

ZBIGNIEW WOŹNIAK

PROFILAKTYKA STARZENIA SIĘ I STAROŚCI – MRZONKA CZY KONIECZNOŚĆ?*

Ostatnie dekady XX wieku to bezprecedensowe wydłużenie trwania ludzkiego życia. Jednakże długowieczność bez jakości życia to pusta, pozorna nagroda: utrzymanie dobrego zdrowia staje się bardziej znaczące niż oczekiwana długość życia.

Hiroshi Nakajama, b. Dyrektor Generalny WHO

I. PRZESŁANKI PROFILAKTYKI¹ STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

Każda faza życia niesie ze sobą obietnicę rozwoju, jak też możliwość utraty czegoś w sferze funkcjonalnej, uprawnień i obowiązków, pojawienie się ograniczeń, a nawet patologii – każdy z etapów rozwojowych ma więc właściwe dla siebie ryzyka i walory. Starzenie się jest w pierwszym rzędzie procesem o indywidualnym, osobniczym przebiegu, jednakże nie u wszystkich ludzi objawia się w tym samym wieku i w taki sam sposób, a jego konsekwencje jednostkowe i społeczne zmieniają się w zależności od warunków egzystencji, miejsca i czasu, a także w zależności od płci oraz statusu społecznego starzejącej się jednostki.

W procesie starzenia się zanik/utrata funkcji biopsychicznych i ról społecznych następuje stopniowo, co świadczy o rezerwach tkwiących w organizmie/psychice i funkcjonalnych systemach społecznych. Po wejściu w fazę starzenia się dynamika procesu oraz właściwości osobnicze powodują, że:

1) zjawiska korzystne i niekorzystne nie pojawiają się z tą samą intensywnością aż do śmierci,

2) nie wszystkie zmiany pojawiają się jednocześnie i niekoniecznie w tym samym okresie życia poszczególnych jednostek,

3) nie każdy człowiek doświadcza wszystkich zmian i ich konsekwencji niesionych przez proces starzenia się.

Nie wszystkie zmiany funkcjonalne doświadczane przez starzejącą się jednostkę są spowodowane wyłącznie przyczynami fizjologicznego, niektóre są

* Problemom ludzi starszych poświęcony był w całości zeszyt 1/1999 „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego”.

¹ Profilaktyka wszelkiego rodzaju oznacza działania zmierzające do zapobiegania zjawiskom, sytuacjom i wydarzeniom niekorzystnym, zagrażającym rozwojowi oraz efektywnemu funkcjonowaniu jednostek i zbiorowości. Celem działalności profilaktycznej jest zapobieganie negatywnym stanom rzeczy, zarówno tym, które dopiero mają zaistnieć, jak i tym, które w postaci zalażkowej już istnieją (wyprzedzanie zdarzeń).

rezultatem patologii (choroby przewlekłe), inne wywołane nadmiernym użyciem lub przeciwnie – nieużywaniem czegoś (styl życia). Starzenie się ma bowiem – obok biologicznych – warunkowanych genetycznie, a także psychologiczne, społeczne i kulturowe komponenty zmiany biologiczne niekoniecznie oznaczać muszą wystąpienie niekorzystnych zjawisk w pozostałych sferach funkcjonowania człowieka. Na przykład zmiany osobowościowe u starzejącego się człowieka są dużo mniejsze niż w sferze biologiczno-fizjologicznej, sama zaś jednostka może wpływać na przebieg procesu starzenia się przede wszystkim za pośrednictwem stylu życia, właściwych motywacji i postaw wobec starości. Stąd też poszukiwanie odpowiedzi na pytania o potrzebę, sensowność oraz zasadność profilaktyki starzenia się wykraczać musi daleko poza klasyczne, odnoszone tylko do zdrowia rozumienie tego terminu (rysunek 1).

Akcentowanie witalności, zachowania samodzielności i niezależności w starości nabiera współcześnie szczególnego znaczenia, bowiem nigdy wcześniej ludzie nie żyli tak długo jak obecnie², co zapowiada w najbliższych dziesięcioleciach bezprecedensową, rozległą i głęboką transformację systemową we wszystkich istotnych sferach życia społecznego. Wśród przesłanek nadszarpniętej „rewolucji”, której „sprawcą” będzie starzenie się społeczeństw, jest fakt, iż proces ten ma – obok jednostkowego – także wymiar społeczny, starzenie się populacji rodzi bowiem konieczność zmierzenia się zarówno z potrzebami starzejących się jednostek, jak też z potrzebami społeczeństwa z poważnym udziałem najstarszego pokolenia w jego strukturach. Zmiany w strukturze demograficznej konkretnego społeczeństwa nie biegną w izolacji od innych procesów (rozwój technologii, rynek, rozwój gospodarczy, koszty leczenia itp.), powodujących konieczność szybkiej przebudowy modelu produkcji i konsumpcji oraz modelu oszczędzania i inwestycji. Globalizacja starzenia się populacji wywołuje już dzisiaj, a w nieodległej przyszłości przyniesie znacznie poważniejsze, niekorzystne zmiany dla państwa (pogłębienie się luki między wpływami a wydatkami na świadczenia emerytalne, nierównowaga budżetowa), gospodarki (głównie zwężenie rynku pracy i rynku konsumentów, wyższe koszty pracy), jednostek (m.in. podwyższanie wieku emerytalnego, obniżenie świadczeń emerytalnych, wzrost udziału własnego w gwarantowaniu bezpieczeństwa socjalnego) oraz rodziny (zmiany w konfiguracji struktur rodzinnych, wzrost obciążeń podatkowych, opieka długoterminowa nad najstarszym pokoleniem).

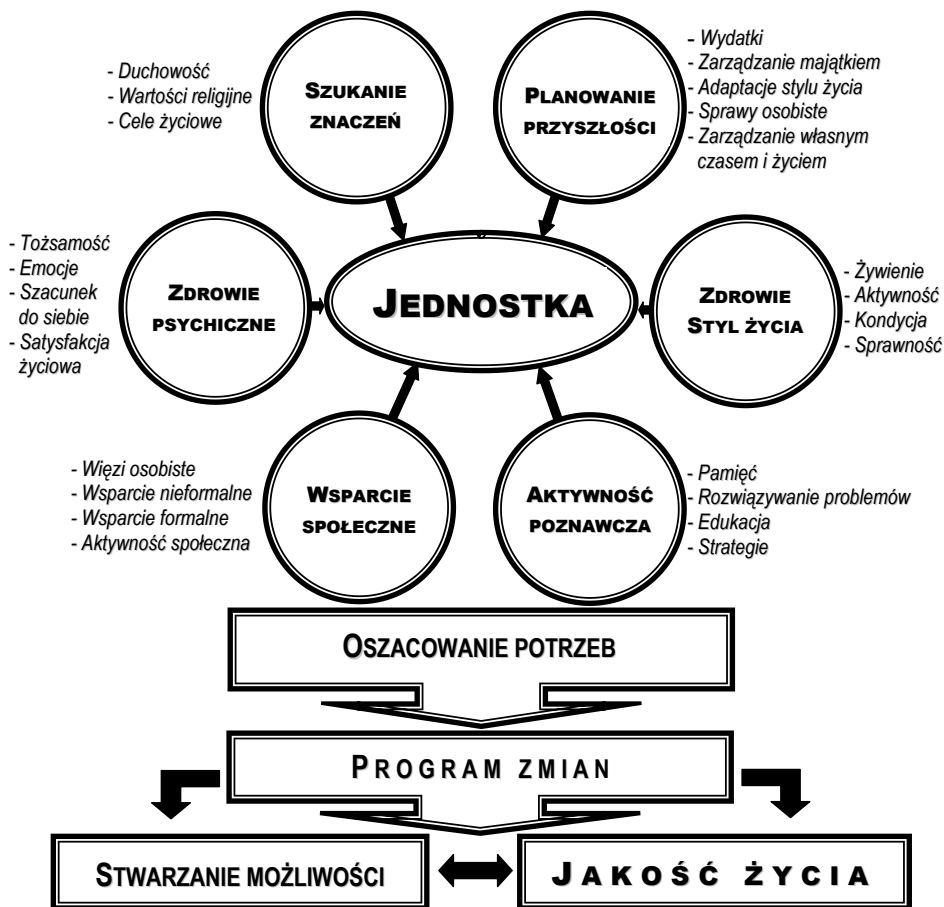
Nabierający tempa proces globalizacji starzenia się populacji stawia także pytania etyczne o prawo równego dostępu seniorów do zasobów społecznych, sprawiedliwej ich alokacji, poprawy jakości życia³ starzejących się obywateli,

² W ciągu ostatniego półwiecza dodano do życia 20 lat. Średnie trwanie życia przekroczyło w krajach wysoko rozwiniętych 80 lat. Dziewczęta urodzone w Polsce w 2010 r. mają szansę dożyć 81 lat, natomiast mężczyźni blisko dziesięć lat mniej. Od 1995 r. co miesiąc przybywa na świat miliony osób kończących 60 rok życia, liczba sędziwych starców (80 i więcej lat) rośnie zaś dwukrotnie szybciej niż przyrost ludzi starszych w ogóle.

³ Jakość życia określa stopień, w jakim jednostka osiąga cele życiowe i/lub doznaje przyjemności w realizacji znaczących dla niej zadań i ról społecznych. Jakość życia współwyznacza: zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Do obiektywnych wyznaczników

Rysunek 1

Dynamiczny model profilaktyki starzenia się i starości



Źródło: opracownie własne.

wyboru adekwatnego dla ich stanu zdrowia sposobu interwencji medycznej i socjalnej, odwlekania lub przyspieszania śmierci starzejącego się człowieka.

Dylematy moralne rodzą także kwestie związane z nakładami publicznymi/prywatnymi na opiekę długoterminową, dostępem do niej oraz ochroną praw obywatelskich ubogich i niepełnosprawnych ludzi starych.

Nie ma – co prawda – szczególnych różnic w określaniu jakości życia seniorów i innych kategorii społecznych, ale największe znaczenie w kształtowaniu tejże jakości w odniesieniu do najstarszego pokolenia odgrywają w kolejności następujące sfery: dobre zdrowie fizyczne; bezpieczeństwo ekonomiczne; dysponowanie stabilnym i adekwatnym dochodem, służącym zaspokajaniu potrzeb podstawowych; towarzystwo, koleżeństwo i życie społeczne; szczęśliwe życie rodzinne; zdrowie i sprawność; mieszkanie i sąsiedztwo; zdolność do samoobsługi i samoopieki oraz doświadczanie miłości, przywiązania i opieki ze strony potomstwa⁴ (tabela 1).

Celem władz publicznych powinna być zatem nie tylko dbałość o to, by starzejące się jednostki (zwłaszcza żyjące w trudnych warunkach) miały dostęp do systemu wsparcia społecznego i zasobów społecznych, umożliwiających osiągnięcie potencjału koniecznego do samodzielnego funkcjonowania, lecz także by osiągały one poprawę funkcjonowania w obszarach decydujących o jakości życia, w tym zwłaszcza dających poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego⁵.

Uwzględniając zróżnicowane tempo, zakres i głębokość zmian w stanie funkcjonowania układów i narządów starzejącego się ustroju oraz społeczno-ekonomicznych determinant zdrowia, a także uwarunkowań statusu społecznego seniorów i ich miejsca w społeczeństwie, grona eksperckie zalecają stosowanie odmiennych dla poszczególnych kategorii starzejących się obywateli strategii profilaktycznych⁶ – stanowić one powinny podstawę interwencji w sytuacjach krytycznych (profilaktyka trzeciorzędowa), jednakże ważniejsze od interwencji są działania wyprzedzające zdarzenia oraz chroniące status seniorów (profilaktyka pierwotna) bądź stabilizujące stan zdrowia i sprawności (profilaktyka wtórna).

jakości życia zalicza się również strukturę organizmu człowieka i zdrowie, traktowane jako poziom właściwego funkcjonowania wszystkich układów biologicznych; H. Sęk, za: A. Brzezińska, M. Stolarska, J. Zielińska, *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, w: K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, s. 103-126; Z. Woźniak, *Zdrowotne komponenty jakości życia mieszkańców Poznania; Materialno-socjalne komponenty jakości życia mieszkańców Poznania*, w: R. Cichocki (red.), *Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania*, t. I, Poznań 2005, s. 65-80 oraz 81-90.

⁴ Zob. „Quality of Life Research Unit” Uniwersytetu w Toronto, w: *Quality of life*, <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>; M. Hodgins, V. McKenna, M. D'Eath, *Enhancing the Quality of Life of Older People in Poverty (with Particular Reference to those Living Alone)*, Health Promotion Research Centre – NUI Galway: Combat Poverty Agency Research Seminar: 30 January 2007.

⁵ „Bezpieczeństwo zdrowotne oznacza stan, w którym czynniki ryzyka i warunki prowadzące do uszczerbku fizycznego, psychicznego lub społecznego są poddane kontroli, by chronić zdrowie i dobrostan jednostek oraz społeczności – to niezbędny warunek prowadzenia normalnego życia i realizacji aspiracji” (Światowa Organizacja Zdrowia – 1998).

⁶ A. Kalache, *WHO Aging and Health Programme*, w: J. P. Michel, P. R. Hof, *Management of Aging. The University of Geneva Experience*, Karger, Basel 1999, s. 247 i n.

Tabela 1

Podstawowe domeny jakości życia – profil ogólny i kategorialny

Istnienie w wymiarze:	Profil egzystencjalny	
	ogólny	zwłaszcza dla seniorów
fizycznym – ciało i zdrowie	– zdrowie somatyczne – higiena osobista – żywienie – ćwiczenia fizyczne – zadbanie i ubiór – ogólny wygląd fizyczny	– zdolność do samodzielnego poruszania się w domu i poza mieszkaniem – zdolność do samoobsługi – właściwe żywienie, zbilansowana dieta
psychicznym – myśli i uczucia	– zdrowie psychiczne – przystosowanie – życie uczuciowe	– zdolność logicznego myślenia – radzenie sobie z codziennymi zadaniami i problemami
duchowym – idee i wartości	– podzielane wartości – osobiste standardy zachowania – przekonania i wierzenia	– poczucie dokonań życiowych – uczestnictwo w życiu duchowym i religijnym
społecznym – miejsce w świecie społecznym	– pozycja i status społeczny – pole społeczne	– szanse readaptacji i dopisywania nowych ról społecznych do pozycji osoby starszej
Przynależność w wymiarze:	Związki ze środowiskiem	
fizycznym – miejsce gdzie czołwiek żyje, pracuje i spędza czas wolny	– dom – miejsce pracy/szkoła – dzielnica/sąsiedztwo – społeczność	– posiadanie sfery prywatności – życie w miejscach posiadających wyposażenie szczególnie przydatne dla osób starszych
społecznym – ludzie wokół jednostki	– znaczący bliscy – rodzina – przyjaciele – współpracownicy – sąsiedztwo i społeczność	– posiadanie kręgu rodzinnego zdolnego nieść pomoc – realna szansa uzyskania wsparcia sąsiedzkiego
do społeczności – dostępność zasobów społeczności	– adekwatny dochód – świadczenia i usługi zdrowotne – zatrudnienie – programy edukacyjne – programy rekreacyjne – wydarzenia i działania na poziomie społeczności	– dostępność i zdolność korzystania ze świadczeń zdrowotnych – korzystanie z placówek usługowych i handlowych w dzielnicy (w pobliżu miejsca zamieszkania)

Realizowanie się	Osiąganie celów osobistych, realizacja pragnień i aspiracji	
w praktyce życia codziennego – aktywność, rutyna codzienna	– prace domowe – praca zarobkowa – aktywność edukacyjna i/lub wolontarystyczna – dostrzeganie i rozumienie potrzeb zdrowotnych i socjalnych	– opieka nad partnerem życiowym – wsparcie dla innych dorosłych – zdolność wykonywania prac domowych – aktywność społeczna
w czasie wolnym – rzeczy, które cieszą i bawią	– działania promujące aktywność i relaksację – działania sprzyjające redukcji stresu	– posiadanie hobby, zainteresowań – uczestnictwo w zorganizowanych formach rekreacji i wypoczynku
w wymiarze rozwojowym – działania sprzyjające radzeniu sobie z życiem i ze zmianami	– działania promujące utrzymanie lub przyrost wiedzy i umiejętności – adaptacja do zmian	– poprawianie/podtrzymywanie sprawności intelektualnej i pamięci – przystosowanie do zmian życiowych

Źródło: zmodyfikowana przez autora wersja propozycji „Quality of Life Research...”, op. cit.; M. Hodgins, V. McKenna, M. D'Eath, op. cit, s. 3.

II. PROFILAKTYKA PIERWOTNA STARZENIA SIĘ

Kwestie związane z budowaniem podstaw zdrowej, satysfakcjonującej starości i zapobieganiem przedwczesnemu starzeniu się zawarte zostały w propozycjach globalnych i regionalnych działań w ramach programu WHO „Polityka zdrowotna dla wszystkich w XXI w.”⁷, ustanawiającym po raz pierwszy wartości etyczne (prawa człowieka) podstawą tejże polityki. Wiodące hasło programu HEALTH'21 na najbliższe dekady („Zaopiekuj się zdrowiem i czynń to całe życie”) przekładane jest przez wiele państw (głównie bogatszych) na programy na rzecz rozwijania kompleksowych, inicjowanych we wczesnych fazach rozwojowych działań służących aktywnemu i zdrowemu starzeniu się⁸ (projekt: „Pomóc ludziom pozostać aktywnym, gdy staną się osobami starszymi”⁹). Zdaniem specjalistów, wybór stylu życia gwarantującego aktywne

⁷ „[...] poprawa stanu zdrowia i sytuacji materialnej ludzi jest ostatecznym celem rozwoju gospodarczego i społecznego”, Health for All in the 21st century.

⁸ Witalne, zdrowe starzenie się oznacza proces optymalizacji fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu na każdym etapie rozwoju osobniczego, służący wydłużeniu przeciętnego trwania ludzkiego życia (ze swej strony dodałbym: i w zgodzie z uznanymi standardami jego jakości); zob. „The International Journal of Public Health. Bulletin of the World Health Organization”, Geneva, 26 października 1999 r., s. 1.

⁹ „Polityka zdrowotna powinna przygotować jednostki do zdrowego starzenia się poprzez zaplanowane i systematyczne działania służące promocji i ochrony zdrowia przez całe życie. Możliwość samorealizacji w sferze społecznej, edukacyjnej i zawodowej, jak również w aktywności fizycznej poprawia i wzmacnia zdrowie osób starszych, ich poczucie własnej wartości, niezależność oraz ich aktywny wkład w życie zbiorowe. Szczególnego znaczenia nabiera wprowadzanie nowych programów umożliwiających

starzenie się powinien obejmować najwcześniejsze fazy rozwojowe człowieka i obejmować:

- 1) uczestnictwo w życiu rodziny i społeczności,
- 2) zrównoważone żywienie, zdrową dietę,
- 3) utrzymywanie adekwatnej do możliwości aktywności fizycznej,
- 4) unikanie palenia tytoniu,
- 5) unikanie nadmiernej konsumpcji alkoholu.

Wszystko to służyć ma tworzeniu warunków społecznych (postawy wobec starości, ochrona statusu seniorów itp.) i instytucjonalnych (prawo, polityka, system wsparcia) sprzyjających aktywności i elastyczności wobec zmian w otoczeniu, budowaniu poczucia godności i zaufania do własnego potencjału oraz możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach cyklu życiowego¹⁰.

Programy profilaktyczne opierają się na zweryfikowanej w badaniach masowych tezie, że biologiczne starzenie jest dość uniwersalne, a większość jego przejawów jest modyfikowalna. Takie oznaki starzenia się, jak skurczowe ciśnienie krwi, tworzenie rezerwy dla pobudzania akcji serca, osteoporoza, tolerancja na cukier (glukozę), wytrzymałość i siła fizyczna, pojemność płuc, poziom cholesterolu, próchnica, czas reakcji, pamięć, poziom inteligencji, poddają się korekcie przy stosowaniu odpowiedniej diety, ćwiczeń fizycznych, regularnej kontroli masy ciała i stanu zdrowia oraz ćwiczeń poprawiających sprawność intelektualną¹¹.

Wiele państw europejskich od wielu lat buduje programy na rzecz rozwijania kompleksowych, inicjowanych we wczesnych fazach rozwojowych, działań służących zdrowemu starzeniu się – profilaktyka pierwotna nie jest zatem możliwa bez promocji zdrowia¹², zorientowanej na budowanie i wzmacnianie potencjału zdrowia oraz umożliwiającej ludziom zwiększenie kontroli nad swym zdrowiem. W konsekwencji ułatwia to jednostkom/grupom identyfikację,

seniorom utrzymanie ich kondycji fizycznej i korygowanie deficytów sensorycznych (wzrok, słuch) i ograniczeń mobilności, zanim doprowadzą one do zależności. Świadczenia zdrowotne w ramach systemu opieki środowiskowej powinny docierać do osób starych z usługami wspierającymi ich codzienne funkcjonowanie. Coraz więcej potrzeb i oczekiwań osób starych wykracza poza mieszkanie, dochód i do tej listy dołącza się inne czynniki wzmacniające ich autonomię i społeczną produktywność” (cel strategiczny numer 5: „Zdrowe starzenie się”).

¹⁰ Eksperti zwracają uwagę, by promując koncepcje aktywnego starzenia, zachowywać równowagę i ostrożność w wyborze form służących przeciwdziałaniu separacji i izolacji osób starszych i unikać działań obciążonych *ekstremalnym aktywizmem*, który dla części seniorów przekraczać może ich możliwości. Dotyczy to zwłaszcza aktywności fizycznej i pracy na emeryturze.

¹¹ Kluczowymi w tej kwestii rezultatami były badania amerykańskich geriatrów Friesa i Crapo, którzy udowodnili, iż tylko kilka przejawów starzenia się nie jest modyfikowalna; zob. J. Fries, L. Crapo, *Vitality and Aging. Implications of the Rectangular Curve*, W. H. Freeman and Company, San Francisco 1981.

¹² Promocja zdrowia nie jest synonimem profilaktyki zdrowotnej, jakkolwiek wiele programów profilaktycznych może wchodzić w zakres promocji zdrowia. Należy jednak zawsze pamiętać, że zapobieganie odnosi się do chorób, promocja zaś do zdrowia. Proces ten jest kombinacją obudowanych kulturowo działań edukacyjnych i odpowiedniego wsparcia: społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego dla zachowań sprzyjających zdrowiu. Promowanie zdrowia dotyczy całej populacji (partycypacja, tworzenie współodpowiedzialności obywateli), stąd też konieczna jest ścisła współpraca międzysektorowa oraz odpowiedzialność rządu i samorządu za zapewnienie warunków życia sprzyjających zdrowiu. Służba zdrowia pełni w tym procesie rolę „rzecznika” spraw zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Tabela 2

Profilaktyka gerontologiczna – adresaci i cele działania

Profilaktyka pierwotna		
Adresat	Cel	Działania
<p>Społeczeństwo jako całość</p> <p>– działania adresowane do wszystkich obywateli, częściowo zróżnicowane (wiek produkcyjny), osoby w wieku przedemerytalnym (50-60 lat)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – osiągnięcie większej wrażliwości społecznej i świadomości: – prawideł i konsekwencji starzenia się populacji, – równych praw osób starych, zwłaszcza prawa do pełnego ich udziału w życiu zbiorowym, – zagrożeń dla położenia i roli seniorów, mających swe źródło w środowisku fizycznym i społecznym, infrastrukturze społecznej i ustawodawstwie; – kształtowanie i upowszechnianie zdrowego stylu życia wśród przedstawicieli wszystkich kategorii wieku (promocja zdrowia); – identyfikacja głównych zagrożeń zdrowotnych w populacji i ich źródeł ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku aktywności zawodowej; – podniesienie psychofizycznego potencjału zdrowotnego populacji, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym; – obniżenie rozmiarów chorobowości ogólnej, w tym zwłaszcza chorób przewlekłych; – tworzenie podstaw materialnych zabezpieczenia na starość – redukcja i/lub eliminowanie nierówności społecznych; – generowanie przestrzeni publicznej dla działań organizacji osób starych; – budowanie infrastruktury i bazy dla społecznego sprzeciwu wobec przejawów dyskryminacji ludzi starych. 	<ul style="list-style-type: none"> – budowanie realnego obrazu starości w świadomości społecznej (programy promocyjne dla instytucji wychowawczych, socjalizacja w ramach grup rówieśniczych, działalność organizacji pozarządowych, media, działalność w ramach społeczności parafialnych); – przebudowa struktur i instytucji edukacyjnych oraz rynku pracy umożliwiających kontynuowanie pracy starzejących się pracowników i osób na emeryturze; – rozwój zróżnicowanych tematycznie i kategoriałnie (wiek, status, płeć itp.) form edukacji dorosłych (kształcenie ustawiczne); – prawna ochrona statusu, warunków i jakości życia oraz gwarancje uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym na równi z innymi (ustawodawstwo antydyskryminacyjne; instytutacyjne rzecznictwo seniorów); – upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych i promocji zdrowia (choroby przewlekłe, schorzenia upośledzające sprawność; uzależnienia; zdrowie w szkole, środowisku zamieszkania i zakładzie pracy); – ocena i redukcja czynników ryzyka zdrowotnego (ograniczenie i/lub zaniechanie stosowania używek, wykrywanie nadciśnienia, przeciwdziałanie bezczynności i spadkowi kondycji psychofizycznej, szczepienia); – modyfikowanie stylu życia (dieta, poradnictwo, aktywny tryb życia, ruch fizyczny); – monitorowanie problemów zdrowotnych w populacji (choroby sercowonaczyniowe, udary, niektóre nowotwory, złe odżywianie, osteoporoza, grypa, choroby pneumokokowe, tężec); – zapobieganie wypadkom, urazom i samobójstwom.

Adresat	Cel	Działania
Ludzie zdrowi w średnim wieku, lecz zagrożeni przedwczesnym starzeniem się	<ul style="list-style-type: none"> – wypracowanie/wdrożenie procedur szacowania ryzyka zdrowotnego dla poszczególnych kategorii wieku przedemerytalnego (monitoring medyczny, badania przesiewowe, testy wczesnych zmian w stanie zdrowia i sprawności); – redukowanie/usuwanie źródeł zagrożeń i deficytów zdrowotnych (zwłaszcza ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych oraz utraty sprawności); – opracowanie/wdrożenie programów ograniczania zagrożeń zdrowotnych występujących w środowisku pracy; – ochrona przed powikłaniami ze strony chorób wieku średniego; – opracowanie/wdrożenie systemu badań przesiewowych służących wczesnemu wykrywaniu zmian chorobowych; – zapobieganie starości przedwczesnej i/lub patologicznej. 	<ul style="list-style-type: none"> – poradnictwo służące zmianie stylu życia i dostarczanie narzędzi temu służących (propagowanie aktywnego wypoczynku i rekreacji, hobby, relaksu, aktywizacji intelektualnej); – edukacja służąca zwiększaniu/utrzymaniu przez obywateli kontroli nad biegiem własnego życia (samokontrola, samoopieka, samopomoc), poszerzaniu rozumienia roli zdrowia psychofizycznego w kolejnych fazach życia człowieka; – opracowanie/wdrożenie programów ograniczania zagrożeń zdrowotnych występujących w środowisku pracy; – okresowa kontrola stanu zdrowia (plus samokontrola); – premiowanie profilaktycznych zachowań zdrowotnych osób w średnim wieku (zwłaszcza z grup wysokiego ryzyka zdrowotnego); – edukacja gerontologiczna (przygotowanie do emerytury).

Źródło: opracowanie własne.

kontrolę i rozwiązywanie własnych problemów zdrowotnych, skutkuje także odwlekaniami i pokonywaniem chorób – bazą programów promocyjnych jest tworzenie odpowiednich warunków społecznych, ekonomicznych i gospodarczych korzystnych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Promocja zdrowego stylu życia oznacza generowanie i realizację programów umożliwiających:

1) zrozumienie oraz upowszechnienie czynników, zjawisk i procesów odpowiedzialnych za krzewienie oraz utrzymanie zdrowia w skali indywidualnej i grupowej;

2) wykorzystanie w promocji zdrowia zasobów tkwiących w jednostce i w jej społecznym otoczeniu;

3) opracowanie i wprowadzanie na rynek szerszej i atrakcyjniejszej gamy towarów promujących zdrowie oraz usługi dla wszystkich grup wieku, które przynosiłyby szczególne korzyści osobom starszym;

4) ochronę starszych konsumentów przed agresywną reklamą i ograniczanie nadmiernej promocji handlowej skierowanej na uszczuplenie skromnych środków, jakimi dysponują ludzie starsi;

5) podejmowanie działań zapewniających seniorom dostęp do odpowiedniej żywności, produktów i urządzeń zgodnych z normami bezpieczeństwa,

bezpieczne użytkowanie leków, domowych środków chemicznych, a także dostępność leków, sprzętów, urządzeń i protez umożliwiających samodzielną egzystencję; kształtowaniu pozytywnego obrazu starzenia się w świadomości społecznej.

Współczesne rozumienie profilaktyki starości obejmuje także kształcenie ustawiczne, służące budowaniu wyedukowanej populacji ludzi starszych, wytworzenie nawyku permanentnego uczenia się społeczeństwa, poprzez poszerzanie kształcenia w miejscu pracy oraz możliwości szkolenia seniorów w zakresie nowych technologii, usług socjalnych i zabezpieczania dochodów. Profilaktyką jest również poszerzenie oferty edukacyjnej dla seniorów poprzez

– uruchomienie nowych miejsc w ramach regularnych kursów po niższych stawkach lub bezpłatnie,

– organizowanie specjalnych kursów dla seniorów na tematy bezpośrednio związane z problemami starzenia się, takich jak troska o zdrowie, zabezpieczanie dochodów i zmieniające się wyobrażenia osób starszych; prowadzenie wspólnie z seniorami badań przy opracowywaniu lokalnych planów i programów edukacyjnych adresowanych do ludzi w wieku emerytalnym i ich rodzin.

Do zadań wpisanych w programy profilaktyki pierwotnej starzenia się i starości należy także organizowanie wykładów i warsztatów dla dziennikarzy, ogłoszeniodawców, architektów, pracodawców, pracowników pomocy społecznej i służby zdrowia, ochotników oraz przedstawicieli administracji terenowej na temat skutków starzenia się ludności i możliwości zaspokajania potrzeb tej kategorii mieszkańców.

III. PROFILAKTYKA WTÓRNA STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

Starzenie się fizjologiczne jest nieuniknione, ale zarazem normalne i prawidłowe – to jednak pewien ideał¹³ coraz rzadziej spotykany w praktyce, gdyż proces ten ma prawie zawsze składową patologiczną. Starość sama w sobie nie jest chorobą, jednakże starzenie się organizmu rodzi prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń w stanie zdrowia, a w konsekwencji ryzyko utraty sprawności – w wymiarze fizjologicznym zawiera ono z reguły towarzyszącą temu procesowi komponentę patologiczną, stąd też mamy bardzo wielu normalnie funkcjonujących ludzi starych, których nie można nazwać osobami zdrowymi.

Większość chorób trapiących współcześnie ludzi, to przypadłości będące rezultatem wyboru:

- 1) jednostkowego (wiedza; postawy; zachowania; styl życia),
- 2) społecznego, zbiorowego (warunki życia – zarówno ubóstwo, jak i nadmiar dóbr; stan środowiska naturalnego; organizacja życia społecznego; instytucje zabezpieczenia społecznego – w tym opieka zdrowotna).

¹³ Do wyjątków należą przypadki, gdy o umierającej osobie starszej lekarz może powiedzieć: „[...] gasła jak normalny organizm nieskażony medycyną” (tak właśnie opisała stan umierającej dziewięćdziesięcioletniej prof. Barbary Skargi ordynator oddziału warszawskiego szpitala; Polskie Radio Program I, 3 września 2009 r.).

Badania socjomedyczne wykazały, że model opieki w chorobach ostrych (*stricte* medycznych) nie na wiele przydaje się w zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych, coraz więcej bowiem elementów konstytutywnych jakości życia wykracza poza sferę medycyny, lokując się w obszarze kultury oraz w wyznacznikach ekonomicznych, a także w ewoluujących celach i strategiach lokalnej, krajowej i międzynarodowej polityki społecznej (w tym zdrowotnej) adresowanej do ludzi starych.

W konsekwencji coraz powszechniejsze staje się w gerontologii rozpatrywanie starzenia się z dwójakiej perspektywy: jako stanu niepatologicznego¹⁴, lecz zagrożonego chorobami bezpośrednio związanymi z wiekiem, bądź jako statusu o wysokiej funkcjonalności z niewielkim ryzykiem chorobowym. Podejście takie stało się stymulatorem nowych kierunków badań nad kryteriami i determinantami pomyślnego starzenia się¹⁵, stąd też traci na znaczeniu informacja o przeciętnym trwaniu życia w określonej populacji, natomiast rośnie zainteresowanie wskaźnikiem ilustrującym liczbę lat przeżytych bez choroby przewlekłej i/lub niepełnej sprawności (wskaźnik DALY).

Tak więc dotychczasowe programy geriatryczne, koncentrujące się zwłaszcza na patologicznych aspektach zjawiska starości, nie mogą być w pełni skuteczne, przyczyny większości chorób i niesprawności seniorów pojawiły się bowiem na długo przed wejściem konkretnych jednostek na ścieżkę starzenia się. Patogenetyczny model wyjaśniania zmian zdrowotnych w starości nie jest w stanie sprostać wyzwaniom, jakie niesie ze sobą globalne starzenie się populacji. Co więcej – ten punkt widzenia prowadzi do utrwalania w szerokich kręgach społecznych (także wśród lekarzy i polityków) przekonania, iż zmiany w strukturze demograficznej społeczeństw będą wyłącznie źródłem problemów. Taki pesymizm jest tyle bezpodstawny (seniorzy są także wartością), ile szkodliwy, gdyż hamuje rozwój efektywnych programów z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej (nihilizm terapeutyczny) oraz związanych z nimi świadczeń i usług (zwłaszcza w rehabilitacji i procesach rewitalizacji).

Konieczna jest zatem reorientacja samej medycyny i programów przeciwdziałania – nie wystarczy już dzisiaj wczesne wykrycie choroby i zapobieganie rozwojowi warunków sprzyjających zachorowaniom¹⁶. Niezbędne staje się podejmowanie prób przewidywania, co może się przytrafić potencjalnemu

¹⁴ W odróżnieniu od patologii towarzyszącej starzeniu się, a będącej rezultatem chorób niezwiązanych bezpośrednio z wiekiem.

¹⁵ WHO stosuje od kilkunastu lat badania przewidywanej długości życia bez niesprawności lub oczekiwanej długości zdrowego życia (tzw. wskaźnik DALY) oraz zróżnicowania celów interwencji adresowanych do grup normalnie i patologicznie starzejących się ludzi. Taki punkt widzenia lansują gerontolodzy skupieni w programie GINA – Geneva International Network on Aging; zob. A. Stuckelberger, *Networking in the 21st century: GINA – International Network on Aging*, w: J. P. Michel, P. R. Hof, op. cit., s. 236 i n.; zob. także: C. L. Estes, K. W. Linkins (red.), *Critical Perspectives on Health and Aging*, oraz G. Albrecht, L. Verbrugge, *The Global Emergence of Disability*, w: G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE Publications, London 2000, s. 154 i n. oraz s. 296; C. Michaud, *The Global Burden of Disease and Injuries in 1990*, „International Social Science Journal. Health Policies and Social Values” 161, September 1999, s. 287-296.

¹⁶ S. Flanzer, S. Lash, *The Role of Prevention in an Aging and Disability Resource Center*, Aging and Disability. An initiative of the U.S. Department of Health and Human Services. Technical assistance Exchange, 2010, www.adrc-tae.org.

pacjentowi/choremu i zapobieganie tym właśnie zdarzeniom. Tak zdefiniowana jest także profilaktyka wtórna starości, której programy adresowane są do osób starszych z chorobami przyspieszającymi proces starzenia się i/lub prowadzącymi do utraty samodzielności życiowej (tabela 3).

Tabela 3

Profilaktyka gerontologiczna II^o – adresaci, cele i działania

I. Profilaktyka wtórna (tzw. wczesna prewencja)		
Adresat	Cel	Działania
<p>Ludzie starzy z chorobami:</p> <ul style="list-style-type: none"> – przyspieszającymi procesy starzenia się; – prowadzącymi do utraty sprawności i samodzielności życiowej. 	<ul style="list-style-type: none"> – monitorowanie stanu zdrowia ludności w wieku poprodukcyjnym, obiektywizacja potencjału zdrowotnego i sprawności osób starszych; – wczesne wykrycie/inwentaryzacja chorób, dysfunkcji i ograniczeń sprawności w wymiarze psychofizycznym i społecznym, profile socjomedyczne grup wysokiego ryzyka; – inwentaryzacja barier ograniczających funkcjonowanie osób chorujących przewlekle i/lub z uszkodzeniami, dysfunkcjami, deficytami; – ograniczanie skutków lub przeciwdziałanie nawrotom choroby/chorób; – ochrona prawna dostępu seniorów do świadczeń medycznych i wsparcia społecznego – przeciwdziałanie dyskryminacji; – inwentaryzacja położenia społecznego oraz ocena zasobów społecznych i systemu wsparcia seniorów (siła powiązań społecznych); – budowa/uruchomienie systemu poradnictwa i opieki geriatrycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> – systematyczna ocena stanu zdrowia psychicznego (zwłaszcza badania w kierunku depresji, zaburzeń sfery poznawczej) i fizycznego (zwłaszcza okresowe badania wzroku, słuchu, mammografia dla kobiet, badania przesiewowe w kierunku prostaty wśród mężczyzn) w kolejnych fazach starzenia się jednostki – pomiar i analiza korelatów bio-psycho-społecznych zaburzeń zdrowia i sprawności seniorów; – opracowanie zróżnicowanych programów i działań zapobiegawczych i aktywizujących przynajmniej dla dwóch kategorii seniorów: – osób w wieku 60-74 lat, – osób w wieku 75 lat i więcej; – opracowanie/wdrożenie systemu badań przesiewowych służących wykrywaniu wczesnych zmian chorobowych, zwłaszcza w odniesieniu do chorób prowadzących do utraty sprawności; – profilowanie programów zdrowotno-socjalnych dla seniorów z wysokim ryzykiem utraty samodzielności życiowej (programy terapeutyczne, rehabilitacyjne i rewitalizujące); – programy wspierające seniorów doświadczających zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu lub długotrwale zmagających się z przeciwnościami losu; – przeciwdziałanie nieprawidłowym, nieuzasadnionym decyzjom umieszczania seniorów w placówkach opieki całodobowej; – edukacja gerontologiczna.

Źródło: opracowanie własne.

W krajach o bardziej zaawansowanym procesie budowy programów gerontologicznych punktem wyjścia opracowywania programów profilaktyki geriatrycznej jest wyraźne zdefiniowanie odmiennych celów takich działań dla osób w wieku 60-75 lat oraz tych, którzy przekroczyli 75 rok życia¹⁷.

Eksperti Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zalecają, by w odniesieniu do pierwszej z wymienionych kategorii seniorów (do 75 roku życia) celem działań prewencyjnych było dążenie do:

- 1) optymalnego przedłużania okresu aktywności we wszystkich wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym,
- 2) minimalizowania źródeł zagrożeń prowadzących do niepełnosprawności i dyskomfortu mającego swe przyczyny w utrzymujących się latami niekorzystnych warunkach bio-psycho-społecznych,
- 3) inicjowania przygotowań do przejścia emeryturę, zanim stanie się ona faktem.

Z kolei strategiczne cele działań profilaktyczno-prewencyjnych adresowanych do osób, które przekroczyły 75 rok życia, zdaniem gerontologów obejmować powinny:

- 1) dążenie do optymalnego przedłużania okresu rzeczywistej aktywności i jak najdłuższego zachowania zdolności do niezależnego życia bez konieczności instytucjonalizacji,
- 2) minimalizowanie bierności i dyskomfortu będących rezultatem przewlekłych stanów chorobowych,
- 3) zapewnienie warunków do minimalizowania fizycznego i psychicznego stresu w przypadku choroby terminalnej, dostarczanie emocjonalnego wsparcia choremu i jego rodzinie (opieka hospicyjna).

Tak określonym celom prewencji zdrowotnej towarzyszyć powinno wiele specjalistycznych i standardowych w wielu krajach świadczeń i usług zdrowotnych w programach opieki geriatrycznej (tabela 4)¹⁸.

Przywracanie zasady odpowiedzialności jednostek, rodzin i społeczności za własne zdrowie i ochronę przed chorobą nie oznacza zwolnienia państwa i jego agend (parlament, rząd, samorząd) z obowiązku kształtowania warunków życia determinujących jakość życia i poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego¹⁹

¹⁷ Charakterystykę podstawowych tendencji związanych z budową programów zdrowotnych dla ludzi starych znaleźć można m.in. w pracach: R. Chernoff, D. Lipschitz, *Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly*, New York 1988; A. Stabb, M. Lyles, *Manual of Geriatric Nursing*, Scott, Foresman, and Company, Glenniew-London 1990; J. P. Michel, P. Hof (red.), op. cit.; C. L. Estes, K. W. Linkins (red.), *Critical Perspectives on Health and Aging*, oraz G. L. Albrecht, L. Verbrugge, *The Global Emergence of Disability*, w: G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, SAGE Publications, London 2000, s. 154 i n.; C. Michaud, *The Global Burden of Disease and Injuries in 1990*, „International Social Science Journal. Health Policies and Social Values” 161, September 1999, s. 287-296.

¹⁸ A. Somers, *Preventive Health Services for the Elderly: Growing Consensus*, w: R. Chernoff, D. Lipschitz, (red.), *Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly* („Aging Series”, t. 35), Raven Press, New York 1988, s. 22; Z. Woźniak, *Status społeczny i prawny polskich seniorów na tle europejskich programów polityki społecznej wobec osób starszych*, „Praca Socjalna” 2002, nr 3, s. 97-99.

¹⁹ Bezpieczeństwo zdrowotne oznacza stan, w którym czynniki ryzyka i warunki prowadzące do uszczerbku fizycznego, psychicznego lub społecznego są poddane kontroli, by chronić zdrowie i dobrostan

Tabela 4

Podstawowe programy prewencji zdrowotnej dla ludzi starych

Co?	Kiedy?
ogólna ocena stanu zdrowia	co 2-3 lata dla osób w wieku 60-74 lata, co roku w wieku 75 i więcej lat
badanie piersi	co roku
samokontrola piersi	co miesiąc
mammograficzne badanie piersi	co 1-2 lata
badanie cytologiczne (test PAPP-A)	z macicą: co 1-2 lata bez macicy: co 5 lat
badanie prostaty i jąder	co roku
badanie narządów miednicy (USG jamy brzusznej)	co roku
badanie poziomu glukozy	co roku
badania w kierunku osteoporozy	co dwa lata
szczepienia przeciw grypie	co roku
szczepienia przeciw tężcowi/dyfterytowi/półpaścowi	co 10 lat
kontrola stomatologiczna	co 6 miesięcy
jeśli brak zębów – badanie jamy ustnej	co 2-3 lata
badanie wzroku	co 2 lata
kontrola chorób oczu (jaskra)	co roku
badanie słuchu	co roku
testy w kierunku uzależnień	przy pierwszej wizycie i przy podejrzeniach lekarza
testy w kierunku zaburzeń zdrowia psychicznego (zwłaszcza funkcji poznawczych i depresji)	przy każdej wizycie i/lub co 2-3 lata
zbieranie informacji o upadkach	przy każdej wizycie
badanie krwi (hemoglobina, hematokryt)	co 5 lat

Źródło: na podstawie A. Staab, M. Lyles, *Manual of Geriatric Nursing*, Glenview-London 1990, tabl. 2-1, s. 21; J. Pacala, *Prevention of Disease and Disability in Elderly*, 2009, www.msd-trinidadtobago.com/mmpe/sec23/ch342/ch342e.html.

– zwłaszcza w tak kluczowych sferach, jak: gospodarka, praca, edukacja, żywność i żywienie, sport i rekreacja. Stąd w konstruowaniu programów promocyjno-prewencyjnych i zarządzaniu nimi opierać się trzeba na strategii

jednostek i społeczności – to niezbędny warunek prowadzenia normalnego życia i realizacji aspiracji (Światowa Organizacja Zdrowia – 1998).

pozyskiwania nie tylko samych seniorów, lecz także wszystkich możliwych partnerów statutowo zobowiązanych do ochrony zdrowia, a zwłaszcza współdziałania z potencjalnymi „konkurentami” (na poziomie mikro- i makrospołecznym).

IV. PROFILAKTYKA STAROŚCI III^o (TRZECIORZĘDOWA)

Trzeciorzędowa profilaktyka starości obejmuje – co prawda – to wszystko, co mieści w sobie pojęcie dobrej opieki geriatrycznej²⁰, jednakże i w tej fazie działań prewencyjnych mieszczą się programy pozazdrowotne, takie jak przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu osób starszych z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz poważnym ograniczeniem sprawności, a także tworzenie warunków sprzyjających wykonywaniu funkcji opiekuńczych nad osobami z grup wysokiego ryzyka utraty samodzielności życiowej (tabela 5).

Institucje i organizacje wspólnot europejskich zalecają, by programy gerontologiczne oferowały osobom starszym wybór form opieki, bądź to w ich własnym domu, bądź w domu krewnych lub przyjaciół, albo – jeśli to konieczne lub pożądane – w odpowiedniej placówce opiekuńczej²¹. Wskazane jest także rozbudowywanie zinstytucjonalizowanych systemów wsparcia umożliwiających rodzinom kontynuowanie opieki nad zależnymi od niej osobami starszymi – na przykład w formie lokalnych, międzyregionalnych i/lub środowiskowych ośrodków pomocy, które odpowiadają na potrzeby edukacyjne, społeczne, rekreacyjne, ekonomiczne, zdrowotne zarówno ludzi młodych, jak i najstarszego pokolenia. Zaleca się także, aby rządy przyjmowały następujące rozwiązania służące wsparciu funkcji opiekuńczej rodziny między innymi poprzez:

1) zwiększenie odpisów podatkowych dla osób sprawujących opiekę nad osobami zależnymi (w tym nad niesamodzielnymi osobami starszymi),

2) zaliczanie okresów sprawowania opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny na poczet okresu zatrudnienia stanowiącego podstawę uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego,

3) zapewnienie opiekunom możliwości wyboru form zatrudnienia i odchodzenia na emeryturę (programy elastycznego, stopniowego i częściowego przechodzenia w stan bierności zawodowej),

4) poszerzanie wachlarza usług i świadczeń adresowanych do opiekunów osób niesamodzielných życiowo, obejmujących pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, umożliwiających wypoczynek, wsparcie ze strony grup samopomocowych, szkolenie w zakresie świadczenia opieki oraz wyspecjalizowane poradnictwo,

²⁰ Zob. A. D. Jain, A. Bhatt, *Care of the Elderly in General Practice: A Guide to Geriatric Care*, 2010, oldagesolutions.blogspot.com/2010/02/prevention-of-disease-in-elderly.html.

²¹ Polscy geriatrzy opracowali w latach 2003-2005 standardy świadczeń i usług medycznych dla ludzi starych, jednakże są one nadal bardziej projektem niż funkcjonującą strukturą w systemie opieki zdrowotnej; zob. J. Derejczyk, T. Grodzicki, A. Jakrzewska-Sawińska, A. Józwiak, K. Wiczorkowska-Tobis, Z. Woźniak (konsultacja socjologiczna), *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii w Polsce i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii, „Gerontologia Polska” 2005, nr 2, s. 67-83.

Tabela 5

Profilaktyka gerontologiczna III⁰ – adresaci, cele i działania

Profilaktyka trzeciorzędowa		
<p>Działania adresowane do jednostek:</p> <ul style="list-style-type: none"> – z zaburzeniami funkcjonalnymi, – z chorobami przewlekłymi, – z niesprawnością, – z objawami zależności psychospołecznej; – charakteryzujących się bezradnością, – funkcjonujących poza głównym nurtem życia społeczności (marginalizacja, wykluczenie, izolacja). 	<p>W sferze zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zapobieganie wtórnym skutkom chorób i/lub niesprawności (zapobieganie transformacji niepełnosprawności pierwotnej we wtórną); – wydłużanie okresu rzeczywistej aktywności i zdolności do niezależnego życia, – zapobieganie instytucjonalizacji seniorów z ograniczeniem sprawności; – zapobieganie hospitalizacji, rozwijanie zróżnicowanych form opieki nad chorymi terminalnie; – obniżenie liczby przedwczesnych zgonów. <p>W sferze społecznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – obniżenie rozmiarów ryzyka dewiacji i patologii społecznych wśród seniorów; – obniżenie liczby zagrożonych wykluczeniem społecznym, marginalizacją i/lub izolacją; – wspieranie opiekunów osób z chronicznym/stałym ograniczeniem sprawności. 	<p>Promowanie/wspieranie/realizowanie programów i działań służących:</p> <ul style="list-style-type: none"> – minimalizowaniu generowanej przez choroby przewlekłe bierności i dyskomfortu psychofizycznego; – ochronie zdrowia i terapii najstarszych spośród seniorów (tzw. sędziwych starców); – poszerzaniu dostępności pomocy kryzysowej dla seniorów i ich rodzin/opiekunów; – dostarczaniu chorym terminalnie i ich rodzinom/opiekunom wsparcia instytucjonalnego i emocjonalnego. – okresowa ocena ortopedyczna, wzroku i słuchu, poziomu demencji oraz uzależnień (głównie alkoholizmu); – uruchamianie programów służących utrzymywaniu niezależności życiowej, w tym niezależnego i możliwego poziomu samokontroli, samoopieki oraz samopomocy; – wizyty patronażowe w gospodarstwach domowych osób poważnie chorujących/niepełnosprawnych (priorytet: gospodarstwa domowe sędziwych starców, zwłaszcza mieszkających w pojedynkę); – poradnictwo służące przygotowaniu seniorów oraz ich rodzin do życia z chorobą i/lub niesprawnością.

Źródło: opracowanie własne.

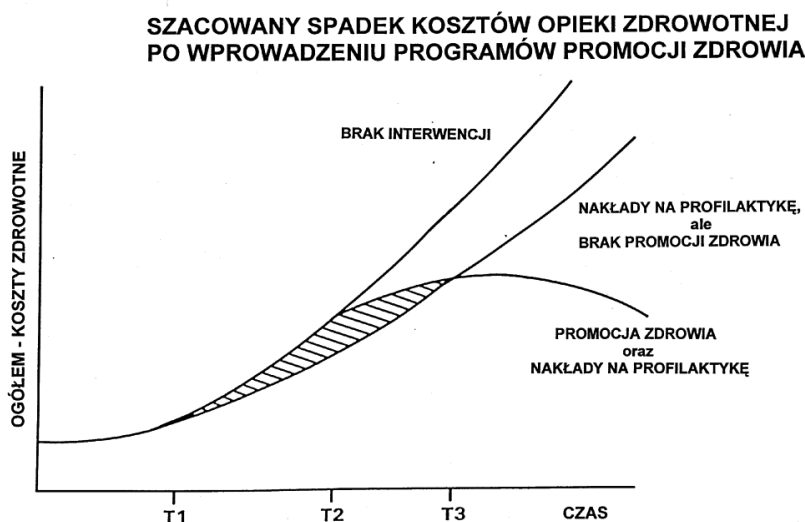
5) adresowanie i propagowanie dostępności świadczeń pomocowych dla osób starszych w taki sposób, aby informacja ta dotarła także do opiekunów wykonujących płatną pracę zawodową,

6) umożliwienie kobietom podejmowania prac innych niż tradycyjnie im przypisane oraz mężczyznom podejmowanie zadań opiekuńczych.

V. BARIERY W KONSTRUOWANIU I WDRAŻANIU PROFILAKTYKI STARZENIA SIĘ I STAROŚCI

W rachunku ciągnionym programy profilaktyczno-promocyjne w obszarze zdrowia prawie zawsze przynoszą poważne korzyści – także wymierne finansowo (wykres 1)²².

Wykres 1



Źródło: J. Opatz, *Primer of Health Promotion. Creating Healthy Organizational Cultures*, Oryn Publications Inc., Washington D.C. 1985, s. 30.

Mimo wielokrotnie przytaczanych w literaturze przedmiotu argumentów przemawiających za promowaniem zdrowia i prewencją zdrowotną nadal najwięcej przeciwników programów profilaktyczno-promocyjnych w ogólności, a profilaktyki starzenia się i starości w szczególności spotykamy wśród ekonomistów, aczkolwiek krytyków tychże programów spotykamy wśród decydentów różnych szczebli władzy, urzędników instytucji ubezpieczeniowych, pracowników naukowych oraz lekarzy, zwłaszcza silnie przywiązanych do reguł dominującej medycyny naprawczej. W dyskusjach nad tymi zagadnieniami zbyt często nadużywa się formuły tzw. analizy kosztowej, która ma udowodnić, że

²² D. Goldman, D. Cutlery, B. Shangz, G. Joyce, *The Value of Elderly Disease Prevention*, „Forum for Health Economics & Policy” 9, 2006, nr 2, art. 1 (Biomedical Research and the Economy); R. Besdine, *Approach to the Geriatric Patient: Evaluation of the Elderly Patient*, 2009; www.merckmanuals.com.

prewencja – zamiast obniżenia nakładów – zwiększa wydatki, które są wyższe niż dotychczas stosowane procedury leczenia.

Krytycy programów profilaktycznych używają na ogół dwóch prostych argumentów ekonomicznych:

- nie można udowodnić, że zostaną zaoszczędzone jakieś pieniądze,
- nawet jeśli tak się stanie, będzie to trwało na tyle długo, że nie można sobie na to pozwolić²³.

Takie praktyki skutecznie blokują wdrożenie nawet bardzo tanich projektów, ich autorzy bowiem nie zawsze mogą zebrać w odpowiednim czasie dowody, iż działanie jest skuteczne (krótkie terminy składania wniosków).

Krytyków prewencji i promocji zdrowia znajdujemy także wśród fundamentalistów-orędowników wolności i praw obywatelskich, postrzegających tego typu działania jako ingerencję w wolny wybór zachowań niekoniecznie prozdrowotnych z punktu widzenia zaleceń medycznych (wolność wyboru bez odpowiedzialności). Z kolei hedoniści z przekąsem twierdzą, że jedynym walorem promocji i profilaktyki jest to, iż człowiek umrze zdrowszy.

Źródeł rozbieżności między zapisami ustawowymi, nakładającymi obowiązek finansowania programów profilaktyczno-promocyjnych, a nakładami na ten cel należy także poszukiwać w:

- 1) dominacji profesji medycznych (zwłaszcza klinicznie zorientowanych) w kształtowaniu priorytetów w polityce zdrowotnej,
- 2) nadużywaniu argumentacji moralnej w uzasadnianiu niekorzystnych proporcji w podziale środków między lecnictwem i profilaktyką (ratowanie życia),
- 3) słabej pozycji promotorów zdrowia i profilaktyków na rynku świadczeń zdrowotnych,
- 4) rozproszeniu odpowiedzialności i środków kierowanych na programy profilaktyczno-promocyjne – w tym zbyt duża dowolność w definiowaniu zadań przez instytucje ubezpieczeniowe,
- 5) braku ośrodków koordynujących zarówno programy, jak i wydatkowanie pieniędzy na ich realizację.

Jedną z dodatkowych, acz ukrytych barier uniemożliwiających uzyskanie szerszego wsparcia dla programów profilaktyczno-promocyjnych jest kadencyjność władz publicznych różnych szczebli. Bariera jest nie tyle słuszną w swej istocie zasadą sprawowania władzy w państwie demokratycznym, ile raczej odwleczony w czasie efekt działań promocyjnych i profilaktycznych, a więc niedający bezpośredniego dyskonta politycznego ich autorom.

Wszystkie wspomniane bariery utrudniające/uniemożliwiające realizację zasady „lepiej zapobiegać niż leczyć” zyskują na ostrości wówczas, gdy proponuje się wdrożenie programów profilaktyczno-promocyjnych adresowanych do ludzi starych. Stan ten rodzi błędne koło – ludzie starzy chorują częściej i dłużej niż inni, co w poważnym stopniu obciąża nakłady na świadczenia

²³ A. Somers, op. cit., s. 17 i n.; R. Kane, *Empiric Approaches to Prevention in the Elderly: Are you Promoting too Much?* w: R. Chernoff, D. Lipschitz (red.), *Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly*, Aging series, t. 35, Raven Press, New York 1988, s. 161.

zdrowotne, a równocześnie nie podejmuje się działań, które mogłyby te koszty obniżyć dzięki zmianie stylu życia i ochronie zdrowia we wcześniejszych fazach życia.

VI. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Starzenie się populacji światowej jest procesem nieuchronnym i nieodwracalnym – jest równocześnie naturalną i wartościową częścią ludzkiej egzystencji, tak jak dzieciństwo, młodość i lata średnie. Starość to unikatowa szansa, a zarazem konieczność zmierzenia się z potrzebami społeczeństwa z poważnym udziałem najstarszego pokolenia w jego strukturach (rodzina, społeczności lokalnej szersze zbiorowości społeczne), co:

1) rodzi konieczność synchronizacji rozmaitych rodzajów polityki (ludnościowej, gospodarczej, zdrowotnej, socjalnej),

2) wymaga od struktur państwowych opracowania programów (od gminy do centrum polityczno-rządowego):

- a) równego dostępu do zasobów instytucjonalnych,
- b) sprawiedliwego ich rozmieszczenia,
- c) wyboru właściwego sposobu interwencji,
- d) opieki długoterminowej – dostęp, wolontariat i profesje w opiece, nakłady publiczne i prywatne, a także czas jej trwania,
- e) prawo do ochrony praw obywatelskich wszystkich seniorów, a zwłaszcza ubogich i niesprawnych.

Nie można mówić o jakimś jednym, wszechobejmującym kryterium wejścia w starość – nie istnieje także jakiś jeden uniwersalny dla wszystkich wzór starzenia się i jeden „prototyp” starości. Tak więc wielowymiarowość procesu starzenia się i jego konsekwencji wymaga równie wielowarstwowych, adekwatnych do potrzeb seniorów oraz zmieniających się struktur starzejącego się społeczeństwa działań w wymiarze programowym i instytucjonalnym (tabela 6).

Nowa architektura programów adresowanych do najstarszego pokolenia stanowić musi kombinację myślenia strategicznego w polityce społecznej, adresowanej do aktualnych i przyszłych pokoleń ludzi starych (w tym także do grup wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i samodzielności życiowej), z pragmatycznymi środkami zaradczymi twórczo wykorzystującymi zasoby krajowe, regionalne i lokalne aspiracje i zdolności aktorów sceny publicznej (rząd, samorząd, sektor prywatny i pozarządowy). W najszerszej perspektywie profilaktyka gerontologiczna osadzona być musi w polityce społecznej wobec starości i ludzi starych – to oparta na wartościach legislacyjno-instytucjonalna, racjonalna odpowiedź na przemiany w strukturze społeczno-demograficznej społeczeństwa oraz będące ich pochodną zmiany w systemach społecznych; przejawiająca się w działaniach służących:

a) kształtowaniu ogólnych warunków rozwoju i życia najstarszego pokolenia,

b) profilaktyce zdrowotnej i ochronie zdrowia i wieku podeszłego,

Tabela 6

Architektura całościowego programu działań na rzecz tworzenia warunków i jakości życia najstarszego pokolenia (wielowarstwowa „skrzynka z narzędziami”)

II. WYPREDDZANIE ZDARZEŃ - WSPIERANIE W ZAGROŻENIU		IV. ZASOBY SYSTEMU WSPARCIA usługi – katalog ofert – realizatorzy		Sędziwi starcy (powyżej 80 i 90 r.ż.)
Profilaktyka pierwotna	14. Rehabilitacja i rewitalizacja dla seniorów	15. Opieka długoterminowa i hospicyjna	16. Wzorcowe rozwiązania w opiece geriatrycznej (przykłady międzynarodowe, krajowe, lokalne)	Osoby samotne
	11. Monitoring stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sprawności	12. Opieka zdrowotna dla ludzi starych	13. Gerontologiczne programy higieniczno-zdrowotno-socjalne	Kobiety w stanie wolnym
Profilaktyka wtórna	a) rynek pracy	b) mieszkalnictwo	SOCJALNE	Osoby bezdzietne Poważnie chorujący i/lub osoby nie-sprawne
	f) kultura	g) wypoczynek, sport, rekreacja		
Standardy opieki geriatrycznej	6. Zachowanie produktywności i zdolności do uczestnictwa w życiu zbiorowym	c) edukacja	d) zdrowie, sprawność	Utrzymujący się z minimalnych świadczeń lub z niskich dochodów
	7. Poradnictwo, osiąganie konstruktywnej roli w życiu	h) transformacja	i) bezpieczeństwo	
Standardy opieki geriatrycznej	1. Mapa potrzeb seniorów, inwentaryzacja grup ryzyka socjodemograficznego	8. Możliwość wyboru w dostępie do infrastruktury społecznej	9. Integracja społeczna oraz międzypokoleniowa, partycypacja i partnerswo	Małżeństwa z chorym lub niesprawnym partnerem
	2. Infrastruktura instytucjonalna wspomagająca programy gerontologiczne	3. Promocja zdrowia, utrzymanie sprawności psychicznej	4. Przeciwdziałanie dyskryminacji seniorów, rzecznictwo osób starszych	
I. POLITYKA SPOŁECZNA WOBEC STAROŚCI I STARZENIA SIĘ zasady – cele – priorytety				Pensjonariusze instytucji opiekuńczych

Źródło: opracowanie własne.

- c) wyprzedzaniu zdarzeń i przeciwdziałaniu stanom grożącym paueryzacją, degradacją społeczną, utratą samodzielności życiowej bądź niezależności starszejących się obywateli,
- d) zmianie obrazu starości i starzenia się w świadomości społecznej,
- e) zaspokajaniu potrzeb ludzi starszych,
- f) zapewnieniu starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia,
- h) kształtowaniu stosunków między pokoleniami,
- i) harmonizowaniu i godzeniu interesów poszczególnych pokoleń,
- j) wspomaganiu seniorów w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi,
- k) kształtowaniu pozytywnego obrazu starości w świadomości społecznej,
- l) stwarzaniu możliwości sprostania aktualnym i przyszłym sytuacjom oraz problemom związanym ze starzeniem się zbiorowości.

Działania te zwiększać mają szansę prowadzenia przez najstarsze pokolenie aktywnego (partycypacja społeczna), samodzielnego i niezależnego życia tak długo, dopóki jest to tylko możliwe z punktu widzenia zachowanego potencjału zdrowotnego, sprawności oraz osobniczych możliwości i potrzeb.

Realizacji zasad i celów polityki społecznej wobec starości i osób starszych służyć powinny rozpisane w czasie na ogólne i szczegółowe zadania – cztery podstawowe strategie obejmujące działania o charakterze promocyjno-profilaktycznym:

I. Dodawanie lat do życia – obecna w różnym nasileniu we wszystkich typach, krótkoterminowa strategia interwencyjno-asekuracyjna, skoncentrowana na likwidowaniu niedoborów, uzupełnianiu deficytów i ratownictwie społecznym. Pomoc społeczna domyka system zabezpieczenia społecznego i jest adresowana do kręgu osób/grup szczególnego ryzyka znalezienia się poniżej progu bezpieczeństwa socjalnego²⁴. W pakiecie pomocowym znajdować się powinny zróżnicowane działania doraźne, programy ratunkowe/wspomagające/asekurujące sektora publicznego i innych elementów systemu wsparcia społecznego, uruchamiane i realizowane zgodnie z zasadą pomocniczości²⁵.

²⁴ Przez pojęcie „bezpieczeństwo socjalne” proponuję rozumieć przede wszystkim możliwość i gwarancje zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych jednostki lub grupy społecznej. Współczynnik bezpieczeństwa socjalnego stanowi wypadkową zasobów (ludzkich, materialnych, strukturalnych, organizacyjnych i funkcjonalnych), jakimi konkretny system społeczny dysponuje, a także zdolności adaptacyjnych i potencjału leżącego poza jednostką i podsystemem rodzinnym w postaci zasięgu oraz sieci powiązań społecznych, zaplecza instytucjonalnego, systemu zabezpieczeń społecznych i innych form wsparcia społecznego.

²⁵ Władze publiczne koncentrują się na tych zadaniach, których nie można przekazać innym podmiotom i które winny być wypełniane przez sektor publiczny w imię najszerzej rozumianego interesu publicznego. Resztę własnych uprawnień (ustawy, rozporządzenia, uchwały władz samorządowych) władze publiczne powinny delegować na najniższe szczeble realizacyjne. Pomocniczość oznacza, że każda instytucja/grupa winna pospieszyć z pomocą innej, niepotrafiącej lub niemogącej samodzielnie wypełnić swego zadania, pomoc zaś winna być tak świadczona, by wzmacniać potencjał i autonomię biorcy. Zasada pomocniczości zobowiązuje zarówno do działania, jak i do samoograniczenia się, a świadczenie pomocy służyć ma samopomocy, co oznacza, że nie odbiera się ludziom możliwości robienia tego, co leży w granicach ich możliwości, natomiast wsparcie pojawia się wtedy, gdy człowiek nie może sam sobie pomóc, a pomoc jest wycofywana wówczas, gdy osiągnięta jest samodzielność podmiotu.

Zadaniem tej strategii jest ochrona standardu życia i poprawa funkcjonowania niesamodzielnymi seniorów i ich rodzin, a także udzielanie doraźnej, okresowej pomocy osobom/grupom znajdującym się przejściowo w trudnej sytuacji życiowej – zwłaszcza dostarczanie wsparcia osobom starszym żyjącym w ubóstwie, bezradnym i zagrożonym wykluczeniem lub marginalizacją.

W ramach tejże strategii podejmowane są działania zapewniających osobom starszym dostęp do odpowiedniej ilości i jakości produktów żywnościowych i urządzeń zgodnych z normami bezpieczeństwa, bezpieczne użytkowanie lekarstw, domowych środków chemicznych, a także dostępność lekarstw i rozmaitych sprzętów, urządzeń i protez umożliwiających samodzielną egzystencję. Winna ona służyć restrukturyzacji/budowie kompleksowego, a jednocześnie powszechnego, dostępnego fizycznie, terytorialnie i finansowo systemu opieki zdrowotnej z jakością świadczeń i usług odpowiadających postępowi medycyny.

Profilaktyka w ramach tej strategii służy zapobieganiu niedołęstwu starczemu i dotyczy osób starszych z chorobami przyspieszającymi proces starzenia się i/lub prowadzącymi do utraty samodzielności życiowej. Obejmuje także uruchamianie procedur interwencyjnych w przypadkach dewiacji i patologii społecznych wśród seniorów oraz ochronę ofiar nadużyć, przemocy itp.

II. Dodawanie zdrowia do lat – średnioterminowa strategia asekurowo-kompensacyjna (5-10 lat), oparta na profilaktyczno-promocyjnych programach służących wyprzedzaniu niekorzystnych z punktu widzenia procesu starzenia się zjawisk, zdarzeń i procesów, zwłaszcza w sferze zdrowia. Składają się na nią stale obecne, choć jakościowo zmienne elementy interwencji, w tym praca socjalna, służąca identyfikacji, minimalizowaniu i/lub usuwaniu nierównowagi między starzejącą się jednostką a jej społecznym otoczeniem oraz odzyskaniu/wzmacnianiu potencjału własnego seniorów oraz grup i społeczności, których są członkami.

Strategia ta ma na celu umożliwienie/zapewnienie ludziom starszym wolnego wyboru i niezależnego sposobu życia w ich dotychczasowym środowisku społecznym.

Profilaktyka starzenia się obejmuje działania służące zapobieganiu przedwczesnej i patologicznej starości, a jej adresatami są ludzie zdrowi w średnim wieku, zagrożeni przedwczesnym starzeniem się (ochrona przed chorobami i/lub powikłaniami z ich strony).

W ramach tej strategii pojawia się także nowy priorytet w programach dla ludzi starych, dotyczący dzieci i młodzieży. Dzieciństwo traktuje się jako kolebkę długowieczności, a dzisiejsi ludzie młodzi to znacząca grupa docelowa polityki społecznej, wymagająca nowej wiedzy i umiejętności oraz kształtowania zachowań umożliwiających wejście w starość w zdrowiu, sprawności i z odpowiednim dochodem oraz wypracowanym nawykiem oszczędzania, przy wsparciu i społeczności lokalnej.

Zdolność jednostki do wczesnego podjęcia procesu adaptacji do starości długowiecznej to warunek zmiany postaw społecznych wobec starzenia się i starości.

III. Dodawanie życia do lat – wieloletnia strategia kompensacyjno-partycypacyjna budowana na bazie wyników wcześniej uruchomionych i nadal funkcjonujących programów profilaktycznych, budujących zdrową i aktywną starość, przezorność, zaradność oraz zdolność do samoopieki.

Strategia obejmuje wspieranie działań umożliwiających pełnienie przez seniorów znaczących, produktywnych ról społecznych – zatrzymanie i odwrócenie procesu przyznawania osobom starszym statusu bez roli.

Podejmowane działania służyć mają poprawie/utrzymaniu:

- jakości życia seniorów, zwłaszcza sędziwych starców,
- zapewnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego,
- podtrzymywaniu zdolności do pracy,
- zwiększaniu zatrudnienia osób starszych,
- podniesieniu wysokości podstawy składki emerytalnej i stabilności systemu rentowo-emerytalnego,
- zagwarantowaniu starszym ludziom (pensjonariuszom) żyjącym w zakładach opieki poszanowaniu ich prywatności i uczestnictwa pensjonariuszy w określaniu warunków życiowych w tych instytucjach.

IV. Budowanie międzypokoleniowej solidarności – długoterminowa, dominująca w niezbyt odległej przyszłości strategia partycypacyjno-integracyjna, oparta na koncepcji społeczeństwa, które dostosowuje swą strukturę i funkcjonowanie, jak również politykę i planowanie do potrzeb, możliwości i umiejętności wszystkich obywateli (w różnych grupach wiekowych), uwalniając i wykorzystując potencjał generacyjny z korzyścią dla każdej kategorii wieku, zgodnie z zasadą wzajemności i równości.

W procesie integracji międzypokoleniowej każda generacja wnosi unikatowe zasoby i umiejętności, wzmacniając społeczność i partnerów społecznych. W relacjach z młodszymi pokoleniami ludzie starsi zyskiwać winni na nowo rolę depozytariuszy i nosicieli wzorów kultury, wartości, modeli ról oraz doświadczenia życiowego.

Seniorzy powinni zostać włączeni w proces zaspokajania potrzeb i rozwiązywania istotnych problemów indywidualnych i społecznych, zabierać głos we własnych sprawach i brać udział w decyzjach ich dotyczących.

Współuczestnictwo osób starszych w życiu społeczności obejmuje wszystkie aspekty życia zbiorowego, zwłaszcza rynek pracy, samokształcenie i edukację obywatelską.

Celem strategii jest generowanie postaw sprzyjających akceptacji i nauczenia się czerpania satysfakcji z poszczególnych faz życia, a także traktowanie przez najstarszych członków społeczności przestrzeni społecznej również jako swojej.

* * *

Zaprezentowany sposób rozumienia profilaktyki starzenia się i starości dostarczyć miał rzeczowych argumentów na rzecz tezy o konieczności zmiany sposobu postrzegania tych zjawisk jako fazy życia wymagającej nie tylko

leczenia, ale szeroko rozumianej profilaktyki, stanowiącej ważną domenę polityki społecznej adresowanej do osób starszych, realizującej rzecznicstwo potrzeb, problemów i spraw najstarszego pokolenia, generującej programy edukacyjne i szkoleniowe, upowszechniającej wiedzę o starzeniu się i starości.

Na drodze ku takim rozwiązaniom napotyka się wiele barier. Jedną z przeszkód w budowaniu w naszym kraju społecznej aprobaty dla zmian i rozwiązań długookresowych i wspierania koniecznych reform w systemie zabezpieczenia społecznego jest brak zrozumienia ich konieczności i spodziewanych korzyści dla pojedynczego człowieka. Towarzyszą temu bariery instytucjonalne, mające w części swe źródło w stereotypowym przekonaniu, iż populacja ludzi w wieku emerytalnym generuje wyłącznie koszty, co wyklucza inne niż „zaciskanie pasa” strategie rozwiązywania problemów najstarszego pokolenia. Ponadto wiele z koniecznych do podjęcia reform wykracza poza kadencje tych, którzy aktualnie sprawują władzę, stąd też – mimo wielu wyborczych deklaracji – nie są nimi tak naprawdę zainteresowani.

Nie ma rozwiązań łatwych i bezbolesnych – złudnym okazać się może oczekiwanie na lepsze ekonomicznie czasy dla uruchomienia profilaktyczno-promocyjnych programów gerontologicznych, gdyż doprowadzi to do podejmowania w późniejszym okresie jeszcze trudniejszych i bardziej kosztownych dla obywateli rozwiązań.

prof. dr hab. Zbigniew Woźniak
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu
zbig@amu.edu.pl

AGING AND OLD-AGE PROPHYLAXIS – A DREAM OR NECESSITY?

Summary

When shaping an objective, but at the same time positive way of thinking of the old-age, one often comes across a one-dimensional perception of the aging process and problem of senior citizens, where the old age is either seen as a personal drama and a time of nothing else but suffering and hopelessness, which is then analysed entirely from the point of view of deficits, pathology, maintenance issues and health care (*medicalisation of old age*), or it is a picture dominated by over-optimistic models of old age living styles which are more a resemblance of manifests characteristic of minority groups. The latter by no means serves to achieve an objective view of the actual position and potential of the elderly citizens (*but is a view often presented by active senior citizens or their organisations*).

Neither of the two ways of presenting the issues of aging and the old age may be suitably used for building prevention or supporting programmes aimed at improving the quality of living in the last stage of a human's life. The conclusions presented in the paper justify the necessity of including in such prevention programmes other activities, not necessarily only health-related. They also postulate addressing such activities to other social categories as well, thus placing them in a broader context of social policy directed at the elderly citizens and aging.