POSTRZEGANIE STAROŚCI I STARZENIA SIĘ PRZEZ OSOBY DOROSŁE I W WIEKU PODESZŁYM

THE PERCEPTION OF OLD AGE AND AGING BY ADULTS AND THE ELDERLY

Magdalena Strugała[1], Dorota Talarska[1], Marzena Mińska[2]

[1] Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] studentka pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.34

STRESZCZENIE

Wstęp. Proces adaptacji do starości i w starości warunkują indywidualna postawa wobec własnego życia oraz postawa społeczna. Stereotypowe postrzeganie starszego człowieka jest zarówno pozytywne, jak i negatywne. Identyfikacja poszczególnych postaw oraz czynników, które z nimi korelują, jest istotnym krokiem do zrozumienia i poprawy relacji międzypokoleniowej.
Cel. Głównym celem pracy było poznanie postrzegania starości przez osoby dorosłe i będące w wieku podeszłym.
Materiał i metody. Badaniem objęto 111 osób. Wśród badanych były 54 osoby w wieku poniżej 60 lat i 57 osób powyżej 60 lat. Dobór uczestników próby odbył się losowo. Do oceny postaw wobec osób w podeszłym wieku wykorzystano skalę KAOP (*Kogan's Attitudes toward Old People Scale*). Dla określenia samooceny zastosowano kwestionariusz samooceny Rosenberga SES (*Rosenberg Self-Esteem Scale*).
Wyniki. W ramach przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano obecność istotnych zależności pomiędzy przyjmowaną postawą względem osób w podeszłym wieku a wiekiem. Wykazano także związek pomiędzy samooceną (kwestionariusz SES) a postrzeganiem starości (kwestionariusz KAOP). Nie wykazano natomiast związku pomiędzy postawą badanych a stanem cywilnym, miejscem zamieszkania, wykształceniem.
Wnioski. Postawa wobec starzenia się w badanej grupie miała charakter pozytywny, ale na niskim poziomie. Znaczącą determinantą w postrzeganiu starości okazał się wiek. Osoby starsze lepiej postrzegały starość.

SŁOWA KLUCZOWE: ageizm, wiek podeszły.

ABSTRACT

Introduction. The process of adaptation to old age and old age determines the individual attitude to one's own life and social attitude. The stereotypical perception of an older man is both positive and negative. The identification of individual attitudes and factors that correlate with them, is an important step to understanding and improving relationships between generations.
Aim. The aim of the research was to assess the perception of old age by adults and the elderly.
Material and methods. The study involved 111 people. Among them, 54 individuals were under the age of 60 and 57 persons over 60. The selection of participants in trials was held at random. To assess attitudes towards elderly the author used Kogan's Attitudes toward Old People Scale. The tool used for the assessment of self-esteem was the SES scale (Rosenberg Self-Esteem Scale).
Results. Statistical analysis shows that there is a correlation between the attitude towards the elderly and age. It also shows the relationship between self-esteem (SES) and perceptions of old age (KAOP scale). However, the analysis does not indicate a link between the subjects' attitude and their marital status, place of residence and education.
Conclusions. The attitude to aging in the test group was positive, but at a low level. The perception of old age affects age. Older people see old age better.

KEYWORDS: ageism, elderly.

Wstęp

Postawa jest sposobem postrzegania i oceniania kogoś, czegoś. Kształtuje gotowość człowieka do reagowania i zachowywania się w określony sposób. Może przyjąć wymiar pozytywny, negatywny lub obojętny [1]. Poglądy i nastawienia względem osób starszych znajdują odzwierciedlenie w ramach określonej postawy [2].

Proces adaptacji do starości i w starości warunkują indywidualna postawa wobec własnego życia oraz postawa społeczna. Z przeglądu literatury wynika, że na proces adaptacji do starzenia się składają się następujące aspekty: przekonania na temat starzenia się, często w kontekście upatrywania niekorzystnych zmian związanych ze zdrowiem, oraz świadomość i doświadczanie własnego starzenia się [4]. Zdaniem Barker

i wsp. [3] do najczęściej doświadczanych przez ludzi starszych zmian związanych ze zdrowiem należą spowolnienie fizyczne i psychiczne, utrata sił i inicjatywy, zaburzenia sensoryczne oraz depresja. Niekorzystnym następstwem tych zmian jest bezczynność i ogólnie złe samopoczucie, które wpływa na zaniżenie samooceny i często wyzwala negatywne nastawienie do siebie i otoczenia.

Stereotypowe postrzeganie starszego człowieka, zarówno pozytywne, jak i negatywne, jest zależne od poglądów i pewnego rodzaju mechanizmu myślowego, wg którego człowiek funkcjonuje w otoczeniu społecznym. Mimo iż obecnie uważa się, że doświadczanie starzenia to złożony, ciekawy i wieloaspektowy proces, to ludzie w wieku podeszłym często postrzegani są jako homogeniczna grupa będąca w opozycji do rozwoju, młodości, atrakcyjności, zdrowia, niezależności i wigoru [5]. Dominujący stereotypowo negatywny obraz starości utożsamia ją z fizycznym i psychicznym zniedołężnieniem, depresją, złym samopoczuciem, nieproduktywnością, konserwatywnym myśleniem, brakiem elastyczności, osamotnieniem, izolacją, zaniedbaniem, kresem znaczących aktywności i wycofywaniem się z ról społecznych oraz koniecznością zapewnienia wszechstronnej opieki [6]. Natomiast znacznie rzadziej dostrzegalne są przekonania na temat starzenia mające wymiary pozytywne, np. związane ze wzrostem kreatywności, bogatym doświadczeniem życiowym, dobrocią, uczciwością, mądrością, pogodą ducha, lepszym samopoczuciem, poczuciem humoru i nadziei [7]. Niestety na gruncie przeważających negatywnych stereotypów rodzi się postawa dyskryminacji osób starszych, czyli ageizm [8]. Przez ageizm rozumie się jawne lub subtelne formy negatywnego postrzegania osób starszych lub niesprawiedliwego ich traktowania ze względu na wiek. Szkodliwe są zwłaszcza przejawy ageizmu w dziedzinie ochrony zdrowia [9]. Przyczyn ageizmu upatruje się nie tylko w ramach wyżej przedstawionych krzywdzących stereotypów, ale także w dystansie międzypokoleniowym oraz w gerontofobii, czyli rodzaju lęku, który wywołany jest wszystkim, co ma związek z efektami starzenia się człowieka. Dlatego zwalczanie ageizmu powinno być jednym z kluczowych wyzwań XXI wieku, tak aby w dobie globalizacji starzenia możliwe były zapewnienie jak najlepszej jakości życia, zachowanie samowystarczalności, utrzymanie dobrego samopoczucia starszego człowieka oraz przezwyciężanie bierności, z którą zbyt często identyfikowana jest starość [10].

Identyfikacja poszczególnych postaw oraz czynników, które z nimi korelują, jest istotnym krokiem do zrozumienia i poprawy relacji międzypokoleniowej. W związku z tym celowe wydaje się przeprowadzanie szeroko zakrojonych badań społecznych oraz podejmowanie działań zmierzających do zmiany przekonań ludzi na temat starzenia się i starości.

Cel

Głównym celem pracy było poznanie sposobu postrzegania starości przez osoby dorosłe oraz będące w wieku podeszłym. Założeniem badania było również znalezienie różnic międzypokoleniowych w subiektywnym odbiorze starości i ustalenie, od czego zależy postawa wobec osób w wieku podeszłym.

Materiał i metody

Badaniem o charakterze przekrojowym objęto 111 osób, mieszkańców jednej z dzielnic Poznania. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Dobór uczestników próby odbył się losowo. Respondenci byli pacjentami pielęgniarskiej praktyki w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Kwestionariusz był wypełniany przez respondentów samodzielnie podczas wizyt domowych pielęgniarki. Przed wypełnianiem ankiet pielęgniarka dokładnie omawiała przebieg i specyfikę narzędzia. Wszyscy uwzględnieni w badaniu pacjenci dobrowolnie wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Narzędziami badawczymi były:

- autorski kwestionariusz ankiety umożliwiający zebranie danych demograficznych oraz pozyskanie informacji na temat sytuacji socjoekonomicznej i zdrowotnej,
- skala oceny postaw względem osób w wieku podeszłym KAOP (ang. *Kogan's Attitudes toward Old People Scale*),
- kwestionariusz samooceny Rosenberga SES (ang. *Rosenberg Self-Esteem Scale*),
- indeks Barthel służący do oceny niezależności w ramach podstawowych czynności życia codziennego.

Do oceny postaw wobec osób w podeszłym wieku posłużono się skalą KAOP opracowaną w 1961 r. przez Kogana z *New School for Social Research*, Nowy Jork, której niezawodność i rzetelność została potwierdzona przez innych badaczy, np. Lookinland i Anson, 1995 [11]; Gallagher i wsp., 2006 [12]; Ryan i wsp., 2007 [13]. Narzędzie to składa się z 34 pozycji w formacie podobnym do 6-punktowej skali Likerta. Skala zawiera 17 pozytywnych (parzystych) i 17 negatywnych (nieparzystych) stwierdzeń na temat osób w podeszłym wieku; stwierdzenia te składają się na określoną pozytywną lub negatywną postawę względem ludzi starszych. Pytania zawierają deskryptory od „zdecydowanie nie zgadzam się" (1) do „zdecydowanie zgadzam się" (6). Punktacja odpowiedzi przy negatywnych (nieparzystych) pytaniach jest odwrócona. Zakres wyników dla

KAOP wynosi od 34 pkt. do 204 pkt., wyższe wyniki reprezentują bardziej pozytywne nastawienie. Na wykorzystanie skali KAOP uzyskano pisemną zgodę autora – prof. Nathana Kogana. Dokonano adaptacji użytego narzędzia do warunków polskich i przeprowadzono badanie pilotażowe.

Do określenia samooceny wykorzystano skalę Morrisa Rosenberga – SES – w polskiej adaptacji [14]. Pierwotnie ta skala została opracowana w 1965 r. i ze względu na prostotę budowy i łatwość użycia znalazła powszechne zastosowanie. Pozwala mierzyć ogólny poziom samooceny, na który składają się samoakceptacja oraz sposób spostrzegania siebie. Narzędzie to zawiera 10 stwierdzeń, które oceniane są w 4-stopniowej skali rangowej, od „zdecydowanie zgadzam się" do „zdecydowanie nie zgadzam się". W badaniu można uzyskać maksymalnie 40 pkt., co oznacza samoocenę maksymalnie wysoką, a minimalnie 10 pkt., co interpretuje się jako samoocenę skrajnie niską [15]. Podobnie jak Stojanowska [16] przyjęto następującą interpretację wyników: wyniki w przedziale 10–27 pkt. oznaczają niską samoocenę, 28–32 pkt. to samoocena średnia albo przeciętna, 33–40 pkt. to wysoka samoocena. Wykorzystanie kwestionariusza Rosenberga SES odbyło się w ramach współpracy i konsultacji z psychologiem.

Indeks Barthel jest jednym z narzędzi skonstruowanych w celu obiektywnej oceny stanu sprawności ludzi starszych. Wskaźnik ten w punktach od 0 do 100 określa stopień samodzielności w zakresie podstawowych czynności życiowych: przedział 86–100 pkt. oznacza stan funkcjonalny dobry, 21–85 pkt. – upośledzenie funkcjonalne średnio ciężkie, i 0–20 pkt. – pełną zależność, niesprawność psychoruchową. Uzyskany wynik w ramach skali Barthel stanowił m.in. kryterium włączenia lub wyłączenia z badań.

Kryteriami włączenia do badań były:

- wiek 20–90 lat,
- stan somatyczny umożliwiający przeprowadzenie pełnego badania z zastosowaniem wybranych skal – wynik indeksu Barthel 80–100 pkt.,
- sprawność poznawcza umożliwiająca zrozumienie zadawanych pytań w ankiecie,
- obywatelstwo polskie.

Natomiast kryteriami wyłączenia z badań były:

- wiek poniżej 20 lat i powyżej 90,
- brak możliwości samodzielnego funkcjonowania lub obecność chorób znacząco ograniczających funkcjonowanie badanych osób – wynik w skali Barthel poniżej 80 pkt.,
- zaburzenia poznawcze utrudniające pełen kontakt z pacjentem.

Obliczeń dokonano za pomocą programu STATISTICA 10. Do analizy zmiennych mierzonych na skali porządkowej zastosowano testy Manna-Whitneya i Kruskala-Wallisa. Do analizy zależności zastosowano test chi-kwadrat Pearsona oraz współczynniki korelacji rang Spearmana.

Celem przeprowadzenia dokładnej analizy statystycznej badaną grupę podzielono ze względu na wiek na dwie podgrupy: do 60 lat – dorośli, i powyżej 60 lat – osoby w podeszłym wieku. W obrębie całej grupy oraz każdej z podgrup przeprowadzono ocenę zależności pomiędzy przyjmowaną postawą ocenianą wg skali KAOP oraz samooceną wg SES i wybranymi parametrami socjodemograficznymi. Wśród zmiennych niezależnych uwzględniono: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, strukturę rodziny, sytuację materialną i stan zdrowia. W ramach analiz statystycznych podjęto także próbę odpowiedzi na pytanie dotyczące związku pomiędzy samooceną (kwestionariusz SES) a postrzeganiem starości (kwestionariusz KAOP).

Celem ułatwienia interpretacji skali KAOP przyjęto następujący podział punktowy: postawa negatywna – 34–118 pkt.; postawa pozytywna poziom niski – 119– 146 pkt.; postawa pozytywna poziom średni – 147–174 pkt.; postawa pozytywna poziom wysoki – 175–204 pkt.

Wyniki

Charakterystyka demograficzna grupy

W badanej grupie było 60 (54%) kobiet i 46 (51%) mężczyzn. Wszyscy badani znaleźli się w przedziale wiekowym 23–92 lata. Średni wiek w całej grupie wyniósł 59,4 ± 18,15 roku (**Tabela 1**). W grupie dorosłych było 54 (48,6%), natomiast w podeszłym wieku – 57 (51,4%) respondentów.

Ponad połowa ankietowanych (57,7%) żyła w związku małżeńskim, owdowiałe były 23 (20,7%) osoby, a 8 (7,2%) było rozwiedzionych.

Stan cywilny wpływał na sposób zamieszkania respondentów, w rodzinie wielopokoleniowej mieszkało 26 (23%) osób, a samotnie – 18 (16%).

Większość grupy miała wykształcenie średnie (41%), następnie wyższe (31%).

Sytuację materialną jako dobrą określiło 86 (77%) badanych.

Poczucie dobrego stanu zdrowia miało 71% (N = 79) grupy.

Tabela 1. Dane demograficzne
Table 1. Demographic data

Zmienna/*Variable*		Liczba przypadków/ *Number of cases*		Wiek/*Age* <60		Wiek/*Age* >60		Test p
		N=111	%	N=54	%	N=57	%	
Płeć/ *Gender*	kobiety/ *women*	60	54,0	27	50,0	33	57,9	χ2 Pearsona p=0,404
	mężczyźni/ *men*	51	46,0	27	50,0	24	42,1	
Stan cywilny/ *Marital status*	panna/kawaler/*single*	16	14,4	13	24,1	3	5,3	Fishera-Freemana-Haltona p= 0,000
	zamężna/y/ *married*	64	57,7	38	70,4	26	45,6	
	rozwiedziona/ *divorced*	8	7,2	3	5,6	5	8,8	
	wdowa/wdowiec/*widow/ widower*	23	20,7	-----	-----	23	40,3	
Wykształcenie/ *Education*	wyższe/ *higher*	34	30,6	1	1,9	11	19,3	χ2 Pearsona p=0,004
	średnie/*secondary*	45	40,6	8	14,8	12	21,0	
	zawodowe/ *vocational*	20	18,0	22	40,7	23	40,4	
	podstawowe/ *primary*	12	10,8	23	42,6	11	19,3	
Struktura rodziny/ *Family structure*	wielopokoleniowa/*multi-generational*							χ2 Pearsona p=0,021
	dwupokoleniowa/*the two-generation*	26	23,4	6	11,1	9	15,8	
	jednopokoleniowa/*the one-generation*	50	45,0	28	51,9	22	38,6	
	samotna/y/ *lonely*	15	13,5	15	27,8	11	19,3	
		18	16,2	5	9,2	15	26,3	
Sytuacja materialna/ *Material status*	dobra/*good*	86	77,5	42	77,8	44	77,2	χ2 Pearsona p=0,941
	zła/*bad*	25	22,5	12	22,2	13	22,8	
Stan zdrowia/ *Health*	dobry/*good*	79	71,2	46	85,2	33	57,9	χ2 Pearsona p=0,002
	zły/*bad*	32	28,8	8	14,8	24	42,1	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dokonując porównania obu grup wiekowych: do 60 i powyżej 60 lat, uwzględniono m.in. czynniki demograficzne (**Tabela 1**). Dokładna analiza danych wykazała zależność istotną statystycznie między wiekiem respondentów a wykształceniem, stanem cywilnym, strukturą rodziny, stanem zdrowia, sytuacją materialną. W grupie dorosłych częściej były osoby z wykształceniem wyższym, natomiast niższe wykształcenie miały osoby w wieku podeszłym. Dostrzegalna różnica dotyczyła także stanu cywilnego, w młodszej grupie było więcej osób stanu wolnego, natomiast owdowiałych było więcej w grupie 60+, co jest zgodne z ogółem struktury populacji. Częściej także obserwowano zamieszkanie w rodzinie wielopokoleniowej oraz dobry stan zdrowia w grupie osób dorosłych, w stosunku do 60+.

Wyniki uzyskane po zastosowaniu skali KAOP

Analizując odpowiedzi respondentów wg kwestionariusza KAOP, wykazano, że średnia punktów w całej grupie wyniosła 121,7 ± 11,6 na 204 pkt. możliwe do otrzymania. Jest to stosunkowo niski poziom, ale wskazujący na pozytywne postrzeganie ludzi w wieku podeszłym. Uwzględniając dwie grupy wiekowe: do 60. r.ż. i powyżej 60 lat, stwierdzono, że grupa młodsza nieznacznie gorzej postrzegała starość. Grupa do 60. r.ż. uzyskała średnio 118,8 ± 11,2 pkt., natomiast grupa w podeszłym wieku – 124,4 ± 11,6 pkt.

Stwierdzono różnicę istotną statystycznie (Mann-Whitney p = 0,031) w postrzeganiu starości między analizowanymi grupami wiekowymi. Porównując poszczególne odpowiedzi w obu grupach (**Tabela 2**), stwierdzono zależność istotną statystycznie ($p < 0,05$) między wiekiem a stwierdzeniami, że „starość to niesprawność i choroba", „osoby starsze dobrze radzą sobie z nowoczesnymi technologiami", „osoby starsze są dyskryminowane ze względu na wiek", „starość to zmarszczki i siwe włosy".

Tabela 2. Zależność między odpowiedziami w kwestionariuszu Kogana a wiekiem
Table 2. Analysis of the selected statements from the Kogan scale concerning the adopted attitude towards the elderly and the age

Stwierdzenia/ *Statements*	Odpowiedź/ *Answer*		Wiek/ *Age* <60		Wiek/ *Age* >60		Test χ^2 Pearson p
	Tak/ *yes*	%	N=54	%	N=57	%	
Starość jest smutna/ *Old age is sad*	35	31,5	17	31,5	18	31,6	p= 0,991
Starość to ograniczenie sprawności i choroba/*Old age is a limiting efficiency and disease*	82	73,9	35	64,8	47	82,5	p=0,034
Osoby starsze mogą być szczęśliwe/*The elderly can be happy*	108	97,3	54	100	54	94,7	p=0,087
Osoby starsze są nieprzydatne/ *The elderly are not useful*	30	27,0	11	20,4	19	33,3	p=0,124
Osoby starsze dobrze radzą sobie z nowoczesnymi technologiami/*The elderly well cope with modern technology*	29	26,1	9	16,7	20	35,1	**p=0,027**
Osoby starsze są cierpliwe i opanowane/ *The elderly are patient and mastered*	56	50,5	23	42,6	33	57,9	p=0,107
Osoby starsze są dyskryminowane ze względu na wiek/*The elderly are discriminated against on grounds of age*	62	55,9	38	70,4	24	42,1	p=0,003

Starość to zmarszczki i siwe włosy/*Old age is wrinkles and grey hair*	46	41,4	17	31,5	29	50,9	**p=0,038**
Domy opieki to dobre rozwiązanie dla osób w wieku podeszłym/ *Nursing home is a good option for the elderly*	51	45,9	28	51,9	23	40,4	p=0,224
Często rozmyślam na temat własnej starości/*I often think about their own old age*	41	36,9	20	37,0	21	36,8	p=0,983

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Osoby w grupie starszej (D 64,8%, P 82,5%) częściej kojarzyły sobie starość z niesprawnością i chorobą oraz zmarszczkami i siwymi włosami (D 31,5%, P 50,9%). Natomiast grupa młodsza częściej twierdziła, że osoby starsze są dyskryminowane (D 70,4%, P 42,1%) oraz że nie radzą sobie z nowoczesnymi technologiami (D 83,3%, P 64,9%). W pozostałych stwierdzeniach zawartych w kwestionariuszu KAOP nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie ($p > 0,05$) między wiekiem a udzielanymi odpowiedziami.

Nie stwierdzono zależności istotnej statystycznie (test chi-kwadrat Pearsona) między średnią liczbą punktów w kwestionariuszu KAOP a płcią ($p = 0,967$), wykształceniem ($p = 0,698$), stanem cywilnym ($p = 0,835$), strukturą rodziny ($p = 0,225$), stanem zdrowia ($p = 0,980$), sytuacją materialną ($p = 0,261$).

Wyniki uzyskane na podstawie skali samooceny (SES) Rosenberga

Badana grupa uzyskała 28,9 ± 3,4 pkt. na 40 pkt. możliwych do otrzymania, co oznacza średni lub przeciętny poziom samooceny. Grupa respondentów do 60. r.ż. uzyskała średnio 29,8 ± 3,0 pkt., natomiast osoby w podeszłym wieku – 28 ± 3,6 pkt., co oznacza, że obie grupy miały bardzo zbliżony poziom samooceny. Nie wykazano związku między samooceną a przyjętymi zmiennymi niezależnymi. Wykazano natomiast różnicę istotną statystycznie (test Manna-Whitneya) między samooceną (wynik SES) a postrzeganiem starości (kwestionariusz KAOP). We wszystkich twierdzeniach kwestionariusza KAOP, poza: „osoby starsze są dyskryminowane" ($p = 0,299$), „domy opieki to dobre miejsce dla osób starszych" ($p = 0,729$), „często rozmyślam o starości" ($p = 0,869$), wartość testu Manna-Whitneya wyniosła $p < 0,05$.

Dyskusja

Z analizy badań własnych wynika, że respondenci, zarówno w młodszej, jak i starszej grupie wiekowej, przyjmowali względem starzenia się i starości postawę pozytywną na niskim poziomie. Jest to wynik zgodny z większością doniesień, zwłaszcza polskich [5, 17, 18], natomiast nie zawsze spotyka się z jednomyślnym potwierdzeniem w literaturze zagranicznej. Negatywne postawy wobec starszych osób odnotowano m.in. w Irlandii i Szwecji, które są zaliczane do państw o wysokim odsetku osób starszych w ogólnej strukturze społecznej [12]. Przejawem myślenia stereotypowego jest m.in. postrzeganie osób starszych jako słabych, zależnych i będących głównie ciężarem dla społeczeństwa [19]. Negatywną postawę wobec osób starszych zaobserwowali także Hanson i wsp. [20] w grupie 871 uczestników badania, wśród których znalazły się osoby w wieku zarówno młodym, średnim, jak i podeszłym. W badanej grupie było wielu studentów i pracowników służby zdrowia. Grupa młodszych respondentów przejawiała częściej negatywną postawę względem starości. Badacze uznali, że najważniejszą przyczyną negatywnych postaw jest brak wiedzy na temat starzenia się i gerontofobia. Podobne wyniki przemawiające na rzecz nieprzychylnych postaw uzyskali także badacze australijscy [2] oraz izraelscy [6], uznając je za silne predyktory ageizmu.

W przeciwieństwie jednak do polskich i powyższych doniesień pozostają spostrzeżenia Alsenany [21], który wskazał za pomocą zmodyfikowanego narzędzia KAOP na pozytywne nastawienie respondentów do osób starszych m.in. w Chinach, Japonii, Indiach czy Filipinach. Wynik wyjaśnia doniosłą pozycją społeczną osób w wieku podeszłym w kulturze Wschodu, gdzie osoby starsze znajdują się w centrum uwagi w rodzinie, darzone są podziwem i szacunkiem.

W niniejszym badaniu wykazano, że postawa wobec osób starszych zależna była przede wszystkim od wieku. Bardziej negatywnie postrzegały starość osoby w młodszym wieku. Związek pomiędzy wiekiem a przyjmowaną postawą potwierdzają także inne polskie badania, w których wyraźnie pokazano, że przyczyn negatywnego nastawienia otoczenia do ludzi w wieku podeszłym jest wiele, ale stopień ich natężenia zależy głównie od wieku badanych [5]. W cytowanej publikacji respondenci w wieku 30–40 lat oraz 60– 70 lat jako źródło niechęci do ludzi starych podawali przede wszystkim: mieszanie się w nie swoje sprawy, złośliwość i powracanie wciąż do tych samych tematów. Badani w przedziale wiekowym 50–60 lat podkreślili ponadto nieestetyczny wygląd. Natomiast najstarsze osoby objęte badaniem (70–80 lat oraz 80 i więcej) za szczególnie zniechęcające uznały niedosłuch, głuchotę, egoizm, powracanie wciąż do tych samych tematów i zaniedbania w wyglądzie. Opinie te wydają się szczególnie interesujące, ponieważ odnoszą się do ich grupy wiekowej. Z kolei badania Doherty i wsp. [1] pokazują, że na rozwój postawy względem osób star-

szych mogą oprócz wieku mieć wpływ również płeć, wykształcenie, kontakt z daną grupą społeczną oraz zawodowa specjalizacja. Spostrzeżenia te nie znalazły potwierdzenia w badaniach własnych, niewykluczone, że z powodu małej liczebności grupy badanej i krótkiego czasu badania. W przeglądzie piśmiennictwa można także znaleźć doniesienia, w których autorzy nie dostrzegają związku pomiędzy wiekiem a przyjmowaną postawą wobec osób starszych [22–24]. Holroyd i wsp. [24] uważają, że najważniejszym czynnikiem modyfikowalnym postawy jest nie wiek, lecz poziom edukacji, a Topaz i wsp. [6], że czynnikami tymi są predyspozycje osobowe i warunki pracy.

Przystępując do realizacji badań własnych, jako kryterium włączenia przyjęto m.in. uzyskaną wartość punktową indeksu Barthel, gdyż analogicznie jak zauważyli inni autorzy [25], stereotypy na temat starzenia mogą wynikać m.in. z utrzymującej się sprawności funkcjonalnej, ale też mogą wpływać na sposób zachowania się wobec osób w okresie starości. W powyższych doniesieniach zauważono wyraźny wzrost szybkości i poprawę dynamiki chodzenia u osób starszych, które otrzymują pozytywne wzmocnienia, w przeciwieństwie do osób, które doświadczają głównie negatywnego oddziaływania.

W kolejnym aspekcie badań własnych wykazano związek pomiędzy samooceną a postrzeganiem starości i ludzi starszych. Różnice w samoocenie i postrzeganiu starości pomiędzy badanymi grupami (do 60. roku życia i 60+) były niewielkie. Młodsi badani, którzy charakteryzowali się wysokim poczuciem własnej wartości i samooceny, gorzej postrzegali starość. Mniej negatywne postrzeganie i nastawienie do starości cechowało respondentów 60+, mimo iż mieli niższy poziom samooceny i niższe poczucie własnej wartości. Wpływ negatywnego postrzegania starzenia się i starości przez osoby w wieku podeszłym zazwyczaj bywa niekorzystny, gdyż – jak zaobserwowali Gomez i Madey [26] – reakcja emocjonalna, generowana przez negatywne postrzeganie starości w wieku późnej dorosłości, pogłębia stany niepokoju i lęku, wyzwala depresję, gniew i smutek: „Mam depresję, kiedy myślę, że się starzeję". Ponadto wg autorów negatywne reakcje emocjonalne w starszej grupie wiekowej związane są z wcześniejszymi niepożądanymi zmianami w zakresie zdrowia fizycznego oraz nieprzystosowania się i w konsekwencji nieradzeniem sobie w okresie starości. Dla porównania warto przytoczyć też doniesienia Lang i wsp. [27], którzy twierdzą z kolei, że silne poczucie kontroli nad własnym rozwojem, samoakceptacja i pozytywna samoocena mogą ułatwić dobre samopoczucie przez cały cykl życia, ułatwiając konstruktywne przygotowanie do starości. Podobnego zdania są inni autorzy, których wyniki badań z wykorzystaniem Kwestionariusza Percepcji Choroby (ang. *Illness Perception Questionnaire* – IPQ) były skorelowane z osobistym poczuciem kontroli własnego rozwoju [3]. Osoby wykazujące dużą kontrolę miały najczęściej pozytywną postawę względem siebie i starzenia się. Cytowani autorzy uznali, że negatywne konsekwencje starzenia były istotnie bardziej związane z przyjmowaniem negatywnych postaw wobec osób starszych i bardziej negatywnych oczekiwań we wszystkich sferach życia.

Z uwagi na dowiedziony w ramach badań własnych związek przyjmowanej postawy z samooceną nasuwa się stwierdzenie, że w postrzeganiu starzenia istotną rolę odgrywają przyczyny niepełnosprawności funkcjonalnej osób starszych. Zależność pomiędzy postrzeganiem starzenia a stanem zdrowia została potwierdzona przez szereg badań jakościowych i ilościowych [3]. Podczas 18-letniej obserwacji badacze stwierdzili wpływ nastawienia do starości na zachowanie aktywności funkcjonalnej, a podczas 23-letniej obserwacji dowiedli, że spostrzeganie starości i starzenia się może mieć wpływ także na umieralność [28]. W innym badaniu ukazano, iż pozytywne postrzeganie starzenia oddziaływało na przejawianie zachowań prozdrowotnych, ułatwiało przystosowanie i dawało poczucie ogólnie lepszej jakości życia, satysfakcji, umożliwiało wypracowanie skuteczniejszych strategii radzenia sobie w sytuacji samotności czy obniżenia nastroju [29, 30].

Przyjmuje się, że samoocena, postrzeganie siebie, przyjmowanie określonej względem starości postawy ma również znaczny wpływ na jakość życia. Na potwierdzenie można dodatkowo przytoczyć wyniki dużego polskiego projektu PolSenior. Badaniem objęto grupę 5695 starszych osób. We wszystkich makroregionach w Polsce zaobserwowano znaczą korelację pomiędzy subiektywnym zadowoleniem ze stanu zdrowia a jakością życia osób w wieku podeszłym [31].

Wnioski

1. Postawa wobec starzenia się w badanej grupie miała charakter pozytywny, ale na niskim poziomie.
2. Znaczącą determinantą w postrzeganiu starości okazał się wiek. Osoby starsze lepiej postrzegały starość.
3. Poziom samooceny różni postrzeganie starości.

Piśmiennictwo

1. Doherty M, Mitchell E, O'Neill S. Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population.

A survey using the Kogan Scale. Nurs Res Pract. 2011; 7; doi:10.1155/2011/352627.
2. Higgins I, Van Der Riet P, Slater L, Peek C. The Negative Attitudes of Nurses Towards Older Patients in the Acute Hospital Setting: A qualitative descriptive study. Contemp Nurse. 2007; 26(2): 225–237.
3. Barker M, O'Hanlon A, McGee HM, Hickey A, Conroy RM. Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. BMC Geriatr. 2007; 7–9; doi: 10.1186/1471-2318-7-9.
4. Westerhof GJ, Barrett AE, Steverink N. Forever young? A comparison of age identities in the United States and Germany. Res Aging. 2003; 25: 366–383; doi: 10.1177/0164027503025004002.
5. Lenartowicz-Skrzypczak J. Rola mediów w kształtowaniu społecznego wizerunku zdrowia u osób w wieku podeszłym. Praca doktorska. Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu; 2009. 52–53.
6. Topaz M, Doron I. Nurses' attitudes toward older patients in acute care in Israel. OJIN. 2013; 18: 2–9.
7. Steverink N, Westerhof GJ, Bode C, Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001; 56B: 364–373.
8. Butler RN. Age-Ism: Another Form of Bigotry. Gerontologist. 1969; 9 (4 Part): 243–246; doi:10.1093/geront/9.4_Part_1.243.
9. Makris UE, Higashi RT, Marks EG, Fraenkel L, Sale JE, Gill TM, Carrington Reid M. Ageism, negative attitudes, and competing co-morbidities – why older adults may not seek care for restricting back pain: a qualitative study. BMC Geriatr. 2015; 15: 39–42; doi: 10.1186/s12877-015-0042-z.
10. Franco OH, Kirkwood T, Powell JR, Catt M, Goodwin J, Ordovas JM, van der Ouderaa F. Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. BMC Geriatr. 2007; 7: 10–12.
11. Lookinland S, Anson K. Perpetuation of ageist attitudes among present and future health care personnel: implications for elder care. J Adv Nurs. 1995; 21(1): 47–56.
12. Gallagher S, Bennett K, Halford J. A comparison of acute and long-term health-care personnel's attitudes towards older adults. Int J Nurs Pract. 2006; 12(5): 273–279.
13. Ryan A, Melby V, Mitchell L. An evaluation of the effectiveness of an educational and experimental intervention on nursing students' attitudes towards older people. Int J Older People Nurs. 2007; 2: 93–101.
14. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. Psychol Społ. 2007; 2, 02(04): 164–176.
15. Buczak A, Samujło M. Samoocena globalna i postrzeganie własnego ciała a zachowania żywieniowe studentów. Lubelski Rocz Ped. 2013; 32: 232–241.
16. Stojanowska E. Atrakcyjność autoprezentacji w sferze społecznej oraz instrumentalnej w sytuacji zagrożenia Ja u kobiet i mężczyzn o różnej samoocenie. Studia Psychologica. 2011; 11(2): 35–50.
17. Dziuban A. Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd literatury. Gerontol Pol. 2010; 18(3): 140–147.
18. Kropińska S, Tobis S, Zakrzewska-Sawińska A, Wieczorowska-Tobis K. Dlaczego boimy się starości? Geriatria. 2013; 7: 19–23.
19. Lambrinou E, Sourtzi P, Kalokerinou A, Lemonidou C. Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. Nurs Edu Today. 2009; 29(6): 617–622.
20. Hanson R. Is elderly care affected by nurse attitudes? A systematic review. Br J Nurs. 2014; 12(23): 225–229.
21. Alsenany S. Student nurses' attitudes and knowledge towards the care of older people in Saudi Arabia. Br Soc Gerontol. 2009; 19(4): 1–28.
22. Chasteen A, Schwarz N, Park D. The activation of ageing stereotypes in younger and older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002; 57(6): 540–547.
23. Hweidi I, Al-Hassan M. Jordanian nurses' attitudes toward older patients in acute care settings. Int Nurs Rev. 2005; 52 (3): 225–232.
24. Holroyd A, Dahlke S, Fehr C, Jung P, Hunter A. Attitudes toward ageing: Implications for a caring profession. J Nurs Educ. 2009; 48(7): 374–380.
25. Hausdorff JM, Levy BR, Wei JY. The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes. J Am Geriatr Soc. 1999; 47(11): 1346–1349.
26. Gomez RG, Madey SF. Coping-with-hearing-loss model for older adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2001; 56: 223–225.
27. Lang F, Heckhausen J. Perceived control over development and subjective depression: Differential benefits across adulthood. J Pers Soc Psychol. 2001; 81: 509–523; doi: 10.1037/0022-3514.81.3.509.
28. Levy B, Slade M, Kunkel S, Kasl S. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002; 57B(5): 409–417.
29. Ory M, Hoffman MK, Hawkins M, Sanner B, Mockenhaupt R. Challenging Aging Stereotypes: Strategies for Creating a More Active Society. Am J Prev Med. 2003; 25(3): 164–171; doi:10.1016/S0749-3797(03)00181-8.
30. Levy BR, Banaji MR. Implicit ageism. W: Nelson TD (red.). Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons. Handbook of Social Psychology. Cambridge: MIT Press; 2002. 49–75.
31. Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekologiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia; 2012. 549–561.

Artykuł przyjęty do redakcji: 13.03.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 23.05.2016

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

Adres do korespondencji:
Magdalena Strugała
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 48 61 8612 243
e-mail: magdastrugal@onet.eu
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu