przede wszystkim zastosowanie badania za pomocą kwestionariusza, tj. oceniające subiektywne opinie o aktywności fizycznej osób badanych. Ocenia się np.: rodzaj pracy wykonywanej w czasie wolnym, prace domowe, aktywność związaną z pracą zawodową, a także zajęcia rekreacyjne (Kwestionariusz IPAQ).

Wydaje się zasadnym dążenie do ujednoczenia procedur badawczych oceniających w sposób obiektywny aktywność fizyczną, za pomocą testów sprawności fizycznej np.: Testu Fullerton, jako miernika sprawności fizycznej [Róžańska-Kirschke i wsp.2006].

Według ekspertów WHO istnieje potrzeba stałej strategii rozwoju aktywności fizycznej we wszystkich grupach ludzi starszych, poparta polityką prozdrowotną, podkreślającą znaczenie kultury fizycznej w życiu człowieka starego, realizowaną na każdym szczeblu administracji : narodowej, regionalnej, lokalnej.

„Kultura fizyczna to wyraz określonej postawy wobec własnego ciała, świadoma i aktywna troska o swój rozwój, sprawność i zdrowie oraz umiejętność organizowania i spędzania czasu z największym pożytkiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego”. W szerszym znaczeniu – kultura fizyczna jest częścią kultury ogólnej społeczeństwa, dorobkiem umożliwiającym uczestnictwo w tej dziedzinie. Obejmuje poglądy, postawy, teorię, organizację i infrastrukturę [Demel, Skład 1974].

Masowa kultura fizyczna jest zjawiskiem wielowartościowym, powszechną humanizacją życia, szkołą pracy nad sobą, nad swoim ciałem, nad zdrowiem, sprawnością fizyczną, wydolnością i urodą.

Dzięki postulatom społecznym, a także badaniom nad rozwojem kultury fizycznej, uznaje się, że w wieku późnej dorosłości powinna być ona traktowana z jednej strony jako ogólnodostępna dziedzina konsumpcji, zaspokajająca aspiracje człowieka w zakresie wypoczynku, przyjemności i doskonalenia cielesnego. Z drugiej strony – jako instrument pozytywnego kształtowania i podtrzymywania sił biologicznych człowieka, niezbędnych do pełnienia ważnych ról społecznych. Postawy seniorów wobec kultury fizycznej powinny wiązać się z ich aktywnym i twórczym uczestnictwem.

Formami uczestnictwa ludzi starszych w kulturze fizycznej są ćwiczenia fizyczne, sport, turystyka, rekreacja fizyczna i rehabilitacja ruchowa, podejmowane zarówno spontanicznie, jak i w sposób zorganizowany.

Wśród licznych przeszkód, utrudniających ludziom starszym czynne uczestnictwo w kulturze fizycznej, wielu gerontologów wymienia tzw. „stereotyp człowieka starego”. Starość w świadomości społecznej jawi się bowiem jako spadek sił fizycznych i psychicznych, stan schorowania i ułomności, zniedołężnienia i niezdolności do samodzielnego życia. Przełamanie takiego stereotypu jest zadaniem pierwszoplanowym dla organizatorów i popularyzatorów kultury fizycznej wśród ludzi starszych, także wśród dolnośląskich seniorów.

W Polsce popularyzacją kultury fizycznej w środowisku ludzi starszych zajmował się B. Starski – lekarz, założyciel Sanatorium Geriatrycznego w Inowrocławiu (1959), unikalnej w tym okresie placówki w Europie. Starski uważał, że „Ćwiczenia fizyczne, jak również uprawianie różnych dyscyplin sportu i turystyki – to niezmiernie ważne czynniki dla utrzymania sprawności fizycznej i umysłowej, które należy wykonywać przez całe życie, a zwłaszcza w okresie przedemerytalnym i poprodukcyjnym”.

Zdaniem H. Szwarz, prekursora UTW w Polsce, kultura fizyczna, a przede wszystkim rekreacja ruchowa i rehabilitacja ruchowa, zajmują istotne miejsca w profilaktyce gerontologicznej, uznającej systematyczną aktywność ruchową za niezbędny czynnik zapobiegający przedwczesnej starości [Szwarc 1996].

Współcześnie, aktywność fizyczna określana jest często mianem motoryczności. Obejmuje ona zarówno zewnętrznie dostrzegalne formy aktywności ruchowej, jak też mechanizmy fizjologiczne oraz psychospołeczne uwarunkowania ruchowych działań ludzkich [Drabik 2006].

Poziom aktywności fizycznej jest pozytywnym miernikiem zdrowia, a oszacowanie aktywności fizycznej w grupie dolnośląskich seniorów i warunkujących ją czynników, jest nie tylko ważne, ale i konieczne.

Sprawność fizyczna jest jedną ze składowych kompleksowej opieki geriatrycznej, której celem jest diagnostyka wielonarządowa i czynnościowa oraz analiza potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych osób starszych. Równocześnie, aktywność fizyczna w sposób bezpośredni warunkuje funkcjonowanie w życiu codziennym, ma wpływ na zaburzenia chodu i równowagi oraz ryzyko upadków zaliczanych do „wielkich problemów geriatrycznych” [Żak 2002].

Przedstawione badania poddają analizie ocenę aktywności fizycznej dolnośląskich seniorów.

Wybrane skale oceniające sprawność fizyczną:

Skala Katza

Do oceny ogólnej sprawności fizycznej osób starszych wykorzystano tzw. skalę aktywności życia codziennego – ADL, zwaną inaczej skalą Katza. Określa ona podstawową zdolność badanego do samoobsługi i zawiera sprawność związaną z ubieraniem się, spożywaniem posiłków, lokomocją czy korzystaniem z toalety. Czas przeprowadzenia badania wynosi od 2 do 4 minut. Maksymalnie można uzyskać 6 punktów:

- 6-5 pkt – w pełni zachowane podstawowe czynności życia codziennego, nie jest potrzebna pomoc pielęgnarska w domu,
- 4-3 pkt – średniego stopnia upośledzenie, wskazana jest pomoc pielęgnarska,
- 2 lub mniej – ciężkiego stopnia upośledzenie, bezwzględnie wskazana jest pomoc osób drugih 12-24 godzin/dobę.

Na pytania badany odpowiada **tak** lub **nie**:

Czy jest Pani/ Pan w stanie samodzielnie:

- wykapać się (możliwa jest pomoc przy myciu jednej części ciała),
- ubierać się (z wyjątkiem wiązania sznurówek),
- załatwiać potrzeby fizjologiczne (bez sporadycznych epizodów nietrzymania),
- poruszać się (może korzystać z laski lub chodzika),
- kontrolować swoje zachowanie,
- spożywać posiłki (z wyjątkiem czynności złożonych, jak krojenie mięsa czy smarowanie chleba).

Przy pomocy tej skali można ocenić czy osoba jest w stanie żyć bez pomocy z zewnątrz, czy wymaga stałej opieki w domu lub w specjalistycznym ośrodku.⁹

Skala Lawtona.

Aby ocenić złożone czynności życia codziennego, wykorzystano skalę Lawtona (IADL). Ocenia ona zdolności podstawowego funkcjonowania we współczesnym otoczeniu, umożliwia przybliżenie potrzeb chorego w zakresie pomocy czy opieki. Przeprowadzenie takiego badania trwa od 3 do 5 minut. Na każde pytanie możliwe są trzy warianty odpowiedzi: pierwszy dotyczy niezależności, samodzielności pacjenta w zakresie wykonywania danych czynności w

⁹ <http://medforum.pl>

życiu codziennym; drugi – zdolności do wykonywania tych czynności przy pomocy innych osób; trzeci świadczy o zależności pacjenta od otoczenia. Maksymalnie można uzyskać 10 punktów:

- 10-8 pkt. – w pełni zachowana zdolność podstawowego funkcjonowania,
- 7-5 pkt. – średniego stopnia upośledzenie zdolności podstawowego funkcjonowania,
- 4 i mniej – dużego stopnia upośledzenie zdolności podstawowego funkcjonowania.

W kwestionariuszu respondent odpowiada **tak** lub **nie** na pytania:

Czy jest Pani/Pan w stanie samodzielnie:

- pisać,
- czytać,
- chodzić po schodach,
- sprzątać koło siebie,
- przygotowywać posiłki,
- samodzielnie wychodzić z domu,
- korzystać ze środków transportu,
- posługiwać się pieniędzmi,
- przyjmować leki,
- posługiwać się telefonem.

Liczba punktów ma odniesienie do konkretnej osoby, spadek tej liczby w miarę upływu czasu świadczy o pogorszeniu się stanu jego sprawności. Niektóre ze skal ADL i IADL są w formie ankiety, mogą być samodzielnie wypełniane przez badanego. Inne wymagają obecności osoby przeprowadzającej badanie, jej osądu lub bezpośredniej obserwacji sposobu wykonania różnych czynności.

Test Tinetti

Do oceny zagrożenia upadkami i zaburzenia równowagi wykorzystano uproszczony test Tinetti. Badanie trwa od około 4 do 5 minut. Podczas zadań zmiany pozycji ze stojącej na siedzącą i na odwrót, senior siedzi na krześle z oparciem, ale bez poręczy pod rękę. Przechodząc 3 metry pacjent powinien zachować kierunek ruchu po linii prostej, następnie odwrócić się i szybkim krokiem wrócić do punktu wyjścia. Jeśli badany na co dzień używa środków pomocniczych, takich jak np. laska, na tym etapie badania również powinien z nich korzystać. Konieczna jest asekuracja, gdy osoba jest zagrożona łatwością utraty równowagi. Badanie obejmuje kolejne zadania:

- przejście z siedzenia do stania,
- unieruchomienie 5 sekund,
- przejście 3 metrów,
- obrót o 180 stopni,
- przejście ze stania do pozycji siedzącej.

W teście stosuje się następującą skalę ocen:

- duże ryzyko upadku – badany wymaga pomocy osoby drugiej podczas wykonywania tych czynności,
- średnie ryzyko upadku – badany korzysta z pomocy technicznych (laska, kula, balkonik),
- minimalne ryzyko upadków – badany nie potrzebuje pomocy w czasie wykonywania powyższych czynności.

Uważa się, że ten test powinien być elementem uzupełniającym ogólne badanie internistyczne pacjenta. W przypadku negatywnych rezultatów testu, możliwe jest podjęcie wczesnych zabiegów rehabilitacyjnych, zapobiegających upadkom seniora, które to upadki w podeszłym wieku wywołują z reguły groźne konsekwencje.

Sprawność fizyczna i psychoruchowa dolnośląskich seniorów.

Na podstawie wyników badań wykazano, że średnio 94,8% badanych to w pełni sprawni seniorzy dolnośląscy, w tym, spośród badanych:

98,8% deklaruje, że jest w stanie samodzielnie spożywać posiłki,

97,7% samodzielnie załatwia potrzeby fizjologiczne,

95,6% samodzielnie się ubiera,

94,6% porusza się samodzielnie,

93,8% kontroluje swoje zachowania,

i najmniej badanych – 88,7% jest w stanie samodzielnie się wykapać.

Z badań wynika, że seniorzy dolnośląscy są w większości sprawni i samodzielni, także w zakresie fizjologii i czynności dnia codziennego.

Średnio 89,39% badanych według skali Lawtona jest w pełni sprawna. Największe deficyty samodzielności badani wykazali w korzystaniu ze środków transportu i chodzeniu po schodach.

Fizjoterapia geriatryczna jest jedną z podstawowych dyscyplin medycznych. To sposób przywracania osobie utraconych w chorobie sprawności psychofizycznych, a także prewencji wtórnej, zmierzającej do redukcji ryzyka nawrotu choroby.

Na pytanie: „Czy korzysta Pani/Pan z zabiegów rehabilitacyjnych?” aż 63,5% badanych odpowiedziało, że nie korzysta i nie ma takiej potrzeby, tylko 19,1% udzieliło odpowiedzi twierdzącej, a 17,4% nie korzystało z zabiegów rehabilitacyjnych, ponieważ nie miało takich możliwości. Częściej z zabiegów rehabilitacyjnych korzystają kobiety – 21,38% i najczęściej są to pacjenci w wieku 65-69 lat. 20,52% mieszkańców wsi i 13,45% mieszkańców miast dolnośląskich nie korzysta z rehabilitacji, ponieważ nie ma takich możliwości.

Na pytanie: „Jak często zazwyczaj korzysta Pani/Pan z zabiegów rehabilitacyjnych?”, przeważająca część respondentów, bo aż 85,4% odpowiedziało „1 – 5 razy w roku”, 114 badanych mieszka w mieście, a 61 na wsi. Z zabiegów rehabilitacyjnych 6-10 razy w roku korzystało 10,7% badanych, z czego 15 osób to kobiety, a 7 to mężczyźni; 9 to mieszkańcy wsi, a 13 to mieszkańcy miast. Bardzo niski odsetek, bo tylko 1,5% (co stanowi 3 osoby z 205 badanych) korzystało z zabiegów rehabilitacyjnych 11-15 razy w roku (1 mężczyzna i 2 kobiety). Najczęściej, bo 16 i więcej razy w roku korzystają z zabiegów rehabilitacyjnych kobiety, co stanowi 2,4% populacji – 3 mieszkają na wsi, a 2 w mieście.

Niestety, badania wykazują niedostępność usług rehabilitacyjnych w ofercie świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to środowiska wiejskiego i miejskiego seniorów dolnośląskich, ale w szczególności wsi. Z zabiegów rehabilitacyjnych korzysta o połowę mniej osób starszych z terenów wiejskich. Być może na wsi jest mniejszy dostęp do zaplecza rehabilitacyjnego.

Na pytanie: „Czy korzysta Pani/Pan ze sprzętu ortopedycznego?”, 80,3% badanych odpowiedziało, że nie ma takiej potrzeby, natomiast „tak, mam zalecony” – 18,1% i „tak, mam zlecony, ale nie mam na to pieniędzy” – 1,6% badanych. Głównie korzystano ze sprzętu rehabilitacyjnego takiego jak: laska (46,5%), kula (35,2%), chodzik (9,9%), a najrzadziej z roweru rehabilitacyjnego – 1,9% respondentów.

W kategorii podziału na płeć, zarówno kobiety jak i mężczyźni używają kul w podobnym odsetku – 35,2%. Największy odsetek badanych, używających kul (54,55%) występuje wśród 65-69-latków. 60,98% badanych w wieku 75 – 79 lat używa laski. Najstarsi respondenci mający 85 lat i więcej również najczęściej korzystają z laski (65,12%).

Z badań wynika, że niewielki odsetek pacjentów geriatrycznych korzysta z zabiegów rehabilitacyjnych, również na Dolnym Śląsku, w tym najczęściej korzystają z nich mieszkańcy miast, a dwukrotnie rzadziej mieszkańcy wsi. Być może, świadczy to o

nieuświadomieniu potrzeby, braku środków finansowych oraz trudności w dostępie do poradni rehabilitacyjnych. Aspekt ten został potwierdzony w badaniach przeprowadzonych przez A. Chwałczyńską i wsp. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne wynosił 125 dni przy średnio 77 osobach oczekujących, zaś największą liczbę ośrodków, w których odnotowano kolejki znaleziono we Wrocławiu – 54% ośrodków [Chwałczyńska 2007].

Zagrożenie upadkami jest zjawiskiem częstym w podeszłym wieku i wynika z postępującego starzenia jako procesu fizjologicznego oraz chorób. Sam proces starzenia powoduje gorsze funkcjonowanie układu nerwowego, kontroli wzrokowej, wydłuża się czas reakcji odruchowych, zmienia wzorzec chodu [Kędziora – Kornatowska, Biercewicz 2008]. Z chorób wiodącą rolę pełnią zmiany w układzie ruchu, krążenia (zawroty głowy), zaburzenia poznawcze, wzrokowe oraz działania uboczne stosowanych leków. Do tego dochodzą jeszcze czynniki zewnętrzne (złe oświetlenie, nieodpowiednie obuwie, przeszkody, umeblowanie, itp.). Na pytanie: „Czy zdarzają się Pani/Panu upadki?”, nieco ponad połowa – 51,3% badanych odpowiedziała, że nigdy; 37,2% respondentów odpowiedziało, że rzadko, natomiast 11,6%, że często. Najczęściej upadkom ulegały kobiety, na 130 twierdzących odpowiedzi 102 to właśnie kobiety. Mężczyźni stanowili 6,78% i tylko 28 przypadków. W kategorii wieku najczęściej upadkom ulegali najstarsi badani – Dolnoślązacy w wieku 85 lat i więcej. Na podstawie analizy wyników skróconego testu Tinetti, 48,7% badanych charakteryzuje się minimalnym ryzykiem upadku. 28,1% przebadanych osób charakteryzuje się średnim ryzykiem upadku, a 23,2% seniorów charakteryzuje się dużym ryzykiem upadku.

Dla wielu osób starszych upadki są najbardziej niepokojącym objawem starzenia się, wywołującym strach przed poważnym urazem i utratą samodzielności. M. Żak w swoich badaniach dowodzi, że faktyczne ryzyko upadku zwiększa się z wiekiem i na każde 100 osób przypada rocznie 47 upadków wśród ludzi w wieku 70-74 lata, natomiast znacznie więcej wśród 80-latków, co potwierdza analizę badań dolnośląskich seniorów [Żak 2002].

Według M. Żaka większość upadków zdarza się w czasie wykonywania prostych czynności codziennych, np.: wstawania, siadania, chodzenia czy pochylania się. Jedynie 5% upadków zdarza się w czasie czynności potencjalnie niebezpiecznych, jak wchodzenie po drabinie czy uprawianie sportu. Upadki, które nie kończą się poważnymi urazami, bardzo często prowadzą do rozwoju zespołu poupadkowego, a w konsekwencji do pogorszenia się sprawności fizycznej i psychicznej. Następstwem upadków są złamania nóg (szyjka kości udowej), rąk oraz miednicy, rezultatem 10-20% upadków są krwiaki, stłuczenia, naciągnięcia mięśni. Kolejne miejsce zajmują urazy czaszki (wstrząśnienia mózgu, krwotoki śródczaszkowe),

których konsekwencje pojawiają się w późniejszym terminie. Samo leczenie złamań z medycznego punktu widzenia nie jest tak skomplikowane, jak różnego rodzaju powikłania związane z unieruchomieniem starszego człowieka. Zapalenie płuc, zaburzenie krążenia obwodowego, odleżyny, zakrzepica żył głębokich to choroby, w wyniku których znacznie pogarsza się jakość życia seniora [Żak 2002, Grodzicki, Kocemba 2006].

W przeprowadzonych badaniach, u 26,2% dolnośląskich seniorów w przeszłości wystąpiły złamania kończyny. Największy odsetek złamań wśród badanych pojawił się między 50. a 60. rokiem życia. Według analizy częściej złamania przydarzają się kobietom (30,27%), a mężczyznom zaś tylko w 19,12%. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest częstsza zachorowalność na osteoporozę u kobiet, w wyniku której kości są mniej wytrzymałe na działania sił zewnętrznych. U ludzi starszych urazowość jest związana ze słabym zdrowiem, zaburzeniami równowagi z powodu spowolnienia odruchów kontrolujących, słabą ostrością wzroku, używaniem dużej ilości leków oraz zaburzeniami ortostatycznymi [Kabsch 2001, Żak 2002, Skrzek 2005].

Od jakiego okresu życia należy wdrażać kulturę fizyczną u ludzi starszych? Ponieważ seniorzy nie stanowią jednorodnej kategorii, trudno o jakiegokolwiek uogólnienia. Działania profilaktyki geriatrycznej zalecają możliwie wczesne rozpoczęcie regularnej aktywności fizycznej, z uwzględnieniem ustawiczności. Im wyższa sprawność i wydolność fizyczna osobnika do 60-70. roku życia, tym z wyższego pułapu następować będzie regres i zniedołężnienie.

Popularyzacja aktywności fizycznej wśród seniorów nie wymaga drogiego sprzętu i urządzeń, ale metodycznie właściwie opracowanego treningu zdrowotnego. Prawidłowy dobór ćwiczeń fizycznych, ich odpowiednie dawkowanie, stanowią odpowiedzialne zadanie dla specjalistów kultury fizycznej, prowadzących działania prewencyjne i rehabilitacyjne dla ludzi starszych [Osiński 2002, Drygas 2003, Jegier 2003, Kuński 2003, Kozdroń 2005].

Zagadnienia aktywności fizycznej ludzi w III wieku powinny należeć w Polsce do spraw priorytetowych, zwłaszcza, że posiadamy istotny dorobek naukowy na ten temat [Drabik 1996, Pędich 1996, Szwarc 1996, Kostka 2001, Dąbrowska 2002, Osiński 2002, Kuński 2003, Szczepańska 2004, Skrzek 2005, Chomiuk 2007].

Wzorem mogą być kraje wysoko uprzemysłowione, o powszechnym dostępie do kultury fizycznej, w których ludzie starzy są społecznie zachęceni do aktywności i dbałości o zdrowie – np.: kraje skandynawskie, Wielka Brytania, Japonia czy USA [WHO 1996, Bień 2003].

Zapotrzebowanie na kulturę fizyczną osób trzeciego wieku jest coraz większe, wywierają na nie wpływ tendencje demograficzne:

- wcześniejsze przechodzenie na emeryturę (50-55 lat)
- przedłużenie się czasu życia człowieka.

Zadania tego powinna podjąć się oświata zdrowotna, lekarze, specjaliści kultury fizycznej, media, czasopisma, ogniska TKKF, kluby emerytów i rencistów.

Popularyzacja kultury fizycznej wśród seniorów powinna uwzględniać 5 kategorii motywów: zdrowotne, utylitarne, społeczne, ludyczne i poznawcze.

Aktywnie fizyczny styl życia pomaga utrzymać osobom starszym niezależność czynnościową, optymalizując stopień ich aktywnego uczestnictwa w społeczeństwie.

Wnioski

1. Badania wykazały, że seniorzy dolnośląscy są, w opinii subiektywnej, kategorią społeczną o stosunkowo dobrej sprawności fizycznej, rzadko korzystają ze sprzętu ortopedycznego oraz z pomocy bliskich i opiekunów w wykonywaniu czynności dnia codziennego.
2. W zakresie form rekreacji i spędzania wolnego czasu w sposób aktywny, w jakości życia seniora – Dolnoślązaka dominują: spacer i wypoczynek na świeżym powietrzu, przebywanie i praca na działce oraz sport.
3. Wskazane byłoby zwiększenie dostępności seniorów do korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych zarówno w miastach, jak i we wsiach dolnośląskich.
4. W kulturze fizycznej dolnośląskich seniorów lansowane modele „zdrowego trybu życia” zbyt powoli przenikają do codziennej praktyki, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak też społecznych preferencji i zachowań. Należy więc zachęcać ludzi starszych do zrozumienia potrzeb ruchu, jego znaczenia dla zdrowia, sprawności fizycznej i psychicznej, do uprawiania rekreacji i korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych.
5. Aktywizacja seniorów dolnośląskich do kultury fizycznej powinna przebiegać wielokierunkowo, wywierać wpływ na sferę intelektualną i fizyczną człowieka, z równoczesnym zapewnieniem mu poczucia bezpieczeństwa i własnej użyteczności oraz życzliwości otoczenia.
6. Edukacja seniorów w zakresie aktywności fizycznej, np.: w UTW, klubach seniora, w tym szerzenie wiedzy o zdrowym starzeniu się, dostęp do rekreacji, tworzenie sprzyjającego kulturze fizycznej środowiska, wspieranego przez rodzinę,

pracowników opieki społecznej i zdrowotnej, organizacje pozarządowe, ukierunkowane kształcenie specjalistów kultury fizycznej, tworzenie ośrodków rehabilitacyjnych - powinny stać się podstawą programów promujących kulturę fizyczną wśród osób starszych na Dolnym Śląsku.

7. Nowoczesna idea kultury fizycznej ludzi starszych, także na Dolnym Śląsku, powinna uwzględniać pryncypia współczesnej koncepcji człowieka, tj. poszanowanie godności ludzkiej, tolerancję dla słabości oraz docenienie wartości psychicznych.

VI. Podsumowanie

W rozważaniach naukowych nt. starości zwyciężyło podejście dynamiczne do tej fazy życia. Takie podejście do starości rozumiały już nowoczesne społeczeństwa Europy, świata. W ostatnich latach wprowadzono wiele usprawnień związanych z jakością usług i charakterem opieki wobec osób starszych. Opieka, aby w sposób rzeczywisty przyczyniała się do zmiany jakości życia osób starszych, musi uwzględniać w systemowych rozwiązaniach trzy elementy: integrację, aktywizację i edukację osób starszych. Przemiany demograficzne wymagają nowych placówek i większego zaangażowania zasobów służących wsparciu, dostarczających stymulacji psychicznych i społecznych umożliwiających aktywny styl życia. Tu bardzo ważna będzie pomoc psychologiczna (obok geriatrycznej) umożliwiająca pokonywanie depresyjności (stres starości), wreszcie konieczność reorientacji uczuć wobec samego siebie, radzenia sobie z kryzysami, utrzymywania wewnętrznej integralności (dobrostanu psychicznego) w obliczu dokonywania bilansu życia.

Polityka społeczna wobec osób starszych powinna stanowić system działań ukierunkowanych na jakość życia, która obejmowałaby wszechstronną kompensację malejących wraz z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb, integrację z lokalną społecznością oraz przygotowanie do starości. Polityka społeczna wobec osób starszych powinna być oparta na trzech zasadach: autonomii, mającej na celu zachowanie przez seniorów niezależności w podejmowaniu decyzji co do sposobu życia w tej fazie egzystencji; integracji – zapewnieniu osobom starszym w miarę pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz opiece – stworzeniu systemu wsparcia i pomocy dla osób, które w wyniku wieku lub choroby utraciły zdolność do samodzielnego zaspokajania swych potrzeb.

Działania w jej ramach podejmowane powinny umożliwić przystosowanie się osób starszych do zmieniającego się obrazu społeczeństwa, aby nadążali oni za „biegiem życia”, mieli możliwość korzystania z potencjału, jaki sobą prezentują. Trzeba przeciwstawić się ich

nieobecności w życiu społeczności lokalnej, wykluczeniu społecznemu, marginalizacji życia ludzi starszych, ograniczaniu ich przestrzeni życiowej, wreszcie minimalizacji potrzeb i oczekiwań powodujących pogłębiającą się depresyjność, pasywność wobec własnego życia. Wymienione zjawiska w większym czy mniejszym stopniu potwierdzają przeprowadzone badania.

Analiza całości materiału badawczego unaocznia, że obecnie dolnośląscy seniorzy narażeni są na wykluczenie społeczne głównie z trzech powodów. Pierwszy z nich to trudna sytuacja materialna seniorów i ograniczony budżet jakim dysponują, uniemożliwiający im zaspokojenie wszystkich potrzeb. Drugą przyczyną są silnie zakorzenione stereotypy dotyczące starości zakotwiczone w społecznej świadomości, co powoduje, że społeczeństwo jako system nie jest przygotowane do tworzenia warunków gwarantujących wysoką jakość życia osób starszych. Można powiedzieć, że dyskurs publiczny na ten temat znajduje się dopiero na etapie wstępnym, podobnie jak tworzenie instrumentów i rozwiązań zapewniających integrację tej kategorii społecznej z resztą społeczeństwa i osiąganie przez nią satysfakcji życiowej. Trzecią przyczyną, równie istotną jak pozostałe, jest proces autowykluczenia seniorów. Osoby starsze, między innymi ze względu na niskie dochody, ale nie tylko, również powodowane stereotypowym podejściem do własnej starości, same wycofują się z życia społecznego, ograniczając się do grona najbliższej rodziny i znajomych, „skazują się” na pasywny styl życia. Sytuację tę pogłębia niski poziom wykształcenia seniorów, brak wzorców aktywnego spędzania czasu i kompetencji społecznych, by w pełni korzystać z możliwości, jakie niesie współczesność. Można uznać, że zjawiska i procesy wskazane powyżej stanowią warunki brzegowe, wyznaczające aktualną kondycję dolnośląskich seniorów, jak i kierunki przyszłych działań.

Działania profilaktyczne winny odcinać się od instrumentalnego i protekcyjnego traktowania osób starszych, łączyć działania opiekuńcze z oddziaływaniem o charakterze edukacyjnym. Wtedy człowiek osiąga stan homeostazy psychicznej, jest zrównoważony emocjonalnie, łatwiej mu znieść dolegliwości zdrowotne i różne dysfunkcje, radzić sobie z prozą życia codziennego. To właśnie stanowi istotę profilaktyki starzenia się. W ten sposób uda się osiągnąć zwiększenie uczestnictwa samego człowieka w przywracaniu i osiąganiu należytej równowagi zdrowotnej, a w konsekwencji życiowej. Potwierdza to stanowisko gerontologów, którzy wśród predyktorów pomyślnego starzenia się wymieniają: autonomię, samoakceptację, pozytywne relacje z innymi ludźmi, panowanie nad środowiskiem życia, posiadania celu w życiu, wreszcie osobisty rozwój.

Literatura:

- Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. (red.), (1999), *MSD – Podręcznik Geriatrii*, Wrocław: Urban&Partner.
- American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults*, (1998), "Med. Sci. Sports Exerc.", nr 30, s. 992-1008.
- Aronow W.S. (2003), *Effects of aging on the heart*, [w:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (ed.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Bień B. (2003), *Ochrona zdrowia ludzi starszych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej*, „Praca Socjalna”, nr 2, s. 93-107.
- Bień O., Pędich W. (1995), *Wpływ transformacji społeczno – politycznej w Polsce na jakość życia ludzi starych*, „Gerontologia Polska”, nr 3/4, s. 27-29.
- Błądowski P. (2006), *Spoleczeństwo wobec demograficznego procesu starzenia się ludności- wyzwania dla Polski i doświadczenia zagranicy*, Ogólnopolski Zjazd Naukowy Sekcji Geriatrycznej PTL Gdańsk.
- Błądowski P. (2008), *Charakterystyka procesu starzenia – aspekt socjoekonomiczny*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatryka i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Chomiuk T., Mamcarz A. (2007), *Bezpieczne formy aktywności ruchowej stosowane w treningu zdrowotnym osób starszych*, „Kardioprofil”, nr 6, s. 451-455.
- Chwałczyńska A., Górska-Klęk L. (2007), *Dostępność świadczeń rehabilitacyjnych w wybranych miastach wojewódzkich w 2006 roku*, „Fizjoterapia”, nr 15, suppl. 1, s. 26.
- Connolly M.J. (2003), *Asthma and chronic obstructive disease*, [w:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (ed.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Connolly M.J., Gosney M. (2003), *Nonobstructive lung disease and thoracic tumors*, [w:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (ed.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.
- Dąbrowska G., Skrzek A., Mraz M. (2002), *Rehabilitacja lecznicza i jej znaczenie w życiu seniorów na podstawie badań własnych*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, nr 11, suppl. 1, s. 129-133.
- Derejczyk J. i wsp. (2008), *Gerontologia Polska*, w druku.
- Dochody i warunki życia ludności Polski*, (2008), Warszawa: GUS.
- Drabik J. (1997), *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako mierniki zdrowia człowieka*, Gdańsk: Wydawnictwo AWF.
- Drabik J. (2006), *Ruch i wysiłek fizyczny*, „Antropomotoryka”, nr 34, s. 121-123.
- Drygas W. (2003), *Trening zdrowotny: bilans 50 lat. Czy znamy odpowiedzi na najważniejsze pytania?*, „Medicina Sportiva”, nr 7, s 9-14.
- Dyczewski L., Adamczuk L., Szatur – Jaworska B., Pałaszewska – Reindl T., Ozimek I., Niepokulczycka M., Halicka M., Halicki J. (1999), *Potrzeby ludzi starszych; uniwersalne i specyficzne*, [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.
- Evans W.J. (1999), *Exercise training guidelines for the elderly*, "Med. Sci. Sports Exerc.", nr 31, s. 12-17.
- Golinowska S., Holzer J., Szwarz H., Pędich W. (1999), *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury* [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.

- Grodzicki T., Kocemba J. (2000), *Farmakoterapia w wieku podeszłym*, [w:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (2006), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Halik J. (red.) (2002), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa: ISP.
- Ignasiak Z., Dąbrowska G., Żurek G. (2007), *Poziom otluszczenia u kobiet starszych, słuchaczek UTW aktywnych i nieaktywnych ruchowo*, „Antropomotoryka”, nr 37, s. 67-72.
- Jałowicki, B., Szczepański, M.S. (2002), *Miasto i przestrzeń w perspektywie socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Jaskólska A., Jaskólski A. (2005), *Zmiany fizjologiczne u osób w wieku średnim i starszym a zdolność wykonywania wysiłku fizycznego*, [w:] *Podstawy fizjologii i wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka*, Wrocław: Wydawnictwo AWF.
- Jegier A. (2003), *Kwalifikacja lekarska do treningu zdrowotnego osób dorosłych*, „Medicina Sportiva”, nr 7, s. 27-35.
- Jopkiewicz A. (1996), *Aktywność ruchowa osób starszych*, Kielce: Wydawnictwo WSP.
- Kabsch A. (2001), *Niepełnosprawność towarzysząca procesom starzenia wyzwaniem dla fizjoterapii*, „Fizjoterapia”, nr 3, s. 3-20.
- Kędziora-Kornatowska K., Biercewicz M. (2008), *Upadki i zaburzenia lokomocji*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Klich-Rączka A., Obiorek A. (2000), *Zaburzenia endokrynologiczne*, [w:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Kocemba J., Życzkowska J. (2000), *Osobnicze i populacyjne starzenie się człowieka*, [w:] J. Kocemba, T. Grodzicki, *Zarys gerontologii klinicznej*, Kraków: MCKP UJ.
- Koczorowski R. (2008), *Opieka stomatologiczna nad starszym pacjentem*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, K. Talarska (red.), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Warszawa: PZWL.
- Korzeniewska Katarzyna (2002), *Biedni (i) emeryci: o ekonomicznej zależności biednych rodzin od pomocy z zewnątrz i o „underclass po polsku”*, [w:] K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), *Lata tłuste, lata chude... Spojrzenie na biedę w społecznościach lokalnych*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
- Kostka T. (2000), *Rola aktywności ruchowej w promocji zdrowia u osób starszych*, „Medicina Sportiva”, nr 5, s. 147-150.
- Kozdroń E. (2005), *Program rekreacji ruchowej osób starszych*, Warszawa: Skrypt AWF.
- Kuński H. (2007), *Trening zdrowotny osób dorosłych stosowany w praktyce*, „Medicina Sportiva”, nr 7, s. 15-25.
- Kurzepa J., Lisowska A., Pierzchalska A. (2008), *Prostytucja 'nieletnich' w perspektywie Dolnoślązaków*, Wrocław: Agencja Wydawnicza „ARGI”.
- Laskowska – Otwinowska Justyna (2000), *Człowiek stary w ubogiej rodzinie polskiej wsi współczesnej*, [w:] E. Tarkowska (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Warszawa: Typografia.
- Łobożewicz T. (1995), *Samopoczucie psychospołeczne ludzi starszych a ich aktywność ruchowa*, „Gerontologia Polska”, nr 3 (1-2), s. 25-36.
- Maslow, A. (2006), *Motywacja i osobowość*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015. Załącznik do Uchwały 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.

O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze. Komunikat z badań, (2005), Warszawa: CBOS.

Ocena sytuacji materialnej. Komunikat z badań, (2006), Warszawa: CBOS.

Osiński W. (2002), *Aktywność fizyczna podejmowana przez osoby w starszym wieku*, „Antropomotoryka”, nr 24, s. 3-24.

Pędich W. (1996), *Aktywność ruchowa osób starszych*, Kielce: Wydawnictwo WSP.

Pędich W. (2007), *Gerontologia i geriatria*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.

Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002, (2002), Warszawa: GUS.

Rocznik Demograficzny (2007), Warszawa: GUS.

Różańska-Kirschke A., Kocur P., Wilk M., Dylewicz P. (2006), *Test Fullerton jako miernik sprawności fizycznej osób dorosłych*, „Rehabilitacja Medyczna”, nr 10, s. 9-16.

Sinclair A.J., Croxon S.C.M. (2003), *Diabetes mellitus*, [w:] R.C. Tallis, H.M. Fillit (ed.), *Geriatric Medicine and Gerontology*, Elsevier Science.

Skrzek A. (2005), *Trening zdrowotny a procesy inwolucyjne narządu ruchu u kobiet*, Studia i Monografie, Wrocław: Wydawnictwo AWF.

Skrzek A., Woźniowski M., Wnuk W. (2002), *Czy kultura fizyczna jest potrzebna osobom w podeszłym wieku?*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine”, nr 11, supl. 1, s. 123-129.

Stryła W. (1977), *Ruch jako profilaktyka procesu starzenia się*, „Nowiny Lekarskie”, nr 66, s. 30-35.

Synak B. (2002), *Polska starość*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.

Szatur – Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR.

Szatur – Jaworska B., Błędowski P., Dziegielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR.

Szczepańska J., Greń G., Woźniowski M. (2004), *Wpływ systematycznych ćwiczeń fizycznych na samopoczucie i zaburzenia nastroju osób w podeszłym wieku z niewielkim deficytem poznawczym*, „Fizjoterapia”, nr 12 (3), s.37-46.

Sztompka P. (2003), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.

Szwarc H. (1996), *Sprawność fizyczna i zdrowie osób starszych*, „Kultura fizyczna”, nr 9 (10), s.7-10.

Tarkowska E., (2000), *Zróźnicowanie biedy: wiek i płeć*, [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.

Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków. Komunikat z badań, (2005), Warszawa: CBOS.

Wąsiewicz E.P. et al. (1995), *Opinie pacjentów o planowanych zmianach organizacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 1, s. 19-24.

WHO. Wytyczne dotyczące programowania aktywności fizycznej wśród osób starszych (1997), „Rehabilitacja Medyczna”, nr 4, s. 53-57.

Wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Komunikat z badań, (2003), Warszawa: CBOS.

Wyjazdy Polaków na wypoczynek w latach 1992 – 2005. Komunikat z badań, (2005), Warszawa: CBOS.

Zabłocki G., Sobczak M., Piszczek E., Kwiecińska M. (1999), *Ubóstwo na terenach wiejskich Północnej Polski*, Toruń: Wyd. UMK.

Zakupy – gdzie i co kupujemy. Komunikat z badań, (2004), Warszawa: CBOS.

Zatońska K., Waszkiewicz L., Bolanowski M. (2006), *Samoocena stopnia otyłości kobiet i mężczyzn zamieszkałych na Dolnym Śląsku*, „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii”, nr 1, t. 2, s. 12-18

Żak M. (2002), *Ocena ryzyka upadków u osób starszych i możliwości prewencji*, „Gerontologia Polska”, nr 8, s. 18-21.

Raport został opracowany przy współpracy przedstawicieli następujących instytucji:

Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego

- Departament Polityki Zdrowotnej i

- Departament Polityki Społecznej

Dolnośląskiego Ośrodka Polityki Społecznej

Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego

Dolnośląskiego Centrum Zdrowia Publicznego

Wojewódzkiej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej

Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Wrocławskim

Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

Wrocławskiego Sejmiku Osób Niepełnosprawnych

*Polskiego związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów – Zarządu Okręgowego
we Wrocławiu*

Fundacji – Teraz

oraz wsparciu udzielonemu przez gminy:

Gmina Radków – badanie pilotażowe

Gmina Chocianów

Gmina Wisznia Mała

Gmina Środa Śląska

Gmina Głogów

Gmina Kąty Wrocławskie

Gmina Dobroszyce

Gmina Złoty Stok

Gmina Miękina

Gmina Węgliniec

Gmina Miejska Lubin

Gmina Miejska Legnica

Gmina Lubin

Gmina Miejska Świebodzice

Gmina Legnickie Pole

Gmina Miejska Zgorzelec

Gmina Wądroże Wielkie

Gmina Miejska Wałbrzych

Gmina Walim

Gmina Miejska Wrocław

Serdeczne podziękowania składamy wszystkim osobom, które prowadziły badania w terenie. Bez ich zaangażowania nie udałooby się zgromadzić tak bogatego materiału badawczego, który posłużył jako źródło wiedzy o osobach starszych zamieszkujących województwo dolnośląskie.