WPŁYW RODZINY NA ZACHOWANIA PROZDROWOTNE OSÓB STARSZYCH PO 65 ROKU ŻYCIA

INFLUENCE OF FAMILY ON HEALTH PROMOTING BEHAVIOUR OF ELDERLY PERSONS AT THE AGE OF 65 AND OVER

Anna Święcicka[1], Maciej Święcicki[2]

[1] Instytut Nauk Politycznych
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
[2] Stolmed sp. z o.o., ul. Królowej Jadwigi 21, Inowrocław

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy jest ocena wpływu rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia. Niniejsza analiza ma posłużyć rozstrzygnięciu słuszności istniejącego współcześnie przekonania o zasadniczym znaczeniu rodziny i jej roli w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych populacji seniorów oraz ocenić jej zaangażowanie w procesie tworzenia świadomości seniorów na rzecz zdrowia. Eksploracji poddane zostało oddziaływanie rodziny w kontekście zachowań związanych ze zdrowiem fizycznym oraz psychospołecznym. Wśród analizowanych wskaźników zwrócono szczególną uwagę na aktywność fizyczną osób starszych, racjonalne żywienie oraz parametr snu. Ponadto oceniano stopień wspierania oraz zaangażowania środowiska rodzinnego na poszczególnych poziomach funkcjonowania społeczno-ekonomicznego ankietowanych. Prozdrowotny styl życia osób starszych jest także punktem wyjścia w kierunku oceny wpływu krewnych na działania profilaktyczne oraz na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych.

Materiał i metody. Badaniem objęto 30-osobową populację seniorów 65 +. Zastosowano specjalnie przygotowany kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Zgromadzone dane pozwoliły stwierdzić, że rodzina angażuje się w proces leczenia osób starszych (wsparcie duchowe zapewniono 53% badanym, logistyczne – 47% oraz materialne – 10%). W grupie badanych 73% badanych uważa, że rodzina systematycznie doradza w sprawach zdrowotnych. Aż 80% ankietowanych zapewnia, że jest wspierana przez rodzinę w przypadku podejmowanych aktywności ruchowych, 57% badanych potwierdziło, że rodzina pomaga im radzić sobie ze stresem. Większość członków rodziny zachęca swoich krewnych do przeprowadzania regularnych badań profilaktycznych. Z drugiej strony rodzina w niezadowalającym stopniu reaguje na zachowania szkodliwe dla zdrowia, w 73% nie dostrzega problemów związanych z zaburzeniami snu, zaś tylko w 30% przypadków próbowała wpływać na zmianę złych nawyków żywieniowych badanych osób.

Wnioski. Rodzina odgrywa niezwykle ważną rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, jednakże powinna śmielej uczestniczyć w procesie kształtowania świadomości zdrowotnej seniorów oraz podejmować szersze starania w kierunku minimalizowania zachowań z grupy działań ryzykownych, zmiany niewłaściwych nawyków żywieniowych, a także w większym stopniu nakłaniać do korzystania ze współczesnych możliwości działań profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: rodzina, zachowania prozdrowotne, osoby starsze, geriatria.

ABSTRACT

Aim. The aim of this thesis was the attempt to evaluate the family influence on health promoting behaviour of elderly persons at the age of 65 and over. This analysis was to determine the validity of the principal meaning of a family and its role in shaping the health promoting behaviour of senior population as well as estimating family involvement into the process of creating the awareness of seniors in the range of health. The impact of the family in the context of behaviors associated with physical and psychosocial health were analysed. Among the investigated indicators much attention was drawn to the physical activity of older people, their rational nutrition and sleeping parameters. Moreover, the extent of support and involvement of the family on individual socio-economic levels were surveyed. Healthy lifestyle of the elderly is also the starting point in the direction of assessing the impact of relatives on preventive measures and certain behaviors classified as risky ones.

Material and methods. The examination involved the population of 30 seniors at the age of 65 and over. Also, a special survey questionnaire was prepared for this examination.

Results. The collected data was sufficient to confirm that the family got involved in the process of the elderly people treatment (mental support was provided to 53% of the examined, logistical one – to 47% and financial – to 10%). Besides, in most cases (73%) family regularly advised on health issues. Up to 80% of respondents assured that they were supported by their families in case of motor activities. 57% of respondents confirmed that the family helped them cope with stress. Most family members encouraged their relatives to have regular prophylactic examinations done. On the other hand, the surveyed that the family did not react in a satisfactory way to harmful behaviour, in 73% they did not notice any problems connected with sleeping disorders and only in 30% the family tried to influence the change of bad eating habits of respondents.

Conclusions. The family plays an incredibly important role in shaping health promoting behaviours. Family members should participate in a more daring way in the process of shaping the health awareness of senior persons and take more frequent attempts to minimize any behaviour of the risky type, change inappropriate eating habits as well as persuading them in a greater extent to use modern possibilities of prophylactic activities.

KEYWORDS: family, health promoting behaviour, elderly persons, geriatrics.

Wprowadzenie

Rodzina w procesie zmian demograficznych odgrywa ogromną rolę w relacji międzypokoleniowej. Bardzo ważnymi elementami w tej transmisji są wiek, światopogląd, przeobrażenia polityczne, ekonomiczne oraz poziom wykształcenia. Od wielu lat badania socjologiczne wskazują, że rodzina jest składnikiem udanego życia oraz daje poczucie szczęścia, jest postrzegana jako miejsce schronienia przed zewnętrznymi zagrożeniami i agresją. Stanowi grupę społeczną dającą poczucie bezpieczeństwa oraz będącą przestrzenią, w której człowiek jest akceptowany takim, jakim jest i może rozwijać się osobowościowo [1].

Osoby starsze są i powinny być autorytetami dla młodszego pokolenia. Czasami schorowani, niedołężni oczekują od rodziny pomocy w życiu codziennym. Jednym z podstawowych zadań właściwie prowadzonej polityki rodzinnej we współczesnym społeczeństwie jest dążenie do osiągnięcia poprawy sytuacji życiowej rodziny na wszystkich szczeblach funkcjonowania społecznego, także w odniesieniu do najstarszych jej członków. Procesy urbanizacji, industrializacji oraz szybkie tempo życia człowieka stopniowo doprowadziły do zmiany tradycyjnej, wielopokoleniowej struktury rodzinnej na rzecz rodzin rozbitych, dysfunkcyjnych, o niewielkiej potrzebie utrzymywania więzi emocjonalno-społecznych. Nastąpiła znaczna instytucjonalizacja funkcji rodziny, szczególnie w zakresie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. W przypadku braku rodziny funkcja pomocy dla starszego pokolenia spadła na instytucje społeczne, takie jak: ośrodki pomocy, szpitale, sanatoria, domy starości, personel medyczny [2].

Na prozdrowotny styl życia nigdy nie jest za późno. Wdrożenie go nawet w starszym wieku daje poczucie aktywnego starzenia się. Tradycyjne rodziny koncentrują swe wysiłki na młodszym pokoleniu. Ludzie starsi oczekują od rodziny przede wszystkim pomocy psychospołecznej. W dzisiejszych czasach pomoc rodziny w aktywnym starzeniu seniora jest dość trudnym zadaniem. Bardzo istotnym elementem wspierania ludzi starszych w rodzinie jest szerzenie edukacji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Pozwala to zrozumieć sens życia, a także zmienić oblicze starości wśród pokoleń młodych [3].

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w NZOZ „Solanki" Uzdrowisko sp. z o.o. w Inowrocławiu. Do badań zakwalifikowano 30-osobową grupę losowo wybranych pacjentów, przebywających w trakcie 21-dniowego leczenia uzdrowiskowego w ramach turnusu rehabilitacyjnego z NFZ.

Do badania wykorzystano metodę sondażową w postaci specjalnie przygotowanego kwestionariusza ankiety obejmującego 59 pytań. Respondenci podczas badania oprócz odpowiedzi na pytania podstawowe (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny) udzielali odpowiedzi na pytania dotyczące stanu rodzinnego (m.in. liczby posiadanych dzieci, wnuków, miejsca zamieszkania i stopnia aktywności zawodowej najbliższej rodziny oraz stopnia zainteresowania sprawami zdrowotnymi badanych ze strony krewnych). Dodatkowo kuracjuszy dopytywano o zachowania związane z ich zdrowiem fizycznym (dbałość o aktywność fizyczną, sposób odżywiania, sen) oraz psychospołecznym (udzielane przez najbliższych wsparcie na różnych szczeblach funkcjonowania, radzenie sobie ze stresem itd.). Ponadto respondenci poproszeni zostali o ewentualne wymienienie osób angażujących się (jeżeli takowe osoby istniały) w ich proces leczenia, działania profilaktyczne oraz wpływ tych osób na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych.

Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS for Windows. Do oceny poszczególnych wskaźników i dokładnego zweryfikowania postawionych hipotez badawczych w badaniach zastosowano m.in. analizę: testem niezależności chi-kwadrat, analizę korelacji rho-Spearmana, test Kruskala-Wallisa oraz test U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności: $p < 0,05$. Wyniki przedstawiono w formie graficznej oraz opisowej.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 30 osób w wieku od 65 do 89 lat (średnio 74,5 roku ± 6,73), w tym 14 kobiet w wieku 65–88 (średnio 71,1 ± 6,1) i 16 mężczyzn w wieku 65–89 (średnio 74,6 ± 6,99). Wśród badanych osób zdecydowana większość to mieszkańcy miasta – 97 %, natomiast zaledwie 3% to mieszkańcy wsi. Najwięcej respondentów miało wykształcenie średnie – 33%, 27% – wyższe i zawodowe, zaś podstawowe – 13% ankietowanych. W związku małżeńskim pozostawało 60% osób, 30% utraciło partnera, 10% to osoby stanu wolnego.

W pracy badawczej dotyczącej wpływu rodziny na zachowania zdrowotne osób po 65 roku życia zwrócono uwagę na fakt, czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania najbliższej rodziny a poczuciem bezpieczeństwa, jakie osobom starszym daje rodzina. Analiza materiału wykazała, iż wśród osób badanych 27% stanowiły osoby mieszkające samotnie. Spośród pozostałych osób – 73% mieszkało ze współmałżonkiem, 14% z dziećmi, natomiast reszta badanych – z dziećmi i wnukami bądź z współmałżonkiem i dziećmi. Dzieci miało 93% ankietowanych (średnio 2,29 ± 1,01). Jednak

analiza testem niezależności nie wykazała istotnej statystycznie zależności: $chi^2(3) = 4,15$; $p = 0,198$. Oznacza to, że nie zachodzi związek pomiędzy bliskością miejsca zamieszkania najbliższej rodziny a poczuciem bezpieczeństwa badanych osób, jakie dawałoby mieszkanie razem z własnymi dziećmi. Ponadto zbadano, czy istnieje związek pomiędzy miejscem zamieszkania osób badanych i ich rodziny a częstością prowadzonych rozmów z najbliższą rodziną na temat stanu zdrowia osób starszych. W tym celu przeprowadzono analizę korelacji rho-Spearmana. Nie wykazała ona istotnego statystycznie związku: rho = 0,32; p = 0,101.

Niewątpliwie rodzina stanowi dla seniora w późniejszym etapie życia podporę funkcjonowania, ułatwia jego egzystencję. Czasami zwykła z pozoru rozmowa o stanie zdrowia daje poczucie wsparcia i równowagi. Szybkie tempo życia przedstawicieli młodszego pokolenia spowodowane intensywną pracą zawodową często zakłóca dialog rodzinny. W celu sprawdzenia, czy zachodzi związek pomiędzy aktywnością zawodową dzieci a częstością prowadzenia rozmów o stanie zdrowia osób starszych, przeprowadzono analizę korelacji rho-Spearmana. Analiza nie wykazała istotnego statystycznie związku: rho = - 0,16; p = 0,415. Niemniej jednak większość badanych (73%) odpowiedziała, że rodzina doradza im w sprawach zdrowotnych. Badane osoby oceniły, że najczęściej rozmawia się z nimi o aktywności fizycznej (M = 5,3), leczeniu i prowadzonej rehabilitacji (M = 2,4), zażywaniu leków (M = 5,2) oraz o przeprowadzonych badaniach lekarskich (M = 5,1). Najrzadziej rozmowy były prowadzone na temat zaprzestania nałogów (M = 1,5). **Rycina 1** przedstawia statystyki opisowe dla stopnia rozmów na poszczególne tematy związane z kwestiami zdrowotnymi.

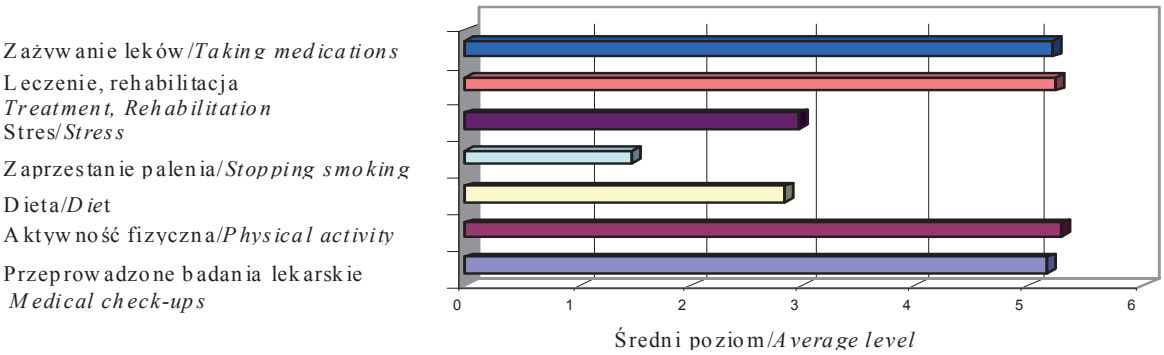
W odniesieniu do prowadzonych dyskusji zdrowotnych 43% ankietowanych przyznało, że nikt nie zachęca ich do przeprowadzenia badań profilaktycznych, około 37% osób wskazało jednak na współmałżonka, a co piąta – na dzieci. Poza tym analiza pola badawczego wykazała, że osoby starsze najczęściej chodzą do lekarza same – 67%, na współmałżonka wskazała co czwarta badana osoba.

Kolejnym kryterium ocenianym w niniejszej publikacji był stopień wspierania oraz zaangażowania środowiska rodzinnego na poszczególnych poziomach funkcjonowania osób po 65 roku życia. Otóż większość badanych osób odpowiedziała, że ich rodzina angażuje się w proces ich leczenia – 73%, mniej więcej co czwarta badana osoba odpowiedziała przeciwnie – 27%. W **tabeli 1** przedstawiono rozkład sposobu zaangażowania się rodziny w proces leczenia ankietowanych.

Tabela 1. Rozkład sposobu zaangażowania się rodziny w proces leczenia badanych osób
Table 1. Distribution of the way of family involvement into the process of respondents' treatment

Odpowiedź/ *Answer*	Liczebność/ *Population*	Procent z ogółu/ *Percentage of total*
Materialnie (finansowanie leczenia)/ *Materially (financing of treatment)*	3	10,00
Duchowo (motywowanie, dodawanie otuchy, doping, wsparcie emocjonalne)/ *Spiritually (motivation, reassurance, encouragement, emotional support)*	16	53,33
Logistycznie (pomoc w dotarciu na miejsce leczenia, wykonywanych badań lekarskich)/ *Logistically (assistance in reaching the place of treatment, performed medical examinations)*	14	46,67

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

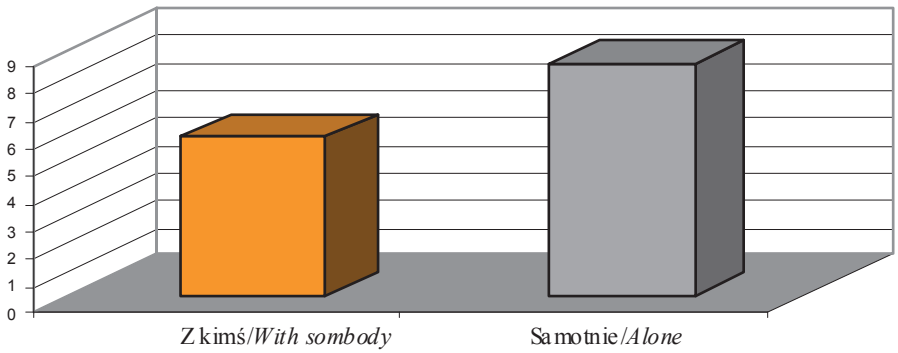


Rycina 1. Średni stopień rozmów na poszczególne tematy związane z kwestiami zdrowotnymi (skala 0–10)
Figure 1. Average measure of talks on particular topics connected with health issues (range 0–10)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród analizowanych wskaźników zwrócono także szczególną uwagę na to, jaki jest wpływ rodziny na sposób odżywiania osób starszych, ich aktywność fizyczną oraz parametr snu. Zgromadzone dane pozwalają stwierdzić, iż w 30% przypadków ktoś z rodziny próbował wpłynąć na zmianę nawyków żywieniowych badanych osób, jednakże w większości nie było takiego zachowania. Spośród badanych osób 16,67% było namawianych do tego, aby ograniczyć dostarczaną w posiłkach sól, 13,33% – by spożywać więcej owoców i warzyw, 10% – by ograniczyć spożywanie tłustych potraw, a w przypadku 3,3% respondentów – do tego, by ograniczać spożywanie słodyczy oraz regularnie jadać posiłki. Jeżeli chodzi o aktywność fizyczną osób starszych, to analizy korelacji rho-Spearmana nie wykazały istotnych statystycznie związków pomiędzy poziomem wykształcenia badanych osób a poczuciem ich stopnia aktywności fizycznej. Dodatkowo sprawdzono, czy najbardziej aktywni fizycznie krewni w większym stopniu wpływają na aktywność fizyczną osób badanych. Niestety analiza testem Kruskala-Wallisa nie wykazała istotnych statystycznie różnic: $chi^2(3) = 6,61$; $p = 0,086$. Oznacza to, że osoby najbardziej aktywne fizycznie w rodzinie nie wpływają na poziom aktywności badanych. W celu sprawdzenia, czy osoby mieszkające samotnie różnią się od osób niemieszkających samotnie pod względem poziomu aktywności, przeprowadzono analizę testem U Manna-Whitneya. Wykazała ona istotne statystycznie różnice: $Z = 2,87$; $p = 0,004$. Oznacza to, że osoby mieszkające samotnie miały wyższy poziom aktywności fizycznej w porównaniu do osób mieszkających z kimś (**Rycina 2**).

Poza tym sprawdzono, czy osoby mieszkające samotnie różnią się od osób niemieszkających samotnie pod względem rodzaju uprawianej przez badane osoby aktywności fizycznej oraz pod względem czasu poświęcanego tygodniowo na jej uprawianie. Analizy testem niezależności chi-kwadrat nie wykazały odpowiednio istotnych statystycznie zależności: $chi^2(5) = 2,12$; $p = 0,912$ oraz : $chi^2(4) = 2,91$; $p = 0,623$. Jeżeli chodzi o sam rodzaj uprawianej aktywności fizycznej, badane osoby najczęściej wskazywały na spacery – 77%, inne formy aktywności fizycznej – 47% oraz gimnastykę poranną – 43%. Osoby starsze najczęściej wskazywały, że samotnie uprawiają aktywność fizyczną – 67%, mniej więcej co trzecia badana osoba odpowiedziała, że uprawia ją ze współmałżonkiem – 30%. Respondenci najczęściej odpowiadali, że największy wpływ na podejmowanie przez nich aktywności fizycznej ma współmałżonek – 43% oraz inne osoby w rodzinie – 37%. Co piąta badana osoba wskazywała na dzieci lub wnuki – 20%. Spośród osób pozostających w związku małżeńskim 10% przyznało, iż choroba współmałżonka przyczynia się do ograniczenia jej aktywności fizycznej. Zdecydowana większość badanych osób (80%) odpowiedziała, że rodzina wspiera ich w podejmowaniu aktywności ruchowej. Większość seniorów jest wspierana przez rodzinę duchowo – 73%, wsparcie logistyczne otrzymuje od rodziny co piąta badana osoba, a materialne co dziesiąta – 10%. Ponadto kuracjuszy dopytywano, w jaki sposób rodzina pomaga pacjentom radzić sobie w sytuacjach stresowych. Ponad połowa badanych osób (57%) potwierdziła, że rodzina pomaga im radzić sobie ze stresem. W **tabeli 2** przedstawiono rozkład sposobu, w jaki rodzina pomagała badanym osobom redukować stres w życiu codziennym.



Rycina 2. Poziom aktywności fizycznej badanych osób w zależności od sposobu zamieszkania
Figure 2. Level of respondents' physical activity taking into account the type of dwelling
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 2. Rozkład sposobu, w jaki rodzina pomagała badanym osobom redukować stres w życiu codziennym
Table 2. Distribution of the ways in which a family helped respondents reduce stress in everyday life

Odpowiedź/ *Answer*	Liczebność/ *Population*	Procent z ogółu/ *Percentage of total*
mobilizuje do aktywności fizycznej/ *motivates to physical activity*	8	26,67
rozluźnia napiętą atmosferę śmiechem, poczuciem humoru/ *relaxes the tense atmosphere with laughter, sense of humor*	8	26,67
rodzina w trosce o moje zdrowie izoluje mnie od sytuacji stresujących/ *family for the sake of my health separates me from stressful situations*	2	6,67
zachęca do wypoczynku, zalecając zmianę otoczenia/ *recommends a change of environment*	13	43,33
inne/*others*	1	3,33

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kolejnym analizowanym wskaźnikiem w przypadku zachowań prozdrowotnych był parametr snu. Spośród przebadanych osób aż 60% miało problemy ze snem. W większości przypadków (73%) rodzina nie pomagała badanym osobom zlikwidować problemów ze snem, jedynie w dwóch przypadkach wystąpiła taka pomoc. W jednym – rodzina pomagała badanej osobie farmakologicznie, a w drugim poprzez poradnię zaburzeń snu – u specjalisty.

Ostatni analizowany wskaźnik dotyczył wpływu najbliższej rodziny na niektóre zachowania zakwalifikowane do grupy zachowań ryzykownych. Sprawdzano, w jaki sposób rodzina reaguje na zachowania z tzw. grupy ryzyka (palenie papierosów, spożywanie alkoholu, nadużywanie leków). Zaledwie jedna osoba przyznała się do palenia papierosów i to ona odpowiedziała, że współmałżonek i dzieci namawiali ją do zerwania z nałogiem. Spośród badanych 33% przyznało się do spożywania alkoholu i w tym przypadku – zaledwie jedna osoba odpowiedziała, że ktoś z rodziny namawiał ją do zaprzestania spożywania alkoholu. W przypadku regularnego przyjmowania leków – 40% badanych osób odpowiedziało, że ktoś z rodziny kontroluje i przypomina im o regularnym stosowaniu farmaceutyków, a mniej więcej co czwarta badana osoba (co stanowiło 23%) była ostrzegana o nadużywaniu leków niezaleconych przez lekarza.

Dyskusja

Proces zmian demograficznych w Polsce ukazuje wzrost udziału osób starszych w populacji ogółem. Najnowsze badania wskazują, iż w 2011 roku ludzi powyżej 65 roku życia żyło w Polsce ponad 5 milionów, co stanowiło około 14% całej populacji. GUS szacuje, że w 2035 roku co czwarty mieszkaniec przekroczy umowny próg starości, powiększając 8,5-milionową populację ludzi starszych. Niemal połowa tych osób, czyli około 4 milionów, przekroczy 75 lat, stwarzając populacje wysokiego ryzyka obejmujące tzw. zespoły geriatryczne.

Osoby po 65 roku życia stanowią szczególny rodzaj generacji – należą do pokolenia powojennego z większą świadomością zdrowotną oraz wymogami do specjalistycznego leczenia [4]. W społeczeństwie polskim obserwuje się odwróconą piramidę demograficzną, czyli ilościowo osoby starsze dominują nad populacją ludzi młodych. Prognoza ludności w latach 2008–2035 wskazuje na wzrost tzw. pokolenia stulatków. Szacuje się, że liczba Polaków 85+ w 2030 roku może sięgać prawie 800 tysięcy [5].

W społeczeństwie starość kojarzy się ze stanem, w którym człowiek nie potrafi poradzić sobie z czynnościami życia codziennego, stanowi ciężar dla rodziny, dla bliskich, wymagając ciągłej opieki. Jednakże systematyczne spotykanie się z jej członkami daje możliwość zaspokajania potrzeb bezpieczeństwa, przynależności i uznania. Dobre relacje rodzinne, wsparcie psychiczne, fizyczne, społeczne i materialne zapewniają równowagę emocjonalną, pomagają przystosować się do starości, pozytywnie kształtują cechy prozdrowotne oraz wpływają na dodatni bilans życia [6].

Niestety obraz współczesnej rodziny to także zagrożenia dla seniora. Problemy wynikające ze zmian kulturowo-społecznych, takich jak: europejski model rodziny oraz zmiany w relacjach pokoleniowych, wprowadzają zaburzoną funkcję społeczną. Obniżenie przyrostu naturalnego spowodowało, iż proporcjonalnie w wielu rodzinach liczba dzieci zmalała w stosunku do liczby osób starszych i dorosłych. W konsekwencji może doprowadzić to do zjawiska osieroconej starości [7]. Zjawisko to opiera się na izolacji społecznej, samotności, często może nawet prowadzić do depresji czy samobójstwa. Jednym ze współczesnych problemów rodziny jest także rosnące zjawisko rozwodów. W konsekwencji cierpi na tym także osoba starsza. Mimo rozpadu małżeństwa seniorzy odczuwają potrzebę utrzymania kontaktów z wnukami. Często jednak więzi międzypokoleniowe zostają niestety zerwane [8].

Współczesna literatura naukowa podkreśla, iż zachowania prozdrowotne są integralnym elementem systemu ochrony zdrowia. Są one ściśle związane z pojęciem stylu życia funkcjonującym w sferze zdrowia publicznego od połowy lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Istnieje wiele definicji stylu życia. Siciński określa go jako specyficzny zespół codziennych zachowań

jednostek czy grup społecznych, stanowiący odzwierciedlenie ich położenia społecznego, a dzięki temu umożliwiający ich społeczną identyfikację [9]. Z kolei Szilagyi-Pągowska definiuje styl życia jako zespół zachowań i postaw zależnych od środowiska zewnętrznego, społecznego, kulturowego, a także od sytuacji ekonomiczno-politycznej państwa, od uznanych przez daną jednostkę wartości i przekonań [10]. Inni autorzy uważają, iż styl życia związany jest z określonymi zwyczajami i typami zachowań, na które składa się zespół decyzji podejmowanych przez ludzi odnośnie ich sytuacji zdrowotnej w sposób umożliwiający jej kontrolowanie [11]. Należy przy tym wyraźnie zaznaczyć, iż styl życia, czyli sposób, w jaki jednostka funkcjonuje, może przyczyniać się do wykształcenia wzorów zachowań zarówno tych korzystnych, jak i szkodliwych. Warto podkreślić, iż nieodłącznym elementem współtworzącym styl życia są, jak podaje Woitas-Ślubowska, zachowania zdrowotne, czyli świadomy wybór zachowań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia za pomocą wszelkich dostępnych człowiekowi środków [12]. W literaturze przedmiotu spotykamy się z różnymi systematyzacjami i typologiami terminologicznymi tego pojęcia. W niniejszym opracowaniu warto przytoczyć definicję zachowań zdrowotnych zaproponowaną przez Gochmana, który stwierdza, iż zachowania zdrowotne odnoszą się do takich elementów osobowościowych człowieka jak jego: przekonania, oczekiwania i przewidywania, motywy, wartości, spostrzeżenia, stany emocjonalne, a także działania i nawyki służące utrzymaniu i przywracaniu zdrowia [13]. Z kolei Puchalski w swoich rozważaniach na temat zachowań zdrowotnych zwraca szczególną uwagę na dwa kryteria podziału, mianowicie na wiedzę oraz związek pomiędzy tymi zachowaniami a zdrowiem ustalonym w tym systemie wiedzy. Badacz stwierdza, iż z jednej strony działania te mogą wynikać z wiedzy subiektywnej podmiotu bądź obiektywnej, usystematyzowanej wiedzy mieszczącej się w kategoriach wiedzy medyczno-społecznej, a z drugiej strony określone zachowania zdrowotne pod wpływem zgromadzonej wiedzy mogą wpływać na poziom zdrowia i odwrotnie – to wiedza o zdrowiu może motywować do podejmowania pewnych zachowań zdrowotnych [14]. Spośród licznych definicji przytoczonych w niniejszym opracowaniu najbardziej zdaje się jednak przemawiać ta zaproponowana przez Woynarowską – definicja ta mówi, że zachowania zdrowotne są postępowaniami, działaniami, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Kontynuując, autorka wyróżnia dwie kategorie zachowań. Wymienia zachowania sprzyjające zdrowiu (zachowania prozdrowotne, pozytywne), do których zalicza m.in.: aktywność fizyczną, racjonalne odżywianie, higienę ciała i otoczenia, zachowanie bezpieczeństwa, higienę psychiczną (kontakty międzyludzkie, radzenie sobie ze stresem). Ponadto wspomina o zachowaniach zagrażających zdrowiu (antyzdrowotnych, negatywnych), takich jak: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i innych środków uzależniających oraz brak zachowań prozdrowotnych [15].

Jednym z najważniejszych celów opieki zdrowotnej na rzecz osób po 65 roku życia jest przede wszystkim wykształcenie trwałych zachowań związanych z umacnianiem zdrowia, zapobieganiem chorobom i wypadkom oraz propagowanie wszelkich działań przywracających sprawność i zdrowie człowieka. Celem promocji zdrowia w tym zakresie jest przede wszystkim stworzenie osobom starszym możliwości samodzielnego i aktywnego funkcjonowania w środowisku, w którym żyją, oraz zapewnienie możliwie najwyższego poziomu jakości życia. Do realizacji tak ogólnie zdefiniowanych zadań służą przeróżne narzędzia promocji zdrowia w postaci umownych klasyfikacji i programów prozdrowotnych, ukierunkowanych bądź na zmianę dotychczasowego stylu życia osób starszych, bądź na działania związane z zachowaniem i poprawą samokontroli zdrowia, stymulowaniem więzi społecznych oraz poprawą wydolności funkcjonalnej seniorów [16].

Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny jest nieoceniona, a sam zakres tych zachowań bywa niezwykle szeroki. Dotyczy nie tylko działań związanych z czynnościami higieny osobistej i otoczenia, jak podaje Berkowska, ale również obejmuje zagadnienia związane z żywieniem, wypoczynkiem, świadomym rozwijaniem i doskonaleniem zdrowia (prowadzoną rehabilitacją i leczeniem), korzystaniem ze świadczeń opieki medycznej, zażywaniem leków i współdziałaniem z rodziną w opiece nad osobą niepełnosprawną lub przewlekle chorą [17].

Do tej pory niewiele badań donosi o tym, czy rodzina wpływa na zachowania prozdrowotne osób starszych oraz ewentualnie na jakim poziomie kształtuje się tego typu oddziaływanie pomiędzy poszczególnymi jej członkami. Rekompensatą za brak wystarczającej ilości badań w tej dziedzinie jest istnienie śladowych danych na temat oceny zachowań zdrowotnych osób starszych. Analiza zachowań zdrowotnych przeprowadzona przez Smoleń i wsp. wykazała wysoki poziom zachowań zdrowotnych wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w każdej z omawianych kategorii, tj. dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk o charakterze zdrowotnym. Badacze zauważyli, iż wśród zachowań dotyczących prawidłowych nawyków żywieniowych osoby starsze deklarują wysokie spożycie pieczywa pełnoziarnistego, owoców i warzyw, ograniczając przy tym spożywa-

nie tłuszczów zwierzęcych, cukru, soli oraz żywności z konserwantami [18]. Z kolei Suliga, oceniając wybrane nawyki żywieniowe kobiet i mężczyzn 50+, stwierdziła występowanie szeregu nieprawidłowych zachowań żywieniowych, będących czynnikami ryzyka nadwagi i otyłości, zaburzeń lipidowych, cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i innych chorób przewlekłych [19]. W kwestii zachowań profilaktycznych doniesienia naukowe wskazują na regularne korzystanie z kontrolnych badań lekarskich, ścisłe przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz poszerzanie wiedzy na tematy zdrowotne wśród osób badanych. Na podstawie zgromadzonych wyników autorzy wywnioskowali, iż zdecydowanie mniej osób po 65 roku życia poważnie traktuje wskazówki innych zaniepokojonych ich stanem zdrowia, a w większości to oni udzielają wsparcia, nie tylko finansowego, swojej rodzinie i osobom z najbliższego otoczenia [18]. Do podobnych rezultatów badawczych, oceniając zachowania zdrowotne osób starszych, doszli Kozieł i wsp., którzy porównali grupę seniorów aktywnie uczestniczących w zajęciach organizowanych przez Uniwersytety Trzeciego Wieku z osobami niepodejmującymi tej formy aktywności. Zaktywizowana intelektualnie część badanych prezentowała ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, miała lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmowała się zachowań profilaktycznych i praktyk służących zdrowiu, a ponadto wykazywała bardziej pozytywne nastawienie psychiczne w porównaniu z jej rówieśnikami z grupy kontrolnej [20].

Antidotum na starość i gwarancją długowieczności jest aktywność fizyczna. Badania naukowe wskazują, iż ludzie, którzy podejmują różnorodne formy aktywności, zachowują dłuższy komfort życia społecznego, fizycznego i psychicznego. W celu aktywizowania osób 65+, wycofanych społecznie i niechętnie podejmujących działania, powstają różnego rodzaju inicjatywy. Należą do nich: kluby seniora, domy dziennego pobytu. Uczestnictwo w tych strukturach daje możliwość zaspokojenia indywidualnych potrzeb oraz ułatwia nawiązywanie kontaktów społecznych i towarzyskich. Specjalną uwagę skupia się na rekreacji ruchowej, np. na organizowaniu programów „po zdrowie z *Nordic Walking*", tworzeniu infrastruktury rowerowej oraz pływalni i siłowni otwartych w parkach. W Polsce w większych miastach aktywizuje się poprzez naukę w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, a wiedza zdobywana przez sędziwych studentów mobilizuje do aktywnej starości. Nie zawsze jednak osoby starsze są członkami klubów czy studentami. Często bywa tak, że emeryt ogranicza się do przebywania w swoim domu lub jego okolicy. Jednak i tam potrafi aktywnie spędzać czas. Najbardziej popularnymi formami aktywności są prace w ogródku działkowym, spacery, czytanie książek czy też rozwiązywanie krzyżówek lub tworzenie kolekcji – od monet po znaczki pocztowe [21].

Podsumowując: zdrowie podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina, zależy w dużym stopniu od świadomych, prozdrowotnych zachowań jej członków. Dlatego niezwykle ważna w tym procesie jest edukacja zdrowotna, która nastawiona jest nie tylko na propagowanie działań związanych z szeroko rozumianą profilaktyką zdrowotną, ale także na koncentrowanie swoich działań na odpowiednich odbiorcach, weryfikowanie skuteczności swoich celów, metod i programów edukacyjnych. Tak naprawdę wspomnianych metod wychowania zdrowotnego jest wiele: od środków masowego przekazu, oddziaływania poprzez grupy – pogadanki zdrowotne, dyskusje itd., po indywidualny kontakt lekarz – pacjent. Nie zawsze jednak pozwalają one na otrzymywanie informacji zwrotnej o ich efektywności. Dlatego właśnie szczególnie istotne jest to, by ich rozpowszechniania nie przypisywać wyłącznie personelowi medycznemu, ale by poszczególni członkowie wspólnoty, jaką jest rodzina, wpływali na zachowania prozdrowotne swoich krewnych, zwiększając tym samym efektywność w zakresie promocji zdrowia. Jak podaje Berkowska, badania wskazują na znaczące oddziaływanie kobiet w procesie kształtowania zdrowia rodziny. To właśnie kobiety w większości stają się osobami spełniającymi funkcje opiekuńczo-medyczne w rodzinie, chociaż mówi się coraz częściej, iż podejmowane są wszelkie starania, by motywować i aktywizować do tej roli także i mężczyzn [17].

Tak więc sytuacja zdrowotna każdej rodziny uwarunkowana jest przez zespół wielu czynników przekazywanych z pokolenia na pokolenie, szczególnie w perspektywie wyznawanych wartości, postaw, oddziaływań medyczno-opiekuńczych, wytwarzanych więzi emocjonalnych oraz sytuacji ekonomicznej, mających wpływ na skuteczne zaspokajanie kluczowych potrzeb życiowych. Odwołując się do własnych spostrzeżeń, warto podkreślić, iż udzielane przez rodzinę wsparcie jest niezbędnym warunkiem poprawy zdrowia i kondycji psycho-fizycznej seniorów, który zapewnia spójność międzypokoleniową. Krewni, angażując się w proces leczenia, zwłaszcza na poziomie duchowym, logistycznym i materialnym, wpływają na zachowania prozdrowotne osób starszych. Przeprowadzona analiza pola badawczego w tym względzie pozwala na sformułowanie wniosku, iż bliscy wpływają także na aktywność fizyczną sędziwego pokolenia. Prócz tego pomagają w radzeniu sobie ze stresem, w mniejszym stopniu oddziałują na zachowania związane z racjonalnym żywieniem, zasadniczo nie angażują się w rozwiązywanie problemów starszych osób ze snem. Niemniej jednak można odnieść wrażenie, że rodzina powinna śmielej uczestniczyć w procesie

kształtowania świadomych postaw prozdrowotnych w populacji seniorów oraz podejmować szersze starania w kierunku minimalizowania zachowań z grupy działań ryzykownych, w większym stopniu nakłaniając do korzystania ze współczesnych możliwości działań profilaktycznych. Wyniki badań wskazują niewątpliwie na konieczność kontynuowania i rozbudowania analiz w tym zakresie, na podstawie większego materiału badawczego.

Piśmiennictwo

1. Kryczka P. Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie. Lublin: Wydawnictwo KUL; 1997. 188.
2. Karczewski M. Opieka nad osobami w starszym wieku w rodzinie. W: Brożkowa K, Sito A (red.). Zdrowie rodziny. Warszawa: PZWL; 1983. 242–247.
3. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2007. 221–223.
4. Bień B. Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski. W: Hrynkiewicz J (red.). O sytuacji ludzi starszych. II Kongres demograficzny. T. 3. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. 151.
5. Halicka M, Kramkowska E. Uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym. W: Hrynkiewicz J (red.). O sytuacji ludzi starszych. II Kongres demograficzny. T. 3. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. 33.
6. Synak B. Pozycja społeczna ludzi starych w warunkach zmian ustrojowych cywilizacyjno-kulturowych. W: Synak B (red.). Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2000. 9.
7. Worach-Kardas H. Starość jako wyzwanie i kwestia społeczna – nowy wymiar na progu XXI wieku. W: Kantorowicz E, Olubiński A (red.). Działania społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku. Toruń; 2003. 408.
8. Leszczyńska-Rejchert A. Człowiek starszy i jego wspomnienia – w stronę pedagogiki starości. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; 2006. 90–91.
9. Siciński A (red.). Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce. Warszawa: PWN; 1979. 13.
10. Szilagcji-Pągowska I. Styl życia i zachowania zdrowotne. W: Bożkowa K, Sito A (red.). Opieka zdrowotna nad rodziną. Warszawa: PZWL; 1994. 84.
11. Gniazdowski A. Zachowania a zdrowie. Podstawowe zależności. W: Gniazdowski A (red.). Zachowania zdrowotne. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1990. 84.
12. Woitas-Ślubowska D. Kierunki przemian stylu życia uczniów w dwudziestoleciu (1973–92) na tle zmian pozytywnych i negatywnych mierników zdrowia. Prom Zdr Nauki Społ Med. 1997; 10–11: 98.
13. Gochman DS. Health Behavior Research, Present and Future. W: Gochman DS (red.). Health Behavior. Emerging Research Perspectives. Nowy Jork–Londyn: Plenum Press; 1988. 102.
14. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: Gniazdowski A (red.). Zachowania zdrowotne. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 1990. 50–55.
15. Woynarowska B. Zdrowie i czynniki je warunkujące. W: Woynarowska B (red.). Edukacja zdrowotna w szkole. Promocja zdrowia dzieci i młodzieży w Europie. Warszawa: PWN; 1995. 10.
16. Iwanowicz E. Promocja zdrowia osób starszych. Ann UMCS. 2005; LX, suppl. XVI; 150: 181–184.
17. Berkowska M. Rola wychowania zdrowotnego w kształtowaniu zdrowia rodziny. W: Bożkowa K, Sito A (red.). Zdrowie rodziny. Warszawa: PZWL;1983. 82–86.
18. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. Pielęg XXI. 2011; 3, 36: 5–9.
19. Suliga E. Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. Hygeia Public Health. 2010; 45; 1: 44–48.
20. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. Stud Med. 2008; 12: 23–28.
21. Guldynowicz D, Koperwas A. Aktywność życiowa ludzi starszych. Studenckie Koło Naukowe Młodych Pedagogów, http://www.wszia.edu.pl/images/old/prace_kol_zeszyt4/14.pdf (data dostępu: 20.09.2013).

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.06.2014
Artykuł przyjęty do publikacji: 30.08.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Anna Święcicka
ul. Przypadek 25/9
88-100 Inowrocław
tel.: 609 149 360
e-mail: anna_marcinkowska@poczta.onet.pl
Instytut Nauk Politycznych
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy