

HALINA KRÓL, BOŻENA ZBOINA
MAŁGORZATA BISKUP
GRAŻYNA NOWAK-STARZ
ANNA PACIAN
*Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości
w Ostrowcu Świętokrzyskim*

POTRZEBY SPOŁECZNE W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE

SOCIAL NEEDS IN AN AGING SOCIETY

Streszczenie

Artykuł zwraca uwagę na potrzeby społeczne ludzi starzejących się, przede wszystkim na konieczność wspierania zdrowia i aktywności osób starszych, jak również na konieczność podnoszenia świadomości społeczeństw poprzez uruchamianie wszelkich inicjatyw związanych z kreowaniem potencjału tej grupy wiekowej.

Słowa kluczowe: potrzeby społeczne, starość, wsparcie społeczne

Summary

The article is paying attention to social needs of people growing old, above all to the need to support the health and activities of elderly people, as well as to the need to raise the awareness of societies by starting all initiatives associated with creating the potential of this age group.

Key words: social needs, senility, social support

WPROWADZENIE

Zmiany demograficzne zachodzące na świecie charakteryzują się szybkim starzeniem się społeczeństw rzutując na wszystkie sfery społeczne i gospodarcze krajów. Wydłużanie się lat życia stanowi istotną cechę XXI wieku zwanym wiekiem „siewięjących społeczeństw”¹.

Obecnie na świecie żyje 580 mln ludzi w starszym wieku. Niepokojącym faktem jest, że 20% najstarszej populacja świata (60 lat i powyżej) żyje obecnie na kontynencie europejskim.

Od 2012 roku liczba ludności w wieku produkcyjnym w Europie będzie spadać, a liczba osób powyżej 60. roku życia będzie rosła o około dwa miliony osób rocznie. Prognozuje się, że ich odsetek wzrośnie do 25% w roku 2020 i do 35% w 2050 roku.

W Polsce zwiększa się stopniowo udział osób starszych w ogólnej liczbie ludności. Według prognozy GUS w latach 2010 – 2030 nastąpi szybki wzrost odsetka osób starszych – o ponad 22% (wzrost o 3 miliony)².

Zagrożone zjawiskiem starzejącego się społeczeństwa są szczególnie kraje rozwinięte a w perspektywie rozwijające się czy wstępujące na drogę rozwoju, w których na jedną kobietę przypada mniej niż 2,1 dziecka. Taka sytuacja dotyczy praktycznie całej Europy, wielu krajów Azji i Ameryki Północnej. W krajach uprzemysłowionych starzenie się społeczeństwa stwarza wielorakie poważne problemy dotyczące stosunków międzypokoleniowych (duże obciążenie dla młodych ludzi w wieku produkcyjnym), finansowania ubezpieczeń społecznych, ryzyka utraty dynamiki rozwojowej trudnych arbitraży społecznych i etycznych związanych z dążeniem do maksymalnego przedłużania ludzkiego życia a możliwością zapewnienia wszystkim godnej starości. Wielu ekspertów uważa, że głównym problemem ludnościowym XXI wieku będzie nie nadmiar dzieci lecz duża liczba osób starszych spowodowana postępem medycyny, genetyki i rozwoju ekonomicznego. Koniecznym

¹ A. Wojtczak. Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2009, s. 65.

² Dane GUS, www.stat.gov.pl

zatem jest wszechstronne przygotowanie do starzenia się swych społeczeństw poprzez m.in. szkolenie ustawiczne pracowników, reorientację zawodową, zmiany polityki i systemów publicznej ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych³.

Wzrost odsetka osób powyżej 60.roku życia wiąże się z koniecznością zabezpieczenia dla tej populacji zróżnicowanych potrzeb zarówno podstawowych jak i wyższego rzędu.

Potrzeba jest związana z odczuwaniem przez osobę chęci zaspokojenia jakiegoś braku czy niedostatku związanych np. z warunkami życia, pozycją społeczną, kontaktami międzyludzkimi, poczuciem wartości i przydatności⁴.

Sprostanie potrzebom ludzi w podeszłym wieku wymaga wprowadzenia przemyślanych rozwiązań w zakresie polityki społecznej i zdrowotnej obejmując wiele sektorów takich jak: budownictwo mieszkaniowe, transport, ubezpieczenia społeczne, finanse, edukację, zdrowie, produkcję żywności itp. Na aktywną starość niekorzystnie wpływa ubóstwo, wykluczenie społeczne, bezdomność, samotność, choroby cywilizacyjne.

Przy niedostatku odpowiedniej infrastruktury społecznej oraz słabo rozwiniętym systemie usług w środowiskowej pomocy społecznej potrzeby seniorów w zakresie organizacji życia codziennego pozostają niezaspokojone, obniżając w ten sposób jakość ich życia. Ogólny postęp społeczny rozbudza te potrzeby, a równoległe rozwijający się stan wiedzy medycznej doskonali szeroko pojęte świadczenia powodując, przedłużenie życia człowieka. Równocześnie wydłużający się czas życia człowieka, choć jest wartością autoteliczną nie dającą się wycenić, oznacza, że częściej niż dawniej potrzebna jest pomoc w formie świadczeń pielęgnacyjnych. Badania gerontologiczne wyraźnie wskazują na wzrost liczby osób niepełnosprawnych w miarę postępującego wieku. W ogólnej liczbie osób niepełnosprawnych połowę stanowi populacja

³ F. Mayor. Przyszłość świata. Fundacja Studiów i Badań Edukacyjnych. Warszawa 2001, s. 52-53.

⁴ J. Strelau. Psychologia. Podręcznik akademicki T. 2. Psychologia ogólna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2007, s. 641-643.

w wieku 60 lat i więcej⁵. Nadmienić należy, że według szacunków europejskich koszt świadczeń zdrowotnych dla ludności w wieku powyżej 60 lat przekracza trzykrotnie przeciętny dla populacji koszt świadczeń medycznych, a w grupie osób powyżej 80 lat relacja ta jest jeszcze dwukrotnie wyższa⁶.

Rozszerzenie usług w ochronie zdrowia wymaga stosowania odrębnych form i odpowiedniego przygotowania zawodowego, wiedzy fachowej i doświadczenia. Rodzina nie zawsze jest w stanie udzielić odpowiednich świadczeń mimo ogromnych chęci. Do niekorzystnych konsekwencji wzrostu odsetka osób w najstarszych grupach wiekowych wśród całej populacji ludzi starszych należy między innymi malejący potencjał pielęgnacyjny. Zadania związane z pielęgnacją osób starszych w rodzinie spoczywają na kobietach, które zajmując się wychowywaniem własnych dzieci oraz pracą zawodową, nie mogą jednocześnie poświęcać dostatecznej ilości czasu potrzebnej do pielęgnacji osoby starszej. Wskaźnik wsparcia rodziców lub inaczej wskaźnik obciążenia demograficznego ludźmi starszymi⁷ wskazuje wyraźną tendencję wzrostową, sygnalizując niekorzystne zmiany w strukturze wiekowej polskiego społeczeństwa, na co należałoby zwrócić uwagę przy planowaniu świadczeń zdrowotnych⁸. Sytuacja ta powinna rzutować na zmiany w systemie ochrony socjalnej i planowania dla tej grupy wiekowej zabezpieczeń w specjalistyczną opiekę medyczną, profilaktykę i rehabilitację.

Pomoc geriatryczna dla ludzi starszych, podobnie jak polityka społeczna, powinna iść w kierunku działalności, wspierania niezależności

⁵ A. Titkow, *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983, s. 11.

⁶ L. Frąckiewicz, *Demograficzne i finansowe bariery funkcjonowania kas chorych*, [w:] A. Frąckiewicz-Wronka, W. Koczur (red.), *Reforma systemu ochrony zdrowia*, Katowice 1999, s. 272-273.

⁷ Wskaźnik obciążenia demograficznego ludźmi starszymi wyraża się liczbą osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 15-59 lat lub wskaźnik obciążenia demograficznego, mierzony liczbą osób w wieku poprodukcyjnym, przypadającą na 100 osób w wieku produkcyjnym (kobiety 18-59 lat, mężczyźni 19-64 lata). P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna ...*, s. 130-131.

⁸ Tamże, s. 130-131.

życiowej, aby stało się możliwe osiągnięcie starości sprawnej, twórczej i godnej⁹. Wymaga to więc nie tylko zmiany systemu świadczeń medycznych, ale również znacznych nakładów ekonomicznych. Istnieje pogląd, że działania na rzecz osób niepełnosprawnych dzielą kraje na trzy grupy:

- brak jakichkolwiek działań opiekuńczych ze strony państwa,
- bardzo rozległa pomoc państwa i władz samorządowych,
- pomoc państwa dająca szanse przeżycia, lecz nie stwarzająca warunków pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Do ostatniej grupy zalicza się Polskę, ponieważ nie stworzono dotychczas właściwych warunków uczestnictwa populacji osób niepełnosprawnych w życiu całej ludności. Grupa ta pozostaje praktycznie w izolacji¹⁰.

Podeszły wiek często jest kojarzony z chorobą i zależnością od osób trzecich. Niepełnosprawność postępująca z racji wieku, jako końcowy efekt nakładających się na siebie uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, nie jest pojęciem jednoznacznym. Zawiera w sobie wymiar fizyczny, emocjonalny, intelektualny i społeczny. Dlatego dalszy los osób starszych zależy głównie od tego, czy jesteśmy w stanie przywrócić im równowagę w zaburzonych wymiarach. Holistyczne podejście do stworzenia odpowiedniej opieki nad osobą starszą stanowi przesłankę do budowy współpracy z wieloma specjalistami – lekarzami, pielęgniarkami, rehabilitantami, pracownikami socjalnymi, pedagogami i psychologami, a także organizatorami opieki zdrowotnej i społecznej. Sprawne współdziałanie i interdyscyplinarne podejście do problemu zdrowia i choroby wieku podeszłego przyczynią się do uniknięcia wielu przykrych następstw zdrowotnych i społecznych.

Psychosomatyczny charakter życia, zdrowia i choroby oraz rolę czynników psychicznych w powstaniu schorzeń podkreśla wielu autorów. Postrzeganie w tych kategoriach zdrowia spowodowane jest ewolucją zjawisk zdrowotnych i wydłużającym się czasem życia z jednoczesnym

⁹ B. Bień, *Ochrona ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Praca*, s. 94.

¹⁰ L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia. Synteza*, Katowice 1991, s. 45-46.

wzrostem występowania chorób przewlekłych, które znacznie wpływają na pogorszenie jego wymiarów jakościowych¹¹, bowiem jednym z ważnych aspektów stanu zdrowia jest proces starzenia się i związana z nim niepełnosprawność wynikająca z chorób przewlekłych, które ograniczają bądź uniemożliwiają wykonanie zadań życiowych i funkcji społecznych¹².

W strategii Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie traktuje się w następujących kategoriach:

- wartości, dzięki której jednostka lub grupa może realizować własne aspiracje i potrzebę osiągania satysfakcji oraz radzić sobie w środowisku,
- zasobu (bogactwa) dla społeczeństwa, gwarantującego jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się i osiągać lepszą jakość życia,
- środka do osiągnięcia lepszej jakości życia.

Zdrowie definiuje się jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, społecznego i psychicznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Zdrowie to również zdolność i umiejętność pełnienia ról społecznych, adaptacji do zmian środowiska i radzenia sobie z tymi zmianami¹³.

Pojęcie zdrowia charakteryzuje się wielością definicji i różnorodnością podejść do tej problematyki w zależności od ujęcia tematu przez autora. W niniejszym artykule skoncentrowano się na wybranych definicjach dotyczących zdrowia osób starszych.

Uwzględnienie w nich wyłącznie obiektywnych wskaźników stanu zdrowia nie jest zgodne z postrzeganiem zdrowia przez chorego w podeszłym wieku¹⁴. Należy wskaźnik ten uzupełnić o jego ocenę subiektyw-

¹¹ A. Przybyłka, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski oraz jej uwarunkowania*, „Antidotum” 2003, nr 6, s. 3-26.

¹² A. Ostrowska, J. Sikorka, Z. Sufin, *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 1994, s. 27 i n.

¹³ *Narodowy Program Zdrowia 1996-2005*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Socjalnej, Warszawa 1996, s. 13.

¹⁴ A. Ostrzyżek, *Jakość życia: perspektywa medycyny*, [w:] T. B. Kulik (red.), *Rehabilitacja 2002: Jakość życia pacjentów a rehabilitacja*, Ostrowiec Świętokrzyski 2002, s. 14.

ną, wyrażającą się jako zdolność do samodzielnego działania w danym środowisku społecznym, jak twierdzi A. Gniazdowski¹⁵. Z. Kawczyńska-Butrym dodaje wzmiankę dotyczącą „samodzielnego aktywnego i twórczego życia bez chorób i niepełnej sprawności a nawet razem z nimi”.¹⁶ Tak interpretowane zdrowie dąży do podniesienia wartości życia przez pojmowanie go jako zdolności do prowadzenia życia sensownego i satysfakcjonującego¹⁷.

Definicje te jako kryterium zdrowia, przyjęły funkcjonowanie człowieka w codziennym życiu. Można zatem powiedzieć, że zdrowie odpowiada kategorii sprawności człowieka w codziennym życiu w zakresie samoobsługi i możliwości porozumienia się z innymi ludźmi tzn. ADL podstawowe (*Activity of Daily Living*), prowadzenia gospodarstw domowych, wychodzenia z domu w celu załatwienia różnych codziennych spraw (ADL instrumentalne).

W sytuacji przyjęcia tych definicji, celem polityki społecznej powinny być działania holistyczne, zmierzające do zachowania lub odzyskania, niezależnie od poziomu ograniczeń, sprawności korzystnego funkcjonowania w codziennym życiu.

Biomedyczny model postrzegania człowieka starszego w efekcie takie myślenie może prowadzić osoby starsze do alienacji i odczucia, że długie życie staje się mniej wartościowe. Na tym zagadnieniu skupia uwagę M. E. Hyland, twierdząc, że działania medyczne, które podtrzymują życie bez godności, bez wartości i bez jakości są zwykle gorzej oceniane od godnej śmierci¹⁸. Efektem końcowym leczenia powinna być zarówno poprawa odczuwana subiektywnie przez pacjenta, jak i po-

¹⁵ A. Gniazdowski, *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Łódź 1994, s. 42.

¹⁶ Z. Kawczyńska-Butrym, *Promocja zdrowia rodziny*, [w:] P. Kryczka, (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*, Lublin 1997, s. 299.

¹⁷ T. B. Kulik, *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] T. B. Kulik, I. Wrońska, *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola 2000, s. 18.

¹⁸ E. M. Hyland, S. C. Sodergren, *Development of a new type of global quality of life scale and comparison of performance for 12 global scales*, "Quality of Life Research" 1996, 5 (5), s. 469-480.

prawa w zakresie aktywności¹⁹. Osoby starsze szczególnie ukierunkowują postrzeganie zdrowia i jego potencjału w kategoriach zdolności do samodzielnego, aktywnego i twórczego działania w danym środowisku społecznym²⁰.

Czynniki, które ograniczają aktywność życiową osób starszych, można podzielić na: biologiczne, psychologiczne i społeczno-ekonomiczne²¹.

Wśród czynników **biologicznych** wyróżnia się:

- pogorszenie stanu zdrowia,
- trudności w samodzielnym poruszaniu się,
- przeciążenie układu nerwowego różnego rodzaju przewlekłymi bodźcami, które mogą wywołać przewlekłe zmęczenie (do niekorzystnych bodźców można zaliczyć hałas, stres, nadmiar informacji, ale także monotonię),
 - niewłaściwe odżywianie, zarówno niedobór witamin, jak i nadmiar kalorii w pożywieniu,
 - lekomanię,
 - używki²².

Pewne schorzenia, m.in. przewlekła niewydolność układu krążenia, cukrzyca, gościec, niedowład po udarze mózgu, w oczywisty sposób ograniczają fizyczne funkcjonowanie człowieka. Zaburzenia sprawności mogą wręcz prowadzić do unieruchomienia w domu i ograniczenia kontaktów międzyludzkich.

Wśród czynników **psychicznego** starzenia się należy wyróżnić:

- stopniowe wymieranie krewnych i przyjaciół,
- jednoczesną utratę zaufania i niechęć do nawiązywania nowych kontaktów, które prowadzą do stopniowego odsuwania się od aktywności społecznej.

Czynniki te mogą być istotną przyczyną izolacji człowieka starego.

¹⁹ S. Kaasa, *Measurement of quality...*, s. 288-292.

²⁰ H. Kachaniuk, *Zdrowie rodziny realizującej opiekę nad osobą starszą*, [w:] T.B. Kulik (red.), *Współczesne zagrożenia zdrowia rodziny*, Stalowa Wola 2002, s. 178-179.

²¹ J. Łopatyński, *Zdrowie Publiczne*, t. 102, nr 1, s. 8.

²² H. Skórzyńska, *Problemy zdrowotne i społeczne ludzi w podeszłym wieku*, [w:] M. Latański (red.), *Zdrowie publiczne*, Lublin 1999, s. 131.

Wśród czynników **społeczno-ekonomicznych** największe znaczenie mają:

- fakt owdowienia,
- utrata roli zawodowej w związku z przejściem na emeryturę,
- małe dochody, które ograniczają uczestnictwo w spotkaniach towarzyskich i korzystanie ze zorganizowanych form rekreacji oraz wpływają na sposób odżywiania się i leczenia,
 - brak przygotowania do starości,
 - negatywny stosunek otoczenia²³.

Wymienione czynniki społeczne są dla starszych osób bardzo traumatyczne, stanowią źródło poważnego stresu. Nieprawdziwe sądy społeczne prowadzą do niebezpiecznych uogólnień, mogących przyspieszać proces pogarszania się kondycji ludzi starszych, zwłaszcza gdy są one prezentowane przez pracowników opieki zdrowotnej lub społecznej.

Sytuacje takie wywołują u ludzi w wieku podeszłym „wyuczoną bezradność”, sami zaczynają przypisywać swoje dolegliwości starzeniu się i przestają je sygnalizować lekarzom. Taka sytuacja zwiększa ryzyko izolacji społecznej, zachorowalności i śmiertelności²⁴. Wszystkie wymienione czynniki (biologiczne, psychiczne i społeczno-ekonomiczne) determinują w pewnym stopniu zakres aktywności życiowej i stanowią o jakości życia osób starszych.

Rozważając zdrowie i chorobę osób starszych, należy wiedzieć, że niezbędne w tym procesie jest oddziaływanie edukacyjne, osoba od którego senior uzyska wiedzę o własnych możliwościach. Człowiek zawsze dysponuje pewnymi zasobami/możliwościami, potencjałem zdrowia²⁵. Powinien więc być przygotowany do realizacji prawidłowych zachowań zdrowotnych i roli skutecznego radzenia sobie z pogarszającymi się okolicznościami żywymi oraz powinien mieć stworzone warunki

²³ J. Łopatyński, *Zdrowie...*, s. 8.

²⁴ R. Gębowski, *Promocja zdrowia ludzi starych w środowisku naturalnym*, „Zdrowie Publiczne” 1992, t. 103, nr 6, s. 335-310.

²⁵ M. Sokołowska, *O definicjach zdrowia i zdrowego człowieka*, [w:] J. Kopczyński, A. Siciński (red.), *Człowiek-Środowisko-Zdrowie*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1990, s. 157.

ki do ich realizacji. Radzenie sobie z chorobą i efektywność podejmowanych zachowań zdrowotnych mają wpływ na poziom dobrostanu. W przypadku radzenia sobie z przewlekłą chorobą, osoba starsza musi przełamać kryzys wewnętrzny, jak również trudności w kontaktach społecznych. Postępująca z wiekiem niesprawność, pogorszenie stanu zdrowia, zła sytuacja ekonomiczna, brak wsparcia rodzinnego oraz nakładające się na to bariery psychiczne i negatywne czynniki społeczne, prowadzą w efekcie do izolacji, ograniczenia nawiązywania kontaktów społecznych, zmniejszenia aktywności. Odczuwane cierpienie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne, sprzyja ucieczce w głąb siebie²⁶. Powstający konflikt między osobowością a postrzeganą rzeczywistością powoduje pogłębienie się neurotyczności i reakcji lękowych, a w konsekwencji również pojawianie się różnych dolegliwości fizycznych²⁷.

Sprostanie powyższym wymaganiom służy niewątpliwie pozytywne myślenie zwiększające poczucie optymizmu, młodości będące źródłem motywacji do podejmowania wyzwań – jest nim niewątpliwie m.in. uczenie się przez całe życie²⁸.

Następnym istotnym problemem dynamicznego procesu starzenia się społeczeństw, z punktu widzenia pedagogiki, jest zagrożenie jakości życia seniorów, wywołane konsekwencjami kulturowymi. Od aktywności zawodowej odsuwani są dziś ludzie jeszcze stosunkowo młodzi, sprawni, coraz lepiej wykształceni. Z badań B. Synaka wynika, że przejście na emeryturę wywołuje u tych osób bierność. Niewielu emerytów widzi potrzebę i sens działania, głównymi obszarami aktywności kulturowej są telewizja i Kościół²⁹. Taką sytuację autor upatruje w kulturowo zdefiniowanej roli starości i braku nawyków aktywnego uczestnictwa w kulturze. Dodatkowym czynnikiem warunkującym aktywność kulturową jest rodzina. Jednak polskie, coraz mniej liczne rodziny, często słabe

²⁶ J. Kirenko, *Ocena życiowych możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych*, [w:] E. Rutkowska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie...*, s. 44-49.

²⁷ J. Korzeniewska, *Psychiczne determinanty zdrowia. Nierozłączne soma i psyche*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2003, nr 7-8, s. 9.

²⁸ J. Delors (red.). *Edukacja. Jest w niej ukryty skarb*. SOP. Warszawa 1998.

²⁹ B. Synak, *Polska starość – Próba zarysowania diagnozy i kierunku przemian*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Praca...*, s. 18-19.

ekonomicznie i obarczone licznymi obowiązkami, w mniejszym niż dawniej stopniu zdolne są poświęcać swój czas na opiekę nad starszymi krewnymi. Model rodziny wielopokoleniowej i patriarchalnej już dawno przestał być atrakcyjny dla młodych. Osoby starsze w wielu przypadkach zostały osamotnione, wyizolowane, opuszczone³⁰. Rola rodziny w wielu przypadkach została uzupełniona przez instytucje edukacyjne. Proponowane w nich zajęcia zaspokajają potrzeby towarzystwa i partnerstwa, umożliwiają nowe kontakty, prowadzenie dyskusji, dzielenie się doświadczeniem, poszerzanie zainteresowań, zerwanie z monotonią i szarżyzną dnia codziennego³¹.

Należy zatem stworzyć taki system świadczeń i usług, który ułatwiłby organizację życia i zaspokojenie potrzeb materialnych i niematerialnych, zgodnych z oczekiwaniami i możliwościami osób starszych.

Jak ważnym wyzwaniem dla zjednoczonej Europy są działania na rzecz osób starszych świadczy fakt ogłoszenia przez Parlament Europejski i Radę Europy rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych³².

Niewątpliwie takie podejście do starzejącego się społeczeństwa wymaga systematycznego podnoszenia świadomości także ogółu społeczeństwa, nagłaśnianie wszelkich inicjatyw na rzecz uruchamiania potencjału tej grupy wiekowej. Znaczącą rolę odgrywają obecnie realizowane liczne unijne programy takie jak Europejski Fundusz Społeczny, Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, Program Progress, Program „Uczenie się przez całe życie”, program „Zdrowie publiczne”, programy poświęcone technologiom informacyjno-komunikacyjnym oraz naukom społeczno-ekonomicznym i humanistycznym w ramach 7. Programu ramowego w zakresie badań i rozwoju, plan działania „Komfortowe funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie informacyjnym”(30% Europejczyków, w tym osób starszych nigdy nie korzystało z Internetu).

³⁰ B. Synak, *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie – niektóre aspekty przemian współczesnych*, *Zdrowie Psychiczne* 1987, nr 4, s. 34-36.

³¹ Tamże, 34-36.

³² Drugie europejskie sprawozdanie demograficzne: Realizacja potrzeb społecznych w starzejącym się społeczeństwie. SEC (2008) 2911.

Dla wielu państw na świecie (głównie wysokorozwiniętych) obecność ludzi starych jest bogactwem. Aktywnemu i zdrowemu starzeniu się sprzyja ich dobry poziom wykształcenia, zdrowie, wszechstronna aktywność, mobilność dając możliwość pełnego uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym. Stwarza się rosnący popyt starszych ludzi na pewne usługi (turystyczne, kulturalne, edukacyjne, zdrowotne) i towary (w tym luksusowe codziennego użytku).

PODSUMOWANIE

Reasumując sprostanie zabezpieczeniu potrzeb społecznych dla starzejącej się populacji głównie europejskiej jest poważnym wyzwaniem. Wymaga niewątpliwie współpracy wielosektorowej ale przede wszystkim humanitarnego podejścia do problemu. Przekonanie, że wspieranie zdrowia i aktywności osób starszych (na wszystkich szczeblach: krajowych, regionalnych i lokalnych) sprzyja wzajemnemu uczeniu się, włączeniu społecznemu i solidarności międzypokoleniowej pozwoli na stworzenie godnej, radosnej starości.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman T. (red.). *Uczenie się jako przedsięwzięcie na całe życie*. Wyd. Impuls. Kraków 2005
- Bień B., *Ochrona ludzi starych w Polsce wyzwaniem dla polityki społecznej*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), Praca
- Dane GUS, www.stat.gov.pl
- Delors J. (red.). *Edukacja. Jest w niej ukryty skarb*. SOP. Warszawa 1998
- Drugie europejskie sprawozdanie demograficzne: Realizacja potrzeb społecznych w starzejącym się społeczeństwie. SEC (2008) 2911
- Frąckiewicz L., *Demograficzne i finansowe bariery funkcjonowania kas chorych*, [w:] A. Frąckiewicz-Wronka, W. Koczur (red.), *Reforma systemu ochrony zdrowia*, Katowice 1999

- Frąckiewicz L., *Polityka ochrony zdrowia. Synteza*, Katowice 1991
- Gębowski R., *Promocja zdrowia ludzi starych w środowisku naturalnym*, „Zdrowie Publiczne” 1992, t. 103, nr 6
- Gniazdowski A., *Promocja zdrowia w miejscu pracy. Teoria i zagadnienia praktyczne*, Łódź 1994
- Hyland E.M., Sodergren S.C., *Development of a new type of global quality of life scale and comparison of performance for 12 global scales*, “Quality of Life Research” 1996, 5 (5)
- Kachaniuk H., *Zdrowie rodziny realizującej opiekę nad osobą starszą*, [w:] T.B. Kulik (red.), *Współczesne zagrożenia zdrowia rodziny*, Stalowa Wola 2002
- Kawczyńska-Butrym Z., *Promocja zdrowia rodziny*, [w:] P. Kryczka, (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*, Lublin 1997
- Kirenko J., *Ocena życiowych możliwości psychofizycznych osób niepełnosprawnych*, [w:] E. Rutkowska (red.), *Rehabilitacja i pielęgnowanie*
- Korzeniewska J., *Psychiczne determinanty zdrowia. Nierozłączne soma i psyche*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2003, nr 7-8, s. 9.
- Kulik T.B., *Koncepcja zdrowia w medycynie*, [w:] T. B. Kulik, I. Wrońska, *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, Stalowa Wola 2000
- Łopatyński J., *Zdrowie Publiczne*, t. 102, nr 1, s. 8.
- Mayor F. *Przyszłość świata. Fundacja Studiów i Badań Edukacyjnych*. Warszawa 2001
- Narodowy Program Zdrowia 1996-2005*. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Socjalnej, Warszawa 1996
- Ostrowska A., Sikorka J., Sufin Z., *Sytuacja ludzi niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 1994
- Ostrzyżek A., *Jakość życia: perspektywa medycyny*, [w:] T. B. Kulik (red.), *Rehabilitacja 2002: Jakość życia pacjentów a rehabilitacja*, Ostrowiec Świętokrzyski 2002
- Przybyłka A. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski oraz jej uwarunkowania*, „Antidotum” 2003, nr 6

Skórzyńska H., *Problemy zdrowotne i społeczne ludzi w podeszłym wieku*, [w:] M. Latalski (red.), *Zdrowie publiczne*, Lublin 1999, s. 131.

Sokołowska M., *O definicjach zdrowia i zdrowego człowieka*, [w:] J. Kopczyński, A. Siciński (red.), *Człowiek-Środowisko-Zdrowie*, Wrocław-Warszawa-Kraków 1990

Strelau J. *Psychologia. Podręcznik akademicki T. 2. Psychologia ogólna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk 2007

Synak B., *Polska starość – Próba zarysowania diagnozy i kierunku przemian*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Praca...*, s. 18-19.

Synak B., *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie – niektóre aspekty przemian współczesnych*, *Zdrowie Psychiczne* 1987, nr 4, s. 34-36.

Titkow A., *Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby*, Warszawa 1983

Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2009