

dr Małgorzata Synowiec-Piłat

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich

Akademia Medyczna we Wrocławiu

m.synowiecpilat@gmail.com



Małgorzata Synowiec-Piłat jest adiunktem w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ukończyła socjologię na Uniwersytecie Wrocławskim, a doktorat obroniła na Wydziale Filozofii i Socjologii UMCS w Lublinie. Specjalizuje się w socjologii medycyny oraz promocji zdrowia. Była kierownikiem pięciu grantów badawczych. Prowadzi badania naukowe dotyczące zachowań i postaw zdrowotnych, działań międzysektorowych w promocji zdrowia, działalności organizacji pozarządowych, rozwoju ruchu „pacjent dla pacjenta” oraz znaczenia wsparcia społecznego w terapii i rehabilitacji chorych. Jest autorką 25 publikacji naukowych, w tym książki pt. „Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych”.

Aktywność starszych ludzi w kontekście promocji zdrowia

Streszczenie: Współcześnie coraz większą uwagę przywiązuje się nie tylko do leczenia chorób, ale do promowania zdrowego stylu życia. Wprowadzenie w życie idei promocji zdrowia ma szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, ze względu na zły stan zdrowia tej grupy ludzi w naszym kraju. Nadrzednym celem promocji zdrowia w przypadku osób starszych jest jednak nie tyle przedłużanie co poprawą jakości ich życia. Jakość życia natomiast w dużej mierze zależy od stopnia szeroko rozumianej aktywności (fizycznej, umysłowej, społecznej), na którą składa się różnego rodzaju działalność podejmowana przez jednostkę. Im większy zakres działań, tym zazwyczaj wyższa jakość życia. Oczywiście jest, iż w miarę upływu lat nasza aktywność stopniowo się zmniejsza. Wpływ na ten stan rzeczy ma bardzo wiele czynników o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym.

Najważniejsze cele promocji zdrowia w przypadku osób w wieku podeszłym koncentrują się na następujących obszarach: podtrzymanie oraz zwiększenie ogólnej sprawności fizycznej i psychicznej, podtrzymanie i poprawa samokontroli zdrowia, utrzymanie na dobrym poziomie lub poprawa standardu życia oraz warunków sanitarno-higienicznych; utrzymanie istniejących więzi społecznych i poprawa ich jakości oraz stymulowanie tworzenia nowych więzi społecznych. Dodatkowo, podejmując działania na rzecz seniorów, należy pamiętać także o zapobieganiu deprywacji osób starszych oraz o ich aktywizacji, upodmiotowieniu – także w sferze zdrowia.

Słowa kluczowe: promocja zdrowia, osoby starsze, starość, starzenie się społeczeństwa, aktywizacja osób starszych, socjologia medycyny.

Współcześnie coraz większą uwagę przywiązuje się nie tylko do leczenia chorób, ale także do promowania zdrowego stylu życia. Promocja zdrowia rozumiana jest jako „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego zarówno jednostka, jak i grupa społeczna muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajając potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian”¹⁾. Jedną z nadrzędnych idei promocji zdrowia jest aktywizacja jednostek i społeczności na jego rzecz. Odrzuca się obecnie strategię prowadzenia działań prozdrowotnych odgórnie, bez możliwości ingerencji w nie poszczególnych ludzi. Nastąpiło zdecydowane odejście od traktowania promocji zdrowia jako dziedziny, za którą odpowiada wyłącznie sektor zdrowia. Obecnie opiera się ona w swych działaniach przede wszystkim na aktywności środowisk lokalnych oraz współpracy międzysektorowej. Szczególne zadanie przypada tutaj III sektorowi i organizacjom pozarządowym²⁾. W takim rozumieniu „promocja zdrowia jest przede wszystkim przedsięwzięciem politycznym i społecznym, wymagającym rozległej aktywności jednostek i grup”³⁾.

Spośród wszystkich zasad promocji zdrowia kwestia upodmiotowienia społeczności i jednostek zajmuje bardzo ważne miejsce. Upodmiotowienie rozumiane jako „zdolność jednostek do przejęcia kontroli nad swoim życiem i zdrowiem”⁴⁾, traktowane jest współcześnie jako najważniejszy cel promocji zdrowia, jako jej swoisty imperatyw. Oprócz zdobywania kontroli na poziomie indywidualnym, ważne jest także motywowanie ludzi do aktywnego angażowania się we wzmacnianie zdrowia w społecznościach, w których żyją.

Ideą promocji zdrowia jest postulat brania pod uwagę bardzo szerokiego spektrum czynników mających wpływ na zdrowie, które rozumiane jest „pozytywnie” (jako zasób, którym dysponuje człowiek w swym codziennym życiu lub jako proces

¹⁾ *Ottawa Carter for Health Promotion*, „Health Promotion International” 1986, 1 (4); tłumaczenie polskie: J. Karski, *Podstawowe dokumenty dotyczące promocji zdrowia. Pełne i skrócone wersje podstawowych dokumentów polskich oraz Światowej Organizacji Zdrowia*, [w:] J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Warszawa 1994, s. 424.

²⁾ M. Synowiec-Piłat, *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Toruń 2009, s. 69–79.

³⁾ Z. Słońska, *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, *Rocznik I*, Nr 1–2, 1994, s. 43.

⁴⁾ Tamże, s. 832.

poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu różnorodnych obciążeń i sytuacji trudnych, z którymi spotykamy się w codziennym życiu), z uwzględnieniem jego zależności od czynników o charakterze psychicznym, społecznym, ekonomicznym i środowiskowym. Według K. Tones większość osób zajmujących się promocją zdrowia zgadza się z popularną definicją „zyskania zdrowia” (ang. *healthgain*), która w następujący sposób określa „główne cele usług zdrowotnych:

- zwiększenie liczby lat życia; redukcja zgonów, którym można zapobiec,
- zwiększenie zdrowia w życiu; redukcja chorób i niepełnosprawności,
- zwiększenie życia w latach; polepszenie jakości życia”⁵⁾.

Wprowadzenie w życie idei promocji zdrowia ma szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, których sytuacja zdrowotna pozostawia w naszym kraju dużo do życzenia. Choć średni okres życia w Polsce wydłużył się o około 4 lata (dla kobiet wynosi obecnie 78 lat, a mężczyzn 73 lata), to jednak oczekiwana długość życia Polaków jest niższa niż w większości krajów UE (w przypadku kobiet o ok. 2 lata, a mężczyzn o ok. 3 lata). Świadczy to o gorszym stanie zdrowia polskich seniorów. Jak pokazują badania ogólnopolskie, 23% Polaków w przedziale wiekowym 50 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe⁷⁾.

Do takiego stanu rzeczy przyczynia się wiele czynników, spośród których wyróżnić trzeba niewydolność instytucji medycznych i całego systemu ochrony zdrowia (niewystarczający system finansowania procedur związanych z leczeniem osób starszych, brak wystarczającej liczby specjalistów z zakresu geriatry oraz brak dziennych oddziałów geriatrycznych, zły system szkolenia personelu medycznego wyższego i niższego stopnia różnych specjalności z zakresu geriatry). Ponadto „seniorzy często skarżą się na długi okres oczekiwania na miejsce w zakładach opiekuńczo-leczniczych i brak odpowiedniego podejścia personelu medycznego do ich specyficznych potrzeb. Dodatkowym problemem jest też brak klubów osiedlowych i domów dziennego pobytu”⁸⁾.

Zły stan zdrowia polskich seniorów ma też związek – obok pasywności zawodowej, społecznej i edukacyjnej – z prowadzeniem przez nich raczej biernego stylu życia. „Zdecydowana większość emerytów deklaruje, że ogląda telewizję (92%), słucha radia, muzyki (79%) oraz czyta książki, czasopisma i gazety (75%). Ponadto prawie połowa uprawia działkę lub ogród (49%), pomaga rodzinie w prowadzeniu domu (47%) i opiekuje się wnukami (40%). Co trzeci senior uprawia sport (gimnastykuje się lub chodzi na basen, spaceruje), co piąty – korzysta z Internetu, co siódmy – podróżuje po kraju, co ósmy – pracuje na rzecz społeczności lokalnej. Co dwu-

⁵⁾ K. Tones, *Health Promotion, Health Education, and the Public Health*, [w:] R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, H. Tanaka (red.), *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford 2004, s. 832.

⁶⁾ *The World Bank*, „From Red to Gray” 2007, [cyt. za:] *Raport o kapitale intelektualnym Polski*, Zespół Doradców Strategicznych Premiera, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2008, s. 131.

⁷⁾ ESS 2006, *Obliczenia DAE MIPS*, [cyt. za:] *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 131.

⁸⁾ *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 131.

nasty emeryt (8%) wymienił inne formy spędzania czasu, najczęściej spotkania ze znajomymi i zajęcia rekreacyjne, takie jak robótki ręczne (kobiety) czy wędkarstwo (mężczyźni)⁹⁾.

Natomiast badania World Values Survey pokazały, że aż około 90% Polaków w wieku 50+ odznacza się biernością w takich dziedzinach, jak: sport, kultura czy działania na rzecz społeczności lokalnej¹⁰⁾ (dla przykładu: USA – 29% nieaktywnych, Dania – 30%, Austria – 50%, Czechy – 55%, Hiszpania i Portugalia – po 63%, Rumunia, Ukraina – po ok. 90%).

Nadrzędnym celem promocji zdrowia w przypadku osób starszych jest jednak nie tyle przedłużanie długości, co poprawa jakości ich życia. Jakość życia natomiast w dużej mierze zależna jest od stopnia szeroko rozumianej aktywności (fizycznej, umysłowej, społecznej), na którą składa się różnego rodzaju działalność podejmowana przez jednostkę. Im większy zakres działań, tym zazwyczaj wyższa jakość życia. Oczywiście jest, iż w miarę upływu lat nasza aktywność stopniowo się zmniejsza. Wpływ na ten stan rzeczy ma bardzo wiele czynników. Po pierwsze jest to spowodowane uwarunkowaniami biologicznymi. Pogorszeniu ulega stan zdrowia, zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia chorób, zwłaszcza o charakterze przewlekłym (np. choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca; choroby wieku starczego: demencja, zaburzenia urojeniowe, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby zwyrodnieniowe i układu ruchu, choroby wzroku i słuchu etc.), co w konsekwencji powoduje obniżenie sprawności osób starszych. To z kolei przyczynia się do ograniczania kontaktów z innymi ludźmi, a nawet do izolacji społecznej osób starszych. Izolację tę może pogłębiać również fakt stopniowego wymierania zarówno członków rodziny, jak i przyjaciół i znajomych, co nieuchronnie zawęża krąg bliskich osób, na których wsparcie możemy liczyć. Psychologowie zwracają ponadto uwagę, iż procesowi temu towarzyszy utrata zaufania do innych oraz niechęć do nawiązywania nowych kontaktów społecznych, co dodatkowo ogranicza aktywność osób starszych.

Oprócz tego na swoisty dla wieku starczego spadek aktywności wpływ mają również czynniki o charakterze społecznym. Porusza się tu przede wszystkim kwestię wypadania osób starszych z dotychczas pełnionych ról społecznych. Po pierwsze mamy do czynienia ze zmianą roli bądź wypadaniem z ról pełnionych w grupie towarzyskiej. Kolejna sprawa to utrata roli zawodowej związana z przejściem na emeryturę lub rentę.

„Pod względem aktywności zawodowej osób starszych Polska zajmuje ostatnie miejsce wśród krajów Unii Europejskiej, a przeciętne zatrudnienie ludności w wieku 55–64 lat jest u nas prawie 1,5 raza mniejsze niż średnia unijna. Bierności zawodowej starszych Polaków często towarzyszy wycofanie się z życia społecznego”¹¹⁾.

⁹⁾ A. Kolbowska, *Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość*, Komunikat CBOS, BS/160/2009, s. 13.

¹⁰⁾ World Values Survey 1999, [cyt. za:] *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 128.

¹¹⁾ *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt.; [cyt. za:] A. Kolbowska, dz. cyt., s. 1.

Bierność tę dodatkowo pogłębia fakt, iż niewielka część osób w wieku 55–64 lat w naszym kraju, bo 16,2%¹²⁾, korzysta z jakichkolwiek form zdobywania wiedzy. W związku z tym osoby 50+, będące niejednokrotnie w pełni sprawne fizycznie i psychicznie, przestają być aktywne zawodowo i społecznie tylko dlatego, że nie aktualizują swojej wiedzy i umiejętności¹³⁾.

Natomiast, jak pokazują badania ogólnopolskie¹⁴⁾, emeryci pracujący zarobkowo są zdecydowanie aktywniejsi niż niepracujący. Częściej uczestniczą w życiu kulturalnym (chodzą do kina, teatru i na koncerty, odwiedzają muzea czy galerie, czytają), pracują społecznie na rzecz ludzi potrzebujących, społeczności lokalnych i parafii oraz uprawiają aktywny wypoczynek (sport, podróże). Niepracujący zaś emeryci częściej niż zatrudnieni opiekują się wnukami. Seniorzy, którzy nie uczestniczą w życiu społecznym, wypadają na jego margines¹⁵⁾, traktowani są jako niepotrzebny balast.

Jak zauważa A. Kozubska, „do sfer życia, w których ludzie starzy [...] w porównaniu z resztą społeczeństwa, są najbardziej narażeni na marginalizację należą:

- a) udział w rynku pracy,
- b) uczestnictwo w pozarodzinnych kontaktach społecznych,
- c) uczestnictwo w życiu politycznym,
- d) obecność w kulturze masowej i społecznej komunikacji (pomijanie przez środki masowego przekazu lub tylko sporadyczne dostrzeganie tych grup oraz utrwalanie stereotypowego, często negatywnego, ale zawsze uproszczonego wizerunku)”¹⁵⁾.

Z przejściem na emeryturę lub rentę związana jest również kwestia zmniejszenia dochodów i pogorszenia sytuacji materialnej. To natomiast ogranicza aktywność towarzyską i rekreacyjną osób starszych oraz wpływa na jakość ich odżywiania. Są to wydarzenia życiowe silnie stresujące i niejednokrotnie zmniejszające poczucie własnej wartości jednostki.

Jak pokazują badania ogólnopolskie, aż $\frac{2}{5}$ ludzi najbardziej obawia się w okresie starości trudności z utrzymaniem się, złych warunków materialnych¹⁶⁾. 58% ludzi starych zgłasza potrzebę pomocy finansowej, natomiast otrzymuje ją niewiele ponad jedna piąta z nich (22%)¹⁷⁾. Jeżeli chodzi o plany na stare lata młodszych respondentów, to deklarują oni potrzebę aktywności do późnego wieku w wielu dziedzinach, natomiast w przypadku większości osób pobierających świadczenia

¹²⁾ *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Warszawa 2007, [cyt. za:] *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 129.

¹³⁾ *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 129.

¹⁴⁾ A. Kolbowska, dz. cyt., s. 2, 12.

¹⁵⁾ A. Kozubska, *Wykluczeni 50+ (na rynku pracy)*, Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, s. 2.

¹⁶⁾ B. Wciórka, *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, Komunikat z badań CBOS, BS/172/2000, s. 14.

¹⁷⁾ Tamże, s. 12.

emerytalne obserwuje się raczej ich wycofywanie się z życia społecznego¹⁸⁾. Problemy ekonomiczne ludzi starych dotkliwie ograniczają ich samodzielność, rzutując na podejmowane przez nich decyzje. Człowiek stary w naszym kraju często staje przed codziennymi dramatycznymi wyborami, czy przeznaczyć pieniądze, którymi dysponuje na jedzenie, czynsz, czy np. na leki? Na realizację wszystkich bowiem potrzeb, dodajmy potrzeb podstawowych, seniorów zazwyczaj nie stać. W zrealizowanej w 2010 r. przez Fundację Dbam o Zdrowie kampanii społecznej „Wybory 2010”, zwrócono uwagę, iż „4 miliony Polaków nie kupuje lekarstw z powodu ciężkiej sytuacji finansowej. Co trzeci Polak nie realizuje recept, co oznacza, że nie rozpoczyna lub też nie kontynuuje leczenia zaleconego przez lekarza. Lekarze alarmują, że przerwanie kuracji lekowej często jest przyczyną poważnych chorób. W wyniku takiej sytuacji wiele osób trafia do szpitala”¹⁹⁾.

Jedną z najistotniejszych jednak kwestii społecznych mających wpływ na jakość życia osób starszych oraz ich aktywność jest stosunek społeczeństwa do starości. Współcześnie status osób starszych w społeczeństwie uległ znacznej degradacji. Osoby starsze mają nie tylko mniej władzy w porównaniu ze społeczeństwami przednowoczesnymi, kwestionuje się także ich mądrość i doświadczenie życiowe, traktując coraz częściej w kategoriach nikomu niepotrzebnych przeżytków. Wpływ na taki sposób postrzegania starości w naszym kręgu kulturowym wywarły niewątpliwie wielkie procesy społeczne, które miały miejsce w XIX w., wzrost liczby ludzi starych oraz postępy medycyny.

Należy pamiętać, iż konsekwencją wielkich procesów społecznych XIX w., a mianowicie industrializacji, urbanizacji, rozwoju wiedzy, w tym medycyny, był nie tylko skok cywilizacyjny (głównie w sensie cywilizacji technicznej), ale przede wszystkim olbrzymie przemiany kulturowe, obyczajowe, w tym stylów życia. Od początku XX w. obserwuje się w związku z tym zmianę systemów wartości, koncentrację na młodości, sprawności i zdrowiu, co wpłynęło również na wyostrenie wizualnej strony starości. Starość zaczęto kojarzyć ze zniedołężnieniem, brakiem pełni władz umysłowych, brzydotą, a także samotnością, cierpieniem, niewydolnością społeczną oraz byciem ciężarem dla młodszych²⁰⁾. Trzeba tu pamiętać również o przemianach, które stopniowo następowały w rodzinie, a przede wszystkim o rozpadzie rodziny wielopokoleniowej (w której takie zjawiska jak starzenie i śmierć były stale i namacalnie obecne, naturalne i emocjonalnie bliskie), indywidualizacji członków rodziny (dobro jednostki staje się ważniejsze od dobra całej grupy) oraz szybkim uniezależnianiu się od rodziny – przede wszystkim w sensie ekonomicznym. Starzy ludzie stają się coraz mniej potrzebni. Tak jak o śmierci, również o starości nie chcemy myśleć.

¹⁸⁾ A. Kolbowska, dz. cyt., s. 12–13.

¹⁹⁾ http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1099,procent_ktory_likwiduje_wybory, dostęp: 16.07.2010.

²⁰⁾ Tendencję tę potwierdzają także najnowsze badania socjologiczne – np. K. Wądołowska, *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Komunikat z Badań CBOS, BS/157/2009, s. 11.

Od lat 60. pojawiają się medialne przedstawienia starości jako wstydlivej choroby: starość to zjawisko niepożądane, które należy zamaskować lub starać się za wszelką cenę oddalić w czasie jej objawy w wyglądzie zewnętrznym. Starzenie się przestaje więc być postrzegane jako naturalny etap życia. Współcześnie ze starością trzeba walczyć, bowiem wartość człowieka sprowadza się do atrakcyjnego i młodego wyglądu.

Powyższe przemiany postaw w stosunku do starości widoczne są współcześnie w dwóch zasadniczych nurtach. Pierwszy z nich to przedstawienia ludzi starych – np. w mediach, sztuce – niejako w krzywym zwierciadle: z ironią, z kpina, z szyderstwem. Przedstawiciele drugiego nurtu eksponują natomiast bezużyteczność ludzi starych dla reszty społeczeństwa. Starość to zaprzeczenie seksualności, piękna, radości i dumy.

Zdrowie, młodość i sprawność stały się stopniowo wyznacznikami wartościowego, mądrego i dobrego życia. Według A. Kępińskiego niemożność pogodzenia się z procesem starzenia jest spowodowana przede wszystkim rozwojem cywilizacji technicznej: „środowisko techniczne wzmacnia w człowieku poczucie władzy nad otoczeniem, dlatego trudniej przychodzi mu podporządkować się prawom przyrody. Rodzi się bunt przeciwko śmierci i starości. Bunt, który w człowieku chyba zawsze istniał, ale nie w tak ostrej formie, jak obecnie”²¹). Najwyższą miarą użyteczności człowieka stała się jego wydajność, co oczywiście nie sprzyja ludziom starym. Nie może więc dziwić, iż z lęku przed odrzuceniem czy nawet wykluczeniem społecznym starsi ludzie starają się dorównać młodszym energią, zaangażowaniem, a nawet wyglądem zewnętrznym. Zdają sobie sprawę, że z chwilą utraty wydajności staną się również niepotrzebni. W związku z tym, jak zauważa U. Jarecka, starość staje się wstydlivą chorobą: „Część przedstawień medialnych (głównie reklamowych) wydaje się podążać za dewizą, iż starzenie jako zjawisko niemile widziane należy zamaskować; sugerują też, iż podstawowym zadaniem dorosłego człowieka (częściej – dorosłej kobiety) jest unikanie starzenia się. [...] Starzeć się oznacza „złapać” wstydlivą chorobę, czyli być starym równa się być chorym. Najbardziej widoczne są te objawy w zewnętrznosci, w wyglądzie, który jest wizytówką. »Niewskazane« (niemile widziane) są zmarszczki, młody wygląd jest naszym „obowiązkiem” ze społecznie akceptowanego punktu widzenia”²²). W efekcie starzenie się przestaje być postrzegane jako naturalny proces, a staje się przedmiotem walki. Dysponując zaś takimi chociażby zdobyczami wiedzy jak operacje plastyczne, kremy przeciwzmarszczkowe czy kryjącymi siwiznę farbami do włosów – nabieramy przekonania, że walka ta może zakończyć się sukcesem, że zdołamy przechrzyć starość, że zdołamy jej uniknąć (kampanie reklamowe – np. Dove Pro-age).

²¹) A. Kępiński, *Rytm życia*, Kraków 1992, s. 223.

²²) U. Jarecka, *Starość w mediach – konteksty, tendencje i przemilczenia*, [w:] A. Kojder, K.Z. Sowa, *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego. Pamiętnik XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego Rzeszów – Tyczyn, 20–23.09.2000*, Rzeszów 2003, s. 515.

Chcemy zachować młodość – a właściwie atrakcyjny i młody wygląd – tak długo, jak to możliwe, w końcu jest ona synonimem wartości człowieka. W wizualizacjach starości, zwłaszcza w mediach, obserwuje się trend przewycięzania praw wieku, praw natury, biologii człowieka. Obserwuje się dążenie do uczynienia starości nierealną. Jednocześnie zauważalne jest zjawisko nietraktowania przez samych ludzi starych procesu starzenia jako czegoś nieuniknionego: „Kiedyś uważano powszechnie, że starość to czynione przez upływający czas spustoszenie, na które nie ma rady. Jednakże w coraz większym stopniu odchodzi się od traktowania procesów starzenia się jako rzeczy oczywistej i naturalnej; postępy w zakresie medycyny i żywienia pokazały, że można uniknąć lub znacznie zredukować większość przejawów starzenia się, które kiedyś uważano za nieuniknione. Dzięki lepszemu odżywianiu, higienie i opiece zdrowotnej ludzie dożywają przeciętnie znacznie starszego wieku niż jeszcze sto lat temu”²³). A. Giddens uważa to za jeden z przejawów tzw. „socjalizacji natury”.

Od drugiej połowy XX w. w społeczeństwach rozwiniętych obserwuje się proces gwałtownego wzrostu liczebności ludzi starych²⁴), co spowodowało konieczność zmian w postrzeganiu znaczenia i roli osób starszych w społeczeństwie, a także konieczność zmian w polityce społecznej. Potrzeby osób starych nie mogą być już traktowane marginalnie, a wprost przeciwnie, przedstawiciele wszystkich sektorów życia społecznego muszą brać pod uwagę ludzi starych, ich problemy i potrzeby. Ludzie starzy coraz częściej są więc obecni w mediach, reklamie, programach politycznych. Zapanowała „moda na ludzi starych”²⁵). Moda ta ma jednak specyficzny wymiar – z ludźmi starymi musimy się liczyć, bo jest ich coraz więcej, korzystnie jest pozyskać tę kategorię ludzi do swoich celów, ale utrzymuje się nadal degradacja wizerunku starca. O ile wcześniej w przedstawianiu starości koncentrowano się przede wszystkim na jej negatywach, teraz częste są obrazy podkoloryzowane lub nawet groteskowe. Jak zauważa Jarecka: „W wizualności »ciemne« strony życia takie jak choroba, starość, śmierć są niemal nieobecne, gdyż nie czyni się przedmiotem rozrywki uszkodzeń umysłowych i fizycznych czy starości. Starość jako jeden z „nieprzyjemnych” tematów jest prawie nieobecna, gdy zaś pokazuje się ludzi starych, pojawiają się zabiegi estetyzujące lub odrealniające ten etap życia”²⁶). Starość przedstawiana jest jak „trzecia młodość”. W największym stopniu widoczna jest tutaj koncentracja na estetyzacji starzenia się. Porusza się wprawdzie kwestie starzenia się ciała, zainteresowań, potrzeb osób starych, ale nadal jest to pokazywanie starości przez pryzmat młodości. Mamy tu do czynienia z zawołowanym odzieraniem starości z godności, z naturalności, z ludzkiego ciepła. Pomniejszone zostaje

²³) A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa 2006, s. 185.

²⁴) K. Szczerbińska, *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, [w:] A. Czupryna, S. Piździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 2, Kraków 2001, s. 417–424; A. Giddens, dz. cyt., s. 185.

²⁵) J.P. Bois, *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Warszawa 1996, s. 11.

²⁶) U. Jarecka, dz. cyt., s. 523.

znaczenie starego człowieka dla innych – rodziny, grupy zawodowej, społeczeństwa jako całości.

Raczej trudno spodziewać się, by w najbliższym czasie radykalnie zmieniły się w naszym kręgu kulturowym postawy wobec starości, by w miejsce kultu młodości zagościła pełna szacunku akceptacja starości i wszystkiego, co ze sobą ona niesie – w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym.

Badania konsekwentnie pokazują²⁷⁾, iż najbardziej życzliwymi wobec seniorów są trzy kręgi społeczne: rodzina (79%), sąsiedzi (68%) i wspólnota parafialna (64%). Z mniejszą życzliwością spotykają się starsi ludzie w sklepach (46%) i w byłym miejscu pracy (41%). W pozostałych środowiskach przeważają, zdaniem respondentów, postawy negatywne, takie jak obojętność czy niechęć. Warto zauważyć, iż stosunkowo rzadko pojawia się życzliwość w instytucjach powołanych do tego, by pomagać osobom starszym – w placówkach służby zdrowia (39%) i w urzędach (32%) oraz na ulicy (25%) czy w środkach komunikacji (20%). Jedynie co czwarty badany postrzega młode pokolenie jako życzliwe wobec seniorów. Połowa respondentów (49%) dostrzega u młodych ludzi obojętność, co szósty (17%) – niechęć, a tylko jedna czwarta (25%) uważa, że młodzi odnoszą się do osób starszych z życzliwością²⁸⁾.

Warto wspomnieć również o tym, iż negatywne postawy wobec osób starszych przybierają niejednokrotnie formę naznaczania tej kategorii osób, ich etykietowania. Jak powiedziano powyżej, najbardziej cenionymi wartościami społecznymi są współcześnie młodość, zdrowie i sprawność. To zaś, co nie mieści się w tym kanonie – a więc i starość, uważane jest za zjawisko dewiacyjne. Niejednokrotnie starsze osoby poddawane są naznaczającej reakcji społecznej takiej jak: ośmieszanie, wykluczanie z grupy, degradacja społeczna, izolowanie od tzw. „normalnych” ludzi, agresja słowna i fizyczna etc. Przykładem mogą być chociażby werbalne określenia osób starszych. Nierzadko słyszymy z ust młodszej części społeczeństwa takie określenia, jak: *staruch*, *wapniak*, *zgręd*, *geriawit* itp. Najważniejszą jednak kwestią, którą należy tu poruszyć, jest ukazanie konsekwencji piętna. E. Lemert zauważył, iż naznaczanie społeczne jest procesem złożonym z dwóch etapów: dewiacji pierwotnej i wtórnej²⁹⁾. Na dewiację pierwotną składają się cechy (tu: bycie starym, niesprawność fizyczna czy umysłowa) czy zachowania (zapominanie, nieradzenie sobie z czynnościami dnia codziennego, apatyczność) niezgodne z obowiązującymi w danym środowisku normami. Na tym etapie jednak otoczenie społeczne rozpoznaje owe cechy czy zachowania jako np. drobne potknięcia, a „sprawca” pozostaje nadal w kręgu dotychczas odgrywanych ról społecznych. Zdaniem Lemerta dewiacja pierwotna ma niewielkie znaczenie dla struktury psychicznej człowieka, dopóki nie pro-

²⁷⁾ B. Wciórka, *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?*, Komunikat z dwusetnego badania aktualnych problemów kraju CBOS, BS/33/2007, s. 5.

²⁸⁾ Tamże, s. 6–7.

²⁹⁾ E.M. Lemert, *Social pathology, A systematic approach to the theory of sociopathic behavior*, New York 1951; A. Kojder, *Co to jest teoria naznaczania społecznego?*, „Studia Socjologiczne” 1980, 3/78.

wadzi do reorganizacji jego osobowości, zmiany samooceny postaw i odgrywanych ról społecznych. Negatywne reakcje społeczne na dewiację pierwotną, powodujące coraz większe i dotkliwsze obciążenie psychiczne jednostki i przypisanie jej roli dewianta, prowadzą do dewiacji wtórnej. „Dewiacja wtórna związana jest z takimi zjawiskami, jak społeczna kontrola, karanie, segregacja, stygmatyzacja. Reakcje te powodują zmianę struktury społecznej człowieka i zmianę jego samooceny. Człowiek dotknięty wtórną dewiacją – mówi Lemert – to człowiek, którego życie i tożsamość obracają się wokół faktu dewiacji [...]. Dewiację wtórną można traktować jako metodę samoobrony, ataku lub przystosowania się jednostki w związku z problemami, z jakimi boryka się ona na skutek społecznej reakcji na jej dewiację pierwotną. Chodzi tu zwłaszcza o reakcję potępienia, zdegradowania lub odizolowania [...]. Dewiacja wtórna może być strategicznym i zaakceptowanym rozwiązaniem tych trudności, wobec których stanęła jednostka na skutek swego napiętnowania (*stigmatization*)”³⁰).

Proces piętnowania prowadzi do akceptacji obrazu własnej osoby jako dewianta. To już nie tylko inni, naznaczająco reagując na jednostkę, określają ją i traktują jako np. *sklerotyka*, *uciążliwego zgreda* czy *kalekę*, ale sama jednostka tak się zaczyna postrzegać, utożsamiając się z przypisaną jej rolą. Im silniejsza jest negatywna reakcja społeczna, tym większe prawdopodobieństwo, że stanie się ono zinternalizowanym wzorem postępowania.

Osoby obdarzone etykietą (np. bezużytecznego starca) zaczynają być postrzegane przez otoczenie przez pryzmat dewiacyjnej roli. Inne role (np. męża, dziadka, przyjaciela, specjalisty w danej dziedzinie) stają się mniej ważne lub zupełnie się je pomija. Sytuacja ta utrudnia, a często uniemożliwia powrót jednostki napiętnowanej do „normalnych” ról społecznych czy też poprawne i satysfakcjonujące funkcjonowanie w życiu społecznym. Dzieje się tak dlatego, iż negatywne naznaczenie jednostki rozpoczyna niejednokrotnie jej „karierę dewiacyjną”³¹). Człowiek zostaje pozbawiony możliwości funkcjonowania w konwencjonalnych grupach społecznych (grupie towarzyskiej, zawodowej, rodzinie), które spychają go na margines życia zbiorowego, a więc tam, gdzie zachowania dewiacyjne są akceptowane i nagradzane. Według H. Beckera tworzy się dewiacyjna tożsamość jednostki³²). Człowiek zostaje wrzucony w rolę dewianta i nie może się jej pozbyć. Zjawisko to określa się mianem „pułapki dewiacji” – człowiek wycofuje się ze społeczności w celu uniknięcia dalszych reperkusji, co powoduje napiętnowanie z powodu wycofania lub jego konsekwencji, a w rezultacie pogłębienie wycofania lub agresję. Jednostka zostaje zuniformizowana. Wyobrażenia otoczenia na jej temat stają się częścią orientacji dewianta i kierują jego działaniami. Grupa blokuje podejmowane przez jednostkę role niedewiacyjne (np. zawodowe, edukacyjne), dyskryminuje ją, mimo że teore-

³⁰) E.M. Lemert, dz. cyt., s. 77.

³¹) A. Kojder, dz. cyt., s. 52.

³²) H.S. Becker, *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, Glencoe 1963.

tycznie deklaruje wsparcie. Dewiant otrzymuje nagrody za odgrywanie stereotypowej roli (np. nieporadnego staruszka, który nie jest w stanie nauczyć się niczego nowego, chociażby obsługi komputera). Rola dewianta zaczyna stopniowo wypierać wszystkie inne role.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na istnienie w poszczególnych społecznościach tzw. stereotypów dewiacyjnych³³⁾. Stereotypy są sposobem porządkowania rzeczywistości, ułatwiają nam interakcje w sytuacjach, w których nie wiemy, czego się spodziewać po nieznanym partnerze. Klasyfikujemy go wówczas do jednej ze stereotypowych kategorii, co ułatwia nam kontakt, gdyż nieznanomy zostaje skojarzony ze znanym nam już „rodzajem ludzi”. Im większy jest dystans społeczny między nami a daną kategorią osób, tym większe jest prawdopodobieństwo, że nasz wizerunek tej kategorii będzie stereotypowy. Mimo że możemy nie spotykać się na co dzień z chorymi psychicznie, niepełnosprawnymi czy starymi ludźmi itp., mniej więcej wiemy, jacy oni są i jak się zachowują. Niejednokrotnie postrzegamy starszego człowieka właśnie w stereotypowych rolach: jako ubogiego, schorowanego, potrzebującego opieki innych osób, roszczeniowego czy korzystającego ze środków publicznych³⁴⁾. Ważne jest, by w podejmowanych na rzecz osób starszych działaniach przełamywać te negatywne stereotypy, pokazywać, że tak jak i wśród młodszej części społeczeństwa, tak i wśród seniorów jest dużo ludzi wartościowych, ciekawych, kreatywnych, pełnych pasji i mogących zainspirować innych³⁵⁾.

Jedną z konsekwencji stereotypów dewiacyjnych jest oczekiwanie od dewiantów, że będą postępować zgodnie z naszymi, często mylnymi, wyobrażeniami o tym, jacy oni są lub jak się zachowują. I tak np. funkcjonuje stereotyp osoby starszej jako bezradnej, zależnej itp. Uleganie tym stereotypom przez osobę starszą może doprowadzić do tego, że utraci ona nawet dotychczasowe umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych. Może dojść do zjawiska tzw. „wyuczonej bezradności”. W jednym z badań CBOS odnotowano, iż pomoc kierowana do ludzi starych zaspokaja znaczny zakres ich potrzeb. Jednakże zaobserwowano również symptomy nadopiekuńczości ze strony osób pomagających³⁶⁾. Trzeba dodać, iż zarówno nadopiekuńczość, jak i niezaspokojenie potrzeb są niekorzystne dla ludzi w podeszłym wieku, ograniczają bowiem ich niezależność i samodzielność.

O tym, że osoby starsze chcą być samodzielne i decydować o sobie, świadczą chociażby wyniki badań CBOS, w których potwierdzono, iż „jedynie co piąty ankietowany (20%) chciałby na starość mieszkać wspólnie z rodziną, natomiast ponad

³³⁾ A. Siemaszko, *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Warszawa 1993, s. 295–297.

³⁴⁾ B. Szatur-Jaworska, 2008, *Uczestnictwo osób starszych w sferze publicznej*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Warszawa, s. 115.

³⁵⁾ Za przykład może tu posłużyć kampania społeczna „Spoko Senior” zrealizowana w 2009 r. przez Fresh Brand Design dla stowarzyszenia Mali Bracia Ubogich; http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,903,kiedy_ostatnio_sluchales_babci, dostęp: 16.07.2010.

³⁶⁾ B. Wciórka, dz. cyt., *Wstęp*.

połowa (57%) wolałaby mieszkać we własnym mieszkaniu i tylko doraźnie korzystać z pomocy osób bliskich, w tym również rodziny. Jedna szóstka respondentów (17%) wybiera takie rozwiązania, z których żadne w zasadzie nie wymaga pomocy ze strony bliskich³⁷⁾.

Niejednokrotnie osoby starsze, pomimo problemów ze zdrowiem, nie proszą o pomoc, chcą samodzielnie wykonywać codzienne czynności. Z jednej strony nie chcą być ciężarem dla rodziny i bliskich, ale także niejednokrotnie nie są w stanie przyznać się przed sobą, że tej pomocy potrzebują. Ważne jest więc, by świadczona seniorom pomoc była adekwatna do ich potrzeb, by nie ograniczała ich samodzielności i niezależności. Młodsze pokolenia powinny oprócz bezpośredniego wsparcia i opieki świadczonej starszym ludziom, pamiętać także o konieczności podejmowania działań mających na celu zapobieganie marginalizacji seniorów w różnorodnych sferach życia³⁸⁾.

Omówione powyżej procesy i postawy społeczne mogą przyspieszać pogarszanie się kondycji psychofizycznej osób starszych, spadek ich aktywności, wycofywanie się z życia społecznego, wzrost liczby samobójstw, a nawet izolację społeczną.

Dużą uwagę należy poświęcić problemowi samobójstw osób starszych, jest to bowiem temat, o którym zazwyczaj się nie mówi. Niewiele jest także analiz statystycznych i badań empirycznych poświęconych tej problematyce. Natomiast liczba samobójstw w tej kategorii wieku wykazuje tendencję rosnącą. Niezbędnym wydaje się uwrażliwienie najbliższego otoczenia seniorów, ale i szerzej – jak największej liczby przedstawicieli młodszego pokolenia, iż wszelkie zachowania suicydalne, wszelkie dawane przez starsze osoby oznaki mówiące w sposób bezpośredni lub pośredni o zamiarze zakończenia życia powinny być zawsze traktowane poważnie. Osoby takie należy otaczać szczególną troską i wsparciem społecznym oraz w miarę możliwości wprowadzić terapię psychologiczną bądź leczenie psychiatryczne.

Sz szczególnie niebezpieczna dla osób starszych jest izolacja społeczna. W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia izolacji osób starszych³⁹⁾: wiek powyżej 80 lat, wdowieństwo/stan cywilny wolny, rozwód/separacja, brak potomstwa, mieszkanie w jednoosobowym gospodarstwie domowym, zła sytuacja materialna, niedawna hospitalizacja, zmiana miejsca zamieszkania.

Jak pokazują rozliczne badania naukowe, izolacja społeczna zwiększa ryzyko zachorowalności i umieralności osób starszych. Warto wspomnieć w tym momencie, iż jedną z najbardziej stresujących sytuacji życiowych i to w każdym wieku, a szczególnie w okresie starości, jest utrata współmałżonka, która w ciągu dwóch lat, a zwłaszcza pierwszych sześciu miesięcy w sposób istotny wpływa na więk-

³⁷⁾ Tamże, s. 14.

³⁸⁾ Na problematykę tę zwrócono uwagę np. w zrealizowanej w 2009 r. w Izraelu kampanii społecznej „Cane”, której inicjatorem była organizacja Adam LeAdam; http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,696,podeszle_samobojstwo, dostęp: 25.06.2009.

³⁹⁾ K. Szczerbińska, dz. cyt., s. 432–433.

szczenie prawdopodobieństwa wystąpienia zarówno choroby, jak i zgonu osoby owdowiałej, zwłaszcza w przypadku mężczyzn⁴⁰⁾.

Przykładowo A. Ikeda, H. Iso, H. Toyoshima i in.⁴¹⁾ potwierdzili empirycznie, że nigdy nieżonaci mężczyźni odznaczają się wyższym ryzykiem śmierci spowodowanej chorobami naczyniowo-sercowymi, chorobami układu oddechowego, a także wyższym ryzykiem zgonu z przyczyn zewnętrznych. U nigdy niezamężnych kobiet wskaźniki te były niższe, ale znacząco wyższe było ryzyko śmierci na skutek wszystkich przyczyn. Rozwiedzeni i owdowiali mężczyźni odznaczali się umiarkowanie wyższym ryzykiem śmierci z powodu choroby sercowo-naczyniowej, zewnętrznych przyczyn i wszystkich przyczyn w porównaniu z żonatymi mężczyznami, ale taka tendencja nie była obserwowana u kobiet. Podsumowując, stan wolny był związany z wyższym ryzykiem śmierci niż w przypadku stanu zamężnego zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. Rozwód i wdowieństwo podnoszą ryzyko zgonu w przypadku mężczyzn, ale nie kobiet. Wyniki te sugerują, że osoby w stanie wolnym, rozwiedzione i owdowiałe są potencjalnie bardziej narażone na niekorzystne efekty zdrowotne.

Natomiast w badaniach amerykańskich, przeprowadzonych wśród osób w przedziale wiekowym 65 lat i więcej, potwierdzono, iż społeczna izolacja przybliża o 5 lat ryzyko śmierci u mężczyzn na skutek choroby wieńcowej⁴²⁾.

W związku z powyższym szczególnie ważnym aspektem w promocji zdrowia osób starszych jest zapewnienie im szeroko rozumianego wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne jest traktowane przez Antonovsky'ego jako „jeden z elementów poczucia koherencji, a mianowicie poczucia zaradności (umiejętność korzystania z zasobów, którymi dysponują inni)”⁴³⁾.

M. Barrera zaproponował trzy sposoby oceniania nieformalnego wsparcia społecznego⁴⁴⁾, a mianowicie: ocenę zakorzenienia w społeczności (np. wskaźniki oceniające częstotliwość kontaktów z innymi); otrzymywane wsparcie (ang. *received support*) (np. pomiar ilości konkretnej pomocy, zapewnianej przez członków wspólnoty) oraz wsparcie postrzegane (odczuwane) (ang. *perceived support*) (np. subiektywne ewaluacje wspierającej wymiany, takie jak satysfakcja ze wsparcia społecznego).

⁴⁰⁾ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 201; E. Rogucka, *Spoleczne uwarunkowania nadumieralności mężczyzn w Polsce*, Wrocław 1995.

⁴¹⁾ A. Ikeda, H. Iso, H. Toyoshima, Y. Fujino, T. Mizoue, T. Yoshimura, Y. Inaba, A. Tamakoshi, *Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study*, *BMC Public Health*: 2007 May 7; s. 7–73.

⁴²⁾ P.M. Engl, E.B. Rimm, G. Fitzmaurice, I. Kawachi, *Social Ties and Change in Social Ties in Relation to Subsequent Total and Cause-specific Mortality and Coronary Heart Disease Incidence in Men*, „*American Journal of Epidemiology*” t. 155, Nr 8, s. 700–709.

⁴³⁾ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Warszawa 1999, s. 109.

⁴⁴⁾ M. Barrera, *Distinctions between social support concepts, measures, and models*, „*American Journal of Community Psychology*” 1986, 14, s. 413–445, [za:] N. Krause, *Social support*, [w:] R.H. Binstock, L.K. George [red.], *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, San Diego – San Francisco – New York – Boston – London – Sydney – Tokyo 2001, s. 27.

Ograniczenia samodzielności osób starszych narastają wraz z wiekiem, zaś w okresie późnej starości stają się już rzeczywiście częstym zagrożeniem. Pierwsze trudności w funkcjonowaniu pojawiają się sporadycznie już w wieku 55–59 lat, natomiast wśród osób w wieku 60–64 lat zgłasza je co dziewiąty badany, a w grupach starszych skarży się na nie co piąta osoba. Uciążliwościami najczęściej dotknięci są oczywiście ludzie w wieku określanym jako późna starość (75 lat i więcej)⁴⁵⁾.

Badania pokazują, iż niemal co drugi Polak (45%) zna osobiście starszą osobę, która ma trudności z wykonywaniem samodzielnie niektórych codziennych czynności, takich jak: załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprząatanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się czy dbałość o higienę osobistą. Natomiast 7% respondentów przyznaje, że obecnie sam ma tego typu problemy⁴⁶⁾.

Wchodzenie w okres starości to również czas, w którym pojawiają się rozliczne lęki. Przede wszystkim pojawia się lęk przed chorobami i niedołężnością (71%) oraz przed utratą samodzielności, uzależnieniem od innych ludzi, byciem ciężarem dla nich (58%); przed zagrożeniami bytu materialnego, złymi warunkami życia (41%). Równie często niepokój wśród osób starszych budzi wizja samotnego życia, utraty rodziny (37%) oraz – rzadziej – lęk przed cierpieniem czy poczuciem, że jest się nikomu niepotrzebnym (20%). Stosunkowo niewielu respondentów odczuwa natomiast niepokój w związku z niepewnością, kto będzie się nimi na stare lata opiekował oraz gdzie i z kim będą mieszkać (15%)⁴⁷⁾.

Badania pokazują, że posiadanie wsparcia społecznego jest bardzo pomocne nawet jeśli chodzi o akceptację procesu starzenia się⁴⁸⁾. Ponadto ludzie starsi, włączeni w życie i aktywność wspierających grup społecznych, cieszą się lepszym fizycznym⁴⁹⁾ i psychicznym⁵⁰⁾ zdrowiem oraz samopoczuciem w porównaniu z osobami nieutrzymującymi znaczących związków z innymi. Wsparcie społeczne w znaczący sposób poprawia także szansę na dłuższe życie⁵¹⁾.

⁴⁵⁾ B. Wciórka, dz. cyt., s. 2–3.

⁴⁶⁾ Tamże, s. 1.

⁴⁷⁾ Tamże, s. 14.

⁴⁸⁾ J.W. Rowe, R.L. Kahn, *Successful aging*, New York 1998.

⁴⁹⁾ H.B. Bosworth, K.W. Schaie, *The relationship and social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytic approaches*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences”, 1997, 52B, s. 197–205.

⁵⁰⁾ N. Krause, *Anticipated support, received support, and economic stress among older adults*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences” 1997, 52B, s. 284–293; L. Fratiglioni, Hui-Xin Wang, K. Ericsson, M. Maytan, B. Winblad, *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*, „The Lancet”, t. 355, Issue 9212, 15 April 2000, s. 1315–1319.

⁵¹⁾ J. Liang, J.M. Bennett, N.M. Krause, M. Chang, S. Lin, Y.L. Chuang, S. Wo, *Stress, social relationships, and old age mortality in Taiwan*, „Journal of Clinical Epidemiology” 1999, 52, s. 983–995; T.E. Seeman, L.F. Berkman, F. Kohout, A. Lacroix, R. Glynn, D. Blazer, *Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly*, „Annals of Epidemiology”, 1993, 3, s. 325–335.

Przykładowo w badaniach przeprowadzonych w Augsburgu⁵²⁾ na próbie 1030 mężczyzn i 957 kobiet, w wieku pomiędzy 55 i 74 rokiem życia, mierzono społeczną integrację z wykorzystaniem indeksu więzi społecznych, który zawierał następujące zmienne: obecność małżonka, ilość bliskich przyjaciół i krewnych, kontakt z bliskimi przyjaciółmi i krewnymi. Potwierdzono empirycznie, iż tempo umierania było wyższe dla mężczyzn, którzy żyli samotnie w porównaniu z mężczyznami żonatymi. Niska śmiertelność była obserwowana u ludzi z wieloma społecznymi więziami. Tempo umieralności u ludzi, którzy nie podawali informacji o więziach społecznych, było podobne do tych, którzy mieli mało więzi społecznych. Wyniki pokazały, że ludzie z nielicznymi więziami społecznymi mieli większe prawdopodobieństwo śmierci w bliskim czasie niż ci, którzy mieli bardziej rozległe kontakty.

Relacje społeczne zostały więc ukazane jako ważny predyktor śmiertelności starszych mężczyzn i kobiet.

W innych badaniach szacowano związek pomiędzy przemianą w więziach społecznych (w latach 1982–1985) i późniejszą śmiercią do roku 1993 w populacji 2575 osób ze wsi w wieku 65–102 lat⁵³⁾. Skonstruowano sumaryczną miarę więzi społecznych zawierającą informacje o stanie cywilnym, ilości bliskich przyjaciół i krewnych, uczestnictwie w praktykach religijnych i członkostwie w grupach. Potwierdzono, iż niski poziom więzi społecznych jest związany ze wzrostem ryzyka śmiertelności zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, podczas gdy mający tendencję do zwiększania się poziom więzi społecznych nie był związany ze zwiększonym ryzykiem śmierci. Zwrócono również uwagę, iż kontynuowanie społecznej izolacji może być ważniejszą zmienną, jeżeli chodzi o ryzyko śmierci niż bieżące zmiany w więziach społecznych.

W trwających 10 lat badaniach na próbie 28 369 amerykańskich mężczyzn w przedziale wiekowym 42–77 lat⁵⁴⁾, udowodniono, iż śmiertelność na skutek wypadków i samobójstw oraz z innych nienowotworowych i nienaczyniowo-sercowych przyczyn znacząco wzrastała wśród mniej społecznie powiązanych mężczyzn. Ponadto mężczyźni społecznie izolowani mieli wzrastające ryzyko śmiertelnej choroby wieńcowej, natomiast wzrost liczby przyjaciół powodował znaczący, bo 29% spadek ryzyka śmierci.

Udowodniono również, iż satysfakcja starszych ludzi z dostępnego wsparcia społecznego jest związana z lepszym samopostzeganiem stanu zdrowia⁵⁵⁾.

⁵²⁾ A. Baumann, B. Filipiak, J. Stieber, H. Löwel, *Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 74-year-old men and women in the Augsburg area*, „Gerontol Geriatr”. 1998 Jun; 31(3), s. 184–192.

⁵³⁾ J.R. Cerhan, R.B. Wallace, *Change in social ties and subsequent mortality in rural elders*, „Epidemiology” 1997 Sep; 8(5), s. 475–481.

⁵⁴⁾ P.M. Engl, E.B. Rimm, G. Fitzmaurice, I. Kawachi, dz. cyt.

⁵⁵⁾ A.M. White, G.S. Philogene, L. Fine, S. Sinha, *Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States*, „American Journal of Public Health”, October 2009, t. 99, Nr 10, s. 1872–1878.

Wyniki badań ogólnopolskich wykazały, iż starsi ludzie w naszym kraju mogą liczyć przede wszystkim na pomoc najbliższej rodziny (67%) oraz w drugiej kolejności na solidarność sąsiedzką (28%). Znajomi i przyjaciele, być może ze względu na fakt, iż sami potrzebują pomocy i stanowią coraz mniej liczną grupę, rzadziej stwarzają oparcie osobom w podeszłym wieku. Warto podkreślenia jest natomiast, iż zupełnie sporadycznie pomoc ta ma charakter zinstytucjonalizowany⁵⁶). Warto również podkreślić, że 5% osób starszych nie uzyskuje żadnej pomocy⁵⁷).

Zwraca się jednak uwagę, że poważnym problemem jest niewystarczający system wsparcia dla jednostek opiekujących się osobami starszymi. Według raportu Eurofamcare⁵⁸) kompletny system wsparcia powinien obejmować m.in. następujące elementy: szkolenie i udzielanie informacji, mentoring i doradztwo, analizę potrzeb, świadczenia finansowe, pomoc w pogodzeniu pracy z obowiązkami wynikającymi z opieki, zapewnienie możliwości odpoczynku i przerw w opiece oraz wsparcie psychologiczne.

Jeżeli chodzi o dostarczane starszym ludziom formy pomocy, to są to przede wszystkim⁵⁹): pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego (74%), załatwianie różnych ważnych spraw (lekarz, urzędy) (69%), zapewnienie towarzystwa w różnych okolicznościach (68%); pielęgnacja w czasie choroby (61%), udzielanie porad w istotnych dla nich sprawach (61%). Natomiast znacznie mniej osób pomaga seniorom w utrzymaniu higieny osobistej (29%) oraz wspiera seniorów finansowo (17%).

Badania konsekwentnie pokazują jednak, iż najsilniejszy i najbardziej decydujący wpływ na zdrowie i dobrostan w przypadku ludzi w starszym wieku ma ocena postrzeganego (odczuwanego) wsparcia⁶⁰).

Ponadto przewidywane wsparcie⁶¹) i negatywna interakcja⁶²) wywierają większy wpływ na zdrowie i poczucie dobrostanu niż czynniki takie jak – wsparcie otrzymywane i wskaźniki społecznego zakorzenienia. Przewidywane wsparcie (ang. *anticipated support*) definiuje się jako wiarę, że ci, którzy odczuwani są jako ważni, znaczący, będą pomagać w przyszłości, gdyby zaszła taka potrzeba⁶³). Natomiast negatywna interakcja (ang. *negative interaction*) odnosi się do nieprzyjaznych oko-

⁵⁶) B. Wciórka, dz. cyt., s. 4.

⁵⁷) Tamże, *Wstęp*.

⁵⁸) „Trans-European Survey Report”, Eurofamcare 2006, [za:] *Raport o kapitale intelektualnym...*, dz. cyt., s. 132.

⁵⁹) B. Wciórka, dz. cyt., s. 5–6.

⁶⁰) F.H. Morris, K. Kaniasty, *Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 1996, 71, s. 498–511.

⁶¹) N. Krause, dz. cyt.; N. Krause, J. Liang & S. Gu, *Financial strain, received support, and anticipated support in the P.R.C.*, „Psychology and Aging”, 1998, 13, s. 58–68.

⁶²) J.F. Finch, M.A. Okun, M. Barrera, A.J. Zautra & J.W. Reich, *Positive and negative social ties among older adults: Measurement models and the prediction of psychological distress and well-being*, „American Journal of Community Psychology”, 1989, 17, s. 585–605; M.A. Okun, V.M. Keith, *Effects of positive and negative social exchanges with various sources of depressive in younger and older adults*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences”, 1998, 53B, s. 4–20.

liczności społecznych, które charakteryzują się krytycyzmem, odrzuceniem, konkurencyjnością, pogwałceniem prywatności i brakiem wzajemności⁶⁴). W granicach tego konstruktu mieszczą się również takie zjawiska, jak nieefektywna pomoc czy niedostatek pomocy⁶⁵).

Jak zauważył N. Krause, przewidywane wsparcie może równoważyć szkodliwe wpływy stresu oraz może być źródłem skuteczniejszego dawania sobie rady niż pomoc zapewniana przez członków wspólnoty⁶⁶).

Badania Eckenrode i Wethington⁶⁷) wykazały, że ludzie najczęściej próbują rozwiązywać swoje problemy samodzielnie. Pomocy u innych szukają dopiero wtedy, gdy własne źródła są nieefektywne, niewystarczające⁶⁸). Dlatego też część badaczy traktuje przyjmowanie wsparcia od innych jako oznakę nieudanych indywidualnych wysiłków poradzenia sobie z trudną sytuacją⁶⁹).

Jak wykazują Wethington i Kessler⁷⁰), już sama świadomość, że inni ludzie są gotowi w trudnych dla nas sytuacjach nieść nam pomoc, tworzy siatkę bezpieczeństwa społecznego. Sprzyja to podejmowaniu ryzyka oraz zachęca jednostki do samodzielnego rozwiązywania problemów. Przewidywanie, że otrzymamy wsparcie od innych wzmacnia więc naszą aktywność, ułatwia nabywanie nowych umiejętności radzenia sobie oraz umacnia już istniejące. Ważne jest również to, iż doświadczając udanej konfrontacji z sytuacją trudną, bez bezpośredniej interwencji innych osób może w znaczący sposób budować poczucie dobrostanu, bowiem samodzielnie wykonane zadanie predestynuje do zwiększonego poczucia wartości i kontroli nad sobą⁷¹). Funkcjonowanie w sieci wzajemnych relacji społecznych, które daje człowiekowi poczucie bezpieczeństwa poprzez zapewniane na bieżąco wsparcie, może implikować poczucie nadziei⁷²). Utrata nadziei zaś jest czynnikiem krytycznym, odgrywającym centralną rolę m.in. w etiologii zaburzeń depresyjnych⁷³).

⁶³) E. Wethington & R.C. Kessler, *Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events*, „Journal of Health and Social Behavior” 1986, 27, s. 78–89.

⁶⁴) K.S. Rook, *The negative side of social interaction: Impact on psychological wellbeing*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1984, 46, s. 1097–1108.

⁶⁵) J.C. Coyne, C.B. Wortman & D.R. Lehman, *The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping*, [w:] B.H. Gottlieb [red.], *Marshaling social support: Formats, processes, and effects*, CA: Sage, Newbury Park 1988, s. 305–330.

⁶⁶) N. Krause, dz. cyt.

⁶⁷) J. Eckenrode, E. Wethington, *The process and outcome of mobilizing social support*, [w:] S. Duck [red.], *Personal relationships and social support*, Newbury Park, CA: Sage 1990, s. 83–103.

⁶⁸) E. Wethington & R.C. Kessler, dz. cyt.

⁶⁹) J. Eckenrode, E. Wethington, dz. cyt.

⁷⁰) E. Wethington & R.C. Kessler, dz. cyt.

⁷¹) J. Rodin, *Control by any Other name: definitions, concepts, and processes*, [w:] J. Rodin, C. Schooler, K.W. Schaie [red.], *Self-directedness: cause and effects through the life course*, Hillsdale, NJ: Erlbaum 1990, s. 1–18.

⁷²) N. Krause, dz. cyt., s. 275.

⁷³) K.P. Nunn, *Personal hopefulness: a conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry*, „British Journal of Medical Psychology” 1996, 69, s. 227–245.

Sensowne pomaganie osobom starszym nie polega więc tylko i wyłącznie na udzielaniu im bezpośredniego wsparcia, a już najmniej na wyręczaniu ich we wszystkich czynnościach. Równie istotne, a nawet ważniejsze, jest sprawienie, by starsi ludzie czuli, że zawsze na pomoc w trudnych chwilach mogą liczyć, że są wokół nich osoby, które potencjalnie im tej pomocy udzielą. Nie zabijamy w ten sposób aktywności seniorów, a dajemy im jednocześnie poczucie bezpieczeństwa i dobrostanu.

Podsumowując, najważniejsze cele promocji zdrowia w przypadku osób w wieku podeszłym koncentrują się wokół następujących obszarów:

- podtrzymanie oraz zwiększenie ogólnej sprawności fizycznej: zaleca się stopniowo wprowadzane, regularne ćwiczenia fizyczne raz w tygodniu po 60 min lub codziennie po 15 min; zwiększenie racjonalności odżywiania: regularność posiłków – przynajmniej pięć ciepłych posiłków zjadanych w tygodniu, dostosowanie wielkości posiłków do potrzeb organizmu, dbanie o świeżość produktów i jakość potraw;
- podtrzymanie oraz zwiększenie ogólnej sprawności psychicznej („ćwiczenie mózgu” poprzez nieustanne uczenie się i uczenie innych, czytelnictwo, rozwiązywanie krzyżówek, uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku itd.);
- podtrzymanie i poprawa samokontroli zdrowia (poprawa dbałości o własne zdrowie);
- utrzymanie na dobrym poziomie lub poprawa standardu życia oraz warunków sanitarno-higienicznych;
- utrzymanie istniejących więzi społecznych i poprawa ich jakości oraz stymulowanie tworzenia nowych więzi społecznych (zapobieganie izolacji społecznej, zapewnienie wsparcia społecznego; działania mające na celu przygotowanie do starości i jej akceptacji; nauka łagodzenia niekorzystnych zjawisk związanych z procesem starzenia się; zmiana negatywnych postaw społecznych w stosunku do starości i ludzi starych).

Dodatkowo, podejmując działania na rzecz seniorów, należy pamiętać także o dwóch bardzo istotnych kwestiach. Pierwsza z nich to zapobieganie deprywacji osób starszych. Konieczne jest więc podejmowanie działań osłonowych dotyczących: problemów zdrowotnych, niskiego standardu mieszkań, trudności finansowych, nadużyć i przemocy wobec ludzi starych itd. System opieki nad osobami starszymi powinien być dostosowany do potrzeb tej kategorii ludzi. Podkreśla się tu konieczność rezygnowania z form opieki instytucjonalnej na rzecz opieki realizowanej w domu lub w środowisku lokalnym seniora. Szczególna rola przypada tutaj oczywiście rodzinie i bliskim osoby starszej, ale także wolontariuszom i szeroko rozumianemu III sektorowi, a więc organizacjom pozarządowym (stowarzyszeniom i fundacjom). Pomagając osobie starszej, powinniśmy wspierać ją w jak najdłuższym samodzielnym i niezależnym życiu. Dzięki temu umacniamy w seniorach poczucie własnej wartości i autonomii.

Po drugie w działaniach na rzecz osób w wieku podeszłym konieczna jest ich aktywizacja, upodmiotowienie – także na rzecz zdrowia. Szczególnie zaś należy zwrócić uwagę na przedłużanie zawodowej i społecznej aktywności osób starszych, wolontariat, twórczość oraz samopomoc. To aktywność bowiem, szeroko rozumiana sprawność jednostki – w sensie psychicznym, fizycznym i społecznym decyduje o jakości życia człowieka.

Bibliografia:

- Barrera M., *Distinctions between social support concepts, measures, and models*, „American Journal of Community Psychology”, 1986, 14.
- Baumann A., Filipiak B., Stieber J., Löwel H., *Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 74-year-old men and women in the Augsburg area*, „Gerontol Geriatr” 1998 Jun; 31(3).
- Becker H.S., *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, Glencoe 1963.
- Binstock R.H., George L.K. [eds.], *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, San Diego – San Francisco – New York – Boston – London – Sydney – Tokyo 2001.
- Bois J.P., *Historia starości. Od Montaigne’a do pierwszych emerytur*, Oficyna Wydawnicza Volumen, Wyd. Marabut, Warszawa 1996.
- Bosworth H.B., Schaie K.W., *The relationship and social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytic approach*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences”, 1997, 52B.
- Cerhan J.R., Wallace R.B., *Change in social ties and subsequent mortality in rural elders*, „Epidemiology” 1997 Sep; 8(5).
- Coyne J.C., Wortman C.B. & Lehman D.R., *The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping*, [in:] Gottlieb B.H. [ed.], *Marshaling social support: Formats, processes, and effects*, CA: Sage, Newbury Park 1988.
- Czupryna A., Piździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, t. 2.
- Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H. (eds.), *Oxford Textbook of Public Health, Fourth edition*, Oxford University Press, Oxford 2004.
- Duck S. [ed], *Personal relationships and social support*, Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- Eckenrode J., Wethington E., *The process and outcome of mobilizing social support*, in: Duck S. [ed], *Personal relationships and social support*, Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- Engl P. M., Rimm E. B., Fitzmaurice G., Kawachi I., *Social Ties and Change in Social Ties in Relation to Subsequent Total and Cause-specific Mortality and Coronary Heart Disease Incidence in Men*, „American Journal of Epidemiology” Vol. 155, No. 8.
- ESS 2006, Obliczenia DAE MIPS.
- Finch J.F., Okun M.A., Barrera M., Zautra A.J. & Reich J.W., *Positive and negative social ties among older adults: Measurement models and the prediction of psychological distress and well-being*, „American Journal of Community Psychology” 1989, 17.
- Fratiglioni L., Hui-Xin Wang, Ericsson K., Maytan M., Winblad B., *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*, *The Lancet*, Volume 355, Issue 9212, 15 April 2000.
- Giddens A., *Socjologia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Gottlieb B.H. [ed.], *Marshaling social support: Formats, processes, and effects*, CA: Sage, Newbury Park 1988.
- Ikeda A., Iso H., Toyoshima H., Fujino Y., Mizoue T., Yoshimura T., Inaba Y., Tamakoshi A., *Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study*, „BMC Public Health”, 2007 May 7.

- Jarecka U., *Starość w mediach – konteksty, tendencje i przemilczenia*, [w:] Kojder A., Sowa K.Z., *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego. Pamiętnik XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego Rzeszów – Tyczyn, 20–23.09.2000*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
- Karski J., *Podstawowe dokumenty dotyczące promocji zdrowia. Pełne i skrócone wersje podstawowych dokumentów polskich oraz Światowej Organizacji Zdrowia*, [w:] Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Wyd. Sanmedia, Warszawa 1994.
- Karski J., Słońska Z., Wasilewski B.W. (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*, Wyd. Sanmedia, Warszawa 1994.
- Kępiński A., *Rytm życia*, Wyd. Sagittarius, Kraków 1992.
- Kojder A., *Co to jest teoria naznaczenia społecznego?*, „*Studia Socjologiczne*” 1980, 3/78.
- Kojder A., Sowa K.Z., *Los i wybór. Dziedzictwo i perspektywy społeczeństwa polskiego. Pamiętnik XI Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego Rzeszów – Tyczyn, 20–23.09.2000*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2003.
- Kolbowska A., *Sytuacja ludzi starszych w społeczeństwie – plany a rzeczywistość*, Komunikat CBOS, BS/160/2009.
- Kozubska A., *Wykluczeni 50+ (na rynku pracy)*, Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Krause N., *Anticipated support, received support, and economic stress among older adults*, „*Journal of Gerontology: Psychological Sciences*”, 1997, 52B.
- Krause N., *Social support*, [in:] Binstock R.H., George L.K. [eds.], *Handbook of Aging and the Social Sciences*, Academic Press, San Diego – San Francisco – New York – Boston – London – Sydney – Tokyo 2001.
- Krause N., Liang J. & Gu S., *Financial strain, received support, and anticipated support in the P.R.C.*, „*Psychology and Aging*”, 1998, 13.
- Lemert E.M., *Social pathology, A systematic approach to the theory of sociopathic behavior*, New York 1951.
- Liang J., Bennett J.M., Krause N.M., Chang M., Lin S., Chuang Y.L., Wo S., *Stress, social relationships, and old age mortality in Taiwan*, „*Journal of Clinical Epidemiology*”, 1999, 52.
- Morris F.H., Kaniasty K., *Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model*, „*Journal of Personality and Social Psychology*” 1996, 71.
- Nunn K.P., *Personal hopefulness: a conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry*, „*British Journal of Medical Psychology*”, 1996, 69.
- Okun M.A., Keith V.M., *Effects of positive and negative social exchanges with various sources of depressive in younger and older adults*, „*Journal of Gerontology: Psychological Sciences*”, 1998, 53B.
- Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa 1999.
- Ottawa Carter for Health Promotion* (1986), „*Health Promotion International*” 1986, 1 (4).
- Raport o kapitale intelektualnym Polski*, Zespół Doradców Strategicznych Premiera, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2008 Warszawa 10.08.2008.
- Rodin J., *Control by any Rother name: definitions, concepts, and processes*, [in:] Rodin J., Schooler C., Schaie K.W. [eds.], *Self-directedness: cause and effects through the life course*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1990.
- Rodin J., Schooler C., Schaie K.W. [eds.], *Self-directedness: cause and effects through the life course*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1990.
- Rogucka E., *Spoleczne uwarunkowania nadumieralności mężczyzn w Polsce*, Monografie Zakładu Antropologii PAN, Wrocław 1995.
- Rook K.S., *The negative side of social interaction: Impact on psychological wellbeing*, „*Journal of Personality and Social Psychology*”, 1984, 46.
- Rowe J.W., Kahn R.L., *Successful aging*, New York: Pantheon 1998.
- Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Akademia Filantropii, Warszawa 2007.
- Seeman T.E., Berkman L.F., Kohout F., Lacroix A., Glynn R., Blazer D., *Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly*, „*Annals of Epidemiology*”, 1993, 3.
- Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1993.
- Słońska Z., *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „*Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*”, Rocznik I, Nr 1–2, 1994.

- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986.
- Synowiec-Piłat M., *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2009.
- Szatur-Jaworska B. (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Warszawa 2008.
- Szatur-Jaworska B., 2008, *Uczestnictwo osób starszych w sferze publicznej*, [w:] Szatur-Jaworska B. (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*, Warszawa.
- Szcherbińska K., *Problemy opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym*, [w:] Czupryna A., Piździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2001, t. 2.
- The World Bank* (2007), „From Red to Gray”.
- Tones K., *Health Promotion, Health Education, and the Public Health*, [in:] Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H. (red.), *Oxford Textbook of Public Health, Fourth edition*, Oxford University Press, Oxford 2004.
- „Trans-European Survey Report”, Eurofamcare (2006).
- Wądołowska K., *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*, Komunikat z Badań CBOS, BS/157/2009.
- Wciórka B., *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?*, Komunikat z dwusetnego badania aktualnych problemów kraju CBOS, BS/33/2007.
- Wciórka B., *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*, Komunikat z badań CBOS, BS/172/2000.
- Wethington E. & Kessler R.C., *Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events*, „Journal of Health and Social Behavior”, 1986, 27.
- White A.M., Philogene G.S., Fine L., Sinha S., *Social Support and Self-Reported Health Status of Older Adults in the United States*, „American Journal of Public Health”, October 2009, Vol 99, No. 10.
- World Values Survey* 1999.

Netografia:

- http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,1099,procent_ktory_likwiduje_wybory, dostęp: 16.07.2010.
- http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,696,podeszle_sam_obojsstwo, dostęp: 25.06.2009.
- http://www.kampaniespoleczne.pl/kampanie,903,kiedy_ostatnio_sluchales_babci, dostęp: 16.07.2010.

Edukacja zdrowotna seniorów – dokumentacja zdjęciowa



Zajęcia nordic walking



Gimnastyka



Edukacja zdrowotna seniorów – dokumentacja zdjęciowa



Badania przed
rozpoczęciem ćwiczeń

