

Antonina Ostrowska¹

Bezsennaść starszych osób w Europie²

Różne statystyki medyczne wskazują, że zaburzenia snu dotyczą rosnącej liczby ludzi na świecie. W sposób niewątpliwy zaburzają one jakość życia i funkcjonowania osób, które z ich powodu cierpią. Niewiele jednak wiadomo na temat kontekstu społecznego, w jakim zaburzenia te się pojawiają. Prezentowany artykuł jest socjologiczną analizą zjawiska bezsennaści wśród osób starszych. Podejście takie jest odmienne od medycznego, skoncentrowanego na diagnostyce i leczeniu. Celem jego jest odniesienie doświadczanych zaburzeń snu do czynników społecznych – pozycji społecznej, zdrowia, jakości życia, samopoczucia i funkcjonowania seniorów. Przedmiotem dalszych analiz jest występowanie bezsennaści wśród starszych osób w różnych krajach europejskich oraz poszukiwanie podobieństw i różnic w jej społecznych korelatach.

Słowa kluczowe: bezsennaść, osoby starsze, jakość życia, zdrowie, sytuacja materialna, funkcjonowanie społeczne, kraje europejskie

Sleeplessness of older people in Europe

Various medical statistics indicate that sleep disorders affect a growing number of people in the world. They undoubtedly affect the quality of life and the functioning of the people suffering from it. However, little is known about the social context in which sleep disorders appear. The present article is a sociological analysis of the phenomenon of insomnia in older population. It is an approach which differs from a medical one, concentrated on diagnosis and treatment. Its aim is to show experienced disorders in the social context i.e., relating them to the social position, the quality of life, the frame of mind, the health evaluation, and the social functioning of seniors. The subject of further analyses will be

¹ Instytut Filozofii i Socjologii PAN; aostrows@ifispan.waw.pl.

² Prezentowany tekst jest napisany w oparciu o ekspertyzę *Insomnia in the population of the older people* przygotowaną przeze mnie dla programu „Pro-health 65+”. Health Promotion and Prevention of Risk – Action for Seniors, w ramach II Programu Zdrowia Unii Europejskiej.

the occurrence of sleeplessness in different European countries among elderly and also looking for similarities and dissimilarities in its social correlates.

Key words: sleeplessness, elderly, quality of life, health, socio-economic situation, social functioning, European countries

Wprowadzenie

Prezentowany tekst jest socjologiczną analizą występowania zjawiska bezsenności. Problem ten, a zwłaszcza bezsenność przewlekła, staje się coraz powszechniejszy we współczesnym świecie, jednak jest traktowany głównie jako problem medyczny. Celem niniejszej analizy jest ukazanie doświadczenia zaburzeń snu w kontekście socjologicznym, tj. odnoszącym je do położenia społecznego, jakości życia i funkcjonowania ludzi³. Jest to odmienne podejście od medycznego (klinicznego), zorientowanego na neurologiczne wyjaśnienia tego zjawiska, jego diagnostykę i leczenie, a także epidemiologicznego, uwzględniającego w swoich badaniach na ogół tylko występowanie bezsenności w zależności od cech demograficznych czy charakterystyk stanu zdrowia. Przedmiotem opracowania jest występowanie bezsenności w różnych krajach europejskich, a także poszukiwanie odmienności w jej społecznych korelatach. Ponieważ w świetle szeregu statystyk zjawisko to staje się relatywnie najczęstszym doświadczeniem starszych osób, niniejszy wywód skupi się głównie na tym segmencie struktury społecznej.

Występowaniu zaburzeń snu w krajach europejskich było poświęcone jedno z pytań Europejskiego Sondażu Społecznego (ESS), zrealizowanego w roku 2014 w 24 krajach europejskich, na reprezentatywnych próbach tych krajów. Wyniki badań ESS 2015 są interesujące z powodu uwzględnionego w nich stosunkowo szerokiego zestawu danych o psychospołecznych aspektach funkcjonowania jednostek (jako potencjalnych korelatów występowania zaburzeń snu), jak i dlatego, że umożliwiają dokonanie odnośnych porównań pomiędzy osobami starszymi a całymi badanymi populacjami. Wyniki wspomnianych badań będą stanowić bazę dla dalszych rozważań. Do osób doświadczających zaburzeń snu zaliczono te, które zadeklarowały, że w ciągu ostatniego tygodnia przez większość czasu lub przez cały czas źle spały. Na potrzeby badań przyjęto, że osoby starsze to ludzie w wieku 65–80 lat. Osoby w tym przedziale wieku stanowią ok. 15% populacji w różnych krajach europejskich (Eurostat 2016).

³ Prezentowane tu rozważania nie są bezpośrednio zakotwiczone w teoretycznym kontekście socjologicznym, choć analizy są prowadzone w oparciu o socjologiczne pojęcia i koncepcje. Więcej rozważań na temat interpretacji narastającej bezsenności w kontekście teoretycznym czytelnik znajdzie w pracy: Ostrowska, Żmijewska-Jędrzejczyk (2017).

Problemy zdrowia, samopoczucia i jakości życia starszych osób, a w tym i bezsenności, zasługują na szczególną uwagę w świetle procesów demograficznych zachodzących aktualnie na świecie i związanych z tym wyzwań dla polityki zdrowotnej i społecznej (Golinowska 2017). Jak wiadomo, w ostatnich latach XX w. w wielu krajach gospodarczo rozwiniętych zanotowano intensywny wzrost wskaźników dalszego trwania życia. Prognozuje się znaczące zwiększenie liczby osób w podeszłym wieku we wszystkich krajach Unii Europejskiej, a ocenia się, że największa dynamika przyrostu osób w wieku senioralnym będzie miała miejsce w Polsce (Eurostat 2016). Uwidacznia i uzasadnia to potrzebę zintensyfikowania rozwoju naszej dotychczasowej wiedzy o biologicznych, funkcjonalnych i psychospołecznych uwarunkowaniach procesów starzenia się i uwarunkowań dobrostanu życiowego seniorów. W dalszej części tego tekstu skoncentruję się na poszukiwaniu społecznych korelatów bezsenności wśród starszych ludzi. Nie bez znaczenia jest bowiem identyfikacja tych kategorii spośród nich, które ze względu na różne cechy położenia społecznego i rodzaje stresorów, jakich doświadczają, stanowią swoiste „grupy ryzyka” zagrożone przewlekłymi zaburzeniami snu. W dalszych analizach będę rozpatrywać bezsenność starszych osób przede wszystkim z perspektywy częstości jej doświadczania w różnych krajach europejskich, które w odmiennym stopniu tworzą warunki dla pomyślnego i nowoczesnego starzenia się. Chodzi tu zarówno o miejsca zajmowane przez seniorów w strukturze społecznej tych krajów, jak i kulturowe różnice, którymi nasycone są takie czynniki jak wiek i płeć – związane z przypisywanymi im wartościami, oczekiwaniami i rolami społecznymi (Jeffers 1996; Arber *et al.* 2003).

Charakterystyka zaburzeń snu i badań nad bezsennością

To, co potocznie określa się terminem „bezsenność”, z klinicznego punktu widzenia składa się z trzech rodzajów zaburzeń snu nocnego: zaburzenia usypiania, wyrażające się w wielogodzinnym oczekiwaniu na sen (zaburzenia I fazy snu), zaburzenia snu nocnego w postaci budzenia się i trudności ponownego zaśnięcia (zaburzenia II fazy) oraz polegające na przedwczesnym budzeniu się i niemożności kontynuowania snu (zaburzenia III fazy). Przyczyny poszczególnych typów zaburzeń są zróżnicowane – typowe dla różnych dysfunkcji; bezsenność jest jednym z objawów depresji, towarzyszy też różnym schorzeniom somatycznym, szczególnie tym, które charakteryzują się dolegliwościami bólowymi (Puzyński 1986).

Sen ciągle jeszcze stanowi zagadkę, nie do końca bowiem wiadomo, jaka jest jego funkcja w organizmie. Odprężenie? Regeneracja sił? Wytlumienie obaw i stresów? Niewątpliwie jednak stanowi życiową konieczność; człowiek nie potrafi się bez niego obejść dłużej niż 11 dni, co jest okresem krótszym niż czas, jaki

może przetrwać bez pożywienia (Smith 1989). W samej idei snu tkwi też pewien paradoks: jak zauważa znany filozof Tadeusz Kotarbiński (1986), sen jest to skracanie sobie życia w tym celu, aby je wydłużyć. Brak snu może być zarówno skutkiem, objawem choroby, jak i jej przyczyną, a w skrajnych przypadkach wymaga hospitalizacji. Zaburzenia snu według wieloletnich badań Lisy Berkman i Lestera Breslowa (1983) stanowią czynnik ryzyka wielu chorób cywilizacyjnych. Stwierdzono także, że nasilona bezsenność, w której łączny czas trwania snu w ciągu doby jest krótszy niż 3,5–4,5 godzin, wiąże się z większą o 15% umieralnością pacjentów, przy czym związek ten występuje niezależnie od współwystępujących chorób (Kripke *et al.* 2002).

Na zaburzenia snu cierpią jednak często także osoby zdrowe, a przyczynami tego stanu rzeczy są różnego rodzaju doświadczane stresy, obawy i problemy życiowe, stany nadmiernego pobudzenia czy napięcia, a także zakłócenie rytmu dobowego (praca zmianowa), niewłaściwy tryb życia i stosowanie używek (Hauri 1991). Badacze mózgu zwracają uwagę, że w takich wypadkach bezsenność może polegać na braku zdolności mózgu do wyłączenia się cyklu czuwania i przestawienia się na cykl odpoczynku.

Nieprzespane noce powodują uczucie zmęczenia, spadek energii, trudności z koncentracją, a nierzadko także wzmożoną drażliwość i irytację (Simon, Van Korff 1997; Roth 2005). W krótszej perspektywie bezsenność nie stanowi jeszcze przyczyny niepokoju. Problem pojawia się jednak, gdy przybiera ona przewlekły i ciągły charakter – w sposób wyraźny narusza to bowiem naszą jakość życia i możliwości funkcjonowania społecznego. Zaburzenia snu występujące w skali powszechnej mogą mieć także konsekwencje społeczne, wpływając na zmniejszenie kapitału aktywności ludzkiej i efektywność podejmowanych działań, a więc gorsze funkcjonowanie w szeregu ról społecznych (Ostrowska, Żmijewska-Jędrzejczyk 2017).

Różnorodność sfer życia, których dotyka zjawisko bezsenności i związane z nim wielowymiarowe skutki, sprawiają, że wymaga ono interdyscyplinarnych interpretacji. Psycho-społeczne badania próbujące uchwycić naturę reakcji na trudne problemy i ich wpływ na funkcjonowanie jednostek odwołują się najczęściej do teorii stresu; doświadczane niepokoje wywołują stany napięcia emocjonalnego, udaremniające sen. Medyczne wyjaśnienia tego związku wskazują na stres jako czynnik uruchamiający procesy neurofizjologiczne, endokrynologiczne i immunologiczne, wpływające zarówno na zdrowie somatyczne, jak i odczuwane stany psychiczne – i zakłócający ich równowagę. Socjologowie natomiast koncentrują się w swoich badaniach na identyfikacji społecznych czynników, związanych z zaistnieniem rozmaitych zjawisk i procesów społecznych, z doświadczanymi konfliktami norm i wartości czy interakcjami międzyludzkimi, które stawiają trudne do sprostania wyzwania (Ostrowska 2004). Zmuszają one ludzi do koncentracji na doświadczanych problemach, a często wręcz niemożność oderwania

się do nich. Przekłada się to na wzmożone napięcie emocjonalne odczuwane nie tylko w dzień, ale także w nocy, i powoduje trudności w wyciszeniu się i zapadnięciu w spokojny sen.

Przyglądając się problemom trapiącym współczesnego człowieka, dostrzeżemy ich szeroki wachlarz: kwestie materialne, zawodowe, życie rodzinne, samotność i szereg innych, związanych praktycznie z każdą sferą jego istnienia i działalności. Patrząc na źródła wszystkich tych problemów z perspektywy socjologicznej, warto dostrzec ich związek z szerszymi zjawiskami i procesami społecznymi. Wiele z nich jest funkcją biedy, nierówności, społeczno-ekonomicznych, społecznej marginalizacji i innych problemów natury strukturalnej, ale także przemian systemów wartości, słabnących więzi społecznych, wyczerpywania się tradycyjnych form zaufania, konfliktów narodowych, etnicznych i religijnych. Obserwatorzy współczesności (Beck 1992; Giddens 1994), poszukując czynników powodujących niepokoje trapiące dzisiejsze społeczeństwa, wskazują też na szereg procesów natury cywilizacyjnej – efekty globalizacji, wzrost tempa życia, nowe zagrożenia, ryzyka i uzależnienia, ale także pojawienie się nowych sfer wolności i wyborów. Zwiększa się percepcja i świadomość zagrożeń płynących z otaczającego świata, do czego przyczyniają się także środki masowego przekazu, niejednokrotnie epatujące katastrofami i grozą. Jednocześnie, jak zauważa Zygmunt Bauman (1997), ludzie pozbawieni są „drogowskazów”, prostych i jednoznacznych wskazówek dotyczących tego, czym mają się kierować w dokonywaniu życiowych wyborów, skazując ich na przeżywanie niepewności, wątpliwości, niepokoju.

Wszystkie te bliższe i dalsze konsekwencje wspomnianych procesów, wraz z ich chaotycznością i nieprzewidywalnością, nie mogą pozostać bez wpływu na kondycję psychiczną współczesnego człowieka, przekładając się także na jego zdolność do wypoczynku i snu. Problemy te są jednak częściej źródłem inspiracji dla artystów niż przedmiotem socjologicznych badań. Wśród studiów europejskich, badających problemy bezsenności w szerszym kontekście społecznym, warto wspomnieć jedynie o fińskich badaniach nad związkiem bezsenności z masowym bezrobociem w okresie recesji ekonomicznej (Hyypä *et al.* 1997) oraz o brytyjskich badaniach zaburzeń snu, wynikłych z odrębności ról genderowych (Arber 2007).

Badaniu snu, a szczególnie jego zaburzeń, poświęca się wiele uwagi w Stanach Zjednoczonych. Istnieje tam Amerykańska Akademia Medycyny Snu, przeprowadzająca badania nad jakością snu Amerykanów. Są one jednak utrzymane przede wszystkim w konwencji medycznej. W dziedzinie badań klinicznych dominują tu badania nad strukturą i funkcjonowaniem mózgu, które można zaliczyć do nowej, błyskotliwie rozwijającej się dyscypliny *neuro sciences*. W badaniach epidemiologicznych natomiast uwzględnia się na ogół tylko zmienne demograficzne, rasę, czy dane dotyczące stanu zdrowia. Nieliczne rozważają także występowanie zaburzeń snu w poszczególnych klasach społecznych, jednak ich wyniki

nie są konkluzywne (Ohayon 2002). Podobnie jak wśród badaczy europejskich, stosunkowo mało uwagi temu problemowi poświęcają socjologowie. Niewiele więc mamy informacji na temat społecznego kontekstu, w jakim pojawiają się zaburzenia snu, społecznych czynników mających wpływ na jego jakość czy indywidualnych doświadczeń i interpretacji bezsenności. W Polsce pytanie o trudności ze snem pojawiają się fragmentarycznie w badaniach poruszających kwestie zdrowia psychicznego (Tobiasz-Adamczyk *et al.* 2004; Moskalewicz *et al.* 2012; Mossakowska *et al.* 2012), przeważnie jednak traktują one bezsenność jako jeden z elementów zbiorczego wskaźnika depresji. Tymczasem dane z badań amerykańskich pokazują, że bezsenność występuje tylko w ok. 40% diagnozowanych depresji (Ford *et al.* 2001). Zachęca to do analiz zjawiska bezsenności jako niezależnego terenu dociekań – także w perspektywie socjologicznej.

Problemy zdrowia psychicznego starszych osób jako tło dla bezsenności nie powinny być oczywiście pomijane. W badaniach *PolSenior* (Mossakowska *et al.* 2012) wykazano, że w populacji osób w wieku 65 lat, częstość występowania depresji był o ok. 10 punktów procentowych wyższa niż w populacji osób w wieku 55–59, a w populacji osób powyżej 80 roku życia wyższa o 16 punktów procentowych. Można szacować, że różnice te byłyby jeszcze większe przy zestawieniu częstości występowania bezsenności. Osoby starsze są bowiem poddawane wielu stresującym doświadczeniom związanym zarówno z ich pozycją społeczno-ekonomiczną, pogarszającym się zdrowiem i utrudnionym dostępem do usług opiekuńczo-leczniczych, jak i częstą samotnością, uzależnieniem od innych i zmniejszającym się poczuciem kontroli nad własnym życiem. Badania psychologiczne wskazują także, że niejednokrotnie towarzyszy im lęk przed starością i postępującymi wraz z wiekiem ograniczeniami, zakłócający samopoczucie i zadowolenie z życia (Klemmack, Roff 1984). Doświadczenia te, zwiększając koncentrację seniorów na własnej osobie i zagrożeniach płynących z otoczenia, mogą „spędzać im sen z powiek”. Ważną funkcję pełnią tu także niejednokrotnie traumatyczne wydarzenia, związane z poważną chorobą czy ze śmiercią współmałżonka i wdowieństwem.

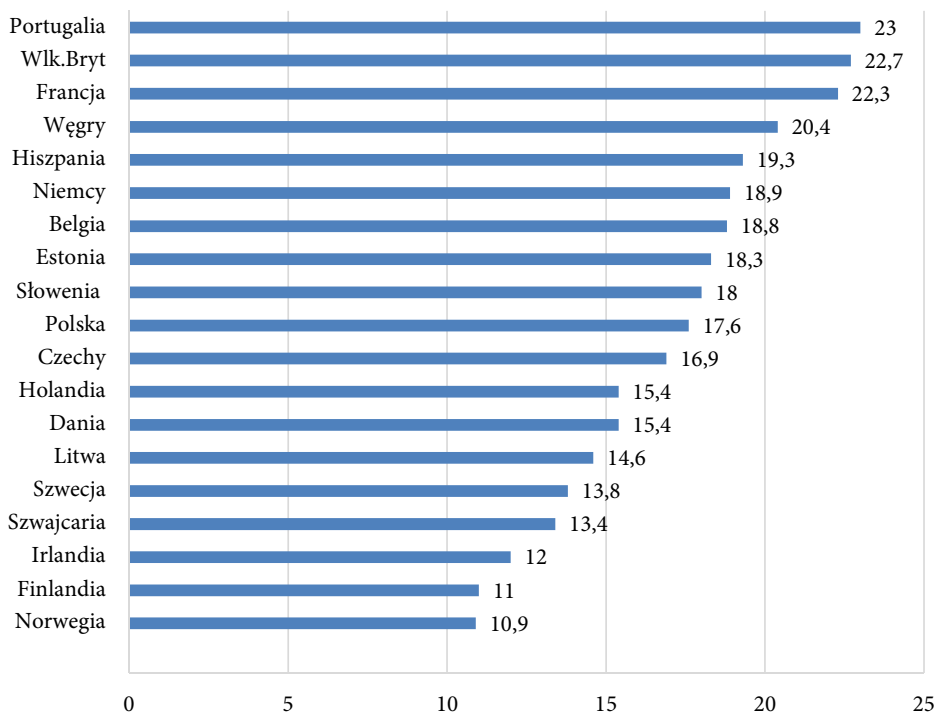
Bez względu jednak na przyczyny zaburzeń snu i ich związek z czynnikami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi, stanowią one istotne zagrożenie dla dobrostanu osób w wieku „naddanym”. Jakość snu, występowanie jego zaburzeń i czynniki kształtujące to zjawisko wśród osób starszych zasługują więc na większą uwagę badaczy – i chodzi tu nie tylko o przedstawicieli medycyny, ale także nauk społecznych. Stanowią one bowiem jeden z istotnych aspektów działań na rzecz *healthy ageing*, a przez to istotnych dla kondycji społeczeństwa jako całości.

Jak wspominałam wcześniej, pewną szansę na zgłębienie tej problematyki stwarzają dane z porównawczych badań ESS z roku 2014, realizowane na próbach reprezentacyjnych ponad 20 krajów europejskich, w których pytano o występowanie trudności ze snem. Umożliwiają one odpowiedź na pytanie, na ile problemy ze snem

dotyczą tych samych segmentów różnych społeczeństw i jakie psycho-społeczne parametry najlepiej określają ryzyko bezsenności. Wyniki wspomnianych badań będą stanowić bazę dla dalszych rozważań w niniejszej pracy.

Występowanie bezsenności z perspektywy makrosocjalnej

Wykres 1 przedstawia rozpowszechnianie się zaburzeń snu w całych populacjach badanych krajów europejskich.

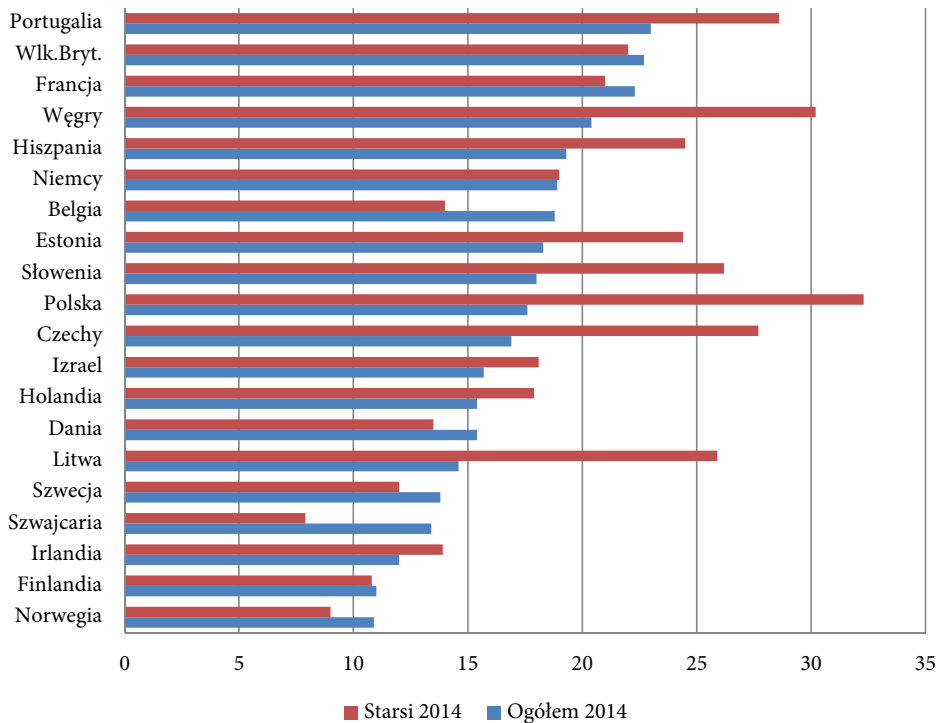


Wykres 1. Występowanie bezsenności w 20 krajach europejskich
(próby reprezentacyjne ludności powyżej 15 roku życia)

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Jak widać, częstości deklarowanych problemów ze snem różnią się znacznie między sobą. Najrzadziej pojawiają się one w krajach skandynawskich, najczęściej w Portugalii, Wielkiej Brytanii i Francji. Polska, z częstością 17,6% lokuje się w granicach średniej europejskiej. Oczywiście, różnice na poziomie międzykrajowym można wiązać z wpływem wielu bardzo różnych czynników – takich choćby jak klimat, deficyt światła słonecznego, natłok bodźców ze strony cywilizacji technicznej czy tempo życia, ale bez wątpienia istotny jest także ogólny poziom

i jakość życia mieszkańców. Te ostatnie zależności i różnice pomiędzy poszczególnymi krajami europejskimi są szczególnie widoczne, biorąc pod uwagę występowanie bezsenności wśród osób starszych, najczęściej jej doświadczających. Poszukując uwarunkowań bezsenności, jak i w ogóle samopoczucia ludzi starszych na tle całych populacji, trzeba mieć na względzie ich położenie społeczne w kraju, w którym żyją, miejsce starości w hierarchiach wyznawanych społecznie wartości czy więzi łączące ich z resztą społeczeństwa – przekładają się one bowiem na indywidualną jakość życia i psychiczny komfort ich codzienności. Różnice w dobrostanie pomiędzy generacjami ludzi młodszych (młodych, dojrzałych) a starszych można też traktować jako jeden ze wskaźników inkluzji vs ekskluzji społecznej tych ostatnich, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla ich samopoczucia psychicznego (Synowiec-Piłat *et al.* 2015). Z tego względu na uwagę w powyższym zestawieniu zasługują zarówno różnice w odsetkach osób doświadczających bezsenności w poszczególnych krajach w ogóle, jak i różnice między wynikami dla całych populacji i dla osób w starszym wieku. Są one bowiem jednym ze wskaźników pozwalających ocenić dystans, jaki dzieli osoby starsze od pozostałych.

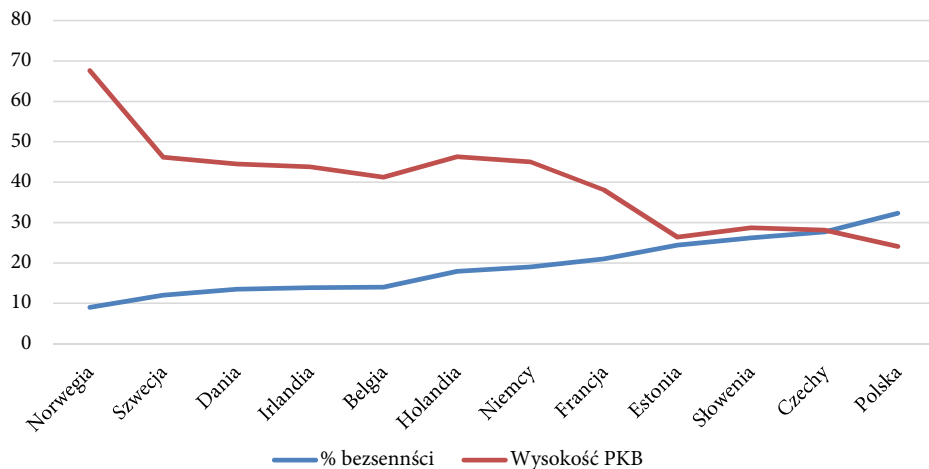


Wykres 2. Występowanie bezsenności w 20 krajach europejskich (próby reprezentacyjne ludności powyżej 15 roku życia, raz wśród osób starszych, 65–80 lat), dane w %

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Zgodnie z przewidywaniami, ludzie starsi częściej mają problemy ze snem niż jest to obserwowane w całych populacjach, jednak wzory występowania bezsenności w poszczególnych krajach podlegają zróżnicowaniu, a dystans dzielący ludzi starych od reszty społeczeństwa wskazuje na wpływ innych niż tylko biologicznych czynników. Dane wyrażone w wykresie 2 uwidoczniają występowanie generalnie dwóch rodzajów prawidłowości. W większości krajów różnice w częstości deklarowanej bezsenności wśród osób starszych są niemal równe, a nawet niższe (Belgia, Szwajcaria) niż w całych populacjach. Istnieje jednak grupa krajów, w których proporcje osób starszych znacznie przewyższają wartości dla całych populacji. W pierwszym rzędzie są to Polska, Węgry, Litwa, Czechy, Słowenia, a następnie Estonia, Portugalia, Hiszpania, a więc kraje relatywnie mniej zamożne. W grupie tej znalazły się wszystkie badane kraje europejskie o socjalistycznym rodowodzie. Sugeruje to rolę jakości życia i specyficznych doświadczeń, jakie były przez większą część ich życia udziałem starszych mieszkańców tych krajów.

Dobrymi wskaźnikami współzależności między częstotliwością doświadczania bezsenności wśród starszych osób a czynnikami makrospołecznymi jest pokazanie różnic w jej występowaniu w krajach różniących się wysokością wskaźników dobrostanu społecznego – takich jak poziom produktu krajowego brutto na głowę mieszkańca (PKB n/o.) stanowiący ogólny wskaźnik zamożności.



Wykres 3. Występowanie bezsenności wśród starszych osób w Europie a wysokość PKB na osobę (w tys. \$ PPP) w 12 krajach europejskich (2014).

Źródło: ESS 2014, Human Development Report 2016

Przedstawione na wykresach dane potwierdzają związek występowania zaburzeń snu z poziomem zamożności społeczeństw. Wzrost tych zaburzeń jest wi-

doczny w miarę nierównomiernego, acz stałego obniżania się wartości PKB na osobę. Podobnie więc jak ogólne wskaźniki zdrowia (oczekiwana długość życia, umieralność niemowląt czy wskaźniki obciążenia niepełnosprawnością – DALY⁴), także występowanie bezsenności pojawia się częściej w krajach relatywnie mniej zamożnych (por. Włodarczyk 1995).

Występowanie bezsenności w perspektywie indywidualnej

Oczywiście, niezależnie od różnic, których źródeł można upatrywać w zmiennych społeczno-ekonomicznych o charakterze makrospołecznym, na poziomie indywidualnym lokuje się wiele czynników potencjalnie zakłócających dobrostan i sen ludzi. Mogą one wywodzić się z obszaru życia rodzinnego, zawodowego, osobistych problemów, konfliktów i porażek. Dane zebrane w ramach Europejskiego Sondażu Społecznego umożliwiają prześledzenie wpływu tylko niektórych z nich. Należy zastrzec, że ESS jest badaniem o charakterze przeglądowym i ogólnym. Pełniejszego wachlarza danych istotnych dla analiz bezsenności mogłoby dostarczyć tylko socjologiczne badanie skonceptualizowane specyficznie ze względu na społeczne uwarunkowania snu. Takimi badaniami jednak nie dysponujemy.

Spośród dostępnych danych z edycji badania z roku 2014, z punktu widzenia interesującego nas problemu, na uwagę zasługują cztery grupy wskaźników:

- zmienne strukturalne,
- oceny stanu zdrowia, zachowania zdrowotne,
- samopoczucie psychiczne i zadowolenie z życia,
- relacje z innymi ludźmi, dostępne wsparcie.

Dla prześledzenia wzajemnych związków między tymi wskaźnikami a występowaniem bezsenności wśród starszych osób posłużę się wynikami badań z sześciu wybranych krajów europejskich. Trzy z nich będą reprezentować kraje, w których częstości występowania bezsenności wśród osób starszych są zbliżone do częstości występowania bezsenności w całych populacjach (Niemcy, Francja, Belgia), oraz trzy kraje, w których notuje się znaczne dystanse między tymi wielkościami (Polska, Estonia, Czechy). Zacznę od przedstawienia wyniku analiz regresji logistycznej (Exp B) występowania bezsenności, ze względu na cechy położenia w strukturze społecznej, w sześciu krajach.

⁴ Wskaźnik DALI (disability adjusted life years) informuje o liczbie utraconych lat życia w dobrym zdrowiu ze względu na choroby lub niepełnosprawności.

Tabela 1. Zależności między występowaniem bezsenności a cechami położenia społecznego w sześciu krajach – ilorazy szans (Exp B) (ESS 2014).

Predyktory	Belgia	Niemcy	Francja	Polska	Czechy	Estonia
Płeć M = 0, K = 1	1,21	2,57***	2,04*	3,49***	1,84*	2,06**
Miejsce zamieszkania (1–5)	1,06	0,99	0,94	0,91	1,00	0,96
Wykształcenie ES-ISCED1	0,89	0,97	1,05	0,88	1,07	0,92
Dochód na osobę (decyle)	1,03	1,19	1,03	1,06	0,98	0,89
Ocena sytuacji materiałnej	1,06	1,27	1,55	1,65*	1,34	1,37*

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Wyniki ujęte w tabeli 1 wskazują, że w przedstawionym modelu analizy udział zmiennych strukturalnych, odnoszących się do położenia społecznego w ramach każdego z krajów (wykształcenie, sytuacja materialna), nie jest znaczący w wyjaśnianiu bezsenności. Największą rolę odgrywa płeć, choć jej funkcja nie jest taka sama w zestawionych krajach. W Polsce, oprócz stosunkowo najwyższej zależności między bezsennością a płcią, zwraca uwagę statystycznie istotny wpływ niekorzystnej oceny sytuacji materialnej, widoczny także w Estonii. Wskazywałoby to, że wpływ na występowanie bezsenności ma nie tyle obiektywna sytuacja starszych osób, ile poczucie deprivacji materialnej.

O ile zmienne strukturalne można traktować jako zmienne niezależne, wyjaśniające występowanie bezsenności, nie jest tak w przypadku pozostałych, wyróżnionych przez mnie czynników współwystępujących z bezsennością. Zarówno w przypadku zmiennych związanych z samopoczuciem, relacjami z innymi ludźmi, a nawet ocenami zdrowia, mamy do czynienia z ewentualnymi zależnościami o charakterze dwukierunkowym. Kolejne tabele przedstawiają siłę obserwowanych zależności mierzoną współczynnikiem korelacji, a rozpoznanie natury tych związków pokaże syndromatyczny charakter ocen, odczuć i nastrojów towarzyszących bezsenności starszych ludzi. W przypadku poniższych analiz posłużę się całą skalą jakości snu: 0–4, gdzie 0 oznacza brak jakichkolwiek zaburzeń (dobry sen), a 4 – bezsenność doświadczaną przez wszystkie noce ostatniego tygodnia. W tabelach zamieszczono tylko współczynniki istotne statystycznie.

Tabela 2. Zależności między doświadczaniem bezsenności (0–4) a zmiennymi charakteryzującymi stan zdrowia i wybranymi zachowaniami zdrowotnymi, dla sześciu krajów Europejskich (ESS 2014). Współczynniki korelacji r Pearsona

	Niemcy	Belgia	Francja	Polska	Czechy	Estonia
Zdrowie: Zła ocena stanu zdrowia 1–5	0,29***	0,25**	0,25***	0,30***	0,29***	0,26***
Niepełnosprawność 1–3	0,21***	0,20***	0,17**	0,29***	0,29***	0,24***
Wielochorobowość 1–8	0,30***	0,23**	0,30***	0,28***	0,26***	b.d.
Opieka lekarska Lekarz ogólny (ostatni rok) 0–1	0,12**					0,15**
Lekarz specjalista (ostatni rok) 0–1	0,11**	0,19**			0,20***	0,14**
Trudności z uzyskaniem wizyty 1–0				0,18**		
Zachowania zdrowotne: 1–7						
Aktywność fizyczna 1–7	-0,11**			-0,16**		-0,21***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Tabela 3. Zależności między doświadczaniem bezsenności a samopoczuciem psychicznym i zadowoleniem z życia. Współczynniki korelacji r Pearsona

	Niemcy	Belgia	Francja	Polska	Czechy	Estonia
Ogólne zadowolenie z życia 0–10	-0,19***			-0,31***	-0,26***	-0,16***
Odczuwanie radości 0–10	-0,28***	-0,12*	-0,16*	-0,27***	-0,18***	-0,23***
Odczuwanie zmęczenia 1–4	0,31***	0,19**	0,30***	0,37***	0,32***	0,32***
Przygnębianie 1–4	0,27***	0,12*	0,33***	0,47***	0,36***	0,42***
Smutek 1–4	0,16***	0,17*	0,30***	0,43***	0,35***	0,37***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Tabela 4. Zależności między doświadczaniem bezsenności a wskaźnikami integracji społecznej. Współczynniki korelacji r Pearsona

	Niemcy	Belgia	Francja	Polska	Czechy	Estonia
Zaufanie do ludzi 0–10	-0,11**	-0,14**		-0,21***	-0,13*	-0,10*
Poczucie bezpieczeństwa 1–4	-0,13***	-0,17**	-0,15*		-0,15**	-0,16***
Kontakty ze znajomymi, krewnymi 1–7		-0,16**				
Liczba bliskich, zaufanych osób 0–6				-0,19**		-0,11*
Poczucie osamotnienia 1–4	0,11**		0,19**	0,29***	0,32***	0,23***
Jednoosobowe gospodarstwo domowe 0–1		0,10*				
Udział w aktywnościach religijnych (1–7)						

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Źródło: ESS 2014, obliczenia własne.

Podsumowanie wyników

Analizy pokazały znaczne zróżnicowanie występowania zjawiska bezsenności pomiędzy poszczególnymi krajami europejskimi; współwystępowało ono z niższymi wskaźnikami zamożności na poziomie międzykrajowym. Zależność ta nie była istotna statystycznie w obrębie każdego kraju, co pokazuje, że zamieszkałe w nich populacje osób w wieku 65–80 lat mają stosunkowo wyrównany status materialny, a zatem jego wpływ na bezsenność nie różnicuje badanych. Są to na ogół osoby niepracujące, utrzymujące się z emerytur. Różnice te uwidoczniły się tylko w Polsce i Estonii, gdzie współwystępowały z subiektywną oceną sytuacji materialnej. Wskazuje to na istotniejszą w tych krajach rolę poczucia deprywacji materialnej niż obiektywnej sytuacji.

Najbardziej różnicującym czynnikiem strukturalnym (jednocześnie społecznym i biologicznym) okazała się płeć. Bezsenność jest najsilniej związana z faktem „bycia kobietą”, zarówno jej charakterystyką biologiczną, jak i zachowania-

mi wynikłymi z realizacji wzorca i roli kobiety. Uwidocznili się to szczególnie w Polsce. Uwzględniając inne uwarunkowania bezsenności, zdaje się to świadczyć o stosunkowo najbardziej niekorzystnej (w porównaniu z pozostałymi krajami) sytuacji psycho-społecznej polskich senierek. We wszystkich krajach – co jest zrozumiałe – zanotowano wysokie korelacje z doświadczaniem bezsenności a ocenami stanu zdrowia i korzystaniem z różnych form opieki lekarskiej. Różni się ono strukturą kontaktów z lekarzami ogólnymi i specjalistami w poszczególnych krajach. Wyjątek stanowi tu Polska, gdzie problemem jest nie tyle wybór lekarza, ile raczej trudności z dostępem do niego w ogóle. Zważywszy, że problemy zdrowotne w analizowanej grupie wieku mają podobny charakter (choć częstość ich występowania jest odmienna), różnice te można wiązać w znacznej mierze z odmiennościami organizacji systemów opieki zdrowotnej (Wojtyński *et al.* 2012) i dostępnością lekarzy w poszczególnych krajach europejskich. Ogólna dbałość o zdrowie, której wskaźnikiem były rozmaite zachowania prozdrowotne (poza aktywnością fizyczną), okazała się nie mieć wpływu na jakość snu. Związek braku aktywności fizycznej z bezsennością jest relatywnie najsilniejszy w Polsce i Estonii.

Najistotniejszym blokiem zmiennych współwystępujących z zaburzeniami snu okazały się charakterystyki niekorzystnych stanów psychicznych, jakie są udziałem starszych osób. Niezależnie od kraju, chociaż z różną siłą, są one pozytywnie skorelowane z bezsennością, a współczynniki te są wyższe niż odnotowane między zmiennymi z zakresu zdrowia somatycznego a bezsennością. Widać to szczególnie wyraźnie w przypadku takich stanów jak uczucie zniechęcenia i przygnębienia oraz zmęczenia i braku energii. W Polsce, relatywnie w stosunku do innych krajów, najwyższe zależności notuje się między doświadczaniem bezsenności a uczuciem przygnębienia, zniechęcenia i smutku, oraz generalnie niskim zadowoleniem z życia w ogóle. Ten szczególny pesymizm starszych Polaków na tle innych, jego źródła i konsekwencje zasługują niewątpliwie na bardziej pogłębione analizy. Warto w tym miejscu wspomnieć, że ogólne zadowolenie z życia starszych Polaków w porównaniu z obywatelami innych krajów (ESS 2014) lokuje się na raczej na niższym poziomie wśród krajów europejskich. Na skali ocen zadowolenia ze swojego życia, przybierającej wartości od 0 do 10, średnia dla 18 krajów europejskich kształtuje się na poziomie $M = 7,40$, a dla Polski osiąga wartość $M = 6,66$.

Bezsenności i powiązanemu z nią nienajlepsze samopoczucie psychiczne starszych osób towarzyszą niejednokrotnie niekorzystne zjawiska społeczne, związane z poziomem ich interakcji społecznych i związanych z nimi odczuciami. Stanowią one istotny kontekst dla jakości ich życia w ogóle. To, co uderza w wynikach powyższej analizy, to wspólne dla starszych osób w badanych krajach dojmujące poczucie samotności, które też stosunkowo najsilniej koreluje się z doświadczaniem bezsenności. Najwyższe zależności notuje się w Polsce i Czechach.

Pomimo nie do końca satysfakcjonującej dostępności kontaktów z rodziną czy znajomymi (kierunek zależności jest ujemny, choć nie jest ona istotna), w Polsce wyraźniej niż w innych krajach zarysowuje się brak autentycznie bliskich, zaufanych osób, które można by traktować jako źródło wsparcia w trudnych momentach, z którymi trzeba zmagać się samotnie. Satysfakcjonujące relacje z innymi są wskazywane przez wielu badaczy (por. Ostrowska 1999) jako istotny element kapitału społecznego i zasób ważny dla zmagania się z problemami i trudnościami życiowymi. Tego kontaktu z bliskimi, zaufanymi osobami nie zapewnia też wspólne zamieszkiwanie z małżonkiem czy innymi członkami rodziny. Z kolei fakt samotnego zamieszkiwania w jednoosobowym gospodarstwie domowym (poza Belgią) nie wzmaga subiektywnego odczucia samotności, wyraźnie istotnego dla jakości snu. Uogólnić to można na jakość samopoczucia w ogóle. Relatywnie gorszemu samopoczuciu starszych Polaków towarzyszy też niska aktywność fizyczna, prawdopodobnie ograniczająca wychodzenie z domu – co także wpływa na zmniejszenie częstotliwości kontaktów międzyludzkich. Z innych badań wiadomo, że samotność i brak satysfakcjonujących zajęć stają się czynnikami sprzyjającymi do nadużywania alkoholu (Araszkiewicz 2015). W żadnym spośród analizowanych krajów nie uwidocznił się wpływ udziału w życiu religijnym, które traktować też można – poza aspektami wiary – jako rodzaj uczestniczenia we wspólnocie, będącej źródłem wsparcia i podpory w trudnych sytuacjach (wpływ sieci społecznych). Należy tu jednak zaznaczyć, że inne badania na temat zdrowia i samopoczucia starszych osób oraz ich religijności wskazują na istnienie takiego związku (Woźniak 2015).

Tych, którzy gorzej śpią, charakteryzują też pewne negatywne nastawienia związane ze stosunkiem do ludzi w ogóle. Mogą one być zarówno efektem własnych doświadczeń, jak i pewnych stereotypów uwypuklających zagrożenia czyhające na starsze osoby. Mogą mieć związek z doznawaniem przemocy wobec starych ludzi czy obaw z nią związanych. Przyjmują one jednak nieco inny charakter w badanych krajach. W Polsce na plan pierwszy wysuwa się niskie zaufanie do ludzi, przy stosunkowo najmniejszym poczuciu obaw i zagrożeń odnoszących się do swojego sąsiedztwa. Z kolei ograniczone poczucie bezpieczeństwa w okolicy zamieszkania jest jednak problemem dotkliwie odczuwanym przez starsze osoby w pozostałych krajach.

Konkluzje

Z przedstawionego układu zależności widać wyraźnie, że bezsenność nie jest zjawiskiem odosobnionym, będącym problemem samym w sobie, z którym uporać się może wyłącznie medycyna. Zjawisko to jest elementem syndromu, na który

słąda się szereg innych czynników natury psychospołecznej. Podlegają one kumulacji i wzmacniają się nawzajem, przyczyniając się do obniżenia jakości życia tych osób i ich społecznego wykluczenia. Tymczasem praktyka społeczna wskazuje, że bezsenność jest zjawiskiem w znacznym stopniu zmedykalizowanym czy raczej „sfarmakologizowanym”. Nie wnikając w przyczyny bezsenności i związane z nimi problemy, medycyna oferuje na zaburzenia snu środki farmaceutyczne i coraz więcej preparatów nasennych i uspakajających. Ich konsumpcja we współczesnym świecie jest stale rosnąca (Nowakowski 2015). Wzmagają ją reklamy tych preparatów, często pojawiające się w środkach masowego przekazu i utwierdzające przekonanie o skuteczności takich środków. Najnowsze badania genetyczne zmierzające do identyfikacji genu snu, nazwanego już *sleepless* (Szelenberger 2017), wskazują na tendencje do dalszej medykalizacji tego zjawiska. Wyniki prezentowanych analiz wskazują na potrzebę przededefiniowania bezsenności ze zjawiska medycznego – w zjawisko psycho-społeczno-medyczne.

Wnioski, jakich dostarczają przeprowadzone analizy współwystępowania różnych czynników społecznych z bezsennością, zostały przedstawione w poprzednim rozdziale. Nie wyczerpują one oczywiście długiej listy zmiennych, potencjalnych korelatów bezsenności, które warto by uwzględnić. Wzięłam pod uwagę tylko niektóre z nich; Europejski Sondaż Społeczny – jak wspomiano – nie był bowiem badaniem nastawionym na pogłębione analizy omawianych tu zjawisk. Nie można więc było uwzględnić np. sytuacji rodzinnej i jej potencjału wspomagania, relacji ze światem instytucji pomocowych, aktywności poznawczej, dostępnych źródeł satysfakcji i szeregu innych sfer życia poprawiających bądź ograniczających jego komfort. Wzbogaciłyby one niewątpliwie zbiór czynników społecznych składających się na syndrom zjawiska bezsenności. Jednak już dostępne dane i analizy wskazują, że działania zorientowane na poprawę jakości życia starszych osób – a wśród nich promocja lepszej jakości snu – powinny być nakierowane na całą złożoność wzajemnie warunkującej się sytuacji życiowej tych osób, a socjologiczne analizy mogą wnieść tu nowe elementy.

Literatura

- Araszkievicz A., 2015, *Problemy zdrowia psychicznego kobiet 50+* [w:] A. Ostrowska (red.), *Raport Polki 50+. Zdrowie i jego zagrożeni*, Warszawa: Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet.
- Arber S., 2012, *Gender, marital status and sleep problems in Britain*, *Przegląd Lekarski*, nr 69, s. 54–60.
- Arber S., Davidson K., Ginn J., 2003, *Changing approaches to gender and later life* [w:] *idem* (red.), *Gender and ageing. Changing roles and relationships*, Maidenhead: Open University Press.

- Bauman Z., 1997, *Turysta i włóczęga, czyli o ofiarach ponowoczesności* [w:] idem, *Ponowoczesne zgryzoty*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza.
- Beck U., 1992, *Risk Society. Towards a new Modernity*, London: Sage.
- Berkman L., Breslow L., 1983, *Health and ways of living. The Alameda County Stud*, Fairlawn, NJ: Oxford University Press.
- Broczek K. et al., 2012, *Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych* [w:] M. Moszakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia.
- Ford D.E., Cooper-Patrick L., 2001, *Sleep disturbances and mood disorders-an epidemiologic perspective*, *Depression and Anxiety*, no. 14, s. 3–6.
- Giddens A., 1995, *Politics, Sociology and Social Theory: Encounters with Classical and Contemporary Social Thought*, Cambridge: Polity.
- Golinowska S., 2017, *Promocja zdrowia dla osób starszych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hauri P.J., 1991, *Case studies in insomnia*, New York: Plenum Medical Book Co.
- Hyypä M.T., Kronholm E., Alanen E., 1997, *Quality of sleep during economic recession in Finland: A longitudinal cohort study*, *Social Science and Medicine*, vol. 45, no. 3, s. 731–738.
- Jeffers M., 1996, *Cultural aspects of ageing: gender and intergenerational issue*, *Social Sciences and Medicine*, vol. 43, no. 5, s. 681–88.
- Korzeniowski L., Pużyński S. (red.), 1986, *Bezsensność* [w:] *Encyklopedyczny słownik psychiatrii PZWL*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Kotarbiński T., 1986, *Aforyzmy i myśli*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Kripke D.F. et al., 2002, *Mortality associated with sleep duration and insomnia*, *Archive of General Psychiatry*, vol. 59, no. 2, s. 131, 136.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), 2012, *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Nowakowski M., 2015, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ohayon M., 2002, *Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn*, *Sleep Medicine Review*, vol. 6, no. 2, s. 97–111.
- Ostrowska A., 1999, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A., 2004, *Spółczesność ryzyka? Zagrożenia dla zdrowia psychicznego* [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Niepokoje polskie*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A., Żmijewska-Jędrzejczyk T., 2017, *Sleeplessness in Europe* [w:] F. Sztabiński, H. Domański, P. Sztabiński (red.), *New Uncertainties and Anxieties in Europe. Seven Waves of the European Social Survey*, Frankfurt: Peter Lang.
- Simon G.E., Van Korff M., 1997, *Prevalence, burden and treatment of insomnia in primary care*, *American Journal of Psychiatry*, no. 154, s. 1417–23.
- Smith A., 1989, *Umysł*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Synowiec-Piłat M., Kwiatkowska B., Boryśłowski K. (red.), 2015, *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*, Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Szelenberger W., 2017, *Gen bezsensności?*, <https://www.termedia.pl/gen-bezsensności-Rozmowa-z-prof-Waldemarem-Szelenbergerem,8,2878,0,0.html> (dostęp: 10.10.2017).

- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., 2004, *Społeczna uwarunkowania jakości życia kobiet u progu starszego wieku*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk C., 1995, *Polityka, wolna wola, zdrowie. Miejsce dla promocji zdrowia?*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, t. 2, s. 7–22.
- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B., 2012, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- World Health Assembly 2013, *Mental Health Action Plan 2013–2020*, www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_assambley_20130527/en/ost. (dostęp: 9.01.2016).
- Woźniak B., 2015, *Zaangażowanie religijne a zdrowie w starości. Mechanizmy zależności, wybrane wyniki badań*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Bazy danych

- Europejski Sondaż Społeczny, 2014, <http://europeansocialsurvey.org/data> oraz: www.ifispan.pl w zakładce badania/projekty badawcze/Europejski Sondaż Społeczny/Wyniki ESS.
- Eurostat, 2016, [http://europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth_1980_2014_\(years\)_YB16.png](http://europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth_1980_2014_(years)_YB16.png).
- Główny Urząd Statystyczny, 1996, *Stan zdrowia ludności Polski w 1994 roku*, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny, 2011, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku*, Warszawa.