

Błachnio Aleksandra, Maliszewski Wojciech, Molesztak Aldona. Availability of environmental resources vs. health conditions and wellbeing of residents 60+ of rural areas. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(6):888-901. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1065011>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5058>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).

1223 *Journal of Education, Health and Sport* eISSN 2391-8306 7

© The Author(s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 17.06.2017. Revised 18.06.2017. Accepted: 23.06.2017.

## Availability of environmental resources vs. health conditions and wellbeing of residents 60+ of rural areas

### Ocena zasobów środowiskowych a stan zdrowia i dobrostan osób w wieku 60+ mieszkających na wsi

Aleksandra Błachnio<sup>(1)</sup>, Wojciech Maliszewski<sup>(2)</sup>,  
Aldona Molesztak<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

<sup>(2)</sup> Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. S. Staszica w Pile

**Key words:** quality of life, aged, attitudes to health, comorbidity, age-friendly environment

**Słowa kluczowe:** jakość życia, osoby starzejące się, postawy wobec zdrowia, wielochorobowość, środowisko przyjazne starzeniu się

#### Abstract

**Admission.** The number of Polish old increases regularly. At the same time, the debate on how improving the quality of life of the old has been renewed, but the scientists need to study if the “successful ageing” can be obtained by an average senior. **Aim of the study.** The goal of this research was to measure health and well-being of residents 60+ living in villages and to investigate to what extent the environmental resources meet their needs. **Material and methods.** Satisfaction with Life Scale (Diener et al., 1985) and a structured interview assessing the quality of health conditions and environmental resources were carried out in 2016 on a sample of 120 seniors. Each participant gave consent for participation in the study. The Statistica 12.5 software was used for analyses. **Results.** The overall measure of satisfaction with life of the respondents ( $M=18,83$   $SD=5,45$ ) is moderate. Seniors who declare stronger sense of diseases have lower well-being than seniors with better subjective assessment of health (Tukey HSD=27,84,  $p=0,01$ ). Multimorbidity and polypharmacy are present to a limited extent. The issue of unmet needs

of elderly individuals in villages affected more than half of the respondents. Older residents of rural areas have but limited environmental resources. **Conclusions.** Robert Havighurst's model of "successful ageing" and the right for "the greatest good for the greatest number" in Poland are merely theoretical constructs. The burden of caregiving on the ageing population is still mostly on their families. Seniors lack satisfactory environmental resources and state care.

## Streszczenie

**Wstęp.** Populacja polskich seniorów systematycznie rośnie. Jednocześnie debata nad strategiami zwiększania jakości życia osób starzejących się na nowo jest podejmowana, tym razem badacze weryfikują na ile pomyślne starzenie się może być udziałem przeciętnego seniora. **Cel pracy.** Przeprowadzone badania miały na celu zbadanie stanu zdrowia i poziomu dobrostanu osób w wieku 60+ mieszkających na wsi. Następnie zdiagnozowano w jakim zakresie zasoby środowiskowe odpowiadają ich potrzebom. **Materiał i metoda.** Badania przeprowadzono w 2016r. na próbie 120 seniorów, którzy wypełnili *Skalę Satysfakcji z Życia* (Diener et al., 1985) oraz uczestniczyli w ustrukturalizowanym wywiadzie oceniającym stan ich zdrowia i dostępność zasobów środowiskowych. Każdy z uczestników wyraził zgodę na uczestnictwo w nich. Analizy przeprowadzono w pakiecie The Statistica 12.5.

**Wyniki.** Ogólna miara satysfakcji z życia (SWLS) respondentów ( $M=18,83$   $SD=5,45$ ) jest umiarkowana. Seniorzy, którzy mają silne poczucie schorowania mają niższy poziom dobrostanu w porównaniu z respondentami, którzy subiektywnie ocenili swój stan zdrowia lepiej (Tukey HSD=27,84,  $p=0,01$ ). Wielochorobowość i wielolekowość wystąpiły w ograniczonym zakresie. Problem deprywacji potrzeb starzejących się mieszkańców wsi wystąpił w różnym zakresie u ponad połowy respondentów. Seniorzy z obszarów wiejskich mają ograniczony dostęp do zasobów środowiskowych. **Wnioski.** Roberta Havighursta model "pomyślnego starzenia się" i prawo do "możliwie największego dobra dla możliwie największej liczby osób" wydają się nadal tylko teoretycznymi konstrukcjami w Polsce. Brzemie opieki nad starzejącymi się generacjami wciąż w większości spoczywa na rodzinach. Seniorom brakuje satysfakcjonujących zasobów środowiskowych i opieki państwa im dedykowanych.

## Wstęp

Starzenie się polskiego społeczeństwa jest trwałym trendem, w konsekwencji którego proporcja ludzi starych do młodych odwróciła się na korzyść tych pierwszych (Okólski, 2014). W 2015r. na 38,5 mln Polaków, ponad 8,8 mln. stanowiły osoby 60+, co daje ponad 23% ogółu populacji (Rada Ministrów, 2016). Te argumenty liczbowe sprawiają, że debata nad skutecznymi strategiami zwiększania jakości życia seniorów jest podejmowana na nowo (Molesztak, 2016, 2017; Błachnio, 2017). Bo chociaż w geronaukach opracowano szereg modeli pozytywnego starzenia się i upowszechniono, w dużej mierze dzięki inicjatywom Światowej Organizacji Zdrowia (z ang. World Health Organization, WHO), strategię przyjaznych starzeniu się środowisk (a dokładnie zainicjowana w 2007r. strategia odnowy miast w kontekście starzenia się społeczeństw, z ang. age-friendly city; Labus, 2013), to badania polskie nie potwierdzają powszechności pomyślnego starzenia się polskich seniorów. Szczególna troska formułowana jest wobec środowisk wiejskich, które dysponując wieloma zasobami, mają również szereg ograniczeń. Natomiast szansa na pozytywną adaptację do procesu starzenia się rośnie dopiero

w sytuacji, w której zasoby osobiste wzmocnione są i utrwalane przez wymierne zasoby środowiskowe, w postaci wsparcia i opieki przez członków rodziny, ale także zorientowane na seniora i jego potrzeby wyspecjalizowane instytucje sektora zdrowia i opieki społecznej. Nasilająca się migracja ekonomiczna młodego pokolenia z jednej strony, a zwiększająca się dynamika starzenia społeczeństwa z drugiej (do 2050r. ilość osób w wieku 65+ wyniesie 224,9% stanu z 2013r. na wsiach; GUS, 2014) sprawia, że troska o jakość życia polskiego seniora na wsi nie traci na aktualności.

### **Cel pracy**

Aby zweryfikować na ile strategia pomyślnego starzenia się opisuje starzejących się mieszkańców terenów wiejskich postanowiono zbadać poziom dobrostanu i stan zdrowia osób 65+, a następnie sprawdzić w jakim zakresie zasoby środowiskowe (w tym pomoc medyczna, środki finansowe, akceptacja i wsparcie społeczne) odpowiadają potrzebom seniorów.

### **Material i metoda**

Badania zostały przeprowadzone w województwie Wielkopolskim w okresie VII-IX 2016r. Osoby badane zostały zrekrutowane spośród mieszkańców trzech wsi, a kryterium doboru było ukończenie 65r.ż. W pomiarze uczestniczyło 120 osób. Badanie realizowano indywidualnie z każdą osobą badaną, którą uprzednio informowano o celu badania, przysługujących jej prawach oraz proszono o wyrażenie zgody na uczestnictwo w nich. Respondenci wypełniali *Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS)* Eda Dienera, R.A. Emmons, R.J. Larsona i S. Griffina w adaptacji Zygryda Juczyńskiego (2001). Przeprowadzono również ustrukturalizowany wywiad, w którym obok rozpoznania problemu wielochorobowości i wielolekowości, pytano seniorów o dostępność do zasobów środowiskowych w zakresie świadczeń zdrowotnych i pomocowych. Zebrane dane poddane zostały analizom statystycznym w programie Statistica 12.5.

### **Wyniki**

W gronie 120 zbadanych respondentów znalazło się 74 kobiet (62% próby) i 46 mężczyzn (38% próby). Średnia wieku osób badanych wyniosła 72,64 (Sd=6,71). Dokładna charakterystyka demograficzna próby przedstawiona została w formie tabeli (zob. Tab. 1).

**Tab. 1.** Charakterystyka demograficzna osób badanych (N=120)

Zmienna		Kobiety (N=74)	Mężczyźni (N=46)
Wiek	Średnia (Sd)	72,74 (6,86)	72,48 (6,55)
	Min.-Max.	65-87	65-86
Wykształcenie	niepełne podstawowe i podstawowe	34 (46%)	17 (37%)
	zasadnicze zawodowe	20 (27%)	21 (46%)
	Średnie	19 (26%)	7 (15%)
	Wyższe	1 (1%)	1 (2%)
Stan cywilny	panna / kawaler	5 (7%)	2 (4%)
	zamężna / żonaty	33 (44%)	32 (70%)
	żyjący w separacji	-	1 (2%)
	po rozwodzie	2 (3%)	1 (2%)
	wdowa / wdowiec	34 (46%)	10 (22%)
Warunki mieszkaniowe	własny dom	56 (76%)	40 (87%)
	własne mieszkanie	12 (16%)	5 (11%)
	mieszkanie u kogoś	3 (4%)	-
	mieszkanie brak danych	3 (4%)	1 (2%)
Sytuacja rodzinna	mieszka samotnie	16 (22%)	5 (11%)
	mieszka tylko z mężem / żoną	33 (44%)	22 (48%)
	mieszka z rodziną	22 (30%)	18 (39%)
	brak danych	3 (4%)	1 (2%)

### Dobrostan osób w wieku 60+ mieszkających na wsi

Dobre samopoczucie, co podkreśla Zygfryd Juczyński (2001), jest ważnym elementem zdrowia, a w świetle aktualnych debat nad starością, również warunkiem pozytywnego i funkcjonalnie niezależnego starzenia się. Pytanie o to jaki dobrostan mają badane osoby starsze, czyli jak oceniają satysfakcję z własnej sytuacji życiowej w relacji z ustalonymi przez siebie standardami zostało uznane za ważne w diagnozie. Do pomiaru użyto standaryzowane i cieszące się dużą popularnością w światowych badaniach narzędzie Eda Dienera i in. w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego (2001) *Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS)*. Uzyskane wyniki przeanalizowano dla 118 osób (u 2 uczestników wystąpiły braki w odpowiedziach, które spowodowały wykluczenie ich z dalszych analiz w obszarze dobrostanu). Otrzymane rezultaty usystematyzowano w tabeli (Tabela 2).

**Tab. 2.** Statystyki opisowe dla ogólnej oceny jakości życia seniorów (SWLS)

	N	Średnia	Moda	Liczność Mody	Minimum	Maksimum	Odch.std
SWLS	118	18,83	Wielokr.	12	5,00	31,00	5,45

Miara ogólna dobrostanu osób badanych jest niska i odpowiada poziomowi podkategorii klinicznych (osób po zawale mięśnia sercowego i kobiet w okresie menopauzy) z polskiej próby normalizacyjnej. Wynik ten przeliczony, zgodnie z instrukcją autora (Juczyński, 2001), na skalę stenową wynosi 5 i jest tuż nad granicą niskiej jakości życia. W porównaniu z wynikami amerykańskimi, na osobach w podeszłym wieku, polscy seniorzy wypadają jeszcze mniej korzystnie. Ich amerykańscy rówieśnicy uzyskują bowiem średni wynik dobrostanu 24,40, a więc wyraźnie wyższy. Analiza wyników jednostkowych pokazuje, że blisko 1/3 zbadanych osób starszych cierpi na niską jakość życia. Zdecydowana większość ma średni poziom jakości, przy czym wielokrotna moda (czyli najczęściej występujące wyniki, trzykrotnie po 12 osób) umiejscowione są w wartościach niższych, tj. 18,19 i 20 (dających tylko 5 sten), a więc tuż nad granicą niskiej jakości życia. Jedynie nieliczni respondenci, bo tylko 22% próby, jest usatysfakcjonowanych ze swojej sytuacji życiowej (szczegółowe wyniki badań zob. Tabela 3).

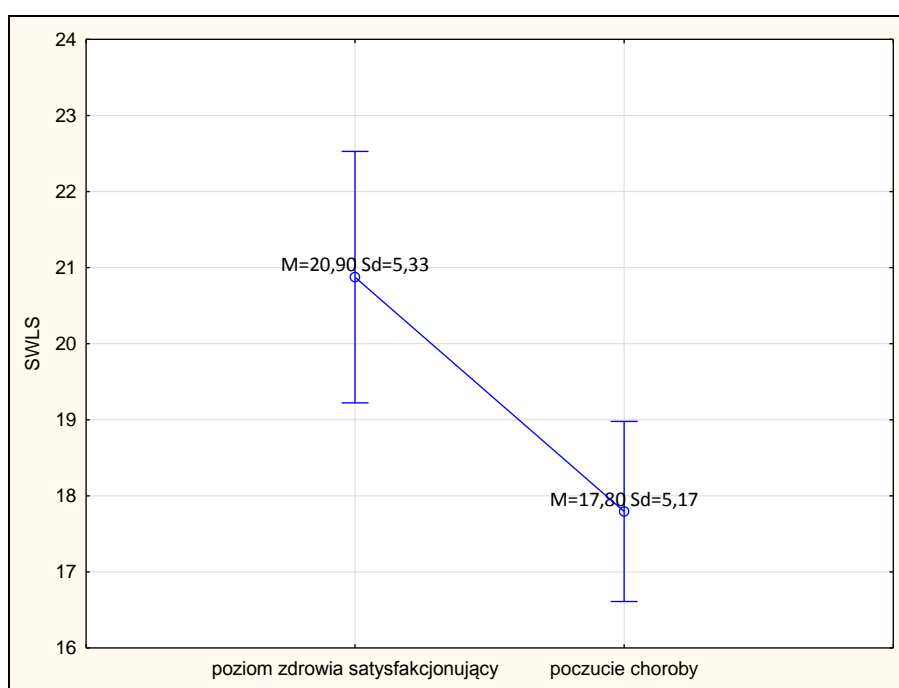
**Tab. 3.** Rozkład ilościowy zakresów niskiej, średniej i wysokiej satysfakcji z życia badanych seniorów

Poziom satysfakcji z życia	Zakres wyników SWLS	Ilość osób	Skumulowana liczba i procent respondentów
NISKA SATYSFAKCJA Z ŻYCIA	5	1	40 (33,33%)
	6	1	
	7	2	
	8	3	
	9	1	
	10	3	
	11	2	
	12	2	
	13	3	
	14	3	
	15	9	
	16	3	
ŚREDNIA SATYSFAKCJA Z ŻYCIA	17	7	54 (45%)
	18	12	
	19	12	
	20	12	
	21	9	
	22	4	
WYSOKA SATYSFAKCJA Z ŻYCIA	23	5	24 (20%) <sup>1</sup>
	24	4	
	25	6	
	26	4	
	27	6	
	29	3	
31	1		

<sup>1</sup> Suma procent da 100 o ile uwzględni się 2 braki, tj. 1,67%

Szczegółowe analizy pokazały, że czynnikiem istotnie różnicującym osoby badane ze względu na poziom ich satysfakcji z życia jest ich zdrowie. Osoby deklarujące gorszy stan zdrowia mają istotnie niższy poziom dobrostanu, ich średni wynik to 17,80 (Sd=5,17). Osoby oceniające stan swojego zdrowia pozytywnie deklarowały średni poziom satysfakcji z życia równy 20,90 (Sd=5,33). Stwierdzona różnica jest istotna statystycznie co pokazuje wynik testu Tukeya (HSD=27,84, df=116 dla p=0,01). Wynik przedstawiony został na wykresie (Wykres 1). I znów wynik niekorzystny, czyli niższa średnia wartość dobrostanu, określa zdecydowaną większość respondentów (N=80).

**Wykres 1.** Subiektywna ocena zdrowia a satysfakcja z życia seniorów



### Stan zdrowia – subiektywna ocena

Respondenci zapytani o stan zdrowia, w zdecydowanej większości (65% kobiet i 70% mężczyzn) określili się jako osoby chore. Tymczasem mniej niż połowa, a dokładnie 56 osób (47%) ma orzeczoną niepełnosprawność. Rozpoznanie problemu wielochorobowości wskazuje, że powszechnie dominują 2-3 choroby. Wystąpiły pojedyncze przypadki osób cierpiących na większą ilość chorób (max. wyniosło 6 jednostek chorobowych). Jednocześnie w gronie respondentów były osoby, które deklarowały, że nie cierpią na żadną dolegliwość. Rozkład odpowiedzi w zakresie polipatologii przedstawia Tabela 4.

**Tab. 4.** Zakres wielochorobowości u osób badanych (N=120)

Kategoria	Ilość chorób						
	0	1	2	3	4	5	6
K zdrowe	21	5	-	-	-	-	-
K chore	3	13	12	14	4	1	1
M zdrowi	13	1	-	-	-	-	-
M chorzy	-	12	12	7	1	-	-

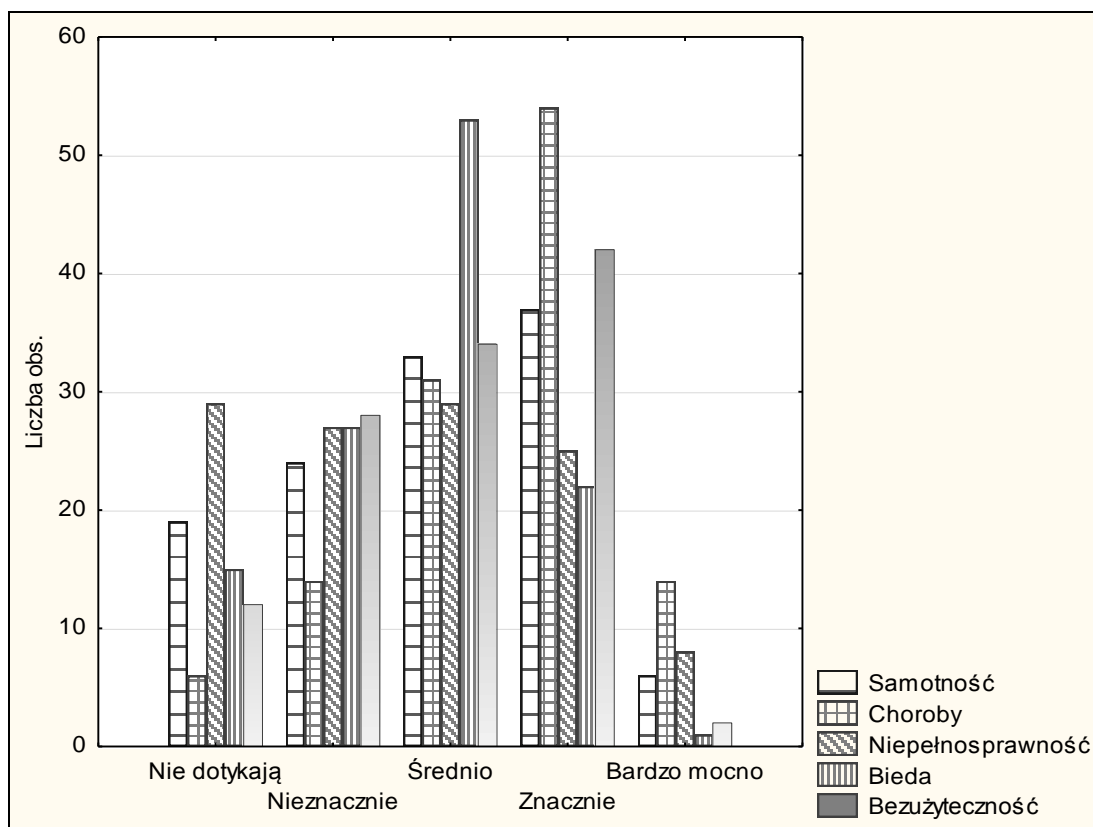
Diagnoza zasobów osobowych seniorów wskazuje na szereg obszarów problemowych. Osoby badane identyfikują samotność, choroby i poczucie bezużyteczności jako problemy w znacznym stopniu ograniczające funkcjonowanie seniorów. Te odpowiedzi, na co wskazuje wartość mody, są najczęstszymi wśród 120 zebranych wypowiedzi (zob. Tabela 5).

**Tab. 5.** Deficyty w zasobach jednostkowych seniorów

	N	Średnia	Moda	Liczność Mody	Min.	Maks.	Odch. std
Samotność (1)	119	2,89	4,00	37	1,00	5,00	1,16
Choroby (2)	119	3,47	4,00	54	1,00	5,00	1,02
Niepełnosprawność (3)	118	2,63	Wielokr.	29	1,00	5,00	1,25
Ubóstwo i bieda (4)	118	2,72	3,00	53	1,00	5,00	0,94
Przekonanie, że się nie jest potrzebnym (5)	118	2,95	4,00	42	1,00	5,00	1,04

Szczegółowa analiza rozkładu ocen osób badanych wskazuje, że silne nasilenie problemów w stopniu od „średnio” do „bardzo mocno” deklaruje w zakresie: (1) samotności, aż 64% osób badanych; (2) zdiagnozowanych chorób, 83% osób; (3) niepełnosprawności – 53%; (4) ubóstwa i biedy, aż 65% respondentów; oraz (5) poczucia bezużyteczności, 67% osób badanych (zob. Wykres 2).

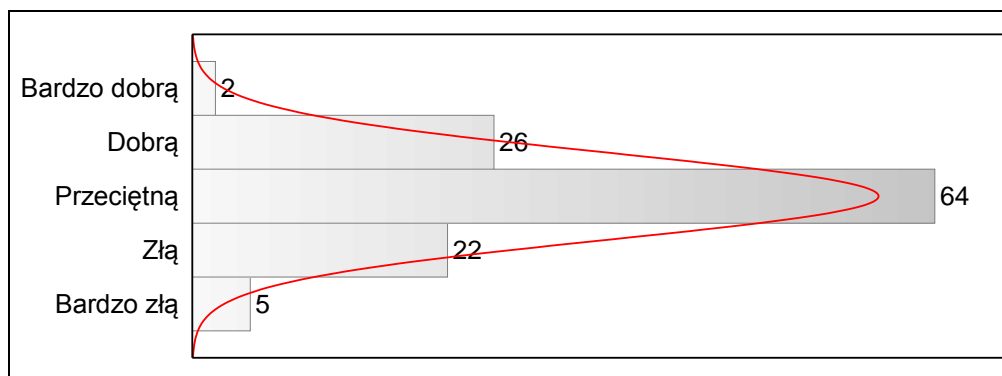
**Wykres 2.** Ograniczenia w zasobach indywidualnych seniorów



### Przejawy defaworyzacji ludzi starych w środowisku wiejskim

W tym obszarze respondenci proszeni byli o zidentyfikowanie i/lub ocenę barier występujących w ich otoczeniu. Ważnym aspektem był ich status ekonomiczny. Pytani o sytuację materialną ocenili ją w zdecydowanej większości jako przeciętną (64 osób, tj. 53%) i poniżej (27 osób, 22,5%). Zadowolonych ze swoich warunków ekonomicznych było tylko 28% respondentów (zob. Wykres 3).

**Wykres 3.** Ocena sytuacji materialnej osób badanych (N=120)





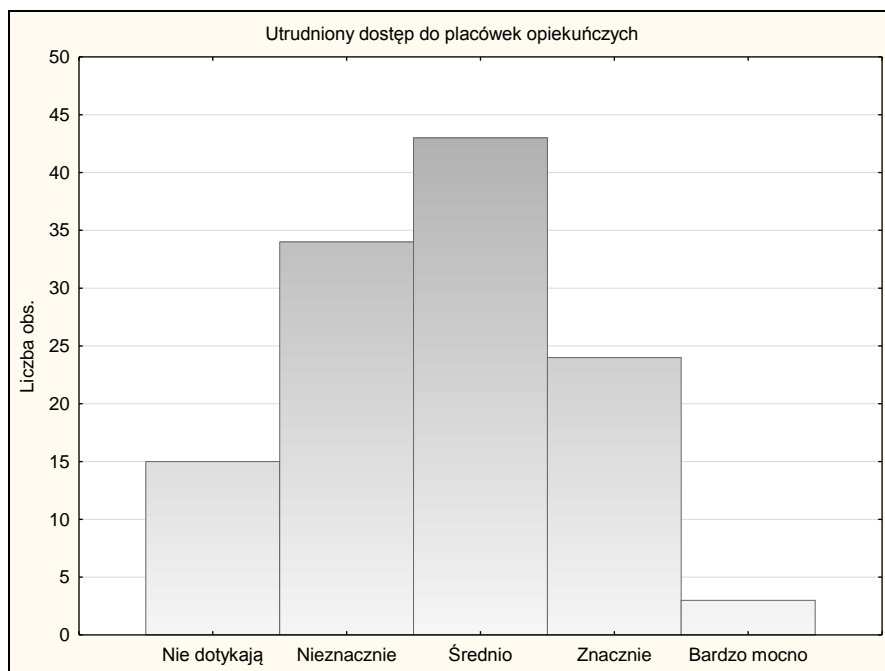
W wywiadzie zebrano dane odnośnie zakresu i jakości opieki, którą seniorzy uzyskują w ich miejscu zamieszkania. W odpowiedzi na pytanie „Jak często w ostatnim półroczu korzystała Pani z opieki medycznej?” uzyskano jako najczęstsze dwie kategorie określające zakres od dwóch do kilku wizyt (szczegółowe dane przedstawiono w tab. 6).

**Tab. 6.** Częstość korzystania osób badanych (N=120) z opieki medycznej

Jak często w ostatnim półroczu korzystała Pani z opieki medycznej?	N osób	% badanej próby
Zupełnie nie	7	5,83
Raz	11	9,17
Dwa-trzy razy	32	26,67
Kilka razy	54	45,00
Zawsze jak mam okazję	14	11,67
BRAK DANYCH	2	1,67

Prośba o ocenę trudności w dotarciu do placówek opieki zdrowotnej pokazała, że większość bo aż 87% respondentów dostrzega ją, choć różnicuje zakres jej uciążliwości od „nieznacznie” (34 osoby 28%) po „bardzo mocno” (szczegółowe dane przedstawia Wykres 4). Najwięcej osób badanych, bo aż 43 (35,83%) ocenia trudność w dotarciu do pomocy lekarskiej jako „znaczną”. Tylko 15 osób (12,5%) nie deklaruje w tym obszarze trudności.

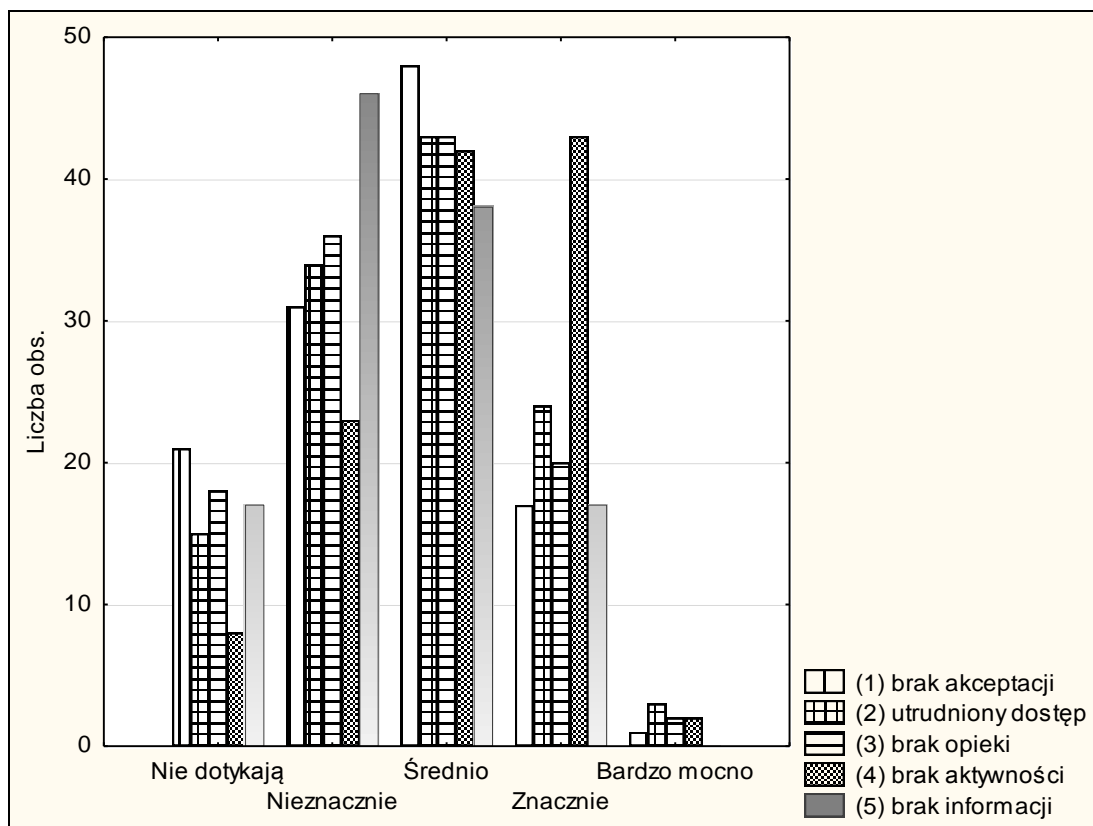
**Wykres 4.** Subiektywna ocena trudności w dotarciu do placówek opieki medycznej (N=120)



Osoby badane zadeklarowały ponadto pilną potrzebę kontaktu z lekarzem (70 osób tj. 58,33%) oraz podkreśliły fakt regularnego przyjmowanie wielu leków (74 osoby, tj. 61,67%). Problem wielolekowości i związane z nim poważne zagrożenie zdrowia i życia pacjenta szeroko dyskutowany w literaturze (Dubiel, Klich-Rączka, 2011). Wymaga systematycznego, o ile nie stałego nadzoru lekarskiego nad pacjentem geriatrycznym. Tymczasem ilość wykwalifikowanych lekarzy ze specjalizacją geriatryczną jest w Polsce alarmująco niska (Bień, 2012; Zych, 2015) i potrzebę opieki w żadnym wymiarze nie zaspakajają.

Diagnoza deficytów środowiska pokazała, że w ocenie seniorów są marginalizowani w środowisku lokalnym, co manifestuje się poczuciem braku należytej opieki i akceptacji, niskim stopniem aktywizacji i przepływu informacji. Szczegółowy rozkład ocen respondentów w badanych obszarach deficytów przedstawiony został na wykresie (Wykres 5). Ocenę problemu w zakresie od „średnio” do „bardzo mocno” w obszarze: (1) braku akceptacji zadeklarowało, aż 57% osób badanych; (2) braku dostępu do placówek medycznych, 59% osób; (3) braku opieki – odpowiednio 55%; (4) braku aktywności, aż 74% respondentów; oraz (5) braku dostępu do informacji, 47% osób badanych.

**Wykres 5.** Obszary deficytów w środowisku seniorów – szczegółowy rozkład odpowiedzi osób badanych



## Dyskusja

*„Godności tak często przyznawane starzejącym się i starym ludziom są pozbawione mocy i nic nie dowodzą”*  
(Amery, 2007, s.72)

Dyskutując proces starzenia się i starości, szczególną uwagę poświęca się warunkom, które muszą zostać spełnione, aby można było zastosować w ich opisie kategorię jeśli nie „pomyślną” (czyli z wysoką sprawnością psychofizyczną, dużą aktywnością życiową i niskim prawdopodobieństwem chorób i niepełnosprawności) to przynajmniej „prawidłową” (czyli bez patologii i ze względny dobrotanem) (Pędich, 2006; Zawadzka, Stalmach, 2015). Tymczasem uzyskane wyniki pokazują, że respondenci, którzy uczestniczyli w badaniach przeżywają zdecydowanie niższą jakość starości, co przełożyło się na ich ogólny dobrostan. Ponad połowa osób badanych uzyskała średni poziom dobrostanu, a około 30% z nich wręcz niski. Najczęstsze w przebadanej populacji oceny dobrostanu (tzw. mody) znajdowały się w zakresie niższych wartości średnich. Pomiar wpisuje się w opisywaną w literaturze tendencję do obniżania się zadowolenia z życia Polaków (Trempała, 2014). Dalsza analiza wyników pokazała, że uczestnicy postrzegają swoją sytuację życiową, jako niekorzystną w aspekcie zdrowia, warunków ekonomicznych i zasobów środowiskowych.

Roberta Havighursta model “pomyślnego starzenia się” i prawo do “możliwie największego dobra dla możliwie największej liczby osób” (za: Katz, Calasanti, 2015) okazały się więc bardziej teoretycznymi konstruktami, niż doświadczaną przez polskich seniorów rzeczywistością. W obrazie starości coraz silniej zarysowuje się jej zdywersyfikowanie i rozwarstwienie socjodemograficzne (Suchecka, Urbaniak, 2016), a w narracji o naturze starości wciąż wiele jest treści odnoszących się do deficytów, które są udziałem starzejących się ludzi. Szczególnie wymowne są ich wypowiedzi odnoszące się do problemu samotności. Aż 63% uskarżało się na poczucie osamotnienia, podczas gdy jedynie 11% respondentów żyło samotnie w jednoosobowych gospodarstwach domowych. Wynik ten można interpretować jako skutek „pomijania” i „zaniedbywania” starzejących się rodziców przez podległe dyktatowi pieniądza i tyranii pracy młode pokolenia (por. Błachnio, Maliszewski, 2015). Dorosłe dzieci decydują się na mobilność ekonomiczną (Urry, 2009), rezygnując z bliskości i bycia przy starzejącym się rodzicu. W literaturze przedmiotu proces ten opisywany jest jako atomizacja życia w rodzinie, której towarzyszy (re)konstrukcja w umysłach jednostek samej kategorii „rodzina”. W rezultacie

każdy jej członek, indywidualnie, „(...)poprzez samodzielne wybory decyduje o tym kto jest dla niego bliski i przynależy do „jego” rodziny, a kto podlega emocjonalnemu wykluczeniu i znajduje się poza jej strukturą” (Majewska-Opiełka, 2009, s.37). Artur i Agnieszka Fabiś konkludują: „Przemiany cywilizacyjne, społeczne, kulturowe w krótkim czasie skazały polskie rodziny wielopokoleniowe na rozproszenie, podział, samotność” (2014, s.166). To poczucie pogłębia doświadczane w starości przeżycie bezużyteczności (deklarowane przez 67% respondentów).

Poczucie dobrostanu i sposób przeżywania własnej starości niezmiennie współbrzmie ze stanem zdrowia. Tymczasem jak pokazały to zaprezentowane wyniki badań, które wpisują się w tendencję opisywaną także przez innych badaczy (Zrałek, 2014), zdecydowana większość seniorów (bo aż 83%) „nie czuje się zdrowa”. Niekorzystna sytuacja zdrowotna najstarszych Polaków coraz częściej staje się przedmiotem interdyscyplinarnych analiz i debat, ze szczególnym ukierunkowaniem na koszty, zarówno osobowe, społeczne, jak i ekonomiczne, wielochorobowości, wielolekowości i geriatryzacji sektora zdrowia (Błachnio, 2015; 2016). Aktualnie średnia przeżycia statystycznego Polaka wynosi 73,8 lat, a Polki 81,6 lat, z czego odpowiednio 81% i 77% przewidywanej długości życia minie w zdrowiu (GUS, 2016). Pozostałe lata wiążą się z potrzebą bycia „zaopiekowanym” przez wyspecjalizowany personel, którego w każdej z dedykowanych seniorom profesji (np. geriatrów, pielęgniarki środowiskowe, rehabilitanci), brakuje (Błachnio, 2015; 2016). Problem ten dostrzeżony został przez samych seniorów. W badanej próbie, aż 40% respondentów miało ograniczony kontakt z lekarzem, który oszacowali na 1 do 2 wizyt w skali całego roku. Ponadto, zdecydowana większość przebadanych osób, bo aż 87%, zadeklarowała, że ma utrudniony dostęp do placówek opieki medycznej. Ta niewydolność polskiego sektora zdrowia jest rzeczywistością zastaną. Według Barbary Szatur-Jaworskiej „Ani osoby na przedpolu starości, ani osoby starsze nie oczekują, iż mogłyby otrzymać pomoc od osób zajmujących się tym zawodowo (opiekuna, pracownik socjalny, pielęgniarka środowiskowa)” (2012, 432). Brzemie opieki nad starzejącymi się generacjami nadal w większości spoczywa na rodzinach, ta tymczasem przestaje skutecznie się z niej wywiązywać.

Przejawów defaworyzacji, w subiektywnej ocenie seniorów, jest zdecydowanie więcej. Kluczowym jest problem niewystarczających świadczeń finansowych, które w literaturze są obecne jako mniej czy bardziej wprost opisany problem pauperyzacji polskiej starości,

zwłaszcza w jej zaawansowanym wiekowo, sfeminizowanym stadium (Cudak, 2007; Zrałek, 2014). Wśród przebadanych osób jedynie 28% pozytywnie oceniło swoją sytuację ekonomiczną. Seniorzy identyfikowali również przykłady bycia wykluczonym ze społeczności lokalnej. Sytuacje te wiązały się z brakiem dostępu do informacji, z deficytem opieki ze strony rodziny i akceptacji ze strony środowiska. Każda z nich skupiała ponad połowę respondentów, których ustosunkowanie było niekorzystne, co potwierdza ważność i aktualność problemu.

Podsumowując, dążenie do urzeczywistnienia modelu pomyślnej starości wymaga sprzyjających mu zasobów jednostkowych, ale i wsparcia środowiska, w którym osoby się starzeją. Przeprowadzone badania pokazują, że w obu wymiarach warunki nie są wystarczające by uzyskać satysfakcjonującą jakość starzenia się. Zaprezentowane wyniki unaoczniają nagłą potrzebę ukierunkowanego zwiększenia zasobów środowiskowych w otoczeniu seniorów, które podniosłyby jakość życia w starości i odciążyły coraz mniej wydolne rodziny (Błachnio, Maliszewski, 2015).

## Bibliografia

1. Amery, J. (2007) O starzeniu się. Bunt i rezygnacja. Warszawa: Wydawnictwo Czytelnik.
2. Bień B. (2012) Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności w Polsce. [w:] J. Hryniewicz (red.) O sytuacji ludzi starszych, s.151-158. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa
3. Błachnio, A. (2015) Telegeriatria. Innowacje technologiczne a jakość życia seniorów. W: L. Buliński (red.) Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością, 237-250. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
4. Błachnio, A. (2016) Tele-geriatria a jakość życia seniorów. *Pedagogika Rodziny*, 6(2), 167-176.
5. Błachnio, A. (2017) Jakość i strategie życia w starości. W: A. Błachnio, K. Kurys-Szyncel, E. Martynowicz, A. Molesztak, *Psychologia starzenia się i strategie dobrego życia*, 61-80. Warszawa: Difin.
6. Błachnio, A., Maliszewski, W.J. (2015) Przygotowanie do starości w rodzinie. Różnice pokoleniowe w otwartości na potrzeby seniora. *Wychowanie w Rodzinie*, 11(1), 179-190
7. Cudak, H. (2007) Funkcjonowanie ludzi starych we współczesnych czasach. W; B. Bugajska (red.) *Życie w starości*, s.41-48. Szczecin: ZAPOL.
8. Dubiel M., Klich-Rączka A. (2011) Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatria jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, IX(1), 101-109
9. Fabiś, A.; Fabiś, A. (2014) Śmierć jako wyzwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych. W: A.A. Zych (red.) *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, 165-186. Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza: Wydawnictwo Progres.
10. GUS (2014) Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa: Studia i Analizy Statystyczne. [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata\\_\\_\\_\\_2014\\_-\\_2050.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf) (7.11.2017)
11. GUS (2016) Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie. Warszawa: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS. <http://stat.gov.pl/obszary->

tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-w-wieku-60-struktura-demograficzna-i-zdrowie,24,1.html (7.11.2027)

12. Juczyński, Z. (2001) Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP
13. Katz, S., Calasanti, T. (2015) Critical perspectives on successful aging: does it „appeal more than it illuminates?” *The Gerontologist*, 55(1), 26-33.
14. Labus, A. (2013) Odnowa miast w kontekście starzenia się społeczeństwa na przykładzie wybranych miast europejskich XXI wieku. *Acta Universitatis Lodzianis Folia Oeconomica*, 297, 7-22.
15. Majewska-Opiełka, I. (2009) Agent pozytywnej zmiany. Poznań: Rebis.
16. Molesztak, A. (2016) Nordic walking jako współczesna forma aktywności seniorów. *Journal of Education, Health and Sport*. 6(12), 365-375.
17. Molesztak, A. (2017) Starość produktywna a wykorzystanie potencjału ludzi w podeszłym wieku. W: A. Błachnio, K. Kuryś-Szyncel, E. Martynowicz, A. Molesztak, *Psychologia starzenia się i strategię dobrego życia*, 81-100. Warszawa: Difin.
18. Okólski, M. (2014) Demograficzna starość przeznaczeniem nowoczesnego społeczeństwa. *Zoon Politikon*, 5, 59-72.
19. Pędich, W. (2006) Gerontologia i geriatria. W: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.) *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, 2-5. Gdańsk: Via Medica.
20. Szatur-Jaworska, B. (2012) Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości, W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, 419-448. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne
21. Rada Ministrów (2016) Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015. <http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/E05B7B2CF60D006DC125807D0037D118/%24File/1102.pdf> (7.11.2027)
22. Urry, J. (2009) *Socjologia mobilności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
23. Zrałek, A. (2014) Starzenie się jednostek a starzenie się społeczeństw. *Przegląd Epidemiologiczny*, 68, 513-516.
24. Zawadzka, D., Stalmach, M. (2015) Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. I. Najważniejsze wyzwania i trudności. *Hygeia Public Health*, 50(2), 298-304.
25. Zych A.A. (2015) Piękni osiemdziesięcioletni, czyli paradygmat „starzenia się z wdziękiem” a realia życia. [w:] L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością*, 139-156. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek