

Szansa na dobrą i zdrową starość

Chances for a good and healthy old age

Ewa Strupińska-Thor

Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki, Pruszków

Streszczenie

W pracy przedstawiono najbardziej istotne problemy związane ze starzejącym się społeczeństwem w Polsce. Opierając się na dostępnym piśmiennictwie podjęto próbę wskazania problemów zdrowotnych starszych osób, przyczyn niewystarczającej opieki socjalnej oraz relacje międzypokoleniowe. Podkreślono rolę rodziny, jako uniwersalnej wartości odgrywającej współcześnie specyficzną rolę w zmieniających się warunkach społecznych i demograficznych. Podano przykłady działań na rzecz włączenia społecznego i aktywizacji ludzi starszych. Zapewnienie dobrej jakości życia osób starszych obecnie i w następnych dziesięcioleciach wymaga wielopłaszczyznowych zmian systemowych i pracy ekspertów.

Słowa kluczowe: starość, opieka zdrowotna, solidarność międzypokoleniowa, aktywne starzenie się, kształcenie pracowników socjalnych

Summary

The most vital issues pertaining to the ageing of Polish population were discussed. An attempt was made at pointing to the health problems of the elderly, to the factors underlying inadequate social care and at the intergeneration relations. The importance of family, regarded as a universal value and playing a specific role in the rapidly changing social and demographic conditions was emphasised. Examples of undertakings aimed at social inclusion and mobilisation of the elderly were discussed. It was concluded that an acceptable life quality of the elderly, both presently and in the next decades requires multidimensional systemic changes combined with efforts of experts.

Key words: Old age, Health care, Intergeneration solidarity, Active ageing, Education of social workers

Wprowadzenie

Analiza kierunków procesów demograficznych zachodzących we współczesnym świecie nie pozostawia wątpliwości – rośnie bezwzględna liczba osób starszych, a także ich odsetek w społeczeństwie. Proces ten obserwuje się szczególnie w Europie. Te istotne zmiany skutkują poważnymi konsekwencjami w polityce wewnętrznej poszczególnych krajów. W Polsce od dawna mówimy o starzejącym się społeczeństwie, o konieczności współdziałania i konsolidacji wielu resortów. W mediach modą stała się realizacja programów oraz publikacje artykułów analizujących różne tematy z zakresu geriatry, polityki socjalnej itp. Skala przedsięwzięć i zadań jest ogromna. Wiąże się to z obciążeniem publicznych budżetów i systemów emerytalnych, dopasowaniem gospodarki i miejsc pracy do struktury wiekowej społeczeństwa, wykwalifikowaniem osób w odpowiednich, również nowych, zawodach zabezpieczających jakość życia ludzi starszych i wieloma podobnymi działaniami. Nie możemy jednocześnie zapominać, że wydłużanie okresu ludzkiego życia stanowi ważne osiągnięcie cywilizacyjne wynikające z coraz lepszej opieki medycznej i zdrowszych warunków życia. Instrumenty działania są przede wszystkim w rękach ustawodawców. Jednak obok administracji rządowej konieczne zmiany muszą podjąć także samorządy terytorialne, przedsiębiorstwa i związki zawodowe, organizacje pozarządowe i stowarzyszenia. Jedynie wieloletni

wspólny wysiłek może przynieść korzystne zmiany. Nie zależą one bowiem jedynie od wdrożenia właściwych przepisów, ale, szczególnie w Polsce, od zmiany myślenia o starości jako równorzędnej i pełnowartościowej fazie życia każdego człowieka.

Rok 2012 Unia Europejska realizowała jako Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Zmiany demograficzne potraktowano nie tylko w aspekcie ekonomiczno-gospodarczym czy prawnym, ale zdrowotnym, rodzinnym, środowiskowym i etycznym. Zapobieganie negatywnym zjawiskom związanym ze zmianą struktury wieku obywateli w każdym z krajów członkowskich ma inny charakter. Z pewnością jednak aktywizacja osób starszych poprawiająca stan ich zdrowia i samodzielność oraz sprzyjanie więzi między pokoleniami są wspólne dla działań wszystkich krajów.

Przyjrzyjmy się, jak ten problem jest postrzegany i realizowany w Polsce. Zakłada się, że ochrona zdrowia obywateli jest podstawowym obszarem polityki społecznej, że stan zdrowia jest miernikiem jakości życia, a łatwy dostęp do placówek służby zdrowia stanowi podstawowy element zabezpieczenia socjalnego. W badaniach z ostatnich lat analiza stanu zdrowia ludzi starych wypada źle [1]. W zrealizowanym ogólnopolskim badaniu reprezentacyjnym wśród osób w wieku powyżej 65 lat i więcej zaledwie 17% badanych uznało stan swojego zdrowia za dobry lub raczej dobry, a 52% starszych wiekiem Polaków oceniło swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Starsze osoby najczęściej uskarżają się na bóle stawów i kręgosłupa, uczucie zmęczenia, duszność przy wysiłku i bóle głowy, bóle w okolicy serca, trudności w zasypianiu i inne dolegliwości. Słabe zdrowie jest zwykle przyczyną wycofywania się tej grupy wiekowej z aktywności, życia zawodowego i towarzyskiego [4]. W ramach projektu badawczego Polsenior zakończonego pod koniec 2011 r. analizowano stan zdrowia około 5 tysięcy osób powyżej 65 roku życia [5]. Zdecydowana większość przebadanych Polaków cierpi na więcej niż jedno schorzenie; wielochorobowość powyżej 70 roku życia zagraża utratą samodzielności i izolacją. Najczęstszymi schorzeniami są nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzyca, słaby wzrok i urazy będące konsekwencją upadków. Problem stanowi także wielotorowość leczenia i tzw. polifarmakologia, czyli niekontrolowane przyjmowanie leków przez osoby starsze. Zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej jest duże. Również na opiekę socjalną, bowiem opieka rodzinna czy sąsiedzka – nieformalna - często jest niewystarczająca i niewłaściwa. Zdaniem dr. Józwiaka, geriatry, brakuje rozwiązań systemowych na szczeblu państwowym i regionalnym. Z kolei prof. Piotr Błędowski, kierownik Zakładu Gerontologii Społecznej Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych uważa, że państwo powinno się skupić na rozwiązaniu braku dobrze wykształconych opiekunów zawodowych i nie może zrzucić całej odpowiedzialności za starość na rodzinę. Połowa Polaków nie opiekuje się swoimi dziadkami. Migracje, obciążenia zawodowe sprzyjają rozluźnieniu więzi rodzinnych. Młodzi ludzie uważają, że opieka nad seniorami uniemożliwia im urlop, odpoczynek, spotkania towarzyskie i rozrywkę („Stary nie musi być smutny. Ale w Polsce polityka senioralna jest w rozsypce”. *Gazeta Wyborcza*, 22.11.2013). Dlatego też wykształcenie odpowiednio licznej i dobrze wykwalifikowanej kadry, która będzie zajmowała się osobami w podeszłym wieku, powinno być priorytetem. Właściwa organizacja i finansowanie obok wykwalifikowanej kadry gwarantują jakość usług medycznych, Wiemy, że w Polsce opieka zdrowotna pozostawia wiele do życzenia. Na tle innych krajów europejskich wypadamy miernie. We wspomnianym już programie EUROSTAT w analizie wydatków na opiekę zdrowotną (w odsetkach PKB) wśród przebadanych 24 krajów znajdujemy się na 16 miejscu. Z kolei w wydatkach na opiekę nad osobami starszymi zajmujemy 19 miejsce na 25 analizowanych krajów ([3], s. 86-87). Przy tym liczba praktykujących lekarzy na 100 tysięcy mieszkańców jest dużo niższa niż w wielu krajach europejskich. W tej statystyce zajmujemy jedno z ostatnich miejsc ([3], s. 88).

Wspomaganie organizacji systemu opieki zdrowotnej w państwach członkowskich Unii Europejskiej stanowi element prac Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego. W polityce współpracy w zakresie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej szczególnie zaleca on rozwiązania zapewniające:

„1. dostęp - do zróżnicowanych usług w domu, społeczności i instytucjach, w tym poprzez obniżenie cen lub odpowiednią ochronę ubezpieczeniową i skrócenie czasu oczekiwania;

2. jakość – między innymi poprzez lepszą koordynację różnych poziomów opieki i priorytetów rehabilitacji, aby osoby starsze mogły pozostawać we własnym domu;

3. równowagę – między innymi poprzez odpowiednią kombinację finansowania publicznego i prywatnego, lepszą koordynację między usługami i promowanie dbałości o zdrowie”[2].

W polityce unijnej zalecenia i podstawy teoretyczne opieki można uznać za właściwe. Realizacja wymaga dostosowania przepisów, czasu i środków. Jednak bez odpowiedniej postawy osób zajmujących się ludźmi starszymi i zmiany nastawienia do leczenia seniorów sukces wydaje się daleki. Optymizmem napawa codzienna praca i wypowiedzi lekarzy pracujących w oddziałach geriatrycznych. W „Poradniku dla seniorów i ich bliskich” (*Gazeta Wyborcza*, 5.12.2013) czytamy: „*Jeśli ktoś nie jest człowiekiem dobrej woli, nie zainteresuje się geriatricą [...] Nie zawaham się powiedzieć, że żeby się tą dziedziną zajmować, trzeba mieć trochę poczucia misji*”. Umiejętność patrzenia na osoby starsze, przyjęcie postawy życzliwości i wyrozumiałości jest wpisane w pracę lekarzy geriatrów. Ale jak zmienić stosunek młodszych pokoleń do upływu czasu i starzenia się?

Zmiana myślenia wszystkich grup wiekowych o starości jako naturalnym etapie życia konieczna jest w wielu sferach, między innymi kulturowej i etycznej. Średnio 31% Polaków uważa, że „stara”, jest to osoba powyżej 61 roku życia, a człowiek przestaje być młody od 31 roku życia (35%) [10]. Uwarunkowania biologiczne, kulturowe, ekonomiczne czy polityczne, przebiegające w czasie, dzielą ludność na różne grupy. Najważniejsze kryterium stanowi wiek, ale równie ważnymi elementami w naszej kulturze są osiągnięcie dojrzałości płciowej, założenie rodziny, czy przejście na emeryturę. Rozwój jednostki i przechodzenie w poszczególne fazy jest związane z upływem czasu, ale jednocześnie ze zmianami biologicznymi i społecznymi ([8], s. 40). Z punktu widzenia nauk społecznych, filozofii, gerontologii żadna faza w cyklu życia nie może być traktowana jako lepsza lub jako ważniejsza od innych. Kolejne fazy nie są wyłącznie efektem uwarunkowań biologicznych i aktywności życiowej. Człowiek może bowiem świadomie zmieniać swoje zachowania i oczekiwania; regulować cykl życia. Na przykład moment podjęcia pracy zawodowej, wydłużenie czasu kształcenia, wspólnego mieszkania z rodzicami, urodzenia dziecka, opieki lub nie nad wnukami itp. W różnym tempie ludzie osiągają poszczególne fazy życia, ale w kolejnych pokoleniach rytm życia nie jest jednakowy. Stąd między innymi nieunikniony tak zwany „konflikt pokoleń” i różne postrzeganie starości w różnych grupach wiekowych. Solidarnością międzypokoleniową od kilku lat interesują się Eurostat i Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego Unii Europejskiej. Eurostat – Edycja 2012 analizuje takie zjawiska w poszczególnych krajach jak dyskryminacja osób starszych, relacje i związki między starszymi i młodszymi pokoleniami, rola i miejsce osób starszych w rodzinie ([9], s. 112-115). Wzmocnienie relacji i dialogu międzypokoleniowego jest jednym z elementów zapewnienia godnego życia ludziom starym. Moda na młodość i piękno nie uwzględnia wartości płynących z wieku dojrzałego. Zebrane przez lata wiadomości i doświadczenia dają osobom starszym tę mądrość życiową, której nie są w stanie doświadczyć młodsze pokolenia. W niektórych sferach potwierdzają to badania. Na przykład 35% społeczeństwa europejskiego uważa, iż opieka dziadków nad ich dziećmi stanowi istotny wkład pomocy rodzinie, a 65% przebadanych Polaków podaje, że pomoc finansowa ze strony rodziców i dziadków jest zdecydowanie ważnym elementem w ich gospodarstwach domowych ([9], s. 116-117). Jedynie umocnienie roli w rodzinie zapewnia najlepsze warunki odnowy świadomości pokoleń oraz ich biologicznego, psychologicznego i społecznego rozwoju. Rodzina w Polsce w porównaniu z innymi krajami ma szczególne znaczenie uwarunkowane historycznie i kulturowo. Pozostaje ona nadal, mimo różnych przeciwności, podstawowym miejscem spotkań pokoleń i pomimo zaniku domów wielopokoleniowych utrzymanie ścisłych kontaktów w wielu rodzinach jest oparte nie tylko na przesłankach ekonomicznych czy prawnych, ale uczuciach i tradycji ([9], s. 91-95).

Gwarantuje to pomoc międzypokoleniową, która nie zawsze jest wystarczająca, ale, mając na uwadze ograniczone działania socjalne państwa, stanowi w Polsce jeden z głównych elementów wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Przejście na emeryturę nie oznacza jednocześnie wyłączenia z życia społecznego. Obok wsparcia rodziny wkład osób starszych w działania na rzecz społeczności, szczególnie lokalnych w miejscu zamieszkania, może być znacząca. Inicjatywy wolontariatów seniorów, wzorowane na aktywności osób starszych w Stanach Zjednoczonych, znalazły zwolenników w Polsce. Wolontariat starszych osób jest również realizacją zaspokajania własnych potrzeb niesienia pomocy innym, pokonywania słabości i zależności, rozwijania aktywności. Jakże charakterystyczna jest wypowiedź lekarza geriatry ze Śląskiego szpitala w Cieszynie: „Ludzie starsi mają ogromną potrzebę kontaktu z innymi. [...] Często nawet piszę w kartotece, że zalecam kontakty towarzyskie, rozmowy, klub seniora, wyjście z domu, bo zasklepienie się w sobie to jest zamknięte koło. (Gazeta Wyborcza, 5.12.2013). Koncepcja wychowania do starości, pedagoga A. Kamińskiego, nabiera nowego wymiaru.

Aktywne starzenie się stało się hasłem ogólcioeuropejskim i ma na celu zachęcanie osób starszych do zdrowego i samodzielnego życia. Wymaga to jednak stworzenia warunków dla takiej realizacji życia osób po 60 roku życia i holistycznego podejścia do tematu. Bez względu na swój wiek osoby starsze mogą odgrywać ważną rolę w wielu dziedzinach i dłużej cieszyć się życiem. Propagują tę ideę Uniwersytety Trzeciego Wieku i dają szansę zmiany struktury życia osobom starszym. Ciągłe jednak są zbyt mało popularne w społeczeństwie i skupiają tylko osoby najbardziej aktywne [6].

Im wcześniej zostaną wprowadzone działania, tym trwalsze będą efekty. Hasło polskiej prezydencji w Unii Europejskiej „Zdrowa starość zaczyna się w dzieciństwie” jest jak najbardziej aktualne. Symbolicznie definiuje przygotowanie do starości zarówno społeczeństwa, jak i jednostki. Wymaga zaangażowania wielu dziedzin. Między innymi realizacji właściwego programu edukacji od najmłodszych lat. W nowej podstawie programowej szkolnictwa z 2008 roku, uwzględniona jest realizacja tematów związanych z profilaktyką, zdrowiem i starzeniem się organizmu [7]. Podstawa programowa wdraża zatem tę ważną edukację zdrowotną od najmłodszych lat, upatrując rolę nauczyciela wychowania fizycznego jako kreatora profilaktyki zdrowotnej, pozostawiając wszystkim nauczycielom swobodę w zaznajamianiu uczniów z problemami starości. Dbałość o wykształcenie nauczycieli w tym kierunku powinna więc być priorytetem.

Częste deprecjonowanie osób starszych w miejscach publicznych czy w Internecie w Polsce jest odzwierciedleniem wypaczonych poglądów i nieprawidłowych zachowań młodego pokolenia i stanowi przykład wieloletnich zaniedbań w kulturze, oświacie i wychowaniu. („Stara Baba”, *Zwierciadło*, Maj 2013, s. 116-117). Możemy to nadrobić, jeżeli będziemy mieli świadomość tych zaniedbań. Kształtowanie „postaw ku starości” jest trudne. Przede wszystkim trwa wiele lat. Wymaga zaangażowania wielu dziedzin i zastosowania wielu środków i narzędzi. Nie przynosi od razu wymiernych korzyści, ale wymaga systematycznych działań. Jednym z takich działań jest nie tylko szeroko rozumiana edukacja społeczeństwa, ale wykształcenie odpowiednich kadr opiekuńczych. Pracownicy socjalni (ang. *helpers*), specjaliści od pomagania, są grupą zawodową zobowiązaną do pracy, między innymi z osobami starszymi. W krajach, w których praca socjalna jest dobrze rozwinięta, realizowane są specjalne programy kształcenia przygotowujące do pracy z seniorami. W Polsce zawód pracownika socjalnego jest opisany w ustawie o pomocy społecznej. Aktualnie podstawowym dylematem ustawodawców jest ocena, czy ma być to pracownik organizacyjno-administracyjny, czy terenowy. Dotychczasowa praca opiera się przede wszystkim na umiejętnościach organizacyjno-diagnostycznych w środowisku i miejscu zamieszkania osób potrzebujących. Mówi się o roli pracowników w pobudzaniu społecznej aktywności i w inspirowaniu działań samopomocowych. Dotychczasowe programy studiów kształcące pracowników socjalnych w małym stopniu uwzględniają pracę opiekuńczo-pielęgniacyzną realizowaną indywidualnie z osobami potrzebującymi w terenie. Począwszy od roku akademickiego 2012/2013 uczelnie mogą kształcić pracowników socjalnych

na podstawie własnych programów dydaktycznych, nienarzuconych standardami ministra ds. szkolnictwa wyższego. Źródłem dla tworzenia takich programów nauczania są Krajowe Ramy Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego, o których jest mowa w odpowiednim rozporządzeniu [8]. Studia pierwszego stopnia kończące się tytułem licencjata i nabyciem prawa wykonywania zawodu pracownika socjalnego bezwzględnie powinny mieć charakter interdyscyplinarny. W bloku przedmiotów podstawowych konieczne jest wprowadzenie treści biologiczno-medycznych, co dotąd nie było w programach uwzględniane. Zapewni to absolwentom wiedzę warunkującą właściwe postępowanie w sytuacjach zagrożenia zdrowia. Przedmioty społeczno-humanistyczne powinny zawierać elementy psychologii, pedagogiki i socjologii, zapewniać również podstawy prawne pracy socjalnej. Blok przedmiotów kierunkowych powinien zawierać przynajmniej trzy obowiązkowe moduły tematyczne, z możliwością wyboru zajęć przez studentów: edukację zdrowotną, psychologię z pedagogiką oraz zarządzanie pracą socjalną. Realizacja, obok tradycyjnych metod dydaktycznych, poprzez wspólne organizowanie warsztatów i obowiązkowych praktyk zawodowych z instytucjami i placówkami samorządowymi zapewniłaby uzyskanie właściwych umiejętności i kompetencji w zawodzie. Należy rozmawiać, debatować w gronie ekspertów i praktyków, którzy mogą zaproponować różne warianty rozwiązań systemowych. Realizacja będzie należała do nas.

Piśmiennictwo

1. Bień B. (2002) Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych. W: B.Synak, Polska Starość. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 36-42.
2. Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego (2012) Dział D3: Wkład Unii Europejskiej w propagowanie aktywnego starzenia się i solidarności między pokoleniami. Luksemburg. Urząd Publikacji Unii Europejskiej, s. 15.
3. Eurostat, Statistical books: Edycja 2012 Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej 2012, s. 86-87.
4. Lusawa A. (2013) Programy profilaktyczne na rzecz zdrowego starzenia się i w służbie osób starszych. W: B.Smoliński, F.Raciborski (red.) Zdrowe Starzenie Się. Biała Księga. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, s. 151-154.
5. Mossakowska M., A.Więcek, P.Błędowski (red.; 2012) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Wydawnictwa Medyczne Termedia, Poznań.
6. Parnowski T. (2013) Rola uniwersytetów trzeciego wieku jako skutecznego narzędzia aktywizacji osób starszych. W: B.Smoliński, F.Raciborski (red.) Zdrowe Starzenie Się. Biała Księga. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa. 165-169.
7. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, nr 4, poz.17).
8. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2 listopada 2011 r. w sprawie krajowych ram Kwalifikacji dla szkolnictwa Wyższego (Dz.U. Nr 253. poz. 1520).
9. Szatur-Jaworska B., P.Błędowski, M.Dzięgielewska. (2006) Podstawy Gerontologii Społecznej. ASPRA-JR, Warszawa, s. 40.
10. www.ec.europa.eu/archives/eb/eb76/eb76_en.htm. Eurobarometr 76.2 Wyniki dla Polski.

Otrzymano: 16.12.2013

© Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki im. Haliny Konopackiej, Pruszków

Adres autora: Dr Ewa Strupińska-Thor, Wyższa Szkoła Kultury Fizycznej i Turystyki im. H. Konopackiej w Pruszkowie, ul. Andrzeja 1, 05-800 Pruszków doktorewa@op.pl



Dr med. Ewa Strupińska-Thor jest nauczycielem akademickim od ponad 30 lat. Pracę zawodową rozpoczęła w warszawskiej AWF w Zakładzie Medycyny Sportowej pod kierunkiem prof. Haliny Szwarz. W pracy badawczej zajmowała się medycyną sportową i fizjoterapią. W Wyższej Szkole Kultury Fizycznej i Turystyki w Pruszkowie pełniła funkcję dziekana, a obecnie rektora. W ostatnich latach zajmuje się rehabilitacją urologiczną, a także pracuje nad rozwojem kierunku studiów kształcących pracowników opieki socjalnej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.