

**Antonina Ostrowska**

Instytut Filozofii i Socjologii PAN

## Kobiety 50+ w Polsce. Między wyzwaniem społecznym a możliwościami zdrowotnymi

### Streszczenie

Artykuł przedstawia proces starzenia się kobiet w Polsce z perspektywy biologicznej, zdrowotnej, psychologicznej i społeczno-kulturowej. Wskazuje również na pewne odmienności tego procesu w stosunku do starzenia się mężczyzn. Przedmiotem szczegółowych rozważań jest sytuacja kobiet z grupy 51–60 lat, a więc będących w okresie, gdy z kobiet „dojrzałych” zaczynają się przekształcać w „kobiety stare”. Okres ten jest szczególnie interesujący przez wzgląd zarówno na odczucia samych kobiet, jak i presję społeczną jakiej są poddawane.

**Słowa kluczowe:** kobiety 50+, proces starzenia się, zdrowie, pozycja społeczna

### Wprowadzenie

Większość analiz socjologicznych dotyczących starszego wieku w Polsce koncentruje się na jakości życia ludzi starych, doświadczanych przez nich problemach bytowych i zdrowotnych lub też społecznych i ekonomicznych konsekwencjach rosnącej ich liczby. W analizach tych osoby starsze są traktowane jako pewna specyficzna kategoria, lokująca się na końcu społecznej struktury wieku, po grupie ludzi „dojrzałych” czy ludzi w wieku średnim i w związku z tym posiadająca swoiste czy odmiennie potrzeby i możliwości życiowe (Halicka 2004; Szukalski 2008; Tobiasz-Adamczyk 2004, 2009). Przedmiotem zainteresowania jest wówczas starość jako pewien etap życia – a nie starzenie się jako proces. Tak też przede wszystkim na kwestie starości patrzy polityka społeczna, nastawiając się na identyfikację potrzeb „segmentu” ludzi starych. Rzadziej natomiast próbuje się śledzić starzenie się jako proces do starości prowadzący; jako przebiegające równocześnie procesy biologiczne, psychiczne i społeczne – rozpoczynające się przecież znacznie wcześniej i mające specyficzne implikacje dla kształtu życia w późniejszych jego fazach. Tym samym z pola widzenia umykają problemy osób znajdujących się „na przedmurzu” starości.

Proces starzenia się absorbuje głównie badaczy zachodnich, reprezentujących nauki behawioralne, choć i tam przez wiele lat był on głównie przedmiotem zainteresowania biologii i medycyny. Niemniej jednak już w latach 70., istota i społeczny

sens starzenia się stały się przedmiotem teorii socjologicznych, ujmujących ten proces zarówno w perspektywie systemowej (Busse 1968), jak i indywidualnej (Biggar 1979). Te pierwsze analizując status osób starych w społeczeństwie, wskazywały na jego zmienność w zależności od dynamiki zmian społecznych (im szybsza ta dynamika, tym wyraźniejsze obniżanie się statusu) czy proporcji osób starych w społeczeństwie (status jest niższy w społeczeństwach, gdzie osób starych jest wiele). Spośród teorii indywidualnych – zorientowanych przede wszystkim na znalezienie klucza do satysfakcjonującej jednostki starości – warto wspomnieć dwie już klasyczne: aktywność społeczna i wycofanie się (Biggar 1979), które proponują całkowicie odmienne interpretacje starzenia się. Obie też określają pewne modelowe oczekiwania społeczne w stosunku do ludzi starszych.

Teoria aktywności społecznej (*activity theory*) wyjaśnia starzenie się jako spadek liczby i częstości aktywności społecznych w miarę upływu lat. Ten brak aktywności skazuje starzejące się osoby na postępującą beczynność i alienację. Stany te w sensie społecznym są już *de facto* symptomem starzenia się, warunkującym w konsekwencji dalsze procesy psychiczne i fizyczne. Jednak trzeba podkreślić, że nieaktywność tego rodzaju jest stanem społecznie wymuszonym. Wiele osób w starszym wieku zachowuje zdolność do pełnienia różnych zadań i angażowania się w czynne życie, a ich beczynność nie jest wymogiem ani stanu zdrowia, ani sprawności. Stanowi raczej funkcję dominujących stereotypów i często ekonomicznych sił rynkowych. Aby uniknąć starości w sensie społecznym (inaczej mówiąc: starzeć się satysfakcjonująco) należy więc być aktywnym zawodowo, rozwijać zainteresowania, dbać o kontakty i aktywności społeczne, uczestniczyć, angażować się, „być na bieżąco”. W świetle tej koncepcji należy się przeciwstawiać starości, nie jest ona bowiem ani stanem pożądanym, ani funkcjonalnym.

Inaczej patrzy na to teoria wycofywania się (*disengagement theory*). Odłączanie się od czynnego życia społecznego i zwalnianie jego tempa jest naturalną potrzebą osób starszych, których siły i energia życiowa ulegają obniżeniu. Kluczem do satysfakcjonującej starości jest zaakceptowanie redukujących się zadań i interakcji społecznych. Odłączanie się od czynnego życia jest nieuchronne i niezbędne, także dlatego, aby można było zapewnić młodszej generacji stopniowe przejmowanie różnych ról i pozycji społecznych. Jest elementem i wymogiem zmian generacyjnych i warunkiem ich łagodnego, stopniowego przebiegu. Gdyby śmierć następowała nieoczekiwanie, w pełni aktywności społecznej, powodowałaby wiele dysfunkcji, a proces przejmowania funkcji społecznych przebiegałby chaotycznie. Starzenie i wycofywanie się z życia społecznego jest więc procesem społecznie pożądanym – a akceptacja starości korzystna dla jednostki i społeczeństwa.

Obie te koncepcje zawierają sądy wartościujące, przypisujące starości mniej lub bardziej pozytywne i negatywne wartości. Ukazane przez nie sposoby podejścia do starości są też obecne w sposobach potocznego myślenia o niej i w dylematach aktualnej polityki społeczno-ekonomicznej, nie tylko w Polsce. Sprowadzają się one – w uproszczeniu – do wyboru dwóch opcji: potrzeby kontynuacji aktywności ludzi

starszych w życiu publicznym i na rynku pracy lub ich wycofania się na rzecz młodszych generacji i ograniczenia aktywności do sfery rodzinnej.

Kwestie te warto też widzieć w kontekście ram kulturowych, w jakich przebiega aktualnie proces starzenia się w Polsce. Trzeba więc wskazać, że społeczny wizerunek osób starszych zawiera więcej cech negatywnych niż pozytywnych i obraz ten nie podlega jeszcze wyraźnym zmianom, jakie obserwujemy w krajach zachodnich. Coraz częściej obserwuje się tam „modę na starość” (Bois 1996) – dostrzegającą w populacji ludzi starszych twórców, konsumentów, wyborców a nawet *trend-setterów* (szczególnie gdy są materialnie niezależni lub wręcz zamożni). Dominujący w Polsce wizerunek człowieka starego łączy się raczej z niedołążnością lub w każdym razie nieprzydatnością, z chorobą, deprywacją, ubytkami sprawności fizycznej i intelektualnej, nieatrakcyjnym ciałem, zapotrzebowaniem na opiekę i życiem ze skromnej emerytury (Halik 2002). Tym samym proces starzenia się – a więc proces do owej starości prowadzący – nie jest przez nikogo wyczekiwany i nie bywa powodem do zadowolenia i dumy.

Z obrazem tym łączy się syndrom kulturowego opóźnienia, nienadążania za „postępem” i nowoczesną dynamiką życia, co utrudnia obecność na rynku pracy. Wyraża się to w nieumiejętności osób z „poprzedniej epoki” dokonywania wyborów, w braku orientacji w natłoku informacji, korzystaniu z nowych technologii, czy nawet w trudnościach w dochodzeniu do swoich praw w kierujących się skomplikowanymi przepisami urzędach. Ich sposoby życia, praktyki i nawyki okazują się нефunkcjonalne, a im samym daje się często do zrozumienia, że nie pasują do współczesnego świata. Dodatkowe utrudnienie stanowi pogarszająca się na ogół sytuacja materialna i zdrowotna, związana z przechodzeniem na rentę lub emeryturę, co nie sprzyja modernizacji życia i dotrzymywaniu kroku „młodym”. Jednocześnie rosnący liczebnie segment ludzi starszych (zwłaszcza kobiet) stwarza konieczność rozwijania ich potencjału i właściwego „zagospodarowania” ich w społeczeństwie.

Przedmiotem tego artykułu będą biologiczne, psychiczne i społeczne aspekty starzenia się kobiet w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem tego, co dzieje się – umownie – od 50. roku życia. Jest to okres, w którym kobiety dotychczas traktowane jako „dojrzałe” zaczynają być postrzegane jako „starzejące się”. Impulsem do podjęcia tego tematu stały się zmiany systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce, przedłużające okres aktywności zawodowej kobiet, a tym samym opóźniające nabywanie przez nie praw emerytalnych. Przed wprowadzeniem tych zmian, dzięki możliwości nabywania wcześniejszych świadczeń, wiele kobiet przestało pracować po osiągnięciu 55. roku życia, a niejednokrotnie wcześniej, przyczyniając się do gwałtownego spadku aktywności zawodowej kobiet 50+<sup>1</sup>; w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej udział Polek 50+ w rynku pracy należał do najniższych, obok

---

<sup>1</sup> O ile wskaźnik zatrudnienia kobiet w przedziale wieku 45–54 lata wynosił 0,58, w następnym przedziale wieku 55–64 lata wynosił już tylko 0,19 (Sztanderska, Grotowska 2007, s. 174).

takich krajów jak Grecja, Hiszpania, czy Włochy, charakteryzujące się najniższymi współczynnikami zatrudnienia kobiet w ogóle (*First European...* 2007).

Problem społecznej i zawodowej aktywizacji kobiet jest zagadnieniem kompleksowym i warto go analizować z wielu różnych makro- i mikrospołecznych punktów widzenia. Są to na pewno problemy ekonomiczne kraju, sytuacja na rynku pracy czy efektywność systemu emerytalnego, ale uwzględnienia wymagają także psychofizyczne i społeczne możliwości starszych kobiet. Chodzi więc zarówno o stan zdrowia, samopoczucie psychiczne i sprawność fizyczną, jak i pewne stereotypy, kulturowe sposoby postrzegania kobiet w wieku 50+ i oczekiwania związane z cyklem życia, w jakim się znajdują.

Z punktu widzenia powyższej kwestii – i zadań tej analizy – sprecyzowania wymaga kategoria 50+, praktycznie bowiem może ona zawierać cały zbiór kobiet, które przekroczyły 50. rok życia. Skoncentrujemy się tu jednak przede wszystkim na kobietach w przedziale wieku 50–60 lat. W tej grupie wiekowej zaczynają się już bowiem pojawiać pierwsze wyraźniejsze, a jednocześnie postępujące objawy „zużywania” się organizmu, powodujące szereg niekorzystnych zjawisk zdrowotnych i psychicznych. W indywidualnych odczuciach kobiet nasila się u nich uczucie zmęczenia i spadek napędu życiowego i nawet jeżeli doznaniom tym nie towarzyszą dolegliwości somatyczne, narasta świadomość zmian zachodzących w ich ciałach, starzenia się, i poczucie trudności w zmaganiu się z tymi nieodwracalnymi procesami. Wiele z tych ostatnich kwestii wiąże się ze szczególnym zjawiskiem w życiu kobiety przypadającym na ten właśnie wiek – a mianowicie menopauzą.

Psychiczne i fizyczne doznania kobiet w okresie klimakterium niejednokrotnie pozostają w konflikcie z aktywnością, wiarą we własne siły i możliwości kontynuowania kariery zawodowej. Także perspektywa zbliżania się emerytury obniża motywację kobiet do dalszego rozwoju zawodowego i podejmowania nowych wyzwań. Nakładają się na to stereotypy funkcjonujące na rynku pracy, dyskwalifikujące często przydatność starzejących się kobiet, a preferujące młodsze pracownice o „nowocześniejszych” kompetencjach, a często także atrakcyjniejszym wyglądem. Konfiguracja wszystkich tych czynników biologicznych, psychicznych i społecznych sprawia, że kobiety w wieku 50+ znajdują się w specyficznej, złożonej sytuacji. Ukazanie tej złożoności, będącej wypadkową biologicznych i psychicznych możliwości z jednej strony, a presji i oczekiwań społecznych z drugiej, ukierunkuje nasze dalsze rozważania.

### **Kiedy zaczyna się starość?**

Wspomniane wyżej socjologiczne teorie starości i starzenia się opierały się o procesualne ujęcie zachodzących zmian. Jednak czysto pragmatyczne potrzeby wymagają niekiedy wyboru punktu czasowego, kiedy osoba starzejąca się staje się stara. W sferze życia publicznego dominuje koncepcja prawna, wiążącą starość z nabyciem prawa do emerytury. Znajduje to odzwierciedlenie we wszelkiego rodzaju statystykach i przyznawanych uprawnieniach (np. rozmaitych ulgach). W ramach

ustaleniu nowego systemu emerytalnego obowiązującego w 2013 roku początek starszego wieku przypadnie na 67 lat, jednak stanie się tak dopiero w 2040 roku. W roku 2012 wiek ten wynosił jeszcze 60 lat, przy czym miał wzrastać progresywnie, co kwartał o jeden miesiąc. Tak więc w Polsce na początku roku 2014, w świetle aktualnych przeliczeń, kobieta w wieku 60 lat i kilku miesięcy jest zaliczana jeszcze do populacji osób w wieku średnim (dojrzałym), natomiast w rok później dołącza już do populacji osób starszych.

Koncepcje medyczne starzenia się odnoszą się głównie do stanu czy stopnia zużycia organizmu ludzkiego. Wszelkie przyjmowane granice są tu dość arbitralne; zwraca się uwagę na dynamikę zmian degeneracyjnych. Według niektórych definicji medycznych kobiety zaczynają wchodzić w okres starości już w latach pięćdziesiątych swojego życia. Jest to o kilka lat wcześniej niż w odniesieniu do mężczyzn, których starość rozpoczyna się dopiero około 60 roku życia. Warto się tu zastanowić, na ile wiąże się to z faktem, że kobieta około 50-letnia traci swoje zdolności reprodukcyjne, podczas gdy mężczyzna je nadal zachowuje. Zdolność do reprodukcji wyznaczałaby więc umowną granicę między dojrzałością a starością. Skłania to do konstatacji, że biologia nie jest tu sprawiedliwa. Sugerowałoby to także wpływ paternalistycznego spojrzenia medycyny na kobietę i mężczyznę.

Bez względu na przyjęty punkt graniczny, w fizjologii starzejącego się organizmu notuje się: coraz mniej intensywne odradzanie się komórek, słabnącą przemianę materii, zmniejszoną aktywność wielu układów, a szczególnie wyraźnie układu nerwowego. Pojawiają się zmiany hormonalne. W przypadku kobiet szczególnie istotne jest powolne zanikanie produkcji estrogenu, który reguluje nie tylko funkcje płciowe, ale stanowi specyficzną barierę ochronną zapobiegającą przed pojawianiem się różnych schorzeń (choroby układu krążenia, osteoporoza). Tkanki stają się odwodnione, stawy sztywnieją, siła mięśni i koordynacja maleje, pogarsza się wzrok i słuch, coraz częściej zawodzi pamięć i koordynacja. Z oznak zewnętrznych widać siwienie włosów, a skóra staje się mniej elastyczna. Niektóre z tych oznak pojawiają się wcześniej, inne później; siwiejące osoby w wieku lat 30–40 nie są rzadkością. Starzenie się w sensie fizjologicznym jest więc procesem rozpoczynającym się już wtedy, gdy dalekie są nam myśli o starości. Wszystkie te zmiany – aczkolwiek o charakterze fizjologicznym – mają silną komponentę psychiczną i społeczną. Pojawiają się problemy zmieniającego się wizerunku: wyglądu ciała i sprawności. Ze względu na istniejące normy kulturowe, zagrożenie utratą takich wartości jak uroda, zdrowie, młodość, atrakcyjność seksualna czy zdolność do reprodukcji (na których często opierała się samoocena) jest wyraźniejsze wśród kobiet (Tobiasz-Adamczyk 2004).

Wszystkie zmiany psychiczne towarzyszące starzeniu się dokonują się ewolucyjnie i trudno – podobnie jak w przypadku zmian fizjologicznych – określić punkt czasowy, w którym się rozpoczynają. Psychologowie często utożsamiają ten punkt z tzw. kryzysem połowy życia (Beisert 2010), z czasem, kiedy to ludzie próbują dokonać bilansu wykorzystanych i utraconych możliwości, słuszności dokonywanych

wyborów i podejmowanych decyzji życiowych. W miarę przybywania lat coraz częściej przedmiotem zadumy staje się ocena dotychczasowego życia i przyświecających mu wartości. Oczywiście, obiektywne procesy zachodzące w organizmie i subiektywne poczucie starzenia się nie muszą korespondować z utratą zainteresowań, możliwości rozwoju osobistego, zdolności do funkcjonowania społecznego i wykonywania pracy zawodowej, czy nawet do pełnienia szeregu istotnych ról w życiu publicznym. Niejednokrotnie jednak dążenia, które kiedyś stanowiły program życiowy, tracą swą siłę motywacyjną; kariera, osiągnięcia zawodowe, stałe współzawodnictwo z innymi przestają mieć dotychczasową wagę (Bielawska-Batorowicz 2006). Alternatywą dla dotychczasowej egzystencji mogą być zmiany stylu życia, nowe zainteresowania czy zachowania wprowadzone na zasadzie „albo teraz, albo już nigdy”. Psychologowie wskazują, że motywacja do wprowadzania zmian może być zarówno pozytywna – robić coś nowego, wartościowego, póki zdrowie, energia i wiek pozwalają, jak i negatywna – uwolnić się od obciążeń, które nie stanowiły źródła satysfakcji (Oleś, Baranowska 2003).

Według badań opinii publicznej, starość w Polsce zaczyna się po 60. roku życia<sup>2</sup>. Jednocześnie jednak tylko co 10. Polak wskazał, że „czuje się staro”. Im młodszy wiek respondentów, tym niższy wskazywany czas rozpoczęcia starości. W odniesieniu młodych ludzi starość rozpoczynała się około osiem lat wcześniej, niż to miało miejsce u siedemdziesięciolatków, którzy za początek starości uznali 65 rok życia. Tak więc osoby starsze znacznie dłużej bronią się przed starością, niż skłonni są to widzieć ludzie młodzi. W każdym razie jednak „starzy” Polacy są relatywnie młodzi w porównaniu ze „starymi” z innych krajów. W Stanach Zjednoczonych badania opinii publicznej wskazują na 75 lat jako wiek, w którym rozpoczyna się starość (Palska 2004).

Starość kobiet według opinii społeczeństwa polskiego rozpoczyna się przeciętnie około 62. roku życia, czyli o dwa lata wcześniej niż w przypadku mężczyzn. Różnica ta może nie wydawać się duża, jednak powiększa się ona wyraźnie, gdy porównamy oceny dokonywane przez obie płcie. Mężczyźni są gotowi zaliczać kobiety do wieku podeszłego znacznie wcześniej, niż one same siebie<sup>3</sup>. Jeżeli jednak uznać z kolei utratę zdolności do reprodukcji czy rodzicielstwa za jakieś kryterium starości, to kobiety znacznie częściej biorą je pod uwagę niż mężczyźni<sup>4</sup>.

Niewątpliwie określenie momentu nadejścia starości, jak i postrzeganie mężczyzn i kobiet w starszym wieku, pozostaje pod znacznym wpływem stereotypów

---

<sup>2</sup> Badanie polskiej edycji European Social Survey (2006) zrealizowane na ogólnopolskiej reprezentacyjnej próbie 2600 osób. Wszystkie dane z cytowanego tu badania pochodzą z obliczeń własnych.

<sup>3</sup> 65,2% mężczyzn zaliczyło do kategorii wieku podeszłego kobiety poniżej 60. roku życia, podczas gdy tylko 47,6% kobiet. Z kolei 28% kobiet uznało za granicę wieku podeszłego dla swojej płci 70. rok życia, a podobnie sądziło już tylko 16% mężczyzn (ESS 2006, edycja polska).

<sup>4</sup> 80,9% kobiet uznało, że wiek 45 lat jest zbyt późny, aby myśleć o rodzicielstwie, podczas gdy tę samą granicę wskazało dla nich tylko 50,1% mężczyzn (ESS 2006, edycja polska).



plici. Jest to częściowo uwarunkowane dotychczasowym prawodawstwem, różnicującym ich wiek emerytalny, a zatem wiek przydatności zawodowej. Kryteria te odzwierciedlają też kulturowe wzory cech przypisywanych tradycyjnie obu płciom. Na ich mocy mężczyźni cechuje niezależność, identyfikacja z pracą i sferą pozadomową; kobiety natomiast charakteryzuje opiekuńczość, identyfikacja z domem i gotowość do poświęceń dlań – a więc cechy korespondujące z obrazem babci, której miejsce jest przy wnukach. Wzór kulturowy i socjalizowane treści programują też kobiety, w większym stopniu niż mężczyźni, do dbałości o swój wygląd, higienę osobistą i atrakcyjność fizyczną, stąd kwestie zmian wyglądu i estetyki starzenia się dotyczą ich w większym stopniu. Starzejące się ciało, widoczne fizyczne atrybuty starzenia się, mają większy wpływ na zmiany tożsamości kobiet niż mężczyźni.

Niechęć do starzenia się, obecna we współczesnym świecie, znajduje silnych sprzymierzeńców w postaci rozwijających się specjalizacji i technologii medycznych (genetyki, „biogerontologii”, „inżynierii tkankowej”, „medycyny regeneracyjnej”), starających się powstrzymać naturalne procesy degeneracyjne organizmu, zarówno ciała, jak i umysłu. Coraz lepsze rozumienie procesów prowadzących do zużywania się organizmu ludzkiego, degeneracji komórek i zaniku mechanizmów samonaprawy stwarzają szansę na opracowanie metod ich hamowania. W poszukiwaniu te włącza się aktywnie przemysł farmaceutyczny. Jak podał „The Times” (Londyn 8.09.2009), wartość przemysłu „przeciwstarzeniowego” tylko w Stanach Zjednoczonych ocenia się na około 20 miliardów dolarów rocznie i ma ona tendencję wzrostową. Skala dostępnych odmładzających zabiegów w Polsce jest trudna do oszacowania, sądząc jednak po reklamach obecnych choćby w czasopismach przeznaczonych dla kobiet – rynek tego rodzaju usług systematycznie wzrasta.

Niezależnie jednak od wszelkich wynalazków ingerujących w ciało i licznych preparatów powstrzymujących proces starzenia się (ciągle jeszcze bardziej popularnych wśród kobiet niż wśród mężczyzn), 50- czy 60-letni mężczyźni jest postrzegany jako młodszy i bardziej atrakcyjny zarówno z sferze pracy, jak i w sferze życia osobistego. Dotyczy to także aspektu motywacyjnego; uważa się, że mężczyźni dłużej niż kobiety są zainteresowani zarówno pracą zawodową, jak i seksem. W tej ostatniej kwestii wskaźnikowe są wyniki badań nad seksualnością osób w wieku 50+. Jeżeli przyjąć, że pociąg seksualny i aktywne życie seksualne jest (przynajmniej na mocy stereotypu) domeną ludzi młodych czy dojrzałych, to wiek, w którym seks przestaje być ważny, mówi nam także coś o początku starości. Wyniki badań wskazują, że w powszechnej opinii seks przestaje interesować kobiety znacznie wcześniej niż mężczyzn (Izdebski 2006).

## **Jak zmienia się życie kobiet 50+?**

### **Zdrowie, samopoczucie, seksualność, aktywność społeczna**

W przedziale wieku 50–59 większość kobiet w Polsce ma jeszcze małżonka i tylko co 10. kobieta żyje samotnie. W kolejnej dekadzie (60–69 lat) kobiet mieszkających samotnie jest już dwukrotnie więcej. Temu rosnącemu trendowi odpowiada

malejąca w kolejnych grupach wiekowych proporcja kobiet z gospodarstw trzyosobowych i większych. Zmiany te można interpretować z jednej strony jako pochodne postępującego wdowieństwa, a z drugiej – odchodzenia dorosłych dzieci, które założyły już własne rodziny.

Wdowieństwo jest znacznie powszechniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn, ze względu na przeciętnie dłuższe ich życie. Zarówno wdowieństwo, jak i odejście dzieci do własnych gospodarstw wymagają przystosowania się do życia w innym kształcie – zmianę ról rodzinnych, struktury obowiązków, wzorów spędzania czasu, a w przypadku wdowieństwa – naukę życia w pojedynkę. Nie musi ono oznaczać życia w samotności. Jednak samotność, rozumiana jako brak znaczących osób dookoła siebie, brak oparcia, świadomość bycia wyłączonym z systemu istotnych interakcji, brak kontaktów, które mają inni – jest doświadczeniem wielu starzejących się osób (Halicka 2004). Odejście dzieci, kurczenie się gospodarstwa domowego zwane syndromem „pustego gniazda”, jest dotkliwsze dla kobiet niż mężczyzn, ponieważ są one na ogół bardziej zorientowane na wewnętrzne cele i funkcje rodzin. Jeżeli odejście z domu dorosłych dzieci zbiega się z przejściem na emeryturę, wraz z utratą władzy w rodzinie i ubytkiem codziennych kontaktów z dziećmi, następuje zmiana pozycji materialnej i zawodowej, co przekłada się na obniżenie pozycji społecznej. Urywają się interakcje, kontakty społeczne związane z pracą, pojawia się zbyt duża ilość czasu. Wolny czas, którego zawsze brakowało w okresie aktywności zawodowej, zaczyna przybierać negatywną wartość. Problem ten ma charakter niemal uniwersalny i pojawia się w wielu krajach (Arber, Thomas 2001) – jednak w Polsce dotyczy on relatywnie młodszej grupy kobiet.

Przeciwwagą dla tego wolnego czasu staje się często kierowane w stosunku do kobiet oczekiwanie dotyczące podjęcia ról opiekuńczych w rodzinie (szczególnie w stosunku do wnuków), do pełnienia których są one niejednokrotnie obligowane emocjonalnie i moralnie. Wzór poświęcającej się dla rodziny „Matki Polki”, która podoła wszelkim wyzwaniom, znajduje tu swoją realizację. Ta specyficzna sytuacja działania „pod presją uświęconych tradycją wymagań” jest z resztą dla wielu kobiet dowartościowująca, dając im poczucie niezbędności dla funkcjonowania życia rodzinnego (Titkow 2007). W Polsce okoliczność ta jest wzmocniana niedostatkiem infrastruktury opiekuńczej i edukacyjnej dla dzieci w wieku przedszkolnym. Często jednak także – w związku z przedłużaniem się przeciętnej długości trwania życia – ciągle obecni są jeszcze bardzo starzy rodzice (lub jedno z nich), którymi opieka także staje się wyzwaniem dla kobiet 50+. W takich przypadkach są to już na ogół osoby ponadosiemdziesięcioletnie, często schorowane, niesamodzielne i demencyjne, a opieka nad nimi stanowi znaczne obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Nieuchronna konfrontacja z ich śmiercią i umieraniem skłania także do refleksji nad własnym, przemijającym bytowaniem.

Postępujące jednocześnie spowalnianie funkcji życiowych wymusza zmiany w codziennych aktywnościach. Wraz z postępującym wiekiem stan zdrowia i sprawność pogarszają się, a dynamika tego pogarszania jest proporcjonalnie największa



właśnie w grupie kobiet w wieku 50–59 lat. Cierpią one przede wszystkim na choroby kobiece, nerwice, choroby tarczycy oraz uczulenia i alergię (GUS 2012). W okresie tym dwukrotnie (w stosunku do wcześniejszej dekady) wzrasta otyłość, będąca poważnym czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych. Na ten okres życia przypada też najwyższa wśród kobiet proporcja zgonów z powodu chorób nowotworowych (Sytuacja zdrowotna... 2012). Oprócz występowania upośledzających funkcjonowanie i zagrażających życiu i zdrowiu dolegliwości, pogarsza się samopoczucie psychiczne, pojawiają się trudności ze snem, depresyjność. Kobiety z tej grupy stosunkowo najczęściej przyjmują leki antydepresyjne (Raport Polki 2013).

To szczególnie pogorszenie stanu zdrowia kobiet po 50. roku życia potwierdza też zestawienie subiektywnych ocen zdrowia w trzech kolejnych przedziałach wieku (40–49, 50–59, 60–69). Jako bardzo dobre i dobre oceniło swoje zdrowie 58,8% kobiet z grupy wieku 40–49 lat, a tylko 27,8% z grupy wieku 50–59 lat, co jest niemal identycznym odsetkiem (27,3%) jak w grupie 60–69 lat. Tak więc oceny kobiet z grupy 50+ są bardziej zbliżone do ocen kobiet ze starszej grupy. Jednocześnie nie widać takiej prawidłowości w grupie 50+ pod względem stopnia niepełnosprawności, który pogłębia się równomiernie w kolejnych grupach wiekowych<sup>5</sup>. Świadczyć to może o znacznej roli czynników psychosomatycznych, a także powiększającej się koncentracji na własnych fizycznych i psychicznych dolegliwościach. Pojawiają się też niepokoje wynikłe z antycypacji dalszego pogarszania się zdrowia i uzależnienia od innych. Niepokoje i stresy podlegają somatyzacji, pogarszając fizyczne dolegliwości i na zasadzie błędnego koła – pogarszając subiektywne poczucie zdrowia (Wrona-Polańska 2008). Pod względem stanu zdrowia jest to więc wiek przełomowy dla wielu kobiet.

Wśród niewątpliwie wielu czynników, które mogą wpływać na zadowolenie z życia, istotną rolę pełnią relacje z innymi ludźmi, więzi i kontakty towarzyskie. Jednak w grupie 51–60 lat obniża się częstotliwość takich kontaktów. W porównaniu zarówno ze starszymi, jak i młodszymi kobietami – spośród tych w wieku 50+ najwięcej osób utrzymuje kontakty rzadziej niż raz na miesiąc, a najmniej częściej niż raz w tygodniu<sup>6</sup>.

Zmienia się też skład grup towarzyskich – przyjaciół i znajomych, ze względu na proporcję osób obu płci. Starsze kobiety coraz częściej przebywają w towarzystwie innych kobiet. Fakt ten, wraz z postępującym wdowieństwem kieruje uwagę ponownie ku kwestii życia intymnego. Warto tu więc podkreślić, że także w tym okresie, mimo że maleje popęd seksualny, satysfakcje natury erotycznej są ciągle możliwe i ich wpływ na jakość życia nie może być kwestionowany (Beisert 2010). Jednak w dominującym u nas kulturowym wzorze starzejącej się kobiety niewiele

<sup>5</sup> Nie ma żadnych ograniczeń sprawności w kolejnych grupach wieku odpowiednio: 70,6%, 60,5% oraz 49,5%. Obliczenia własne na podstawie ESS 2006, edycja polska.

<sup>6</sup> Obliczenia własne, ESS 2006. Kontakty towarzyskie częściej niż raz w tygodniu zadeklarowało 24% kobiet w wieku 50–59 lat, 28% młodszych i 32% starszych, natomiast rzadziej niż raz w miesiącu 32% kobiet w wieku 50–59 lat w stosunku do odpowiednio: 18% i 30% w młodszej i starszej grupie wieku.

jest miejsca na seksualność. Intymne relacje z płcią przeciwną stają się więc trudniejsze, także dlatego, że kobiety uświadamiają sobie swoją malejącą atrakcyjność cielesną. Ich ciała – oddalające się od powszechnie wyznawanych kanonów piękna – zaczynają być postrzegane jako aseksualne – zarówno przez otoczenie, jak i przez nie same. Zmiany zachodzące w starzejącym się ciele bardziej więc wpływają na kształt tożsamości kobiet niż mężczyzn.

Ich szybsze społeczne starzenie się sprawia, że częściej niż mężczyźni w tym samym wieku wskazują na brak partnera jako przyczynę braku aktywności seksualnej. Wiele kobiet wprawdzie stwierdza u siebie zmniejszenie potrzeb seksualnych, ale może to być zarówno funkcją zachodzących zmian hormonalnych, jak i usprawiedliwioną formą rezygnacji z doznań seksualnych, zgodnie z oczekiwaniami płynącymi ze strony istniejących u nas wzorców kulturowych, które określają, co jest właściwe, a nierzadko i „przyzwoite” dla starzejącej się kobiety (Skrzypulec 2010).

Charakterystyczne jest, że oceny mężczyzn i kobiet dotyczące przyczyn abstynencji seksualnej różnią się też znacznie. O ile w badaniach seksualności Polaków żaden z badanych mężczyzn 50+ nie zadeklarował niechęci do seksu, to zadeklarowała ją niemal co piąta kobieta w tym wieku. Jednocześnie również więcej kobiet niż mężczyzn wskazywało na brak partnera(-ki) jako przeszkodę we współżyciu, podczas gdy mężczyźni częściej uzasadniali brak aktywności seksualnej problemami zdrowotnymi (Izdebski 2006).

Interesujące są także dane z wyżej wspomnianego badania, porównujące obawy związane z seksem, jakie nurtują populację „pięćdziesięciolatków +”. Główną obawą mężczyzn jest to, że nie sprawdzą się w seksie, lub też ocenianie przez partnerkę ich sprawności seksualnej. Kobiety natomiast obawiają się najczęściej oceny wyglądu ich ciała. Przedstawione powyżej wyniki korespondują z wnioskami innych badaczy. Dla przykładu Hanna Palska (2004) zauważa, że „starzy ludzie [...] jeszcze w latach 50-tych swojego życia (zwłaszcza kobiety) wykazują najwyższy poziom niezadowolenia ze swojej zewnętrżności”.

## **Rola menopauzy**

Problemy zdrowia, aktywności i samopoczucia kobiet, a także ich seksualności w wieku 50+, nie można rozpatrywać w oderwaniu od zmian fizjologicznych związanych z okresem menopauzy. Zmiany zachodzące w organizmie kobiety mogą bowiem w znacznym stopniu upośledzać jej psychospołeczne funkcjonowanie. W większości krajów europejskich, także w Polsce, przeciętny wiek menopauzy przypada na około 50. rok życia (Melby, Lock, Kaufert 2005). Oznacza to, że w krajach tych kobiety przeżywają ponad 1/3 swojego życia po menopauzie. W Polsce nie przykładą się jednak należytej wagi do społecznych aspektów okresu klimakterium; jeżeli pojęcie menopauzy pojawia się w dyskursie publicznym, to dominuje zmedykalizowana jego koncepcja (niedobór hormonów) lub też minimalizująca doznania kobiet i sprowadzająca je do żartów i dowcipów czy pobłażliwych komentarzy.

Problemom związanym z doświadczeniem menopauzy i ich uwarunkowaniem warto więc poświęcić nieco więcej miejsca.

Zainteresowanie menopauzą jako tematem podejmowanych badań psychomedycznych wiąże się głównie z występowaniem szeregu objawów psychicznych i fizjologicznych, które w różnym stopniu i z różnym nasileniem wywierają piętno na samopoczuciu i funkcjonowaniu kobiet<sup>7</sup>. Objawy te mogą utrzymywać się kilka lat po ustaniu miesiączkowania, a nawet dłużej, a więc pojawiają się i trwają w interesującym nas tu przedziale wieku 50–59 lat. Stanowią one niejednokrotnie problemy odczuwalnie zaburzające aktywność kobiet – w sferze pracy, życia rodzinnego, a nawet możliwości wypoczynku.

To, co przede wszystkim przykuwa uwagę badaczy okresu przekwitania u kobiet w różnych krajach, to fakt, że istnieje pomiędzy nimi znaczne zróżnicowanie sposobu i zakresu doświadczania wszystkich objawów i konsekwencji menopauzy. Niektóre kobiety przechodzą przez ten okres swojego życia niemal niezauważalnie, dla innych są to czasem lata wyraźnie zdominowane zachodzącymi zmianami fizjologicznymi i psychicznymi, upośledzającymi ich normalne funkcjonowanie. Poszukiwanie czynników odpowiedzialnych za obserwowane różnice stało się wyzwaniem dla lekarzy, psychologów, antropologów i socjologów. Początkowo różnic pomiędzy kobietami w intensywności doświadczanych objawów poszukiwano wśród zmiennych biologicznych. Jednak zastanawiające wyniki, jakie przyniosły międzykulturowe badania nad doświadczaniem okresu menopauzy, zainicjowały stawianie hipotez o charakterze społecznym i kulturowym. Wskazywano, że dominujące poglądy na temat płodności, starzenia się i roli kobiet kształtują ich oczekiwania i postawy wobec menopauzy oraz wpływają na społeczny status kobiet w średnim wieku, a te przekładają się na subiektywne postrzeganie menopauzy i przypisywane jej znaczenie (Lock 1994; Lock 2002). W tradycyjnych kulturach, traktujących bardziej naturalnie proces starzenia się i odnoszących się pozytywnie do starości, procesy menopauzy przebiegają łagodniej (Kaufert 1996). Stwierdzono też występowanie zależności między postrzeganiem i traktowaniem objawów a poziomem wykształcenia, pozycją społeczną kobiet i zatrudnieniem (Gold 2000), a także częstsze występowanie objawów natury psychologicznej wśród kobiet otyłych – co można wiązać z procesami fizjologicznymi, ale też z kulturowymi koncepcjami ciała (Atsbury 2008).

Zrealizowane w Polsce badania porównujące występowanie objawów złego samopoczucia, które można uznać za typowe dla klimakterium wśród kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat (Bielawska-Batorowicz 2005) wskazały na wyraźnie większe zaburzenia wśród kobiet, przy czym wiele z tych objawów odczuwało ponad 80% z nich. Były to: drażliwość, pobudliwość, martwienie się bez powodu, wahania nastroju, trudności z koncentracją, częste bóle głowy, bezsenność. W okresie

<sup>7</sup> Najczęściej przedstawia się je w postaci trzech grup: objawy wypadowe (uderzenia gorąca, nocne, zlewne poty, nadmierne pocenie się), somatyczne (zmęczenie, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, bóle kręgosłupa, bóle mięśni i stawów) i psychiczne (niepokój, wahania nastroju, trudności z koncentracją, przygnębienie, brak energii, bezsenność).

przekwitania pojawiają się także niekorzystne zmiany w stanie zdrowia rejestrowane w statystykach medycznych: zwiększa się zachorowalność kobiet na choroby nowotworowe narządu rodowego, w wyniku zaniku estrogenów podwyższa się poziom cholesterolu, następują zmiany miażdżycowe i narasta otyłość. Zaczynają się także pojawiać zmiany zwyrodnieniowe stawów i tendencja do rzeszotowienia kości (osteoporoza) (Wojtyniak, Goryński 2008).

Problem ten ma zarówno wymiar indywidualny, jak i społeczny. To zaburzone funkcjonowanie przekłada się bowiem na sferę pracy zawodowej, efektywność ról rodzinnych – a zatem w szerszej perspektywie ma swoje konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Trudności związane z przeżywaniem okresu klimakterium nakładają się też czasowo z decyzjami dotyczącymi gotowości przejścia na wcześniejszą emeryturę. Trudności z mobilizacją, poczucie zniechęcenia, spadek aktywności w wielu przypadkach sprzyjają decyzjom o zaniechaniu zatrudnienia.

Aktualne podejście do interpretowania złożoności zjawiska menopauzy wskazuje więc na konieczność interdyscyplinarności. Zachodzące w ciele kobiet zmiany hormonalne są bezdyskusyjne i mają charakter uniwersalny – choć mogą się pojawiać w różnym wieku i z różnym natężeniem. Natomiast subiektywne odczucia związane z tymi zmianami powinny być rozpatrywane z punktu widzenia charakterystyk psychologicznych kobiet, korespondujących ze sposobem odbierania doznań płynących ze swojego ciała (osobowość, neurotyczność, reaktywność) i kulturowo ukształtowanych oczekiwań związanych z przejściem menopauzalnym i społecznym stosunkiem do starzenia się kobiet.

Różne interpretacje menopauzy znajdują także swoje odzwierciedlenie w stopniu jej medykalizacji – traktowana jako naturalne zjawisko i naturalna część życia kobiety, lub też jako zaburzenie związane z zanikającym estrogenem, powodujące dyskomfort i poddające się interwencji medycznej. To ostatnie podejście, charakterystyczne dla krajów zamożnych, posiadających rozwinięte systemy opieki medycznej i instytucje badań farmakologicznych, przyczyniło się do inicjowania intensywnych badań nad możliwościami hormonalnego wspomaganie w okresie klimakterium. Hormonalne terapie zastępcze (HTZ) były w stanie przynieść ulgę wielu kobietom, znacznie zmniejszając dokuczliwość odczuwanych symptomów. Wśród pozytywnych skutków terapii wymieniano także zapobieganie osteoporozie oraz chorobom układu krążenia. Jednak badania nad dalszymi zdrowotnymi konsekwencjami długoletniego stosowania takich terapii nie rozstrzygnęły jednoznacznie i ostatecznie ich wpływu na występowanie negatywnych zjawisk zdrowotnych – przede wszystkim raka piersi. Szeroko upowszechnione wyniki badania *Women's Health Initiative*, wskazujące na ryzyko szkodliwości zdrowotnych HTZ (Chlebowski i in. 2003, za Atsbury 2008), choć krytykowane później za uchybienia w metodologii, wpłynęły na decyzje wielu kobiet o odstąpieniu od ich stosowania, pozbawiając je tym samym możliwości kontrolowania odczuwanych symptomów.

W Polsce zagadnienia i problemy niesione przez menopauzę należą głównie do obszaru kompetencji lekarzy ginekologów. W przypadku nasilonych objawów,

komplikujących życie kobiety, to lekarz ginekolog jest specjalistą, u którego kobiety najczęściej poszukują pomocy. Nie wszystkie kobiety oczywiście takiej pomocy poszukują; istniejące u nas bariery kulturowe niejednokrotnie powstrzymują kobiety przed udaniem się do lekarza ginekologa, nawet w sytuacjach, gdy w grę wchodzi poważne zagrożenie ich zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza kobiet rekrutujących się z niższych warstw społecznych (Ostrowska, Gujski 2008). Warto jednak zadać pytanie, czy kobieta zwracająca się do lekarza w celu zaordynowania hormonalnej terapii zastępczej lub innej formy pomocy zawsze może liczyć na zrozumienie? Nie dysponujemy badaniami na ten temat, jednak lektura listów pisanych do redakcji czasopism kobiecych świadczy, że nie jest to regułą, nawet wtedy, gdy nie ma medycznych przeciwwskazań. A oto fragment takiego listu:

„Liczyłam wtedy 50 lat. Zaczęły się dziać rzeczy, które potraktowałam jako sygnał, że czas pomyśleć o hormonalnej terapii zastępczej. Pierwsza wizyta, w gabinecie prywatnym. Dowiaduję się, że HTZ to nie jest metoda leczenia czegokolwiek, ale bardzo szkodliwa moda, którą niemądre kobiety wyrządzają sobie krzywdę... Kolejna na NZOZ. Tam słyszę, że to Pan Bóg tak *te sprawy* urządził, i że to niedobrze, kiedy chce się walczyć z wolą bożą. Propozycja – ziółka i *coś na uspokojenie*... Zgroza, bo to *coś na uspokojenie* to benzodiazepina. Wizyta nr 3, inny NZOZ. Zdziwienie z domieszką zgorznienia, że w *tym wieku* robię problem ze spadku libido i że te poty i takie tam, to najlepiej przeczekać, bo za parę lat miną. A z kryzysem w związku przesadzam – jeżeli mi na związku zależy, to przecież *potrafi się pani przemoc*... Wychodzę. [...] Mam dość. Odpuszczam sobie na prawie pół roku... Czuję się źle. Do typowych objawów menopauzalnych dołącza się spadek nastroju, ciężki sen, permanentne uczucie zmęczenia. Narastają problemy w związku... Kolejna wizyta, kolejny NZOZ. [...] – i wreszcie recepta. Na jedno opakowanie plastrów [hormonalnych – p.a.]... jest znakomicie. Cztery dni temu wieczorem przykleiłam pierwszy. I obudziłam się bez uczucia rozbicia i bólu głowy. Od lat nie czułam się tak dobrze naturalnie i równo. Jest tylko cień niepokoju – mam trzy tygodnie na znalezienie naprawdę sensownego gabinetu” (JAEL53 Wysokie obcasy, 19.09.2009)

Pomijając już sposób argumentacji i język wywiadu z pacjentką, widać jej przedmiotowe traktowanie, narzucanie własnego systemu wartości przez lekarzy i brak zrozumienia dla jej psychicznych problemów. Przykład powyższy na pewno nie może charakteryzować ogółu lekarzy ginekologów w Polsce; zwraca jednak uwagę na tendencję do ignorowania specyficznych problemów psychozdrowotnych, jakie pojawiają się po ustaniu funkcji reprodukcyjnych. Z powstałej luki korzystają skwapliwie firmy farmaceutyczne, reklamując wiele „naturalnych” środków dostępnych bez recepty – ale o ograniczonej skuteczności. W tej sytuacji nasuwa się refleksja, że kobiety w tym trudnym dla siebie okresie życia nie są należycie rozumiane i wspomagane. Nie ma oczywiście danych, które wskazywałyby na proste przełożenie tego stanu rzeczy na aktywność społeczną i zawodową kobiet 50+ czy możliwość sprostaniania kierowanym do nich oczekiwaniom społecznym. Sadzę, że kwestie te jednak nie powinny być ignorowane.

## Kobiety 50+ a oczekiwania społeczne. Praca czy emerytura?

Przedłużająca się przeciętna długość życia – skądinąd pozytywny wskaźnik rozwoju społecznego – stanowi poważny problem dla polityki społecznej wszystkich krajów rozwiniętych; już teraz proporcja osób po 60. roku życia jest w nich wyższa od proporcji osób w wieku 12–24 lat. Pojawiające się prognozy wskazują, że w roku 2050 w krajach Unii Europejskiej proporcja osób w wieku aktywności zawodowej w stosunku do emerytów (*old age dependency ratio*) zmieni się z 4:1 do 2:1. Problem ten jest znacznie bardziej wyrazisty wśród tzw. nowych członków UE. Stwarza on konieczność reformowania systemów emerytalnych i zwiększenia udziału starszych osób na rynku pracy, a szczególnie kobiet. Także Strategia Lizbońska (Rada Europy 2000) zaleca reformy mające na celu lepsze wykorzystanie siły roboczej i wydajności starszych osób. Potrzeba kreowania użytecznych ról społecznych dla wszystkich, którzy pragną je realizować, jest więc coraz wyraźniej podkreślanym wyzwaniem dla współczesnych polityk społecznych.

Tak w Polsce, jak i w innych krajach polityka społeczna w swoich regulacjach dotyczących sytuacji ludzi starszych kieruje się w znacznej mierze względami ekonomicznymi – nakładami na rzecz emerytur i zasiłków, leczenia, utrzymania ośrodków stacjonarnej opieki. I chociaż wiele się mówi o konieczności zapewnienia godnego starzenia się, nadmiernie rozrośniętą sferę wydatków socjalnych, a szczególnie obciążenia z tytułu świadczeń emerytalnych, uznaje się za jeden z głównych czynników trudności gospodarczych. Wydłużająca się przeciętna długość życia kobiet, sprawiająca, że statystycznie rzecz biorąc przez blisko 20 lat otrzymywały one świadczenia emerytalne, podczas gdy ich stan zdrowia i sprawności w momencie przechodzenia na emeryturę nie zawsze wskazywały na konieczność przerwania pracy, stała się koronnym argumentem na rzecz wprowadzenia nowych zasad systemu emerytalnego.

Większość uzasadnień odnosiła się do aktywizacji zawodowej kobiet, traktując je – z uwagi na wcześniejszy wiek emerytalny – jako wyłącznie nieproduktywnych konsumentów środków publicznych. Nie uwzględniano w nich faktu, że rosnący udział starszych kobiet jako konsumentów usług opłacanych ze środków publicznych jest jednak częściowo równoważony przez usługi oferowane przez nie nieodpłatnie na rzecz innych, często młodszych członków rodzin (prace w gospodarstwach domowych i usługi opiekuńcze), o czym już była mowa w tym artykule. Problem ten jest więc niewątpliwie bardziej skomplikowany, niż wynikałoby to z oficjalnych, politycznych dokumentów.

W toczącej się debacie reakcje samych kobiet na opóźnienie wieku emerytalnego były mieszane. Głosy „za” pochodziły przede wszystkim od kobiet wykształconych, wykonujących interesującą je pracę, dla których jest ona wyzwaniem intelektualnym, a nie tylko koniecznością zarobkowania; głosy „przeciw” od kobiet wykonujących wyczerpującą pracę fizyczną lub też nużącą, nisko opłacaną, wykonawczą pracę umysłową, określaną jako „kierat”. Dla tych ostatnich szczególnie uciążliwe w ich doświadczeniu życiowym jest godzenie obowiązków domowych



i zawodowych. Można też sądzić, że ich subiektywne poczucie zmęczenia życiem i pracą jest większe, a stresy, jakich doświadczają, mają bardziej przewlekły charakter. Dane na temat stanu zdrowia kobiet z różnych klas społecznych z wielu krajów, potwierdzają wyraźniejsze „zużycie” organizmów kobiet z klas niższych (Ostrowska 2009). Niewątpliwie też kobiety w wieku 50+, wykształcone, o wysokich kwalifikacjach zawodowych, znajdują dla siebie więcej innych możliwości na rynku pracy i szans na satysfakcjonujący wybór. Bardziej ograniczona produktywność niższych klas społecznych wiąże się bowiem także z trudnościami nadążania za nowymi wy-  
mogami technologicznymi i starzeniem się ich kwalifikacji zawodowych.

\* \* \*

Zmiany zachodzące w Polsce wymagają więc przemian sposobu myślenia o starości i bardziej aktywnego przygotowania do niej, zarówno ze strony obywateli, jak i państwa. Z tej drugiej perspektywy niezbędne jest wprowadzenie i realizacja „scenariusza modernizacyjnego” (określenie Ireny Kotowskiej 2007), a więc odpowiedniej, długofalowej polityki państwa wobec starzenia się i starości jako elementu cyklu życia. Potrzeba aktywizacji i zwiększenia odpowiedzialności za swój los w starszym wieku powinna być też elementem indywidualnego planowania i przygotowań w grupie wieku 50+. Z badań prowadzonych w ostatnich latach (Szukalski 2008) wynika jednak, że Polacy w wieku przedemerytalnym charakteryzują się orientacją na terażniejszość i brakiem długookresowego planowania swojego dalszego życia. Kobiety przeżywają więc około 1/3 swojego życia bez wyraźniejszych planów i perspektyw na przyszłość. Orientacja taka jest silnie związana z minimalistyczną koncepcją przeżywania dalszych lat, „przetrwania” w sposób, w jaki gwarantują to emerytom świadczenia ze strony państwa. Orientacja ta, bliska koncepcji starzenia się według teorii wycofywania się, jest także widoczna w sferze aktywności społecznej i obywatelskiej większości starzejących się kobiet. Same więc tylko zmiany legislacyjne, przedłużające prawne ramy zatrudnienia, nie wydają się wystarczającym rozwiązaniem, potrzebne jest także stworzenie systemowych możliwości, które pozwolą na stymulowanie aktywności kobiet 50+ (wprowadzanie elastycznych form pracy, organizacja pracy w usługach społecznych, formy ustawicznego kształcenia, zachęty do udziału w życiu publicznym, zwolnienie kobiet z usług opiekuńczych – choćby poprzez tworzenie przedszkoli).

Z tej perspektywy widać potrzebę socjalizacji antycypującej nadchodzące zmiany – zanim jeszcze staną się one koniecznością. Tak więc na przykład przejście na emeryturę nie powinno być postrzegane wyłącznie jako fakt czy zdarzenie mające nastąpić w przyszłości, lecz jako kolejny etap socjalizacji, świadomie rozpoczęty jeszcze w okresie „późnej dojrzałości”, od 50. roku życia, a nawet wcześniej (Streib, Thompson 1987). W stosunku do kobiet wchodzących w piątą dekadę swojego życia należałoby też zadbać o właściwe wsparcie w zakresie opieki medycznej, w trudnym okresie intensywnych przemian zdrowotnych i hormonalnych. Powszechność

i uporczywość omawianych wcześniej objawów związanych z menopauzą, problemy fizyczne i emocjonalne nasilające się w tym okresie życia są nie tylko kwestią obniżonej jakości życia – ale przeszkodą w rozwijaniu aktywności. Tymczasem system opieki zdrowotnej zdaje się niejednokrotnie lekceważyć te problemy, traktując je jako „naturalne” i „nieuniknione”, choć medycyna dysponuje wieloma możliwościami poprawy samopoczucia kobiet w okresie klimakterium.

Niedostrzeżenie problemów kobiet w wieku 50+ przez politykę społeczną przejawia się także w braku badań, które stałyby się podstawą diagnoz dotyczących sytuacji kobiet znajdujących się na pograniczu wieku dojrzałego i starości. Wiek ten, czyli dekada 50–60 lat, jednocześnie trudny i stanowiący istotny etap kształtowania dalszych dwudziestu kilku lat życia – choćby z tego tytułu zasługuje na szczególne zainteresowanie polityki społecznej. Okres ten nie doczekał się jednak jeszcze specyficznych badań, które mogłyby dostarczyć wskazówek zarówno dla poprawy jakości życia, jak i aktywizacji społecznej kobiet.

## Bibliografia

- Arber S., Thomas H. (2001). *From women's Health to a gender analysis of Health*. W: W.C. Cockerham (red.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, Oxford: Blackwell Publishers, s. 94–113.
- Astbury J. (2009). *Menopause*. W: *Mental Health aspects of women's reproductive Health*. WHO, s. 79–88.
- Beisert M. (2010). *Rozwój psychoseksualny człowieka*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.). *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 81–91.
- Bielawska-Batorowicz E. (2005). *Występowanie objawów uznawanych za nietypowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat*. *Przegląd Menopauzalny*, nr 1, s. 53–60.
- Biggar J.C. (1979). *The Sociology of Aging*. W: J. Lloyd, W. Mack J. Pease. *Sociology and Social Life*. New York: D. van Nostrand Company, s. 127–158.
- Bois J.P. (1996). *Historia starości. Od Monatigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: Oficyna wydawnicza Wolumen, Wydawnictwo Marabut.
- Busse E.W. (1968). *Theories of Aging*. W: E.W. Busse, E. Pfeifer (red.), *Behavior and Adaptation In Late Life*. Boston: Little Brown and Company, s. 5–32.
- Chlebowski R.T. i in. (2003). *Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in health postmenopausal women*. *Journal of American Medical Association*, nr 289, s. 3243–3253.
- Global Demographic Trends*. (2006). International Monetary Fund. September, vol. 43, nr 3.
- Gold E.B. (2000). *Demographics, environmental influences and ethnic and international differences in the menopausal experience*. W: R.A. Labo, J. Kelsey, B. Marcus (red.), *Menopause. Biology and Pathobiology*. San Diego: Academic Press, s. 189–201 za. E. Bielawska-Batorowicz 2006. Op. cit.
- Halicka M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. Białystok: Akademia Medyczna.
- Halik J. (2002). *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

- Izdebski Z., Ostrowska A. (2003). *Seks po polsku. Zachowania seksualne Polaków jako element stylu życia*. Warszawa: Muza.
- Izdebski Z. (2006). *Seksualność Polaków 50+*. Raport z badania OBOP.
- Kaufert P.M. (1996). *The Social and cultural context of menopause*. Maturitas, nr 23, s. 169–180.
- Kotowska, I., Sztanderska U., Wóycicka I. (2007). *Podsumowanie i rekomendacje*. W: I. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*. Warszawa: Scholar, s. 439–479.
- Lock M. (1994). *Menopause in cultural context*. Experimental Gerontology, nr 29, 307–317.
- Melby M.K., Lock M., Kaufert P. (2005). *Culture and symptoms reporting at menopause*. Human Reproduction Update, vol 11, nr 5, s. 495–512.
- Oleś P., Baranowska M. (2003). *Przełom połowy życia u kobiet*. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, s. 151–160.
- Ostrowska A., Gujski M. (2008). *Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa*. Raport z sesji naukowej organizowanej przez SNS IFiS PAN i dziennik Służba Zdrowia. Warszawa.
- Ostrowska A. (red.). *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*. Warszawa: Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet.
- Palska H. (2004). *Starość i kultura młodości*. W: H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Niepokoje polskie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Seniorzy w polskim społeczeństwie*. (1999). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Skrzypulec V. (2010). *Seksualność kobiety w okresie klimakterium*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*. Warszawa: PZWL, s. 138–145.
- Stan Zdrowia Ludności Polski* (1997). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Szczepańska J. (2007). *Aktualne problemy i wydarzenia*. Raport z badania CBOS (208), 31 sierpień–4 wrzesień.
- Szukalski P. (2008). *Podsumowanie badania: wnioski i rekomendacje*. W: P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Time use and work – life options over the life course*. (2007). *First European Quality of Life Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, s. 28.
- Titkow A. (2007). *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J. (2004). *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009). *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wciórka B. (2007). *Między młodością a starością*. Raport z badania CBOS: Aktualne problemy i wydarzenia, (200) 12–15 stycznia.
- Wojtyński B., Goryński P. (2008). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa.
- Wolff K. (1978). *The Biological, Sociological and Psychological Aspects of Aging*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Wrona-Polańska H. (2008). *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Zdrowie–stres–choroba*. Kraków: Impuls, s. 17–36.

## **50+ women in Poland. Between social challenges and health capabilities**

### **Abstract**

The article presents women's ageing process in Poland as a biological, health, psychological and socio-cultural process. It also points out some of the differences in relation to men's ageing. The object of a detailed study is the situation of women in the age group of 51–60, i.e. in the period when women of "mature age" start to transform to "elderly ones". This period is particularly interesting both because of the women's feelings and the social pressure to which they are subjected.

**Key words:** 50+ women, ageing process, health, social position