

Samotność w obliczu niesprawności osób starszych *Loneliness in the face of elderly disability*

Anna Świtoń, Agnieszka Wnuk

Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*

Streszczenie

Samotność utożsamiana jest z brakiem relacji międzyludzkich lub ze znacznym ich ograniczeniem. Jednym z kluczowych czynników pomyślnego starzenia się (ang. successful aging) jest podtrzymywanie więzi z innymi, a także angażowanie się w ukierunkowane na innych efektywne działania. Okres starości jako proces inwolucji całego organizmu jest ściśle związany ze zjawiskiem „wielochorobowości”, upośledzającym biologiczne funkcjonowanie chorych, w konsekwencji doprowadzając do niesprawności, pogorszenia jakości życia oraz powstawania zmian zachowania w sferze psychospołecznej. Osoby starsze narażone są na pojawienie się poczucia samotności i osamotnienia. Samotność prawie zawsze prowadzi do marginalizacji lub wykluczenia osób starszych, które jej doświadczają. Osoby takie nie utrzymują kontaktów ze swoim bliskim lub dalszym otoczeniem z powodu świadomego wyboru lub (częściej) z powodu braku takiej możliwości. Odnotowuje się, że bolesne uczucie samotności dotyczy 40% społeczeństwa, a także 56% osób zamieszkujących domy opieki. W procesie starzenia się istotną rolę odgrywa środowisko i styl życia, a także czynniki psychospołeczne, czyli tzw. sfera oddziaływań zewnętrznych. Bardzo ważne jest zatem wprowadzenie form aktywizacji zwalczających przyczyny samotności, otwierając drogę do realizacji procesu pomyślnego starzenia. *Geriatrics 2015; 9: 243-249.*

Słowa kluczowe: samotność, osoby starsze, niesprawność, jakość życia, depresja

Abstract

Loneliness is identified with the deficiency of relationships or significantly reduce them. One of the key factors of successful aging is to maintain relationships with others, and engaging in directed on others effective actions. Old age as a process of involution of the whole organism is strictly related to the phenomenon of "multimorbidity", disabling the biological functioning of patients, consequently leading to disability, reduced quality of life and the emergence of behavioral changes in the psychosocial sphere. The elderly are vulnerable to the appearance of a sense of isolation and loneliness. Loneliness almost always leads to marginalization or exclusion of older people who experience it. Such people do not maintain contact with their close or farther surroundings on the grounds of a conscious choice or (more often) because of the lack of such a possibility. It is noted that painful feeling of loneliness relates to 40% of the population, as well as 56% of people living in residential homes. In the aging process the important role is environment and lifestyle, as well as psychosocial factors, ie. the sphere of external influences. It is important, therefore, to introduce forms of activation to combat the loneliness causes, opening the way to fulfill the process of successful aging. *Geriatrics 2015; 9: 243-249.*

Keywords: loneliness, elderly person, disability, quality of life, depression

Wstęp

Samotność jest odzwierciedleniem kondycji człowieka. W gerontologii istnieje wyraźny podział na osamotnienie oraz samotność. Samotność rozumiana

jest jako długie pozostawanie w odosobnieniu, brak uczestnictwa w życiu społecznym, złe wykreowanie roli społecznej, niemożność fizycznego kontaktu ze społeczeństwem. Osamotnienie skupia się natomiast na

psychologicznej stronie samotności, uczuciu wyobcowania mimo istnienia fizycznych możliwości kontaktu z drugim człowiekiem. Wyróżniamy samotność spowodowaną niejako fizycznym brakiem ludzi, ale także samotność wśród ludzi [1-5].

Celem pracy jest wieloaspektowe przedstawienie pojęcia samotności w okresie starości.

Starość jako prognoza samotności

Zgodnie z teorią wycofywania się osoby starsze powoli usuwają się z życia społecznego oraz dotychczasowo pełnionych ról społecznych. Jest to proces zmierzający do ustąpienia miejsca nowym, młodszym jednostkom poprzez zmniejszanie swojej aktywności. Izolacja, redukcja ról społecznych zwiększa ryzyko pojawienia się samotności. Takie zachowanie prowadzi do powolnej utraty kontaktu z innymi ze względu na przekonanie o byciu nieodpowiednim, niepasującym elementem społeczeństwa. Inne spostrzeżenie przedstawia teoria wymiany. Ukazuje ona, że wraz z wiekiem następuje zmniejszanie się wartości posiadanych zasobów, w tym zdrowia. Skutkuje to ograniczeniem uczestnictwa osób starszych (chorych, niesprawnych) w życiu społecznym, a tym samym zaprzestaniem interakcji z otoczeniem. Jest to związane z lękiem wynikającym z braku akceptacji „nowego ja” – osoby niesamodzielnej [1].

Osoby starsze narażone są na pojawienie się poczucia samotności i osamotnienia. Uważa się, że człowiek jest w stanie poradzić sobie z trudnymi sytuacjami, jeśli istnieje szansa korzystnych zmian. Proces starzenia się niejako utrudnia realizację tych założeń. Okres starości często definiowany jest jako „kryzy starości”, bądź „okres strat”. Osoba w wieku podeszłym musi stawiać czoło skutkom biologicznych zmian starzenia zachodzących w organizmie. Zmiany regresyjne powodują ograniczenie zdolności adaptacyjnych, utratę sprawności funkcjonalnej oraz spadek energii i odporności, skutkując wzrostem zachorowalności. Czynniki te predysponują do przyjmowania biernego stylu życia. Osoba starsza musi posiadać dużą wolę do zachowania aktywności. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że osoby starsze wybierają bierny styl życia, co skutkuje zmniejszeniem jego jakości. Takie osoby najboleśniej doświadczają uczucia osamotnienia, nie wykazując woli walki i przezwyciężania problemu, z jakim się zmagają. Bardzo ważne jest zatem wsparcie ze strony społeczeństwa, niosące szansę na perspektywę korzystnych zmian [6].

Samotność w chorobie

Zjawiskiem godnym uwagi jest występowanie silnej interakcji między chorobą a samotnością. Nie tylko choroba przyczynia się do samotności, ale samotność może stanowić źródło chorobowości osób starszych. Osoby starsze, często mieszkające samotnie, rzadko doświadczają pełnego dobrostanu. Zazwyczaj dotknięte są one licznymi chorobami „w starości” – metabolicznymi i cywilizacyjnymi, do których zalicza się m.in. osteoporozę, artrozy stawów, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy problemy ze słuchem i wzrokiem [6,7].

Okres starości jako proces inwolucji całego organizmu jest ściśle związany ze zjawiskiem „wielochorobowości”, upośledzającym biologiczne funkcjonowanie chorych, w konsekwencji doprowadzając do niesprawności, pogorszenia jakości życia oraz powstawania zmian zachowania w sferze psychospołecznej. Utrata sprawności i samodzielności może wywoływać skutki nie tylko zdrowotne, ale także psychospołeczne. Choroba, szczególnie przewlekła ma istotny wpływ na subiektywną ocenę jakości życia, a tym samym na charakter pełnionej dotychczas roli społecznej. Istnieje możliwość akceptacji pojawiających się zmian i próba adaptacji do zmieniających się ról, lecz jest to niezwykle trudne zadanie dla osób, których to dotyczy. Starzenie się stanowi poważne wyzwanie dla społeczeństwa [8-10].

Sytuacja taka stwarza idealne warunki do podejmowania prób izolacji oraz braku akceptacji nowych ról społecznych. Wytwarzane bariery są często przejawem braku akceptacji siebie w chorobie, jako człowieka nieudolnego. Szczególnie trudna jest sytuacja chorych, którzy mieszkają sami, przez co są w pewnym sensie skazani na dobrą wolę społeczeństwa. Chory może czuć się również osamotniony dzieląc mieszkanie z rodziną, kiedy to zdrowi członkowie rodziny zostają pochłonięci swoimi zajęciami, często nie dostrzegają osoby starszej, jej problemów, lęków i niepokoju. Kolejnym źródłem samotności osób chorych jest nieustający ból, towarzyszący chorobom przewlekłym. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że pojawiające się silne dolegliwości bólowe są postrzegane jako naturalny objaw procesu starzenia się. Może to wpływać niekorzystnie na subiektywną ocenę stanu zdrowia chorych i ich bliskich, powodując ignorowanie problemów, z jakimi zmagają się osoby starsze [7,11].

Kamusińska i wsp. przeprowadzili badania na 122 osobach hospitalizowanych z powodu udaru

mózgu lub protezoplastyki. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że zakres samodzielności badanych na poziomie aktywności dnia codziennego był ograniczony całkowicie u 51,6% osób, znacznie u 36,9% chorych, natomiast nieznacznie u 9,8% pacjentów. Ponad 80% badanych uznało się jako osoby niepełnosprawne. Za przyczynę niepełnosprawności określono trudności w poruszaniu się (48% pacjentów), zaburzenia stanu zdrowia (24,5% badanych), a także ograniczenia samodzielności (10,2% osób). 48,3% badanych uznało swoją możliwość uczestnictwa w życiu społecznym jako bierną z powodu barier lokomocyjnych oraz nieprawidłowości w stanie zdrowia. Kobiety jednak o 20% lepiej radziły sobie z zadaniami aktywności dnia codziennego, niż mężczyźni. Autorzy zauważają ograniczenia w funkcjonowaniu osób starszych dotkniętych chorobami w życiu społecznym, sugerując jednocześnie o pilnej potrzebie reaktywizacji [12].

Z kolei Toczyńska i wsp. przeprowadzili badania obejmujące 56 osób starszych, często dotkniętych zjawiskiem „wielochorobowości”. 25% chorych nie była pogodzona z chorobą, wykazując bierność i brak sensu w podejmowaniu jakichkolwiek działań. Badani wykazywali strach przed niesprawnością oraz lęk związany z samotnością. Respondenci czuli niepokój przed możliwością odrzucenia i brakiem akceptacji ze strony najbliższych, większy niż w przypadku braku akceptacji przez społeczeństwo. U 39% osób choroba miała istotny wpływ na pogorszenie stosunków z rodziną. U 87,5% badanych choroba miała wpływ na spadek aktywności i liczby zainteresowań. Wyniki testu AIS wykazały natomiast, że prawie 54% chorych nie potrafiła pogodzić się z chorobą i jej skutkami oraz 55% badanych miało kłopoty z adaptacją do ograniczeń wynikających z pojawieniem się choroby [13].

Wyniki powyższych badań ukazują skalę problemu, jakim jest samotność, a także sposób jej odczuwania ze względu na przyjmowanie aktywnej i biernej postawy. Bardzo ważną kwestią jest także wsparcie ze strony rodziny oraz wdrożenia form aktywizujących osoby starsze.

Demograficzne korelacje samotności

Badania PolSenior z 2012 r. pokazały, że poczucie osamotnienia wrasta wraz z wiekiem, natomiast to płeć stanowi dominujący wpływ na osamotnienie. Mniejszy odsetek został zaobserwowany w grupie kobiet w wieku 55-59 lat, które nigdy lub prawie nigdy nie odczuwały samotności w stosunku do grupy męż-

czyn. Kolejnym istotnym czynnikiem wpływającym na poczucie samotności była forma życia rodzinnego – co siódma osoba mieszkająca samotnie czuła się tak zawsze lub często, a dwukrotnie wyższy odsetek zaobserwowano u osób mieszkających z rodziną po stracie współmałżonka. Utrata najbliższych, wdowieństwo – tego typu samotność ma wpływ na stan osamotnienia, pojawienie się depresji, a także na znaczne pogorszenie się kondycji fizycznej. Według skali oceny przystosowania społecznego (Holmes, Rahe), która ocenia ogólny poziom stresu, jak i pojawiający się w różnych sytuacjach życiowych śmierć współmałżonka stanowi najwyższą ocenę – 100 punktów [14,15].

Wyniki badań przeprowadzone przez Dubas wykazują, że najbardziej narażone na osamotnienie były starsze kobiety, samotnie zamieszkujące duże miasto, określające swoje relacje rodzinne jako niezadowolające, często również dotknięte problemami zdrowotnymi [16].

Najnowsze badania Christiansen'a i wsp. opublikowane w *Social Science and Medicine* prezentują, że po przebadaniu 8593 osób w wieku 65-102 wykazano istotną statystycznie korelację między poczuciem samotności a występowaniem chorób serca i migreny zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Natomiast występowanie cukrzycy i samotności charakterystyczne jest tylko dla płci żeńskiej. Brak aktywności społecznej i problemy ze snem okazały się być jednym z czynników predysponujących do wyższych wskaźników poczucia osamotnienia w starszym wieku [17].

Samotność może być również definiowana jako samotne zamieszkiwanie. Szukalski w swoich badaniach postanowił zbadać wpływ samotnego mieszkania na postrzeganie samotności i osamotnienia. Badaniu poddanych zostało 709 osób starszych. Poczucia samotności doświadczyło 84% osób starszych zamieszkujących w Łodzi – 41% z nich zawsze czuła się samotna, natomiast 43% często. Zdecydowana większość badanych zamieszkiwała samotnie – 86,7% kobiet oraz 78,1% mężczyzn. Wśród tej grupy można było zaobserwować większy poziom odczuwanej samotności. Autor jednoznacznie stwierdza, że nadrzędnym czynnikiem zwalczającym samotność jest wspólne zamieszkiwanie z bliskimi osobami, które są w stanie otoczyć osoby starsze troskliwą i godną opieką [1].

Zalewska-Puchała i wsp. przeprowadzili badania na 115 osobach starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych. Wśród badanych 43% doznało uczucia samotności i osamotnienia, w tym 21,1% osób

odczuwało stałą samotność. 25,2% ankietowanych spędzało całą dobę ze swoją rodziną, natomiast 16,5% chorych samotnie. Wykazano istotną statystycznie zależność między odczuwaniem samotności w stosunku do długości czasu spędzonych w towarzystwie rodziny. Im dłużej chorzy pozostawali sami, tym częściej odczuwali samotność. Osoby posiadające hobby (71,1%) nie odczuwały samotności, w stosunku do osób biernych – 48,3% deklarowała poczucie osamotnienia [3].

Samotność a pomoc osób trzecich

Dane pochodzące z Narodowego Spisu Powszechnego (2002) oraz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazują na wzrost liczby osób niepełnosprawnych wraz z wiekiem, co skutkuje zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc osób o ograniczonej samodzielności. Wyniki badań wskazują, że 30% osób po 60 roku życia oraz 60% osób po 80 roku życia wymaga stałej pomocy. Szacuje się, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową do roku 2030 wzrośnie do 4 mln. Na definicję opieki długoterminowej składa się długotrwała, ciągła i profesjonalna opieka pielęgnacyjna, rehabilitacyjna, a także farmakologiczna i dietetyczna realizowana zarówno w formie domowej, jak i stacjonarnej. Opieka ta przysługuje osobom niesamodzielnym, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego [18,19].

Wyniki badań wskazują na największe zapotrzebowanie na pomoc w formie usług opiekuńczych. Taka forma pomocy często nie wymaga specjalistycznego przygotowania i angażowania osób zajmujących się tym zawodowo. Najlichnieszą grupę pomagających w tym zakresie stanowi rodzina. Badania PolSenior miały na celu oszacowanie skali potrzeb opiekuńczych osób starszych na podstawie subiektywnej oceny samodzielności. Ograniczenia odczuwało 32,6% osób w wieku 70-79 lat i 54,4% w wieku ponad 80 lat. Poważne ograniczenia w obu kategoriach wiekowych zgłaszało kolejno 6% oraz 14,6% badanych. Pomoc otrzymywało ponad 50% osób starszych w wieku 70-79 lat oraz 62% badanych w wieku ponad 80 lat. Rola rodziny w budowaniu wsparcia, a także udzielenia pomocy osobom starszym jest niezwykle istotna. Należy pamiętać, że wielu potrzebujących pozostaje samotna i trwa w sama w swojej niesamodzielnosci. Wyniki badań przeprowadzonych przez GUS wykazują, że ponad 6% osób powyżej 70 roku życia nie posiada żadnej osoby bliskiej, która mogłaby udzielić im wsparcia.

Odsetek ten wzrasta do 3,6% u osób określających się jako niesprawne. Wyniki badań przeprowadzonych przez Dziechciaż i wsp. wykazują, że osoby samotne częściej potrzebują opieki długoterminowej. Pomoc taka zostaje udzielona przez osoby niespokrewnione lub za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej. Wyniki powyższych badań pokazują, że zapewnienie opieki długoterminowej jest bardzo trudne i w dużej mierze spoczywa na środowisku rodzinnych. Osoby samotne korzystają z pomocy sąsiadów, znajomych, a w ostateczności wybierają ośrodki pomocy społecznej [18,19].

Samotność a depresja

Skutkiem niesprawności i samotności może być depresja. Osoby starsze narażone są na występowanie zespołów depresyjnych, które można zaliczyć do grupy tzw. „wielkich problemów geriatrycznych” ze względu na znaczne zaburzenie funkcjonowania nie tylko w aspekcie psychicznym, ale także fizycznym. Szacuje się, że stany depresyjne występują u 5-30% osób po 65 roku życia. Diagnoza depresji stanowi istotny problem wśród osób starszych. Faleńczyk i wsp. w badaniach dowiedli, że przede wszystkim czynniki psychologiczne i społeczne mają wpływ na rozwój stanów depresyjnych. Wśród tych czynników wymienia się śmierć najbliższej osoby, zakończenie życia zawodowego, pogorszenie statusu materialnego. Osoby dotknięte tym schorzeniem często nie komunikują swojego problemu w trosce o pozostanie neutralnym, bez etykiety – „chory na depresję” [7,20-23].

Człowiek potrzebuje w swoim życiu obecności innych ludzi nie tylko w trudnych sytuacjach i momentach bezradności. Bliskość drugiej osoby jest potrzebna dla utrzymania harmonii w aspekcie psychofizycznym. Okres starości jest niejako sumą powstających zmian w każdej sferze życia, które wcześniej nie miały miejsca. Konieczność adaptacji do zmian może być stresogenna, ale także stanowić źródło satysfakcji [6,24].

Mechanizmy powstawania depresji w okresie starości mają swój początek podczas braku perspektyw korzystnych zmian jako skutek kumulacji różnych zdarzeń – wdowieństwo, samotne zamieszkanie, nieradzenie sobie z czasem wolnym. Człowiek zatracza poczucie kontroli własnego życia, niejako zamyka się w sobie, odczuwa obojętność, smutek, czuje się niepotrzebny i bezwartościowy. Takie zachowanie można określić jako tzw. koło autodestrukcyjnych myśli i zachowań. Depresja może prowadzić do zachowania,

które nie sprzyja interakcji z otoczeniem – społeczeństwo unika kontaktu z osobą chorą, przyczyniając się do zwiększenia odczuwania przez nią negatywnych emocji i samotności [6,24].

Najnowsze badania przeprowadzone przez brytyjskich naukowców pokazują, że istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia depresji jest zaburzenie snu występujące w młodszym wieku. Zaburzenia snu zostały pozytywnie skorelowane z takimi zmiennymi jak: bycie kobietą, niezamężną/wdową, mieszkającą samodzielnie, stopień niepełnosprawności z występowaniem depresji [25]. Trudności z zasypianiem oraz sen przerywany dotyczą od 10% do 52% w zależności od społeczeństwa, w którym zostały przeprowadzone badania. W większości jednak kształtują się około 30% danej populacji [26]. Benzodiazepiny są przepisywane ogromniej większości ludzi po 65 roku życia zarówno w przypadku zaburzeń snu oraz już stwierdzonej depresji. Fakt ten zwraca uwagę na ogromny problem, jakim jest objawowe przepisywanie leków przed lekarzy rodzinnymi. Bezsenność zgłaszana przez pacjentów w starszym wieku powinna być monitorowana, jako możliwy czynnik predysponujący do wystąpienia depresji.

Podstawowym deficytem poznawczym w depresji jest zaburzenie pamięci bezpośredniej. Można zauważyć dodatkowo pogorszenie się zdolności koncentracji, uczenia się, spada tempo pracy oraz efektywność działania. Osłabienie koncentracji może być wynikiem ukierunkowania zasobów poznawczych uwagi w stronę skupiania się na negatywnych danych, których źródło stanowi ciało i otoczenia. Kolejnym deficytem jest obniżona elastyczność poznawcza, a także powstawanie trudności w funkcjonowaniu wzrokowo-przestrzennym. Osoby, których dotknęła depresja charakteryzują się także obniżoną zdolnością do rozwiązywania problemów, co jest związane z podjęciem wysiłku [27].

Brytyjscy badacze starali się znaleźć korelację między występowaniem tych deficytów poznawczych, a depresją. Analizując wyniki badania ELSA (English Longitudinal Study of Ageing) sugerują, że na tę zależność mogą wpływać również inne czynniki takie jak: niska aktywność fizyczna, występowanie stanów zapalnych oraz naczyniowe czynniki ryzyka [28].

W wielu przypadkach stwierdzona depresja powodują tylko przepisywanie pacjentom dodatkowych leków. Niewielu chorych dostaje dokładne rekomendacje odnośnie możliwości psychoterapii, a jeśli już – niewielu pacjentów z tych porad korzysta. Problem

ten jest tak rozpowszechniony na całym świecie, że w Stanach Zjednoczonych podjęto próbę przeprowadzenia psychoterapii wśród weteranów wojennych przy użyciu wideokonferencji [29]. Przedstawione wyniki są bardzo obiecujące i trwają dalsze prace nad poszerzeniem spectrum badanych.

Strategie radzenia sobie z samotnością

Okres starości uznawany jest jako umiejętność dokonania wyboru z czego należy stopniowo rezygnować, a tym, w czym należy nadal aktywnie uczestniczyć. Adaptacja do starości to sztuka radzenia sobie z problemami, które przynosi codzienność, dostrzeganie dobrych stron tego procesu, a także doświadczenie wysokiego poziomu zadowolenia z życia [24,30].

Jedną ze strategii radzenia sobie z samotnością jest zadowolenie z życia, na które składają się takie elementy jak: optymizm, dobre samopoczucie, wypełnianie swych obowiązków z przyjemnością, poczucie, że żyje się pełnią życia, zrealizowało się swoje cele oraz pozytywne myśli i uczucia. Zatem jakość życia może być rozpatrywana w wielu aspektach: biologicznym – zdrowie i samopoczucie, społecznym – satysfakcja życiowa, podmiotowym – szczęście, poczucie sensu życia i odkrycie go na nowo [24].

Osoby starsze wykazują różne style życia, które ogólnie można podzielić na bierny/aktywny oraz zależny/niezależny od innych. Osoby starsze często nie chcą rezygnować z dotychczasowych zajęć, być niezależne i kontynuować wyznaczone sobie cele. Takie osoby prowadzą styl „aktywny-zachowawczy”. Dla wielu seniorów rodzina stanowi najważniejszą wartość i centrum zainteresowania (styl „rodzinny”), natomiast w przypadku ciągłego zapotrzebowania na pomoc społeczną jako formę zadośćuczynienia za swój wysiłek mamy do czynienia ze stylem „pasywny-sybaryta”. „Aktywny-sybaryta” z kolei dąży do realizacji wszystkich planów, których wcześniej nie udało się spełnić, natomiast człowiek „zagrożony” charakteryzuje się odczuwaniem nieustannego lęku przed samotnością i tym, co przyniesie przyszłość [24].

Szczególnie istotne jest, aby każda osoba starsza, niezależnie od tego, co robi na emeryturze, była usatysfakcjonowana ze swojego życia, natomiast rolą społeczeństwa jest umożliwienie im tego [24].

Należy odpowiedzieć na pytanie, co zrobić, aby poradzić sobie z samotnością? Przyjmując aktywne strategie, podejmowanie określonych działań przez człowieka pozwoli oderwać się niejako od uczu-

cia samotności i osamotnienia. Bardzo ważne jest zachowanie aktywności, która umożliwia realizację wszystkich potrzeb w aspekcie zarówno biologicznym, jak i psychospołecznym. Aktywność warunkuje zachowanie ról społecznych, możliwość przebywania w społeczeństwie [24,30].

Okres starości może stanowić nowy, lepszy etap życia, pod warunkiem niezaprzestania realizacji własnych marzeń, wyznaczonych celów. Można wyróżnić wiele zachowań ludzi starszych, które pozwalają im w sposób aktywny przejść przez proces starzenia się, zapobiegając uczuciu samotności. Osoby starsze, które na emeryturze zaczynają angażować się w różnego rodzaju sprawy społeczne i polityczne określane są jako typ aktywisty. Mamy do czynienia z seniorami, którzy pomimo przejścia na emeryturę nadal kontynuują pracę zawodową (ludzie pracy), bądź każdą wolną chwilę poświęcają na pracę w ogródku (działkowicze). Są też osoby przeżywające swoje życie bardziej refleksyjnie – w modlitwie (pobożni), bądź domatorzy, którzy najlepiej czują się we własnym mieszkaniu. Życie osób starszych w dużej mierze wypełnione jest także wnukami, nad którymi chętnie sprawują opiekę i spędzają czas w ich towarzystwie. Nieustająco zmieniający się styl życia i rozwój technologii spowodował, że osoby starsze coraz chętniej chcą iść z duchem czasu. Część osób co prawda nadal narzeka na stan swojego zdrowia i często korzysta z porad lekarzy specjalistów (kuracjusze), ale coraz więcej seniorów zaczyna dbać o swój wygląd i ciało, korzystając zarówno z usług kosmetycznych, ale także systematycznie ćwicząc, poprawiając kondycję fizyczną. Wolny czas sprzyja także zwiedzaniu ciekawych miejsc – osoby starsze chętnie wybierają nie tylko wycieczki krajowe, ale i zagraniczne (globtroterzy), często w większej grupie osób, ze względu na możliwość przebywania w społeczeństwie i spotkania nowych ludzi (rozrywkwowi). Coraz popularniejszą strategią aktywnego radzenia sobie z samotnością i okresem starości jest podejmowanie aktywności naukowej i społecznej (wolontariat, klub seniora). Uczestnictwo w kursach czy uczęszczanie na Uniwersytet Trzeciego Wieku pozwala pogłębić wiedzę, nauczyć się nowych rzeczy, a także poznać ludzi, wymienić się doświadczeniami i być częścią społeczeństwa [24,30,31].

Aktywność może stanowić istotne źródło satysfakcji życiowej, podnosząc jakość życia. Pozwala przełamać poczucie lęku i wewnętrzny opór przed brakiem tolerancji ze strony otoczenia, a przede wszyst-

kim wzmocnić poczucie własnej wartości i wiarę, że w okresie starości można nadal i w pełni realizować swoje marzenia i pragnienia [30].

Podsumowanie

Konsekwencją dynamicznego procesu starzenia się społeczeństwa w Polsce jest duża liczebność (5,7 mln) osób w wieku poprodukcyjnym (≥ 65 lat). Dodatkowo wydłuża się średnia długość życia zarówno mężczyzn (70,7 lat), jak i kobiet (79,2 lat). Priorytetem polityki społecznej powinna być troska o dalsze wydłużanie życia, a także podejmowanie takich działań, które będą sprzyjać realizacji procesu pomyślnego starzenia się, zmniejszając poczucie samotności osób starszych. Tworzenie placówek społecznej integracji i aktywizacji osób starszych jest ważnym zadaniem polityki społecznej każdego kraju. W rzeczywistości działania państwa ograniczają się jedynie do zabezpieczenia społecznego, zaniedbując jednocześnie stwarzanie osobom starszym warunków dla własnej aktywności. Samotność oraz izolacja stanowią najważniejsze czynniki wpływające na pojawienie się niesprawności oraz przedwczesnej umieralności osób starszych, dlatego uzasadniona jest promocja zdrowia i aktywnego stylu życia do utrzymania samodzielności i zdrowia. W walce z samotnością należy zbudować własny, wewnętrzny świat, ponieważ rezygnując z aktywności zawodowej, kończmy pewien etap dotychczasowego życia. Konieczne jest wypełnienie pustki, by życie na emeryturze nie stało się podróżą w samotność. Aktywny i pozytywny stosunek do nieuniknionego procesu starzenia się pozwoli na wydłużenie życia w dobrostanie, jednocześnie podnosząc jakość życia. Człowiek w swojej naturze jest osobą aktywną. Dlatego bardzo ważne jest aby wdrażać strategię radzenia sobie z samotnością, nie pozwalając na stanie się osobą bierną, uciekającą od interakcji ze społeczeństwem [24,30-32].

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Anna Świtoń, Agnieszka Wnuk
Studia doktoranckie, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*
31- 501 Kraków, ul. Kopernika 19e
☎ (+48 22) 627 39 86
✉ anna.switon89@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Szukalski P. Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów, a ich sytuacja rodzinna. *Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne*. 2005;2:217-38.
2. Drageset J, Eide G, Furnes B i wsp. Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes – a mixed-methods study. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1529-36.
3. Zalewska-Puchała J, Kostrz M, Majda A i wsp. Poczucie samotności osób starszych. *Probl Pielęg* 2015;23(2):233-8.
4. Dyczewski L. *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Redakcja Wydawnictwa Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 1994.
5. Zalewska S. Samotność i osamotnienie – sposobność do dialogu z sobą czy autodestrukcji? *Pedagogika dialogu. Doświadczenie dialogu w rzeczywistości XXI wieku*. 2010;98-110.
6. Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski K. Starość jako wyzwanie. *Gerontol Pol*. 2008;16(3):131-6.
7. Dąbrowska P. Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania. *Kwartalnik naukowy T.U. Fides et Ratio*. 2011;2(6):84-90.
8. Muszałik M, Kędziora-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontol Pol*. 206;14(4):185-189.
9. Kulig A. Ja – Ty – Wspólnota. Samotność jako strategia wykluczania. *Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. E. Stein – Wobec samotności*. 2014;12:237-48.
10. Żurek A. Osoby samotne życiowo jako zjawisko społeczne. *RSR*. 2003;15:123-36.
11. Grime J, Richardson J, Ong B. Perceptions of joint pain and feeling well in older people who reported being healthy: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2010;60:597-603.
12. Kamusińska E, Słopiecka A. Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;18(3):219-24.
13. Toczyńska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C. Samoocena wybranych aspektów jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną. *Probl Pielęg*. 2012;20(3):369-79.
14. Szatur-Jaworska B. Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne ludzi starych i osób na przedpolu starości. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. 2012;3:419-48.
15. Broczek K, Mossakowska M, Szybalska A. Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. 2012;4:123-36.
16. Dubas E. *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Łódź: Wyd. Uniw. Łódzkiego; 2000.
17. Christiansen J, Larsen F, Lasgaard M. Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Soc Sci Med*. 2016;152:80-6.
18. Błędowski P. Potrzeby opiekuńcze osób starszych. *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. 2012;3:449-66.
19. Dziechciaż M, Guty E, Wojtowicz A i wsp. Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród osób starszych mieszkańców wsi. *Now Lek*. 2012;81(1):26-30.
20. Faleńczyk K, Cegła B, Ślusarz R i wsp. Wpływ wybranych czynników socjo-demograficznych na występowanie depresji u osób w wieku podeszłym. W: *Leczenie, pielęgnowanie, zarządzanie – wybrane elementy opieki nad pacjentem*. Konieczny J, Bartuzi Z (red.). Bydgoszcz: UMK CM; 2006;494-9.
21. Bednorz A, Derejczyk J, Kozub J i wsp. Zastosowanie wideo konsultacji z wykorzystaniem Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) do rozpoznawania depresji u osób starszych, jako próba telediagnostyki w geriatryi. *Geriatrya*. 2014;8:141-9.
22. Humańska A, Kędziora-Kornatowska K. Współzależność pomiędzy nasileniem stanów depresyjnych a poczuciem jakości życia u osób starszych. *Psychogeriatr Pol*. 2009;6(1):15-22.
23. Albiński R, Kleszczewska-Albińska A, Bedyńska S. Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań. *Psychiatr Pol*. 2011;XLV(4):555-62.
24. Wasilewska-Ostrowska K. Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych. *Kultura i Edukacja*. 2013;4(97):234-44.
25. Livingston G, Blizard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Pract*. 1993;43(376):445-8.
26. Ford D, Kamerow D. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. *JAMA*. 1989;262:1479-84.
27. Talarowska M, Florkowski A, Gałecki P i wsp. Funkcje poznawcze w depresji. *Psychiatr Pol*. 2009;XLIII;1:31-40.
28. Gallagher D, Kiss A, Lancot K, Herrmann i wsp. Depressive symptoms and cognitive decline: A longitudinal analysis of potentially modifiable risk factors in community dwelling older adults. *J Affect Disord*. 2016;190:235-40.
29. Egede L, Acierno R, Knapp RG i wsp. Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet. Psychiatry*. 2015;2(8):693-701.
30. Sztuka J. Wolontariat jako aktywna forma adaptacji do starości i strategia radzenia sobie z samotnością. *Horyzonty Wychowania*. 2013;12(23):139-63.
31. Kaczmarczyk M, Trafiałek E. Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie. *Gerontol Pol*. 2007;15(4):116-8.
32. Bień B. Proces starzenia się człowieka. W: *Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica; 2006. str. 42-46.