

Michał Jędrzejek, Małgorzata Synowiec-Piłat
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Seksualność osób starszych w kontekście społecznym i zdrowotnym

Wprowadzenie

Począwszy od okresu pokwitania organizm ludzki podlega fizjologicznym procesom inwolucji. Starzenie jest więc zjawiskiem nieuchronnym i wpisanim w naturę człowieka. Jednakże poprawa warunków i jakości życia, stałe podnoszenie standardów opieki medycznej oraz dostępności do jej usług, a także efektywna promocja prozdrowotnego stylu życia przyczyniają się do wydłużania długości życia. Powyższe czynniki wraz z takimi zjawiskami, jak spadek współczynników dzietności oraz umieralności, przyczyniły się do obserwowanej współcześnie zmiany w strukturze demograficznej ogółu ludności świata (Błędowski 2012). Dane oraz prognozy wskazują na stały wzrost wskaźnika starzenia się społeczeństw (procentowy udział osób w wieku starszym w danej populacji). Sytuacja ta dotyczy przede wszystkim mieszkańców Europy oraz Ameryki Północnej, ale także pozostałych kontynentów (WHO 2012). Jak pokazują dane ONZ, udział osób w wieku 60 lat i powyżej w światowej populacji wynosił w 2010 r. 11,7%, a według szacunków wartość ta w 2050 r. ulegnie prawie podwojeniu do 21,2% (United Nations 2013). Proces starzenia się społeczeństw jest najbardziej zaawansowany w Europie, co obrazują dane Eurostatu: udział osób powyżej 65 lat w populacji europejskiej w 2010 r. miał wynieść 17,4%, a przewidywana wartość w 2050 r. to 28,8% (Giannakouris 2008). Dane dotyczące Polski wpisują się w ogólny trend europejski. Według danych GUS w roku 2013 osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 14,7% populacji kraju, a według prognoz w 2035 r. będzie to 24,5%, a w 2050 r. – 32,7% (GUS 2014).

Wzrost populacji osób starszych kreuje nowe potrzeby oraz wyzwania, co wymusza zmiany nie tylko w polityce społecznej oraz ekonomicznej państw, ale także w polityce zdrowotnej. Polityka publiczna w odpowiedzi na obecną sytuację orientuje się na politykę wobec starzenia (działania ukierunkowane na problemy związane ze wzrostem w społeczeństwie

odsetka ludzi starych) oraz na politykę wobec starości (orientacja na potrzeby i interesy osób starszych) (Błędowski 2012; Rzecznik Praw Obywatelskich 2012). Zgodnie z powyższym, polityka zdrowotna wyznacza dwa główne priorytety (zadania): zdrowe starzenie się społeczeństw (ang. *healthy ageing of community*) oraz rozwój wszechstronnej opieki geriatrycznej (ang. *comprehensive geriatric care*) (Błędowski 2012). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa następujące, uniwersalne cele polityki zdrowotnej wobec starzenia się:

1. Promocja zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych wśród wszystkich grup wiekowych w celu zapobiegania lub opóźniania rozwoju chorób przewlekłych. Są to stosunkowo niedrogie działania, możliwe do zrealizowania przez mniej bogate systemy opieki zdrowotnej, ukierunkowane na zwalczanie/modyfikowanie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych, takich jak: palenie tytoniu, szkodliwe spożycie alkoholu, nieprawidłowa dieta, niski poziom aktywności fizycznej.
2. Minimalizowanie konsekwencji chorób przewlekłych. Strategia ta powinna opierać się na wczesnym wykrywaniu czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wraz z odpowiednim postępowaniem oraz na rozwoju długoterminowej, zrównoważonej opieki medycznej z uwzględnieniem rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.
3. Tworzenie środowisk przyjaznych starzeniu (ang. „*age-friendly environments*”). Wiele determinant zdrowia znajduje się poza systemem opieki zdrowotnej, w związku z tym niezbędne jest tworzenie środowisk przyjaznych starzeniu, szczególnie w najbliższym otoczeniu osób starszych (osiedla, miasta). Bardzo cenne jest wspieranie inicjatyw oddolnych, w myśl idei subsydiarności.
4. Ponowne zdefiniowanie znaczenia pojęcia starzenia się – zmiana postaw społecznych w celu wspierania aktywności osób starszych. Warto zauważyć, że potencjalnie efektywne lub innowacyjne strategie na rzecz zdrowego i aktywnego starzenia mogą zostać odrzucone ze względu na istnienie niekorzystnych stereotypów dotyczących starszych ludzi (np. „osoby w pewnym wieku są już za stare, aby nauczyć się nowych rzeczy”), traktujących tę grupę populacji jako ciężar, a nie jako zasób. Skutkiem tego jest patrzenie na problem starzenia się społeczeństw wyłącznie w kategoriach minimalizacji kosztów. Priorytetem działań w tym obszarze powinna być natomiast maksymalizacja możliwości osób starszych, której następstwem będzie m.in. zmniejszenie kosztów starzenia się, co pozwoli zbudować zrównoważone, spójne, sprawiedliwe i bezpieczne społeczeństwa (WHO 2012).

W myśl definicji WHO, ujmującej zdrowie jako pełen dobrostan, zdrowe starzenie można określić jako proces trwający całe życie, mający na celu poprawę oraz utrzymanie pełni zdrowia fizycznego, psychicznego oraz

społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności (Peel 2004). Mając na uwadze wielowymiarowość zdrowia, preferowane jest podejście holistyczne, uwzględniające wszystkie jego uwarunkowania oraz obszary, w tym zdrowie seksualne (Naidoo 2009). Pomimo wzrostu w ostatnich dziesięcioleciach zainteresowania zdrowia publicznego kwestiami związanymi z seksualnością i zachowaniami seksualnymi (w tym również osób starszych), dokumenty oraz zalecenia organizacji oraz instytucji zajmujących się zdrowiem na poziomie światowym czy europejskim, traktujące o zdrowym starzeniu, w zdecydowanej większości pomijają aspekt zdrowia seksualnego (Bradford 2007). Obecnie prowadzona polityka zdrowotna w tym obszarze jest kierowana do ogółu społeczności i koncentruje się przede wszystkim na prewencji oraz niwelowaniu skutków ryzykownych zachowań seksualnych (choroby przenoszone drogą płciową) oraz przemocy seksualnej (Ivankovich 2013). Takie podejście wydaje się niepełne, biorąc pod uwagę znaczenie seksualności oraz rolę zdrowia seksualnego w budowaniu potencjału zdrowotnego. Zgodnie z podejściem promocji zdrowia, jakość życia seksualnego to ważny predyktor zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek, rodzin, wspólnot oraz społeczeństw. Sytuacja ta dotyczy również okresu starości (Bieńko 2014).

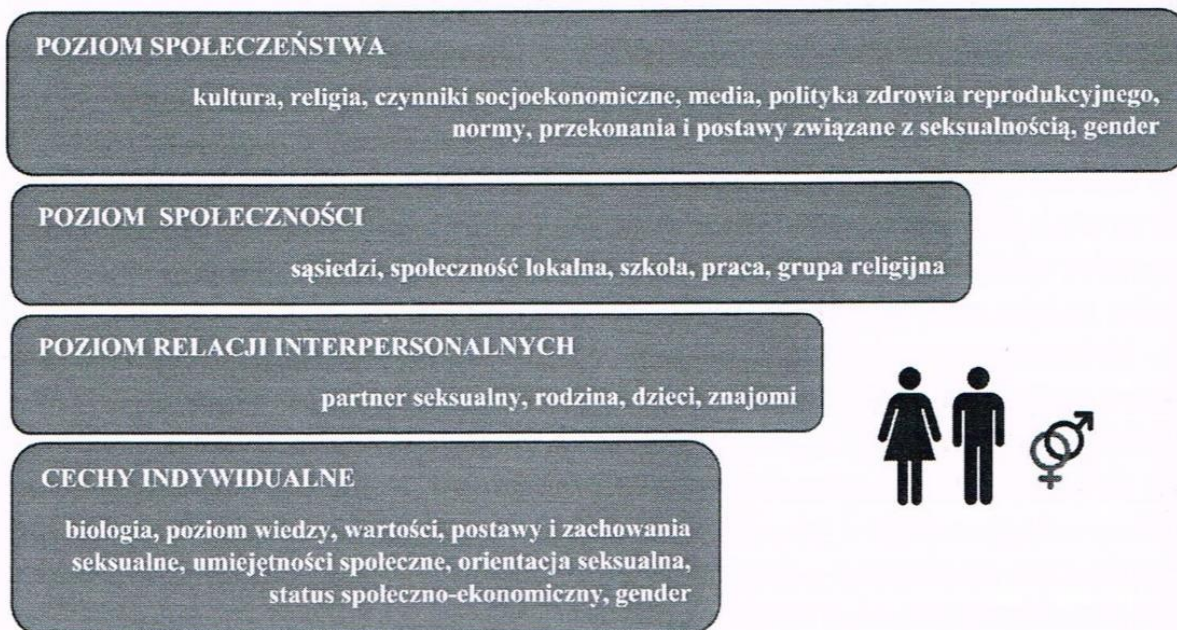
WHO określa seksualność jako zasadniczy aspekt bycia człowiekiem podczas całego życia, który obejmuje płć, tożsamość płci i ról, orientację seksualną, erotyzm, przyjemność, intymność i reprodukcję. Seksualność jest doświadczana i wyrażana przez myśli, fantazje, pragnienia, przekonania, postawy, wartości, zachowania, praktykę, role i relacje. Jednocześnie jest ona pod stałym wpływem oddziaływania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych (WHO 2006:5). Seksualność jako dynamiczny, zewnętrzny obraz wydolności fizycznej, motywacji, postaw, chęci do partnerstwa oraz zachowań seksualnych jest istotnym czynnikiem budowania poprawnych interakcji w życiu społecznym (Waite 2009). Podsumowując, seksualność stanowi integralną część tożsamości jednostki; determinuje to, kim jesteśmy; jest czynnikiem niepowtarzalności każdej osoby (Kessel 2001).

Holistyczne podejście do zdrowia seksualnego prezentuje amerykańskie Centrum Prewencji i Kontroli Chorób (*Center for Disease Control and Prevention*, CDC), które zaznaczając wymiar indywidualny i społeczny, definiuje je jako stan dobrego samopoczucia w odniesieniu do seksualności w ciągu całego życia, które obejmuje wymiary fizyczne, emocjonalne, psychiczne, społeczne i duchowe. Podkreśla także, że zdrowie seksualne jest nieodłącznym elementem ludzkiego zdrowia i opiera się na pozytywnym, sprawiedliwym i pełnym szacunku podejściu do seksualności, relacji i reprodukcji, które są wolne od przymusu, strachu, dyskryminacji,

stygmatyzacji, wstydu i przemocy. Obejmuje ono: zdolność do zrozumienia korzyści, ryzyka i odpowiedzialności wynikających z zachowań seksualnych, profilaktykę i opiekę względem chorób przenoszonych drogą płciową i innych niepożądanych skutków, a także możliwość zaspokojenia stosunków seksualnych. Zdrowie seksualne jest pod wpływem społeczno-ekonomicznych oraz kulturowych kontekstów, ale także polityk, praktyk i usług, które wspierają umacnianie zdrowia osób indywidualnych, rodzin i społeczności (CDC 2012:41). Z kolei WHO podkreśla, że aby ludzie mogli prowadzić odpowiedzialne, bezpieczne i satysfakcjonujące życie seksualne, niezbędne jest ich dobre samopoczucie (dobrostan) względem własnej seksualności (WHO 2006).

W związku z powyższym, w zakresie zdrowia seksualnego konieczne jest podejmowanie instytucjonalnych działań w obrębie zdrowia publicznego, przyczyniających się do zrozumienia złożonych czynników, które kształtują ludzkie zachowania seksualne oraz promujących pozytywne podejście do seksualności człowieka, co przyczyniłoby się do postrzegania seksualności jednostek i grup w kategoriach zdrowia seksualnego i dobrego samopoczucia, a nie tylko przez pryzmat zachowań, które mogą nieść ryzyko dla zdrowia własnego lub innych (rycina 1). A zatem twórcy programów zdrowotnych, decydenci oraz instytucje opiekuńcze powinny uwzględniać i wspierać pozytywną rolę seksualności w życiu ludzi oraz budować sieć usług zdrowotnych, które będą promować seksualnie zdrowe społeczeństwa (WHO 2006).

Rycina 1. Czynniki kształtujące zdrowie seksualne.



Seksualność osób starszych

Postrzeżenie seksualności, szczególnie seksualności osób starszych, ewoluowało na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci (Lew-Starowicz 2012). Jeszcze do początków lat 60. XX wieku było pożądanym, by wszelkie zachowania seksualne były związane wyłącznie z prokreacją. Zatem osoby starsze, szczególnie kobiety, były traktowane jako aseksualne, pozbawione potrzeb seksualnych i w konsekwencji same rezygnowały z aktywności seksualnej. Ówczesny model wychowania seksualnego opierał się w dużej mierze na naukach Kościoła katolickiego, który rygorystycznie regulował zachowania seksualne, dopuszczając stosunek płciowy wyłącznie w celu prokreacji w ramach małżeństwa. Inne zachowania (seks oralny, analny, masturbacja) i sytuacje (seks przed- i pozamałżeński) były potępiane. Seksualność była tematem tabu, publicznie nieistniejącym (Wawrzyniak 2011). W latach 70.-80. ubiegłego wieku, w kulturze euroamerykańskiej dokonała się „rewolucja seksualna” – odwrót od poglądu, iż seks jest źródłem grzechu i patologii oraz stopniowe przejście do postrzegania aktywności seksualnej jako dobra, a w ostatnim czasie również jako zachowania służącego zdrowiu (Lew-Starowicz 2012; Izdebski, Ostrowska 2004). Pojawił się większy zakres akceptowalnych zachowań seksualnych (aktywność seksualna przedmałżeńska, seks grupowy). Szczególnie istotne znaczenie w kształtowaniu powyższych przemian miał ruch na rzecz emancypacji kobiet, w tym wyzwolenia seksualnego kobiet, ruchy mniejszości homoseksualnej, a także postępująca sekularyzacja (zmniejszenie znaczenia religii i kontroli religijnej nad seksualnością) (Giddens 2006). Upowszechnione zostały także metody sterowania płodnością. Przełomem było wprowadzenie farmakologicznych środków antykoncepcyjnych, które przyczyniło się do wyzwolenia zachowań seksualnych z funkcji prokreacyjnej, z jednoczesnym nadaniem im także funkcji rekreacyjnej (Giddens 2006). Równocześnie zaczęły się pojawiać publikacje popularnonaukowe o tematyce seksualnej, w tym różne poradniki. Nastąpiła swoista seksualizacja kultury masowej (Lew-Starowicz 2012). Zaczęto także dostrzegać i akceptować potrzeby oraz zachowania seksualne osób starszych. Przełomem było wprowadzenie farmakologicznego leczenia zaburzeń erekcji, które spowodowało wzrost zainteresowania badaczy tematyką seksualności osób starszych. Przyczynił się do tego również powszechny trend badań nad jakością życia oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, które holistycznie obejmują również aspekty życia seksualnego (Lew-Starowicz 2012). Warto jednak zauważyć, iż pomimo powyższych przemian, w dalszym ciągu w społecznym odbiorze dominuje negatywny obraz seksualności osób starszych.

Jak już wspomniano, seksualność człowieka jest dynamiczną strukturą, która podlega wpływom nie tylko społeczno-kulturowym, ale jest również

modulowana przez systematyczne zmiany, które zachodzą w starzejącym się organizmie, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Na pierwszym planie zaznaczają się przede wszystkim zmiany fizyczne – ogólnoustrojowy spadek funkcji (wydolności) poszczególnych układów, w tym również narządów płciowych. Następuje stopniowe wygasanie czynności jajników (aż do całkowitego wygaśnięcia) u kobiet oraz osłabienie czynności jąder u mężczyzn, co implikuje zmniejszanie produkcji oraz wydzielania hormonów płciowych (u kobiet szybciej i gwałtownie, u mężczyzn proces ten jest bardziej rozciągnięty w czasie oraz zmienny osobniczo) wraz z konsekwencjami. Obserwuje się ogólnoustrojowe objawy przekwitania (menopauzy), zanik czynności owulacyjnej jajnika, inwolucję narządu rodowego oraz zmniejszenie wydzielania pochwowego (suchość pochwy, ból podczas stosunków) u kobiet, opóźnioną i/lub zmniejszoną erekcję, zmniejszenie objętości i jakości ejakulatu u mężczyzn oraz spadek libido u obu płci (Meston 1997). Oprócz zmian zachodzących w cielesności, wpływ na życie seksualne w tym okresie życia mają także: współistniejące choroby, przyjmowane leki, bariery psychiczne, negatywne postrzeganie ciała oraz inne czynniki psychospołeczne (rycina 2).

Rycina 2. Czynniki negatywnie wpływające na ekspresję seksualności osób starszych.



Źródło: opracowanie własne.

Pomimo zachodzących zmian, badania pokazują, że osoby starsze dalej są aktywne seksualnie, chcą dbać i rozwijać tę sferę życia. W badaniu Gott i Hinchliff (2003) 30 osób z grupy 44 badanych (21 mężczyzn, 23 kobiet) w wieku 50-92 lat, odpowiedziało, że seks ma dla nich co najmniej

umiarkowanie znaczenie w życiu. Helgason i współautorzy (1996) przebadali 319 szwedzkich mężczyzn w wieku 50-80 lat i większość z nich, bo 83%, uznało, że seks ma znaczenie w ich życiu (w tym połowa uznała go za ważny lub bardzo ważny). W całej badanej grupie, 46% mężczyzn uznało za ważne lub bardzo ważne zachowanie obecnego poziomu pożądania seksualnego, 57% odpowiedziało to samo odnośnie erekcji, 62% odnośnie poziomu odczuwanej satysfakcji seksualnej, a 37% uznało za ważne lub bardzo ważne utrzymanie obecnego poziomu objętości ejakulatu. Ze wszystkich mężczyzn, którzy wciąż byli zdolni do osiągnięcia orgazmu, 58% uznało tę funkcję za ważną lub bardzo ważną. 53% badanych deklaroowało, że chcieliby odbywać stosunek częściej, jeśli ich partner seksualny byłby na to chętny. W amerykańskim badaniu NSHAP na grupie 3005 osób 24% oraz 52% kobiet, odpowiednio w najmłodszej (57-64 lata) oraz w najstarszej grupie wiekowej (75-85 lat), deklaroowało, że seks nie jest ważny w ich życiu, w porównaniu do 6% oraz 26% mężczyzn w odpowiednich grupach wiekowych (Waite 2009).

W badaniu Helgasona i wsp. (1996), 65% badanych deklaruje, iż miewa marzenia senne o treściach seksualnych, 88% deklaruje pożądanie seksualne, 83% erekcję podczas podniecenia seksualnego, zaś 83% mężczyzn osiąga orgazm podczas stosunku lub masturbacji. 95% mężczyzn z najmłodszej grupy (50-60 lat, n=62) osiągnęło orgazm (niezależnie czy był to stosunek płciowy czy masturbacja) co najmniej raz w miesiącu w porównaniu z 46% najstarszych mężczyzn (70-80 lat, n=142), przy czym 73% oraz 34% mężczyzn odpowiednio do grupy wiekowej deklaroowało odbywanie stosunku płciowego co najmniej raz w miesiącu. Matthias i wsp. (1997) donoszą, że w próbie 1216 osób w podeszłym wieku (70-94 lata, średnia wieku badanych – 77 lat) w Los Angeles, blisko 30% uczestniczyło w aktywności seksualnej w ciągu ostatniego miesiąca, a 67% było zadowolonych z obecnego poziomu aktywności seksualnej. 84% mężczyzn i 62% kobiet z badania NSHAP w wieku 57-64 lat deklaruje, że przynajmniej raz uprawiał/a seks z partnerem w ubiegłym roku, zaś w najstarszej grupie wiekowej (75-85 lat) 38% mężczyzn i 17% kobiet była aktywna seksualnie. Wśród tych osób, w najmłodszej grupie wiekowej 68% mężczyzn oraz 63% kobiet uprawiało seks 2-3 razy lub częściej w miesiącu, a w najstarszej – odpowiednio po 54%. W zdecydowanej większości badanych był to zawsze lub prawie zawsze stosunek pochwy (Waite 2009). W badaniu Diokno (1990), na grupie osób w wieku 60 lat i więcej, widać różnicę w częstotliwości zachowań seksualnych w zależności od stanu cywilnego. Blisko 74% żonatych mężczyzn oraz 56% zamężnych kobiet było aktywnych seksualnie, w porównaniu do 31% mężczyzn oraz 5% kobiet w stanie cywilnym wolnym. Dla porównania, wyniki polskich badań przeprowadzonych przez Lew-Starowicza, pokazują, iż w grupie osób w wieku powyżej 60 lat – 41% jest dalej

aktywnych seksualnie, 40% już zakończyło życie seksualne, a 15% nie jest aktywnych seksualnie z powodu braku partnera. Ponadto, kontakt seksualny raz w tygodniu deklaruje 20% mężczyzn w grupie wiekowej 55-60 lat oraz 20,4% kobiet w wieku 50-54 lat, a kilka razy na miesiąc deklaruje odpowiednio 35% mężczyzn oraz 35% kobiet (Lew Starowicz 2000, 2002 za: Stankowska 2008).

Także inne formy ekspresji seksualnej pozostają aktualne bez względu na wiek. Jak pokazały badania NSHAP, około 88% kobiet oraz co najmniej 90% mężczyzn w każdej grupie wiekowej (przedział 57-85 lat) zawsze lub prawie zawsze odbywa grę wstępną. Seks oralny deklarowało 53% i 36% kobiet oraz 62% i 28% mężczyzn odpowiednio w najmłodszej (57-64 lat) i najstarszej (75-85 lat) grupie wiekowej. Masturbację w przeciągu ostatniego roku deklarowało 32%, 22% i 16% kobiet oraz 63%, 53% i 28% mężczyzn odpowiednio w najmłodszej, średniej i najstarszej grupie wiekowej (Waite 2009).

Bretschneider i McCoy (1988) przebadali 202 zdrowych mieszkańców domów opieki w Kalifornii, w wieku 80-102 lata i okazało się, że najczęstszą aktywnością seksualną był dotyk i głaskanie bez zbliżenia płciowego, następnie masturbacja, a na końcu stosunek płciowy. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Ginsberg i wsp. (2005) na grupie 166 osób w wieku powyżej 60 lat, mieszkańców domu opieki, którzy jako najczęstsze doświadczenia fizyczne i seksualne w ubiegłym roku wskazali obejmowanie/przytulanie (61,7%), dotykanie/trzymanie za ręce (60,5%) oraz całowanie (57%) o częstotliwości w przedziale od „co najmniej raz w miesiącu” do „codziennie”. Natomiast 84,9% oraz 90,3% badanych nie przejawiało takich form aktywności seksualnej jak odpowiednio – masturbacja oraz stosunek płciowy. We wszystkich rodzajach zachowań, z wyjątkiem masturbacji, badani chcieli uczestniczyć częściej niż dotychczas (również w podgrupie, która żyła z partnerem). Najważniejszą barierą do podjęcia aktywności seksualnej wskazywaną przez badanych był brak partnera.

Jak już wspomniano, aktywność seksualna osób starszych jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Na jej ekspresję mają wpływ czynniki biologiczne, psychologiczne oraz społeczno-kulturowe (rycina 2). Badania pokazują, iż sam wiek *per se* nie jest główną przyczyną zmniejszonej aktywności seksualnej osób starszych (Lew-Starowicz 2012). W tej populacji ludzi częściej występują bowiem schorzenia i choroby wpływające na zachowania seksualne (Bradford 2007). Wśród nich znajdują się m.in. polineuropatia towarzysząca cukrzycy oraz dysfunkcja śródbłonna w chorobie sercowo-naczyniowej (problemy z erekcją), spadek libido indukowany lekami (np. z grupy β -blokerów), choroby zapalne lub nowotworowe narządów płciowych/miednicy mniejszej (w tym stan po radioterapii), stan po operacji ginekologicznej czy urologicznej (wycięcie macicy/jajników, resekcja

gruczołu krokowego), obniżenie sprawności motorycznej np. po udarze mózgu lub w wyniku schorzeń układu ruchu (artropatia) (Bradford 2007; Holzappel 1994). Zatem zmniejszenie lub brak aktywności seksualnej może być konsekwencją choroby i poprawa lub przywrócenie tejże aktywności powinno być wówczas jednym z celów leczenia oraz miernikiem jego efektywności (DeLamater 2009). W sytuacji istnienia przyczyn organicznych można wdrożyć odpowiednie postępowanie – np. w przypadku suchości w pochwie stosowanie lubrykantów lub preparatów hormonalnych, w przypadku nietrzymania moczu/wypadania narządu rodnego pomocne są ćwiczenia mięśni dna miednicy oraz zabiegi korekcyjne, a przy problemach z erekcją zastosowanie znajdują preparaty farmakologiczne, ale także odpowiednia stymulacja narządów płciowych (gra wstępna) (Holzappel 1994).

Nie mniej istotne są również czynniki psychologiczne. Dysfunkcje seksualne, niezależnie od pochodzenia (organicznego lub psychologicznego), mogą budzić niepokój. Mężczyźni są szczególnie podatni na stres związany z problemami z erekcją oraz ejakulacją, a w związku z tym z obawą przed brakiem zadowolenia partnerki i siebie podczas stosunku seksualnego. Zaburzenia erekcji wpływają negatywnie na poczucie własnej wartości wśród mężczyzn, a przez to na jakość życia, w tym życia seksualnego (Izdebski, Ostrowska 2004). Kobiety z kolei mogą obawiać się, że przestają być atrakcyjnie w oczach swojego partnera – w okresie starości ciało intensywnie się zmienia (pojawienie się zmarszczek, siwienie włosów, zmniejszenie elastyczności skóry), a akceptacja własnej cielesności odrywa kluczową rolę w życiu seksualnym (Izdebski, Ostrowska 2004). Niebagatelne znaczenie mają tu czynniki społeczno-kulturowe. Jako uczestnicy kultury konsumpcyjnej, kreującej kult piękna, utożsamiany z młodością i siłą, zmiany typowe dla starzenia postrzegamy negatywnie, a nawet jako przejaw patologii. Wraz z narastającymi zmianami w wyglądzie pojawia się coraz większy dystans w odniesieniu do obrazu promowanego w kulturze masowej, co odzwierciedla się w zmniejszonej samoocenie i samoakceptacji wśród kobiet (Dziuban 2010). Wymienione wyżej lęki i obawy mogą m.in. prowadzić do depresji, która jest powszechna w populacji geriatrycznej (DeLamater 2009). Należy pamiętać, że same leki przeciwdepresyjne (m.in. inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny) mogą powodować dysfunkcje seksualne – problemy z erekcją, a nawet niemożność osiągnięcia orgazmu (anorgazmia) (Bradford 2007). Postępowaniem w takim przypadku jest terapia psychologiczna, w tym behawioralna. Odpowiednia stymulacja (masaż erotyczny, stymulacja oralna), a także świadomość braku konieczności osiągnięcia zbliżenia płciowego mogą ograniczyć lęk i obawy oraz poprawić funkcje seksualne (Holzappel 1994).

Niezwykle istotną determinantą jest dostępność partnera. Badania pokazują, że osoby starsze częściej podejmują aktywność seksualną, gdy mają stałego partnera (współmałżonek, długotrwały związek) (Bradford 2007). Wspólnie podejmowana aktywność seksualna pełni istotną funkcję integracyjną między partnerami. Realizacja zachowań seksualnych wraz z wiekiem jest w coraz większym stopniu postrzegana w kategoriach psychologicznych i społecznych, niż fizycznych. Wynika to m.in. z konieczności poszukiwania nowych form osiągania satysfakcji seksualnej wobec zachodzących zmian w cielesności, ale także z większej dojrzałości emocjonalnej oraz społecznej (Stankowska 2008). Satysfakcja seksualna jest osiągana coraz częściej poprzez wspólny dotyk, pocałunki czy przytulanie, które jednocześnie sygnalizują i pogłębiają bliskość z partnerem, niż poprzez stosunek płciowy (Wawrzyniak 2011). Dlatego szczególnie trudną sytuacją jest utrata partnera, choć reakcja jest bardzo różna i indywidualna. Część osób starszych rezygnuje wówczas w znacznym stopniu z aktywności seksualnej i nie szuka innych, nowych partnerów seksualnych („seksualna emerytura”), a u części wręcz przeciwnie – na nowo pojawia się pożądanie seksualne i ciekawość nowych znajomości (Bradford 2007; Gott, Hinchliff 2003).

Ważną i potencjalnie silną barierą w ekspresji seksualności osób starszych jest jej społeczne postrzeganie. Społeczny obraz starości wyznacza oczekiwany wzór zachowań, a nawet wyglądu osób starszych (zmniejszenie swobody zachowania, stonowanie gestów, pruderyjny ubiór) i traktuje je przeważnie jako osoby, które zakończyły już życie seksualne (Dziuban 2010). Według Kessel (2001) w społeczeństwie funkcjonują trzy zasadnicze poglądy na temat seksualności osób starszych: nie istnieje, jest śmieszna, jest odrażająca. Seksualność późnego wieku zajmuje niewiele miejsca w kulturze popularnej i mediach, a przedstawiony obraz w kulturze masowej często pokazuje, że osoby starsze są – lub powinny być – aseksualne, zaś atrakcyjność fizyczna, a tym samym aktywność seksualna jest kojarzona przede wszystkim z młodością. Przejawy przełamania tego obrazu, a więc naturalnej ekspresji seksualności osób starszych, mogą być wyśmiane lub ocenione jako lubieżne lub patologiczne. Obawa przed takim postrzeganiem narasta do tego stopnia, iż same osoby starsze niechętnie chcą zwerbalizować swoje uczucia seksualne i internalizują mity o swojej (a)seksualności (Griffiths 1988 za: Kessel 2001). Mimo znacznej liberalizacji kultury, również w kontekście akceptowanych zachowań seksualnych, wciąż brak jest powszechnej wiedzy na temat zachowań seksualnych oraz potrzeb osób starszych. Takie postrzeganie społeczne przyczynia się do powstawania przekłamań oraz mitów dotyczących seksualności osób starszych (Kessel 2001).

Drugim, ważnym społecznym czynnikiem wpływającym na zachowania seksualne osób starszych jest wzorzec wychowania. Większość osób, które

obecnie znajduje się w wieku starszym, zostało wychowanych przed okresem „rewolucji seksualnej”, kiedy seksualność była podporządkowana wyłącznie prokreacji i była tematem tabu (Lew-Starowicz 2012). Konsekwencją takiej sytuacji jest niski poziom świadomości oraz wiedzy seksualnej wśród seniorów.

Zakończenie

Ze względu na dynamiczny proces starzenia się społeczeństw, w tym również populacji polskiej, szeroko zakrojone działania w obszarze zdrowia publicznego stopniowo koncentrują się wokół idei zdrowego starzenia się. Głównym celem tej idei jest przeciwdziałanie deterioracji zdrowotnej jednostek oraz wykluczeniu społecznemu (Samoliński, Raciborski 2013). Szczególnie cenne są działania aktywizujące osoby starsze, bowiem społeczny obraz starości jako nieatrakcyjnej i nieestetycznej oraz postrzeganie osób starszych jako nieefektywnych (ekonomicznie i społecznie) powoduje marginalizację ich potrzeb oraz wykluczanie z różnych sfer życia. Przykładem jednego z takich obszarów jest seksualność. Społeczny pogląd, iż osoby starsze są, lub powinny być aseksualne przekłada się na niewielką świadomość społeczną odnośnie zachowań oraz potrzeb seksualnych osób starszych, ale również na niewystarczającą ilość podejmowanych działań na rzecz osób starszych – zarówno instytucjonalnych, jak i oddolnych, podejmowanych przez ruchy obywatelskie. W związku z powyższym, a także uwzględniając rolę dobrostanu w zakresie seksualności w kształtowaniu zdrowia, istnieje konieczność prowadzenia cyklicznych działań promujących zdrowie seksualne osób starszych w obszarze zdrowia publicznego, w tym również na rynku usług zdrowotnych. Działania te powinny stanowić integralny element zarządzania zdrowiem osób starszych.

Bibliografia:

Bieńko M. 2014. The sexual aspects of intimacy in old age, in the public and private spheres. [w:] *Understanding Ageing in Contemporary Poland: Social and Cultural Perspectives*. Taranowicz I, Grotowska S. (red.). Instytut Socjologii Uniwersytet Wrocławski: Wrocław; 71-78.

Błędowski P. 2012. *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych: Warszawa.

Bradford A, Meston CM. 2007. Senior sexual health: The effects of aging on sexuality. [w:] *Innovations in Clinical Practice: Focus on Sexual Health*. VandeCreek L, Peterson FL, Bley JW. Professional Resources Press: Florida; 35-45.

Bretschneider JG, McCoy NL. 1988. Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 year olds. *Arch Sex Behav* 17:109-129.

CDC. 2012. *CDC/HRSA Advisory Committee on HIV, Viral Hepatitis, and STD Prevention and Treatment: Draft record of the proceedings*. Atlanta; 41.

DeLamater J, Karraker A. 2009. Sexual Functioning in Older Adults. *Current Psychiatry Reports* 11:6-11.

- Diokno AC, Brown MB, Herzog AR. 1990. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 150:197-200.
- Dziuban A. 2010. Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się. Przegląd piśmiennictwa. *Gerontologia Polska* 18(3):140-147.
- Giannakouris K. 2008. *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. European Communities: Luxemburg.
- Giddens A. 2006. *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
- Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. 2005. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age and Ageing* 34:475-80.
- Gott M, Hinchliff S. 2003. How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine* 56:1617-28.
- Griffiths E. 1988. No sex, please, we're over 60. *Nurs Times* 84(1): 34-5.
- GUS. 2014. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*. Zakład Wydawnictw Statystycznych: Warszawa.
- Helgason AR, Adolfsson J, Dickman P, Arver S, Fredrikson M, Göthberg M, Steineck G. 1996. Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: a population based study. *Age Ageing* 25:285-91.
- Holzappel S. 1994. Aging and sexuality. *Can Fam Physician* 40:748-66.
- Ivankovich MB, Fenton KA, Douglas JM. 2013. Considerations for National Public Health Leadership in Advancing Sexual Health. *Public Health Rep* 128 (Suppl 1):102-10.
- Izdebski Z, Ostrowska A. 2004. *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków*. MUZA SA: Warszawa.
- Kessel B. 2001. Sexuality in the older person. *Age Ageing* 30:121-4.
- Lew-Starowicz Z. 2000. *Seks w jesieni życia*. Bellona: Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. 2002. *Raport seksualności Polaków 2002*. KRM/RMC: Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. 2012. Seksualność osób starszych. [w:] *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Marchewka A, Dąbrowski Z, Żołądź JA (red). Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa; 341-348.
- Matthias RE, Lubben JE, Atchison KA, Schweitzer SO. 1997. Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community-dwelling Medicare population survey. *The Gerontologist* 37:6-14.
- Meston CM. 1997. Aging and sexuality. *West J Med* 167(4):285-90.
- Naidoo J, Wills J. 2009. *Foundations for Health Promotion. Public Health and Health Promotion*. Elsevier Health Sciences: Londyn.
- Peel N, Bartlett H, McClure R. 2004. Healthy ageing: How is it defined and measured? *Australasian Journal on Ageing* (23)3:115-19.
- Rzecznik Praw Obywatelskich. 2012. *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa.
- Samoliński B, Raciborski F. 2013. *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR: Warszawa.
- Stankowska I. 2008. Funkcjonowanie seksualne człowieka w okresie starzenia się i starości. *Przegląd Terapeutyczny*.
- United Nations. 2013. *World Population Ageing 2013*. United Nations: Nowy York.
- Waite LJ, Laumann EO, Das A, Schumm LP. 2009. Sexuality: measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the national social life, health, and aging study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 64B(S1):i56-i66.
- Wawrzyniak JK. 2011. Seksualność osób 50 plus. Wybrane konteksty analizy zjawiska. *Edukacja Dorosłych* 1: 65-75.
- WHO. 2012. *Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012*. WHO Document Production Services: Genewa.

WHO. 2006. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. WHO Document Production Services: Geneva.

Sexuality of older people in the social and health context

The latest demographic forecasts leave no doubt that the people around the world are aging. According to Eurostat, approx. 30% of the European population in 2050 will represent persons over 65 years of age. The dynamic growth of the older population forces changes in health policy, resulting in an increasing focus on broadly defined issues related to aging. Numerous documents of organizations and institutions involved in health at a global level and the European level (WHO, Council of Europe) include recommendations for a healthy and active aging of populations. In the last decade, the interest in public health issues related to sexuality and sexual behavior in older people has increased. Following the approach of health promotion, quality of sex life is an important predictor of health and well-being of individuals, families, communities and societies. This situation also applies to older adults. Empirical researches clearly show that older people are not only continuing sexual life, but also want to take care of this sphere of life. The promotion of sexual health of older people takes on particular significance because of the social taboo of sexuality in this age group. Sexuality of older adults takes up little space in popular culture and media and image presented in popular culture often shows that older people are – or should be – asexual. Therefore, it is necessary to implement the anti-taboo actions, including educational activities and social campaigns.

Keywords: aging, healthy aging, sexuality, sexual health, health promotion.