

Publicystyka i Prace Studentów

Wybrane aspekty
starości
i starzenia się

pod redakcją
Marioli Świderskiej

w opracowaniach studentek pracy socjalnej

ISBN 978-83-64971-48-8


WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Publicystyka i Prace Studentów, nr 4
Wybrane aspekty starości i starzenia się

Redakcja naukowa:
Mariola Świdowska

Korekta:
Beata Siczek

Skład i okładka:
Marcin Szadkowski

Łódź – Warszawa 2018

©Copyright: Społeczna Akademia Nauk (University of Social Sciences)

ISBN: 978-83-64971-48-8


WYDAWNICTWO
SPOŁECZNEJ AKADEMII NAUK

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii, ul. Ciurlionisa 4, 05-260 Marki,
www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl

Spis treści

Mariola Świderska Wprowadzenie	5
Daria Szymczak, Paulina Pisera Biomedyczne wymiary starości	9
Milena Maciejewska, Agnieszka Ćwiklińska Człowiek w wieku podeszłym jako istotny komponent społeczeństwa	21
Małgorzata Królikowska Człowiek w wieku podeszłym a system wsparcia w wybranych krajach	35
Agnieszka Kiciak vel Kicińska Człowiek w wieku podeszłym – jego bariery i ograniczenia	53
Aleksandra Włóka, Monika Stempień Człowiek w wieku podeszłym a struktura opieki państwowej i przepisy prawa	69
Dorota Jędrzejczyk Człowiek w wieku podeszłym a akty przemocy w rodzinie	83
Magdalena Hofman Człowiek w wieku podeszłym a rodzina	99
Anna Mamrot Religia w życiu człowieka w wieku podeszłym	119
Aleksandra Osyf Człowiek w wieku podeszłym a potrzeba edukacji	135

Grażyna Szewczyk, Dorota Jędrzejczyk | **Człowiek w wieku podeszłym a jego aktywizacja i miejsce w sztuce** 147

Milena Dobrowolska | **Styl życia polskich seniorów** 167

Karolina Kulka, Żaneta Kulak | **Człowiek w wieku podeszłym a sport. Aktywność ruchowa osób w wieku podeszłym** 183

Wioleta Pierzchała | **Wymarzona starość w opinii ludzi w wieku podeszłym** 197

Mariola Świdarska | **Podsumowanie. Pracownik socjalny w pracy z osobami w wieku podeszłym** 209

Wprowadzenie

Na całym świecie, w szybkim tempie zwiększa się populacja ludzi w wieku podeszłym. Na przestrzeni ostatnich 300 lat długość życia człowieka uległa podwojeniu, czego przyczyn należy upatrywać w zmniejszonym przyroście naturalnym, poprawie jakości życia oraz ogólnym zwiększeniu dobrobytu.

Starość jest traktowana jako: skutek procesu inwolucji organizmu; efekt zaburzenia biologicznej i psychicznej równowagi; wycofanie się; degradacja fizyczna i psychiczna; okres życia, w którym potrzebna jest człowiekowi opieka i pomoc ze strony osób trzecich [Zych 2001, Wiśniewska-Roszkowska 1989].

Trudno jest precyzyjnie wyznaczyć próg starości, ponieważ przebieg poszczególnych faz życia jest indywidualny. Jednakże E. Trafiałek, uwzględniając różne obszary funkcjonowania człowieka, określiła jako jej próg kalendarzowy wiek emerytalny, ustawową rezygnację z aktywności zawodowej jako próg prawny, poziom sprawności organizmu jako próg biologiczny, utratę ról społecznych jako próg społeczny, spadek regularnych dochodów jako próg ekonomiczny, zaś, częsty wśród osób w wieku podeszłym, lęk przed nowoczesnymi urządzeniami jako próg technologiczny [Trafiałek 2003]. Światowa Organizacja Zdrowia jako umowną dolną granicę okresu starości przyjęła 65. rok życia.

Na przestrzeni lat zmieniło się postrzeganie i traktowanie ludzi starszych. W społeczeństwach opartych na tradycji byli oni autorytetami i posiadali liczne przywileje, z kolei w społeczeństwach zachodnich postrzeganie ludzi w wieku podeszłym było uzależnione od sytuacji ekonomicznej kraju, zatem w skrajnych sytuacjach uważani byli za zbędny balast.

Starość często jest utożsamiana z: brakiem atrakcyjności, pustką życiową, brakiem aktywności, bierną postawą wobec życia i rzeczywistości, brakiem samodzielności, licznymi chorobami, ze smutkiem oraz tęsknotą za młodością. Często ukazywanie ludzi starszych jako: słabych, zależnych, będą-

cych ciężarem, oczekujących na opiekę zdrowotną lub pomoc społeczną, przy jednoczesnym nieukazywaniu żadnej ich pozytywnej roli, nosi nazwę **ageizmu**.

Moment zakończenia pracy zawodowej, będącej istotną częścią dorosłego życia, określającej pozycję społeczną, status społeczny, poczucie niezależności, determinującej tryb życia, kontakty międzyludzkie, czyli przejście na emeryturę, jest często traumą w życiu człowieka [Konieczna-Woźniak 2001]. Zmieniając jednak swoje spojrzenie na jakość życia na emeryturze oraz na samą starość, można się do niej stopniowo przygotować. Przystosowaniu do okresu starości sprzyjają: aktywny tryb życia, rozwijanie zainteresowań pozazawodowych, racjonalne wykorzystywanie czasu wolnego, właściwe kontakty z rodziną, a przede wszystkim pozytywne nastawienie do życia [Szarota 2004].

Na funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie, jak podkreśla S. Steuden, wpływa zarówno postawa wobec własnej starości, jak również prezentowane wobec seniorów postawy społeczne, w tym funkcjonujące stereotypy [Steuden 2012].

Jedną z podstawowych potrzeb człowieka starszego, warunkującą jego prawidłowe funkcjonowanie, jest potrzeba bycia aktywnym. Działa ona, w opinii S. Steuden, na zasadzie sprzężenia zwrotnego [Steuden 2012, s. 82]. Oznacza to, że aktywność jest wyrazem udzielania pozytywnej odpowiedzi na zadania związane z tą fazą życia, a jednocześnie, umacniając poczucie własnej wartości u ludzi starszych, staje się ich siłą napędową do dalszego działania.

Niniejsze opracowanie jest zbiorem 13 artykułów, których autorkami są studentki pracy socjalnej. Przedstawiły one człowieka w wieku podeszłym w różnych ujęciach, a zatem poszczególne rozdziały opracowania dotyczą:

- zmian zachodzących w organizmie podczas starzenia się (biomedycznych wymiarów starości),
- miejsca człowieka starszego w społeczeństwie,
- systemów wsparcia kierowanego do ludzi starszych na przykładzie kilku wybranych krajów,
- barier i ograniczeń w funkcjonowaniu ludzi starszych,

- miejsca człowieka starszego w strukturze opieki państwa oraz w przepisach prawa,
- aktów przemocy stosowanej wobec osób starszych,
- miejsca człowieka w wieku podeszłym w rodzinie,
- znaczenia religii w życiu człowieka w wieku podeszłym,
- potrzeby edukacji ludzi starszych,
- potrzeby aktywizacji oraz obecności ludzi starszych w sztuce,
- stylu życia ludzi w wieku podeszłym,
- miejsca w sporcie i potrzeby aktywności ruchowej seniorów,
- wymarzonej starości.

Podsumowaniem niniejszego opracowania jest ukazanie obszaru działania dla pracownika socjalnego w codziennej pracy z osobą starszą.

Mariola Świdorska

Daria Szymczak

Paulina Pisera

Biomedyczne wymiary starości

Starość to ostatnia faza ontogenetycznego rozwoju człowieka, którą poprzedzają takie etapy, jak: dzieciństwo, młodość i wiek dojrzały [Olszewski 1998]. Jest ona definiowana również jako końcowy etap procesu starzenia się, w którym, jak podaje A.A Zych, procesy biologiczne, społeczne oraz psychiczne oddziałują względem siebie i prowadzą do zmian biologicznych i psychicznych w organizmie człowieka, bez możliwości przeciwdziałania temu zjawisku [Zych 2001].

Starość, zgodnie z definicją zamieszczoną w Słowniku gerontologii społecznej „jest efektem naturalnego procesu starzenia się, kiedy to równowaga psychiczna i biologiczna zostają zaburzone” [Zych 2001, s. 202].

Biologiczne starzenie się człowieka jest związane z funkcjonowaniem organizmu na przestrzeni czasu oraz ze zmianami pojawiającymi się w jego fizjologii [Kocemba 2000]. Proces starzenia oznacza stopniowe wygasanie poszczególnych funkcji układów i narządów, przy jednoczesnym występowaniu mechanizmów kompensacyjnych, które umożliwiają zachowanie stałości środowiska wewnętrznego (homeostazy), a tym samym zachowanie życia. Jednak, wraz z przebiegiem procesu starzenia organizmu, możliwości kompensacyjne maleją i zmniejsza się prawdopodobieństwo zachowania życia, natomiast wzrasta prawdopodobieństwo śmierci. W okresie późnej starości nawet niewielkie bodźce zewnętrzne mogą doprowadzić do nieodwracalnych zaburzeń homeostazy oraz zgonu.

Starzenie się to wielowymiarowy proces, zależny od wielu współzależnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych, dotyczący całego świata żywego.

Wyjaśniając biologiczne przyczyny procesu starzenia, zwraca się uwagę na kilka interesujących teorii. Są to:

- Teoria błędu genetycznego – podczas kolejnych podziałów komórkowych mogą pojawić się błędy w przekazywaniu informacji genetycznej, a to w konsekwencji prowadzi do unicestwienia komórki.
- Teoria mutacji somatycznych – nowe komórki, zastępujące stare, nie są ich wierną kopią, lecz mają błędy genetyczne. Organizm przez całe życie jest narażony na działanie mutagenów, zatem w materiale genetycznym może dochodzić do kumulowania się licznych mutacji.
- Teoria starzenia się układu immunologicznego – starzenie jest związane z osłabieniem działalności układu immunologicznego.
- Teoria wolnych rodników – wolne rodniki atakują komórki, w których są wytwarzane.
- Teoria enzymatyczna – starzenie jest wynikiem, upośledzonego z wiekiem, wytwarzania przez komórki mózgu różnych neuroprzekaźników.
- Teoria miażdżycowa – starzenie się organizmu jest związane z nieuchronnym rozwojem miażdżycy, prowadzącym do niszczenia różnych narządów, a głównie serca i mózgu.
- Teoria zaprogramowanego uśmiercania komórki – istnieje zakodowany genetycznie samobójczy program komórki, powodujący, że stare, zniszczone komórki podlegają apoptozie.
- Teoria genetyczna – przyczyną śmierci komórki jest skracanie się chromosomów, a co za tym idzie utrata genów w trakcie podziałów komórkowych.

Starość, jako proces, pomimo absorbowania uwagi ludzi na całym świecie, jest zjawiskiem mało rozpoznany. Chociaż organizm człowieka ma możliwości samoregulacyjne, samooczyszczania się, jak również odnowy, jest skazany na nieuchronną utratę swych zdolności, co prowadzi do śmierci.

Starzenie się, z punktu widzenia biologii, charakteryzuje:

- wzrost śmiertelności wraz z postępem wieku,
- zmniejszanie się zdolności adaptacyjnych organizmu,
- narastanie różnorodnych zmian degeneracyjnych w organizmie,

- zwiększenie zapadalności na wiele chorób, często charakterystycznych dla wieku podeszłego [Krzyżanowski 2004, s. 37].

Starzejące się ciało człowieka to wynik zmian w podstawowych układach: krążenia, kostno-szkieletowym i oddechowym. To również skutek upośledzenia możliwości odbierania bodźców przez narządy zmysłów, m.in. wzroku i słuchu. Proces starzenia się, w ujęciu biologicznym, oznacza inwolucję oraz pogorszenie się stanu organizmu [Zych 2001].

Zgodnie z definicją zamieszczoną w *Wielkim słowniku medycznym* starzenie to „[...] proces fizjologiczny w późniejszym okresie życia, charakteryzujący się zwolnieniem przemiany materii, zmniejszeniem nawodnienia i napięcia tkanek, zmianami jonowymi, zmniejszeniem ogólnej ilości białka, w tym głównie białek rozpuszczalnych i drobnocząsteczkowych, zmniejszeniem ilości hemoglobiny, zwiększeniem glukozy we krwi i lipidów (głównie cholesterolu) oraz zmniejszeniem enzymów i witamin w ustroju. Do zmian narządowych należą m.in. miażdżycza naczyń, zwyrodnienia i obumarcia komórek nerwowych oraz zanik gruczołów dokrewnych” [*Wielki słownik medyczny* 1996, s. 1261].

Rozważając proces starzenia się organizmu z punktu widzenia fizjologii, M. Weiss uważa, że jest on zjawiskiem bardzo złożonym, na który ma wpływ wiele czynników wewnątrz- i zewnątrzustrojowych [Weiss 1983].

Typowe zjawiska dla procesu starzenia to zmniejszenie ilości beztłuszczowej masy ciała oraz zmniejszenie zarówno zawartości białka w organizmie, jak również masy mięśni i kości. Swoją objętość zmniejszają także narządy wewnętrzne, takie jak: mózg, nerki, wątroba. Jeżeli osoba starsza utrzymuje stałą wagę, oznacza to, że mięśnie zostały zastąpione przez tkankę tłuszczową. Zatem bardziej korzystne jest, jeżeli z wiekiem masa ciała ulega obniżeniu.

U ludzi w wieku podeszłym następuje utrata zębów, paznokcie stają się coraz grubsze oraz twardsze. Znacznie wolniejsza, w porównaniu z osobą w młodszym wieku, jest odnowa komórek skóry. Ponadto komórki te są mniejsze i jest ich mniej, co powoduje, że skóra staje się bardziej sucha i cieńsza. W efekcie zwiększonej wiotkości skóry pojawiają się zmarszczki i obwisłości. Wolniej goją się rany, zwiększa się liczba pieprzyków, znamion i brodawek.

Włosy w wieku podeszłym siwieją, stają się cieńsze oraz mniej błyszczące.

Łysienie, typowe dla mężczyzn, może dotyczyć również starszych kobiet, szczególnie po 80. roku życia. Częste i charakterystyczne dla wieku podeszłego jest również pojawianie się włosów w różnych nietypowych miejscach, np. w nosie czy uszach. Zmienia się postawa ciała. Sylwetka osoby starszej jest pochylona do przodu, często przygarbiona, z głową skierowaną w dół. Nierzadko pojawia się „garb wdowi”. Spłyceniu ulega lordoza szyjna i lędźwiowa, zaś pogłębieniu kifoza piersiowa. Dochodzą do tego zmiany psychiczne, których przyczyną są zmiany miażdżycowe naczyń mózgu. Dość wcześnie, bo już między 40. a 50. rokiem życia, zostaje podwyższony próg wrażliwości dla zmysłów: wzroku, słuchu, smaku i powonienia, co oznacza, że pojawia się potrzeba dostarczania silniejszych bodźców, aby wywołać określoną reakcję [Adamek 2005].

Okres starzenia to również pojawienie się tendencji do utraty wody z organizmu. Większość strat wody pochodzi z komórki nie zaś z przestrzeni zewnątrzkomórkowej, czego przyczyny można upatrywać w pogarszającej się czynności nerek. Innym mechanizmem regulującym właściwy stan nawodnienia jest pragnienie. Nie zawsze jednak u ludzi starszych funkcjonuje on prawidłowo. U osób w wieku podeszłym występuje mniejsza wrażliwość na utratę wody przez organizm. Często, jeśli nawet osoby starsze odczuwają pragnienie, ignorują je z różnych przyczyn, np. z powodu unieruchomienia, depresji, zaburzeń połykania, lęku przed koniecznością opróżniania pęcherza w trudnych warunkach itp. Warto podkreślić również, że tabletki odwadniające używane zbyt często mogą doprowadzić do nadmiernego odwodnienia organizmu oraz utraty wraz z wodą ważnych pierwiastków, np. sodu, potasu i chloru [Weiss 1983].

Fizjologiczny proces starzenia się sprzyja obniżeniu sprawności psychomotorycznej, osłabieniu oraz utracie pamięci. Osobom w wieku podeszłym trudniej jest przyswoić sobie nowe informacje, trudniej nauczyć się nowych czynności, co jest związane z osłabieniem pamięci świeżej. Poprawia się natomiast zdolność odtwarzania informacji „zapisanych” w pamięci trwałej, dlatego też osoby starsze często wracają do wspomnień z lat dzieciństwa czy

młodości. Opinie naukowców na temat obniżenia sprawności intelektualnej seniorów są podzielone. Zdaniem jednych sprawność intelektualna ulega obniżeniu, podobnie jak sprawność fizyczna, z kolei inni uważają, że inteligencja jedynie zmienia swoje właściwości.

Zaobserwowano, że u osób po 60. roku życia ograniczeniu ulegają: myślenie abstrakcyjne, wnioskowanie, wyobrażenia przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowa, natomiast kompetencje słowno-pojęciowe oraz arytmetyczne pozostają bez zmian [Marcinek 2007, ss. 69–75].

Występuje ścisła zależność pomiędzy stanem zdrowia somatycznego i psychicznego. Liczne choroby somatyczne znajdują swoje odzwierciedlenie w stanie psychicznym chorego, szczególnie dotyczy to chorób przewlekłych, takich jak: zespoły bólowe, cukrzyca czy astma. U człowieka starszego może wytworzyć się w psychice osobowość, zwana „hemilopatią”, charakteryzująca się: poczuciem zagrożenia, nieufnością, obniżoną samooceną, zmiennością nastroju, egocentryzmem oraz postawą cierpienniczą. Często takie osoby wykazują podwyższony poziom agresji, są aspołeczne oraz złośliwe [Łój 2007, ss. 105–118].

Typową cechą procesu starzenia się jest jego indywidualny przebieg. Dotyczy to, zarówno indywidualnego tempa zmian u każdej osoby, jak również indywidualnego tempa zmian w obrębie poszczególnych narządów, na co istotnie mogą wpływać np. procesy chorobowe przebyte we wcześniejszych okresach życia.

Zmiany zachodzące w poszczególnych układach organizmu podczas procesu starzenia

Układ nerwowy

Zmiany zachodzące w układzie nerwowym pojawiają się powoli i niepostrzeżenie, jednak wywierają duży wpływ na funkcjonowanie innych układów organizmu oraz na sprawność psychiczną człowieka.

Proces starzenia układu nerwowego przejawia się częściowym zanikiem neuronów (komórek nerwowych) oraz zmianami zwyrodnieniowymi. Fizjologiczne starzenie, czyli przebiegające prawidłowo, nie powoduje wyraźnych odchyleń, które utrudniałyby życie. Utrudnione jest jedynie nabywanie nowych umiejętności. Na skutek osłabienia przewodnictwa nerwowego, może ulec wydłużeniu czas reakcji na oddziałujący bodziec, spowolnieniu ulegają procesy myślowe, jak również zdolność adaptacji do nowych warunków. W związku ze zmniejszeniem się liczby czynnych włókien i komórek nerwowych czuciowych najczęściej zmniejszone jest odczuwanie bólu. Słabną także odczucia smakowe, dlatego ludzie starsi lubią na ogół potrawy pikantne, o wyrazistym, ostrym smaku. Niekiedy osłabione oraz mniej wyraźne są reakcje chorobowe. Dające się zauważyć otępienie umysłowe nie jest przejawem fizjologicznego starzenia, lecz chorobą starości [Weiss 1983].

Układ krążenia

W wyniku starzenia się układu krążenia następują zmiany we wszystkich jego elementach, czyli w: sercu, tętnicach i żyłach.

Charakterystyczną zmianą dotyczącą układu krążenia jest zwiększenie sztywności dużych tętnic, prowadzące do poszerzenia ścian naczyń, a proces ten rozpoczyna się już od 20. roku życia. Usztywnione tętnice, przy nagłym podniesieniu ciśnienia krwi, mogą podczas dużego wysiłku fizycznego pęknąć, co prowadzić może do wylewu krwi do tkanek, np. mózgu. W okresie starzenia serce zmniejsza się, w jego tkance następują zmiany degeneracyjne (zwłóknienia mięśnia sercowego, zeszywnienia zastawek, zgrubienia wsierdza). Zmiany te powodują zmniejszenie wydolności układu krążenia, co skutkuje: szybkim męczeniem się, zadyszką czy uczuciem rozpierania w klatce piersiowej.

Żyły natomiast ulegają wraz z wiekiem człowieka rozszerzeniu, często mają wężykowaty przebieg i stają się bardziej widoczne. Zmiany te powodują spowolnienie przepływu krwi i powstawanie zakrzepów. Naczynia włosowate z wiekiem stają się zwyrodniałe, zarastają, a nawet zanikają,

dlatego narządy są słabiej ukrwione. Z tego powodu zazwyczaj skóra ludzi starszych jest bledsza, chłodna, a upośledzona termoregulacja powoduje, że osoby starsze często marzną.

Układ oddechowy

Charakterystyczną zmianą dotyczącą starzenia się układu oddechowego jest stopniowe zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej, które wynika zarówno ze zmian szkieletowych, jak i zmian w obrębie mięśni (zmniejsza się nie tylko siła mięśniowa, ale i ich masa oraz wytrzymałość skurczu). Następuje zmniejszenie powierzchni wymiany gazowej oraz rezerwy oddechowej (do 20%).

Podczas starzenia się w obrębie układu oddechowego występuje pogłębienie kifozy piersiowej nasilone przez współistniejącą osteoporozę, zapadnięcie żeber. Pojawia się także ograniczona ruchomość stawów oraz częściowy przykurcz mięśni międzyżebrowych.

Wskazane zmiany istotnie wpływają na kształt oraz ruchomość klatki piersiowej oraz na ograniczenie jej ruchomości i procesu wentylacji. W efekcie obserwujemy m.in. rozszerzenie oskrzelików, upośledzenie procesu dyfuzji gazów, pogorszenie funkcji komórek rzęskowych, pogorszenie wentylacji płuc podczas szybkiej pracy, zmniejszenie pobieranego tlenu w czasie pracy, degenerację i zanik włókien węchowych, przyspieszony oddech, który staje się ponadto częsty i płytki, oraz zmniejszenie pojemności życiowej płuc i wentylacji minutowej [Pabiś, Babik 2007 ss. 62– 65].

W procesie starzenia dochodzi do obniżenia maksymalnej objętości płuc o 30–50%. Na starzenie się płuc mają wpływ zarówno czynniki zewnętrzne (palenie tytoniu, przebywanie w zanieczyszczonym środowisku), jak również zmiany w tkance łącznej, która z czasem staje się mniej elastyczna, powstają ubytki tkanki mięsaszowej płuc, co prowadzi do ich rozedmy. Z kolei zmniejszone w wieku podeszłym wydzielanie śluzu i zmniejszony odruch oczyszczania sprzyjają rozwojowi infekcji w drzewie oskrzelowym [Wieczorkowska-Tobis 2008, ss. 63– 68].

Układ immunologiczny

Z wiekiem następuje osłabienie wydolności układu immunologicznego (odpornościowego). Osoby w wieku podeszłym są bardziej podatne na rozwój infekcji oraz procesów autoimmunizacyjnych. Ma to związek z zanikiem grasicy (zmniejsza się do 10% masy grasicy ludzi młodych), jak również z osłabieniem aktywności limfocytów typu T. Proces starzenia się sprzyja pojawianiu się w układzie immunologicznym wielu niekorzystnych zmian, w wyniku których organizm ma małą zdolność likwidowania infekcji oraz nie może skutecznie przeciwstawiać się rozwojowi nowotworów.

Układ pokarmowy

Wśród najczęstszych zmian starzejącego się układu pokarmowego wymienić należy suchość w jamie ustnej oraz zmniejszenie kwaśności soku żołądkowego, spowodowane zmianami w błonie śluzowej żołądka, aczkolwiek nie wyklucza się w tym przypadku wpływu infekcji wywołanej przez *Helicobacter pylori*, bakterii powodującej przewlekły stan zapalny (w Europie dotyczy to ponad połowy populacji ludzi powyżej 70. roku życia). O ile nie obserwuje się u osób starszych typowych zmian w obrębie jelita cienkiego, o tyle zaburzenia funkcjonowania jelita grubego są częstym problemem na tym etapie życia. W związku z upośledzeniem perystaltyki jelita grubego często u osób w wieku podeszłym obserwuje się zaparcia, chociaż sugeruje się też, że wynikają one raczej z niewłaściwych upodobań dietetycznych oraz stylu życia seniorów bądź/i jako skutek uboczny przyjmowanych leków. Typowa w procesie starzenia jest inwolucja wątroby, co sprzyja pogorszeniu przebiegu licznych szlaków metabolicznych [Wieczorkowska-Tobis 2008, ss. 63–68].

Z wiekiem wzrasta istotnie ryzyko upadków. Przyczyn tego należy upatrywać w: zmianie postawy i schematu chodu, zmniejszeniu sprawności układu ruchu (masy i siły mięśni, ruchomości stawów), gorszej koordynacji psychoruchowej, pogorszeniu funkcjonowania narządu równowagi, zwolnieniu przewo-

dzenia impulsów w układzie nerwowym, czyli wydłużeniu czasu reakcji, oraz pogorszeniu wzroku.

Dziedziną medycyny zajmującą się chorobami wieku podeszłego jest geriatrya. Niestety, w Polsce brakuje lekarzy tej specjalizacji, jak również średniego personelu medycznego wyposażonego w kompetencje służące optymalnej pielęgnacji pacjentów wymagających opieki. W liczbie specjalistów tej grupy odnotowuje się wieloletni zastój, a nawet regres. Zgodnie z opinią prof. T. Grodzickiego, Krajowego Konsultanta ds. Geriatrii, w Polsce w 2007 roku było 120 lekarzy geriatrów, w 2013 roku liczba ta wzrosła zaledwie do 300, co oznacza, że w 2007 roku jeden geriatra przypadał na ok. 54 tys. potencjalnych pacjentów w podeszłym i starszym wieku (65+), a w 2013 roku, dzięki wdrożonemu procesowi kształcenia lekarzy, jeden na ok. 22 tys. [Grodzicki 2007, 2013].

Podsumowanie

Starzenie się jest naturalną, kolejną fazą rozwojową w cyklu życia człowieka. W wymiarze biologicznym charakteryzuje się zmniejszaniem zdolności regeneracyjnych organizmu, mniejszą zdolnością do samoodnawiania się komórek oraz osłabieniem zdolności adaptacyjnych. To okres, gdy zmiany inwolucyjne przeważają nad ewolucyjnymi. Jest to jednak proces, który u każdego przebiega indywidualnie. Istotne znaczenie w przebiegu starzenia człowieka mają warunki, w których żyje, jak również preferowany styl życia i wynikające z niego nawyki i przyzwyczajenia.

Bibliografia

Adamek D. (2005), *Psychopedagogiczne podstawy opieki nad seniorami*, [w:] *Profesjonalna opieka nad seniorami: materiały szkoleniowe*, Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa, Wałbrzych.

Kijak R.J., Szarota Z. (2013), *Starość. Między diagnozą a działaniem, koordynacja na rzecz aktywnej integracji*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.

Klimiuk K. i in. (2011), *Wybrane choroby układu oddechowego u osób starszych*, „Gerontologia Polska”, t. 19, nr 1.

Kocemba J. (2000), *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, TEST, Kraków.

Krzyżanowski J. (2004), *Psychogeriatrya*, Medyk, Warszawa.

Łój G. (2007), *Psychosomatyka czy somatopsychika – wzajemne relacje psychiki i somatyki w okresie starości*, „Psychiatria”, t. 4, nr 3.

Marcinek P. (2007), *Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 3.

Olszewski H. (1998), *Encyklopedia psychologii*, W. Szewczyk (red.), Wyd. Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej, Warszawa.

Pabiś M., Babik A. (2007), *Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych”*, „Medycyna Rodzinna”, nr 3.

Weiss M. (1983), *Fizjoterapia*, PZWL, Warszawa.

Wieczorkowska-Tobis K. (2008), *Zmiany narządowe w procesie starzenia*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, nr 118.

Wiśniewska-Roszkowska K. (1989), *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.

Wielki słownik medyczny (1996), PZWL, Warszawa.

Zych A.A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa.

Milena Maciejewska
Agnieszka Ćwiklińska

Człowiek w wieku podeszłym jako istotny komponent społeczeństwa

*Dziś świeci Słońce
ogrzewa Ci twarz i budzi do życia
Lecz są Tacy, dla których powoli zapada zmrok
I tylko światło Twojego serca
Nie pozwala Im zasnąć.
Agnieszka Ćwiklińska*

Starość od zawsze była obecna w życiu człowieka. Jest nieubłagany następstwem narodzin, a przygotowujemy się do niej przez całe nasze życie. Jeszcze na początku XIX wieku, gdy globalna liczba ludności była znacznie mniejsza, a poziom medycyny nie pozwalał na osiągnięcie wieku starczego, inaczej patrzono na ludzi starych. Starość postrzegana była jako coś wyjątkowego, dawała seniorom jednocześnie szacunek wśród młodszych i poczucie wyjątkowości we własnym przekonaniu. Obecnie mamy do czynienia ze stereotypowym wizerunkiem osób starszych i jest to, w znacznej mierze, uwarunkowane oczekiwaniami społecznymi wobec tej grupy. Dotyczą one najczęściej stylu życia, ról społecznych, jakie są często narzucane seniorom, oraz wymogów, co do ich zachowywania się i aktywności [Błasiak, Dybowska 2009, s. 1].

Zmieniająca się sytuacja demograficzna na całym świecie, rozwój medycyny, wzrost poziomu życia, istotna poprawa higieny, spadająca liczba urodzeń,

przy jednoczesnym lawinowo rosnącym odsetku liczby osób starszych w społeczeństwach, wymusza na nas podjęcie działań mających na celu zagospodarowanie i opiekę nad dość dużą liczbą mieszkańców naszego globu.

Według ONZ w Polsce liczba obywateli powyżej 65. roku życia wzrośnie z 5,2% w 1950 roku do 31,2% w 2050 roku. Liczba osób w tym wieku wynosić będzie wówczas 9,5 mln, natomiast największy wzrost będzie miał miejsce w latach 2010–2020 [Jurek 2010, ss. 64–65].

Konsekwencją zwiększającej się liczby osób starszych w społeczeństwie jest zmiana wielu czynników makro- i mikroekonomicznych, jak chociażby: wzrost udziału w budżecie państwa wydatków na opiekę zdrowotną i opieką nad osobami starszymi oraz na świadczenia emerytalno-rentowe, zmieniający się rynek pracy, a także zmiana funkcjonowania gospodarstw domowych. Wszystko to sprawia, że postrzeganie starości ulega transformacji, głównie w wyniku jej bardzo dużego wpływu na wiele dziedzin życia społecznego, politycznego i gospodarczego.

Zwiększający się udział osób starszych w życiu społecznym wymusza podjęcie działań zmierzających do planowania i kształtowania polityki aktywnego i zdrowego starzenia się [Wawrzyniak 2017, s. 20]. Narzędziem służącym realizacji tych działań może być wskaźnik aktywnego starzenia się (ang. *Active Ageing Index* – AAI) opracowany, wspólnie przez Komisję Europejską, Europejską Komisję Gospodarczą Narodów Zjednoczonych oraz Europejskie Centrum Polityki Socjalnej i Badań, w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012. Wskaźnik ten informuje nas, jaki jest potencjał osób starszych w różnych obszarach życia, m.in. zatrudnienia, życia społecznego, samodzielnej egzystencji oraz możliwości aktywnego starzenia się. Obejmuje ogólnie 22 składniki dotyczące osób powyżej 55. roku życia. Polska w tym rankingu zajmuje 27. miejsce (ostatnie) wśród krajów Unii Europejskiej (UE), daleko za przodującymi: Szwecją, Finlandią, Danią, Holandią, Irlandią oraz Wielką Brytanią. Wydaje się zatem, że warunkiem dobrego starzenia się jest zastosowanie strategii adaptacyjnych, zakładających większą samodzielność w zapewnie-

niu sobie dobrej jakości życia, a w mniejszym stopniu opartych na pomocy ze strony rodziny [Kotlarska-Michalska 2013, s. 12].

Gdzie należy upatrywać przyczyn tak niskiej oceny osób starszych, ich kompetencji, zaangażowania i możliwości wykorzystania ich doświadczenia w Polsce? Niezbędne jest podjęcie działań w sferze integracji międzypokoleniowej, tu bardzo duże znaczenie ma kulturowe i obyczajowe podejście do starości. Można zadać sobie pytanie, skąd bierze się tak niski wskaźnik aktywizacji osób starszych w Polsce, skoro tradycja i głęboko chrześcijańskie korzenie powinny nas wyróżniać pod tym względem na tle innych państw.

Przemiany muszą nastąpić jednocześnie nie tylko w postrzeganiu osób starszych przez młodszych członków społeczeństwa, ale i w postrzeganiu osób starszych przez samych siebie. Konieczne jest obalanie stereotypów dotyczących starości. Dyskryminacja i uprzedzenia ludzi ze względu na wiek zostały opisane przez R. Butlera, który stworzył w tym celu pojęcie **ageizm**. Dyskryminacja, deprywacja i wykluczanie starszego pokolenia z podziału szeroko rozumianych dóbr, stały się na tyle dużym problemem społecznym, że zwróciły uwagę elit rządzących UE. Znaczenie aktywności społecznej osób starszych wynika także wprost z cech społeczeństwa obywatelskiego, którego punktem wyjścia jest człowiek – samorealizujący się w autonomiczny sposób, akceptujący i nastawiony na akceptującą współpracę, a jednocześnie szukający aprobaty u innych [Pabiś i in. 2015, s. 264].

Nie można generalizować starości i traktować jej jako jednorodnego zjawiska, należy podejść indywidualnie do jednostki, trafnie rozpoznawać jej potrzeby, ale i nie narzucać nadopiekuńczości. Bardzo ważne jest zdiagnozowanie rzeczywistego obrazu starości. Właściwe rozpoznanie potrzeb i oczekiwań seniorów pozwoli na odpowiednie reagowanie, dostosowane do danej jednostki czy grupy. Nie tylko nie zburzy poczucia własnej wartości, ale nie zniszczy też samodzielności, a wręcz przeciwnie – pozwoli na jej zachowanie zarówno w życiu osobistym, jak i społecznym danej osoby.

Z perspektywy działań społecznych bardzo ważne jest to, aby działania, np. pomocnicze, skierowane były do faktycznie potrzebujących. Właściwe

rozpoznanie potrzeb i oczekiwań pozwoli na ukierunkowaną pracę socjalną, w tym: terapeutyczną, aktywizującą, ratowniczą. Starzenie się społeczeństwa jest niestety faktem i należy zastanowić się, jak możliwie najlepiej wykorzystać to dla jego dobra, przy jak najmniejszych kosztach społecznych. Należy zacząć zmieniać wizerunek starości jako nieporadnej, wymagającej pomocy, brzydkiej, niechcianej, generującej tylko koszty. Czas przejścia na przysłówkową emeryturę nie musi być czasem kończącego się życia. Niestety, rozprzestrzeniający się kult młodości, nie tylko w mediach, portalach społecznościowych, ale i w biznesie, sprawia, że panicznie boimy się wieku dojrzałego. Sami marginalizujemy swoją wiedzę, doświadczenie prestiż, uważamy, że emerytura to koniec wszystkiego, co dobre, doceniane, ważne. W pewnym sensie jest to koniec, ale przecież tylko pewnego etapu życia – zmiana priorytetów.

Postrzeganie starości w dużej mierze zależy z pewnością od świadomości społecznej, nie bez znaczenia jest tu miejsce zamieszkania (niestety) i poziom wykształcenia. Należy uświadomić ludziom starszym, że często sami się ograniczają i wykluczają ze społeczeństwa. Ageizm, który dotyka wielu seniorów ze strony innych osób, jest również bardzo groźnym zjawiskiem. Istnieją dwa źródła dyskryminacji ludzi starszych przez osoby trzecie:

- kulturowe – z jednej strony starość kojarzona jest z doświadczeniem, mądrością życiową, długim życiem, z drugiej zaś z kończącymi się możliwościami, schyłkiem życia, słabszym zdrowiem i byciem ciężarem dla innych;
- strukturalne – umiejscowione w gospodarce i instytucjach państwa, systemie państwowym, społecznym, ograniczaniu możliwości korzystania z prawa, nauki, pracy (np. zmniejszenie środków na wprowadzanie udogodnień dla osób starszych) [Szukalski 2004, s. 13].

Należy zwrócić uwagę, że ageizm, poza tym, że zawsze jest krzywdą wyrządzaną osobom starszym, może przybierać formę łagodną lub złośliwą. Pierwsza z nich to ta, wynikająca z naszego świadomego lub nieświadomego podejścia do osoby starszej jako słabszej, wymagającej pomocy, nieporadnej, a druga wynika z niechętnego podejścia do osób starszych, jako tych bezwartościowych, nieatrakcyjnych, niezastępujących na uwagę.

Dyskryminację ludzi starszych można rozpatrywać również w ujęciu pośrednim lub bezpośrednim, instytucjonalnym bądź indywidualnym, publicznym albo prywatnym. A.A. Zych wymienia kilka sposobów dyskryminacji osób starszych we współczesnym społeczeństwie. Pierwszy z nich to **dystansowanie**, czyli unikanie kontaktów z osobami starszymi. Niestety bardzo często ludzie utrzymujący kontakty z osobami starszymi są postrzegani jako nie-modni, nieciekawi, śmieszni, naiwni, bo często bezinteresownie chcą pomóc. W dzisiejszym materialistycznym świecie trzeba przecież robić coś za coś, więc robienie czegoś *pro bono* jest postrzegane jako naiwność. Drugi sposób to **dewaluowanie**, czyli upowszechnianie przekonań o negatywnych cechach starości. To błąd, przecież starość może być inspiracją do nauki cierpliwości, wyrozumiałości, poszanowania słabszego, empatii. Kolejny to **delegitymizacja**, czyli ustanawianie przepisów prawa nieprzychylnych w stosunku do osób starszych, co skutkuje pozbawieniem ich określonych praw. Wreszcie należy tu wymienić **segregację**, pozwalającą na świadome i celowe izolowanie osób starszych od otoczenia. Opisywane w literaturze stereotypy wypaczające rzeczywisty obraz wieku podeszłego umacniają dyskryminację tych osób. Często są one wyrazem lęków przed starością i przed konsekwencjami naturalnego procesu starzenia się [Pikuła 2011, s. 94].

Zastanówmy się, jak traktowani są ludzie starsi w szpitalach oraz w ogóle przez system opieki zdrowotnej? Często oszczędza się na diagnostyce seniorów, bo to się nie opłaca w zestawieniu z ewentualnym czasem życia, jaki im jeszcze pozostał. Coraz częściej słyszy się o nadużyciach w ośrodkach opieki paliatywnej. Należy również przypomnieć o etycznych dylematach związanych z opieką nad starymi ludźmi, np. godnej śmierci (eutanazji).

Innym, bardzo ważnym, zagrożeniem społecznym jest wykluczenie osób starszych z życia społecznego. W dzisiejszych czasach, kiedy świadomość potrzeby dbania o zdrowie, oraz możliwości, które daje postęp w medycynie są olbrzymie, mówienie o osobach starych w kategoriach nieużyteczności jest daleko posuniętym nadużyciem. Wiek metrykalny nie idzie w parze z wiekiem biologicznym. Kapitał, jakim są ludzie starsi, może być nieoceniony w kształ-

towaniu wartości, więzi społecznych i kulturowych. To ludzie starsi są nośnikiem naszej tożsamości narodowej i tradycji, zwłaszcza dla młodego, globalnego pokolenia, w którym te wartości ulegają częściowemu zatarciu na skutek migracji społecznej i asymilacji do nowych kultur i środowisk. Często prawa osób starszych, pomimo że powinny być gwarantowane przez państwo, są marginalizowane i zaniedbywane, zaś niski status materialny seniorów ogranicza ich aktywność w sferze kultury i sztuki, a także szeroko pojętego życia społecznego. Bariery architektoniczne uniemożliwiają dostęp do obiektów kultury, a często nawet korzystanie ze środków transportu, natomiast zmniejszone środki na pomoc osobom starszym ograniczają możliwość korzystania przez nich z warsztatów terapeutycznych, rehabilitacji, podstawowych usług medycznych, a nawet praw wyborczych. Nie docenia się też terapeutycznego znaczenia zaangażowania osób starszych w życie zawodowe.

Poczucie przynależności do społeczności, tak samo jak poczucie własnej wartości, ma niebagatelny wpływ na zdrowie, a jego brak oddziałuje na nie negatywnie, a ponadto tworzy obszar do wszelkiego rodzaju nadużyć. Przykre jest to, że sytuacja osób starszych jest dostrzegana tylko w okresie przedwyborczym, często wykorzystywana do walki politycznej. Wtedy docenia się takie cechy ludzi starszych, jak: lojalność, odpowiedzialność i obowiązkowość [Pabiś i in. 2015, s. 19]. Umożliwienie ludziom starszym poczucia wspólnoty, przy jednoczesnym odwołaniu się do ich wieku i życiowej mądrości, stanowi klucz do wyjaśnienia fenomenu wspólnot kościelnych.

Niestety, zmniejszający się potencjał rodziny, w zakresie ilości i jakości spędzanego czasu ze starszymi jej członkami, sprawia, że poszukują oni poczucia bezpieczeństwa i wspólnoty poza tym obszarem.

Poczucie braku bezpieczeństwa dotyka także sfery ekonomicznej, stąd osoby starsze jest to ta grupa społeczna, którą najczęściej dotyczą oszustwa finansowe. W społeczeństwie narzuca się im również starania o uzyskanie statusu osoby niepełnosprawnej (wystarczy przyrzeć się temu, jaki rodzaj pracy i komu jest oferowany, w odniesieniu do osób z przedziału wiekowego 65+). Osoby starsze mogą liczyć na stanowiska związane z ochroną, sprzęta-

niem, ale pod warunkiem posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, pomimo że są to równocześnie miejsca pracy najniżej opłacane. Niesie to ze sobą poczucie dyskryminacji i degradacji społecznej. Często osoby starsze albo godzą się na uzyskanie dodatkowego dochodu kosztem degradacji społecznej, albo rezygnują z niego, żyjąc z bardzo niskich uposażeń.

A przecież potencjał tkwiący w ludziach starszych można spożytkować dla dobra innych, wykorzystując go chociażby w instytucjach pomocy, stowarzyszeniach. Ich wiedza może być nieoceniona dla osób młodych, wchodzących na rynek pracy. Ludzie starsi pozbawieni są już, często negatywnej, nadmiernej ambicji, nie chcą brać udziału w pogoni za zdobywaniem dóbr, dostrzegają potrzeby innych, są cierpliwi, skłonni do pomocy i przekazywania wiedzy. Integracja ludzi młodych z osobami starszymi może zatem przynosić obopólne korzyści [Zych 2014, s. 79].

Wykluczenie osób starszych jest bardzo często powodem frustracji, depresji, apatii i wycofania, które mają duży wpływ na pogorszenie ich stanu zdrowia. To, jak postrzegani są starsi ludzie w społeczeństwie prowadzi do lęku, zarówno u nich samych, jak i u młodych, obawiających się nadchodzącego wieku dojrzałego. Mówimy wówczas o **gerontofobii**. Niebagatelny wpływ ma tu warunkujący sposób życia – kult młodości, sprawności i samorealizacji. W społeczeństwie budzi się nieuzasadniony strach przed nawiązaniem relacji z osobą starszą. Młodzi dyskryminują starych, a starzy ulegają wykluczeniu bądź następuje u nich proces wyparcia swojego wieku i ograniczenia możliwości. Udziela im się pęd za młodością, która wciąż wymyka im się z rąk. Demonstracyjne manifestowanie „wciąż jestem młody”, „wciąż wszystko mogę” zawsze wcześniej czy później zweryfikuje życie. Jest to powodem frustracji, niepokojenia się wielu ludzi ze swoim wiekiem i wyglądem – za wszelką cenę chcą cofnąć czas za pomocą zabiegów medycyny estetycznej, medytacji, a także przy pomocy różnych „przewodników” życiowych. Narażają się tym często na śmieszność i ostracyzm społeczny [Zych 2014, s. 79].

Optymizmem napawa to, że, na szczęście, w społeczeństwie zaczyna kiełkować zmiana. Niestety obecnie można ją zaobserwować głównie w mia-

stach. Odchodzi się od stereotypów, dlatego babcia nie jest już tylko siedzącą w kuchni starszą panią, opiekującą się wnukami. Wzrasta przyzwolenie społeczne dla osób starszych na realizację ich, odłożonych kiedyś na bok, marzeń, kontynuację nauki. Trzeba zwrócić uwagę na to, jak dużym powodzeniem cieszą się uniwersytety trzeciego wieku. Znaczna część starszego pokolenia dostrzega konieczność kształcenia się, korzystania z nowych technologii, właśnie po to, żeby zapobiec dyskryminacji i marginalizacji, w tym automarginalizacji.

Jednym z projektów, które przeciwdziałają tego typu wykluczeniu społecznemu seniorów jest Akademia e-Seniora UPC (www.akademiaeseniora.pl), która ma na celu zwiększenie umiejętności osób starszych w zakresie obsługi komputera, a także promocję korzyści, jakie z korzystania z Internetu mogą wynieść osoby w wieku 50+. Kolejnym programem jest Zysk z Dojrzałości związany z kampanią na rzecz przyjaznych form zatrudnienia i rozwoju zawodowego dla osób 50+. Natomiast koalicja Dojrzałość w Sieci nagłaśnia problem e-wykluczenia seniora oraz konieczność wypracowania, wdrażania i upowszechniania rozwiązań ułatwiających zdobywanie kompetencji, umożliwiających osobom starszym korzystanie z nowych technologii w Polsce.

To m.in. dzięki takim inicjatywom wzrasta aktywność ludzi starszych na portalach społecznościowych, w tym tych, które pomagają nawiązać bliższe relacje partnerskie. Wzrasta również społeczne przyzwolenie na tworzenie i odtwarzanie kolejnych związków przez osoby starsze. Znacznej części społeczeństwa już nie bulwersuje kolejny związek osoby po 65. roku życia. Wynika to z większej świadomości osób starszych, przejęcia odpowiedzialności i kontroli nad własnym życiem, ale w pewnych sytuacjach również z chęci rodziny przerzucenia odpowiedzialności za opiekę nad starszym jej członkiem na osoby trzecie. Wzrost świadomości jest możliwy dzięki większej liczbie ludzi starszych z wyższym wykształceniem, którzy często postrzegają czas po odchowaniu dzieci, osiągnięciu satysfakcji zawodowej lub po prostu przejściu na emeryturę jako czas nowych możliwości. Już nie muszą nigdzie pędzić, niczego udowadniać, ścigać się na szczeblach drabiny awansu, to jest ich czas, tu i teraz. Nie boją się też oceny. Życie wyrobiło

w nich poczucie własnej wartości, wiarę w swoje możliwości i przekonanie o potrzebie kształtowania swojego dalszego życia. Przykre jest to, że starsi ludzie nie mogą często liczyć na pomoc rodziny, bo np. dzieci są na emigracji lub też życie zawodowe pochłania większą część ich czasu. Taka sytuacja wymusza więc na seniorach szukanie kontaktów poza miejscem zamieszkania. Z pomocą przychodzą tu kluby integracji społecznej, centra integracji społecznej, stowarzyszenia, wolontariaty, warsztaty.

Z inicjatywy grupowej, zazwyczaj na początku motywowanej tylko chęcią spędzania wspólnie wolnego czasu, wynika wiele innych pozytywów: działania pomocowe ludzi starszych (np. na rzecz chorych dzieci), realizacja ich talentów artystycznych, nieujawnianych nigdy wcześniej, (np. organizacja przedstawień teatralnych) itp. Edukacja społeczna uświadamia ludziom, że to oni mają wpływ na jakość swojej starości, więc zaczynają się do niej przygotowywać – podnoszą poziom życia, zdobywają większą świadomość prozdrowotną i rozumieją konieczność podjęcia własnych działań w tym zakresie.

Ludzie starsi zaczynają sami z siebie generować pożądane społecznie działania, mające na celu zmianę ich punktu widzenia, jak i postrzegania starości przez innych. Zmiany demograficzne, jak to już zostało powiedziane, są nieuchronne, zmienić więc musi się także podejście do starości i osób starszych. Aby możliwa była korelacja młodego pokolenia z ludźmi starszymi, należy rozszerzyć edukację, tak by poznać ograniczenia, potrzeby i możliwości osób starszych.

W celu wykorzenienia ze świadomości ludzi stereotypów należy edukować całe społeczeństwo, i to wielokierunkowo. Słowo „stary” nie jest przecież równoznaczne ze słowem „brzydki” czy „bezużyteczny”. Stary człowiek to dzisiaj, coraz częściej, zadbana, świadoma siebie osoba z potencjałem, której trzeba tylko wskazać inną, nową drogę. Z drugiej strony, kiedy długość życia wydłuża się i wzrasta odsetek ludzi starszych, czy stać nas na takie marnotrawienie istniejącego w nich potencjału, czy stać społeczeństwo na wykluczenie aż tak dużej liczby osób, jeszcze samodzielnych, kreatywnych i często chętnych do pracy [Zych 2014, s. 79].

Osoby dojrzałe same muszą się przygotować do nadejścia wieku podeszłego. Przygotowania te powinny przebiegać równocześnie na kilku płaszczyznach, a mianowicie:

- biologicznej – dbanie o zdrowie, profilaktyka, zdrowe nawyki, higiena życia;
- psychicznej – samopoznanie, świadomość swoich możliwości i ograniczeń, samoakceptacja i pozytywne postrzeganie przyszłości jako kolejnego, nowego, etapu w życiu;
- intelektualnej – dbanie o aktywność intelektualną, otwartość na nowe wyzwania, wiedzę i umiejętności, niewycofywanie się z życia, angażowanie się w działalność na rzecz innych, ale także siebie samego;
- społecznej – dbanie o właściwe relacje społeczne, chęć nawiązywania i podtrzymywania relacji rodzinnych, sąsiedzkich, co przeciwdziała wyniszczającemu osamotnieniu i samotności;
- ekonomicznej – to bardzo ważna płaszczyzna, chociaż nie do końca mamy nad nią kontrolę, należy jednak dołożyć wszelkich starań, aby, w miarę możliwości, jak najdłużej pracować, co da zabezpieczenie finansowe w okresie starości w postaci świadczenia emerytalnego, przyniesie też poczucie niezależności i własnej wartości (najlepiej oczywiście zapewnić sobie samowystarczalność w tym zakresie) [Szarota 2010, s. 14].

Edukacja na wszystkich tych płaszczyznach powinna rozpoczynać się jak najwcześniej, a zatem niezbędne są rozwiązania systemowe, bo tylko one umożliwią prawidłowy rozwój i funkcjonowanie seniorów w społeczeństwie. Należy przygotować ludzi do pełnienia różnych, odmiennych od wcześniejszych, ról społecznych, które powinni akceptować i realizować, godząc się z przemijaniem. Profilaktyka musi polegać również na przygotowaniu tych obszarów życia społecznego na przyjęcie i „zagospodarowanie” wkraczających w czas dojrzałości społecznej ludzi. Trzeba jak najdłużej podtrzymywać ich zdolności intelektualne i chęć do aktywności zawodowej. Należy dążyć do zmniejszenia odsetka ludzi starych, niedołączonych i zaniedbanych. Człowiek powinien mieć poczucie bezpieczeństwa wynikające ze świadomości, że kiedy faktycznie nie będzie mógł być aktywny, lub stan zdrowia nie pozwoli mu na

samodzielność, to będzie miał możliwość wyboru, gdzie i w jakich warunkach spędzi ostatnie lata życia.

Profilaktyka gerontologiczna stanowi niezwykle ważny obszar polityki społecznej państwa, jest ona przecież adresowana do bardzo dużej grupy ludzi. Głównymi skutkami starzenia się ludności jest nie tylko przesunięcie wieku emerytalnego, lecz także zmiany rytmu i czasu pracy, polepszenie obsługi medycznej, podniesienie poziomu jakości życia osób starszych, zreformowanie systemu emerytalnego i innych systemów funkcjonujących w poszczególnych państwach. Powiększenie się populacji osób starszych skutkuje zwiększeniem wydatków w ramach świadczeń społecznych, emerytalnych, medycznych, socjalnych, co z kolei owocuje wzrostem przeświadczenia młodszej części społeczeństwa o nadmiernym obciążeniu kosztami utrzymania emerytów i związanym z tym poczuciem krzywdy [Fabiś i in. 2015, s. 53].

W Polsce, przygotowane przez geriatrów w latach 2003–2005 standardy świadczeń i usług medycznych dla ludzi starych nie doczekały się realizacji.

W obecnej sytuacji, kiedy prognozy demograficzne na najbliższe lata dla Polski i świata nie napawają optymizmem, powinno się jak najpilniej wdrożyć strategię pracy na rzecz osób starszych, rozpoznać problematykę i odpowiednio do tego rozpocząć działania mające na celu wykorzystanie potencjału ludzi starszych oraz zapewnienie im opieki i godziwych warunków życia.

Niestety, z obserwacji wynika, że podobnie jak niewykorzystany jest potencjał ludzi starszych (przypomnijmy o zjawisku dyskryminacji ich na rynku pracy w postaci oferowania im mało ambitnych, niewymagających większych kwalifikacji, ale też najgorzej wynagradzanych miejsc pracy), tak i osoby pracujące na rzecz ludzi starych, np. terapeuci i opiekunowie, również są niedoceniani, a ich uposażenie jest skandalicznie niskie. To sprawia, że nie ma osób chętnych do wymagającej, odpowiedzialnej i ciężkiej pracy, która jest w tak oczywisty sposób niedoceniana i niedoszacowana.

Podsumowanie

Reasumując, starość współcześnie urosła do rangi problemu społecznego. Stan wiedzy z zakresu starości, jako naturalnego etapu ludzkiego rozwoju, jest niewystarczający i jako taki jednocześnie bardzo charakterystyczny dla współczesnego społeczeństwa, ceniącego młodość, modę i sukces. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest wiele, lecz z pewnością jedną z nich jest brak społecznej akceptacji dla starości, jej nikła obecność w mediach, a także brak zainteresowania tym okresem życia, z którym większość ludzi nie wiąże już wielkich nadziei i planów [Kocimska 2003, s. 1].

Pociesza jednak fakt, że coraz bardziej promowane jest aktywne starzenie się. Aktywizacja i aktywność weszły do kanonu badań społecznych. Starość jest coraz dłuższym okresem w życiu człowieka ze względu na zwiększającą się długość życia. Oznacza to także, że wydłuża się czas dany i zadany do przeżycia, przez co trzeba go wypełnić aktywnością. Warto również pamiętać, że osoby utrzymujące sprawność fizyczną, samodzielne, ustabilizowane finansowo i wykształcone, o silnym poczuciu własnej wartości są mniej narażone na ryzyko wystąpienia w stosunku do nich przemocy. A jest to zjawisko stanowiące współcześnie duży problem społeczny. Dlatego też bardzo ważne jest kształcenie specjalistów świadczących fachową pomoc i opiekę dla osób w wieku podeszłym. Dane i prognozy demograficzne wskazują na potrzebę doskonalenia tej dziedziny gospodarki, która ma tak istotny wpływ na poprawne funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie. Coraz większe zaangażowanie w działania z tego zakresu, czyli aktywizowanie i włączanie w życie seniorów, którzy są przecież naturalnym i bardzo potrzebnym ogniwem społeczeństwa, pomoże poprawić społeczny wizerunek starości i podnieść jakość życia w ostatniej jego fazie.

Bibliografia

Błasiak A., Dybowska E. (red.) (2009), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, Wyd. WAM, Kraków.

Pabiś A. i in. (2015), *Ludzka starość wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Wyd. IMPULS, Warszawa.

Kocimska P. (2003), *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia”, nr 5.

Kotlarska-Michalska A. (2013), *Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie*, Wyd. WAM, Poznań.

Kowalczyk O. (red.) (2010), *Współczesne społeczeństwa: nadzieje i zagrożenia*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Jurek Ł. (2010), *Proces demograficznego starzenia jako istotne wyzwanie dla społeczeństwa polskiego XXI w.*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Pikuła N. (2011), *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Wyd. WAM, Kraków.

Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość: w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wyd. WBP, Kraków.

Szukalski P. (2004), *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna”, nr 2.

Wawrzyniak J. (2017), *Starość człowieka – szanse i zagrożenia. Implikacje pedagogiczne*, Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Zych A.A. (2014), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem*, Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”, Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza.

Człowiek w wieku podeszłym a system wsparcia w wybranych krajach

Zgodnie z danymi szacunkowymi Wydziału Ludności Departamentu Spraw Społeczno-Ekonomicznych Organizacji Narodów Zjednoczonych w każdej sekundzie dwie osoby na świecie kończą 60 lat [https://www.age-international.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf, s. 11, dostęp: 11.10.2017].

Współczesne społeczeństwa charakteryzują się postępującym procesem starzenia się ludności. Znaczące wydłużenie życia człowieka spowodowane poprawą warunków życia, ogólnym wzrostem higieny i radykalną zmianą sytuacji ekonomiczno-społecznej, a także ujemny przyrost naturalny, sprawiają, iż osoby w wieku poprodukcyjnym stanowią coraz liczniejszą grupę społeczną [Kucyper E., Kucyper K. 2005, s. 133]. „Jak pokazują prognozy w skali globalnej, populacja osób starszych na całym świecie zwiększa się o 2,6% w skali roku. Proces ten, według prognoz Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) będzie się utrzymywał przynajmniej do 2050 roku. [...] Obecnie, szacuje się, że na każdą osobę w wieku 80 lat i więcej przypada 7 osób w wieku 60 lat i więcej. Do 2050 roku współczynnik ten zwiększy się prawdopodobnie do tego stopnia, że na każdą osobę w wieku 80 lat przypadnie 5 osób w wieku 60 lat i więcej” [Krzyżowski 2013, s. 15].

W kontekście rosnącej liczby osób w wieku poprodukcyjnym warto zastanowić się nad ogólnościową analizą sylwetki osób starszych,

uwzględniając wskaźniki identyfikacyjne, takie jak: płeć, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, stan cywilny czy możliwość samodzielnej egzystencji. Zgodnie z opublikowanym przez Komisję Europejską, w ramach Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012, wskaźnikiem aktywnego starzenia się (ang. *Active Ageing Index*, czyli AAI, jest to wartość w skali 0–100, gdzie 100 oznacza wartość idealną, tj. pełną możliwość aktywnego starzenia się) Polska zajęła w rankingu ogólnym krajów Unii Europejskiej w 2014 roku przedostatnie miejsce ze wskaźnikiem równym 28,1 (zob. tab. 1).

Tabela 1. Polska na tle Europy. Stan aktywizacji seniorów w Unii Europejskiej w 2014 roku – AAI (ONZ i KE)

AAI	Państwo
44,9	Szwecja
40,3	Dania
40,0	Holandia
39,7	Wielka Brytania
39,0	Finlandia
38,6	Irlandia
35,8	Francja
35,7	Luksemburg
35,4	Niemcy
34,6	Estonia
34,4	Czechy
34,2	Cypr
34,1	Austria
34,0	Włochy
33,9	średnia UE
33,7	Belgia
33,5	Portugalia
32,6	Hiszpania
31,6	Chorwacja
31,5	Łotwa
31,5	Litwa
31,5	Malta
29,9	Bułgaria
29,8	Słowenia
29,6	Rumunia
28,5	Słowacja
28,3	Węgry
28,1	Polska

Źródło: [<http://naszsenior.pl/wp-content/uploads/2017/01/Nasz-Senior-2017-01.pdf>, dostęp: 15.10.2017].

Równocześnie, według danych raportu *Global AgeWatch Index 2015*, przygotowanego przez HelpAge International – globalną sieć organizacji promujących prawo osób starszych do godnego, zdrowego i bezpiecznego życia, Polska uplasowała się na 32. miejscu, po rozpoczynającej zestawienie Szwajcarii (miejsce 1.), Norwegii (miejsce 2.) i Szwecji (miejsce 3.), a przed zamykającym je na 96. pozycji, zniszczonym działaniami militarnymi, Afganistanem (zob. tab. 2). Zauważyć należy jednakże, iż w otwierającej ranking Szwajcarii występuje 24%-owa populacja osób w wieku powyżej 60 lat. Kraj ten wdrożył szereg polityk oraz programów aktywnego starzenia się, promowania zdolności i zdrowia skierowanych do osób starszych. Uplasowany na drugim końcu skali Afganistan, w którym żyje 4% ludności w wieku 60 lat i więcej, ma niewielką liczbę polityk lokalnych lub krajowych promowania dobrego samopoczucia osób starszych [https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf, s. 5, dostęp: 11.10.2017].

Tabela 2. Zestawienie krajów najlepiej promujących prawo osób starszych do godnego, zdrowego i bezpiecznego życia w 2015 roku

Global AgeWatch Index 2015		
1. Szwajcaria	36. Kolumbia	76. Wenezuela
2. Norwegia	37. Włochy	77. Mołdawia
3. Szwecja	38. Portugalia	78. Afryka Południowa
4. Niemcy	39. Węgry	79. Grecja
5. Kanada	40. Słowacja	80. Kambodża
6. Holandia	41. Wietnam	81. Ghana
7. Islandia	42. Mauritius	82. Honduras
8. Japonia	43. Armenia	83. Laos
9. USA	44. Ekwador	84. Maroko
10. Wielka Brytania	45. Rumunia	85. Jordania
11. Dania	46. Sri Lanka	86. Nigeria
12. Nowa Zelandia	47. Malta	87. Irak
13. Austria	48. Peru	88. Uganda
14. Finlandia	49. Bułgaria	89. Rwanda
15. Irlandia	50. Filipiny	90. Zambia
16. Francja	51. Kirgistan	91. Tanzania
17. Australia	52. Chiny	92. Pakistan
18. Izrael	53. Albania	93. Zachodni Brzeg i Gaza
19. Luksemburg	54. Salvador	94. Mozambik
20. Panama	55. Boliwia	95. Malawi
21. Chile	56. Brazylia	96. Afganistan
22. Republika Czeska	57. Nikaragua	
23. Estonia	58. Tadżykistan	
24. Belgia	59. Gwatemala	
25. Hiszpania	60. Korea Południowa	
26. Słowenia	61. Chorwacja	
27. Urugwaj	62. Republika Dominikany	
28. Kostaryka	63. Litwa	
29. Gruzja	64. Białoruś	
30. Cypr	65. Rosja	
31. Argentyna	66. Serbia	
32. Polska	67. Bangladesz	
33. Meksyk	68. Czarnogóra	
34. Tajlandia	69. Paragwaj	
35. Łotwa	70. Nepal	

Źródło: [https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf, dostęp: 11.10.2017].

Starzenie się społeczeństw wpływa na zmianę funkcjonowania całej populacji. Coraz więcej osób wymagać będzie opieki ze strony osób trzecich

i coraz trudniej z biegiem lat – z powodu trwającego niżu demograficznego – opiekę tę będzie można im zagwarantować.

Sytuacja osób starszych w Polsce

W Polsce od lat podstawowym źródłem wsparcia osób starszych i opieki nad nimi jest rodzina. W społecznej świadomości więzi rodzinne są nadal mocno zakorzenione. Nestorzy cementują rodziny, wspomagają je w ich codziennym funkcjonowaniu, opiekują się wnukami, są nośnikami tradycji i ponadczasowych wartości. Dlatego też, kiedy ich możliwość samodzielnego funkcjonowania ulega znacznemu obniżeniu, otrzymują pomoc ze strony swoich dzieci, wnuków lub współmałżonków, najczęściej w postaci działań pielęgnacyjnych, opiekuńczych, a także materialnych. Stopień intensywności tej opieki jest oczywiście różny. Szerokie spektrum takich praktyk społeczno-kulturowych obejmuje zarówno okazjonalne spotkania, wspólne spędzanie czasu wolnego, jak i zapewnienie mniej lub bardziej regularnej opieki w życiu codziennym [Krzyżowski 2013, s. 31].

Warto zaznaczyć jednak, iż pozostawienie kwestii opieki nad osobami starszymi wyłącznie w gestii rodzin może powodować konieczność rezygnacji opiekuna z wykonywanej dotychczas pracy zawodowej, co zagraża jego własnym dochodom i nie rokuje dobrze na przyszłość, kiedy już sam stanie się osobą starszą [Zamorska 2011, s. 12]. Solidarność międzypokoleniowa wymaga więc od państwa, aby zarządzało ono nie tylko teraźniejszością, ale także działało długofalowo, z myślą o przyszłości i przyszłych pokoleniach, które też się kiedyś przecież zestarzeją [Zamorska 2011, s. 14]. Działania instytucji samorządowych powinny więc wspierać zarówno osoby starsze, jak i ich rodziny, a także inne nieformalne grupy wsparcia (np. sąsiedzkie).

Preferowana przez Polaków opieka w warunkach domowych powoduje, iż korzystanie z ośrodków opiekuńczych (domy starców) pozostaje ostatecznością. Wątpliwości, co do umieszczania seniorów w ośrodkach opieki długoterminowej, wynikają przede wszystkim z obawy przed krytyką ze strony

pozostałej części rodziny. Wpływ na taką postawę mają także stereotypowe zachowania rodzin wielopokoleniowych, uznających opiekę nad nestorem rodu jedynie w domu [Bakalarczyk 2017a, s. 80]. Trend ten – choć powoli – ulega jednak zmianom. Wynika to zarówno z lepszej oceny działalności samych placówek opiekuńczych jako takich, jak i wzrostu świadomości trudności wynikających z konieczności zapewnienia długotrwałej opieki. Na opinię osób, które do niedawna pracowały za granicą, w sprawie umieszczenia niesamodzielnych członków rodziny w placówce, wpływa dodatkowo znacznie większa popularność i akceptacja społeczna dla takich rozwiązań w krajach Europy Zachodniej [Bakalarczyk 2017a, s. 81].

W polskiej mentalności własne mieszkanie jest najważniejszym dobrem i miejscem życia. To w nim osoby starsze chcą dożyć swoich dni. Trwale, w społecznej świadomości, zakorzenione jest przysłowie mówiące o nieprzesadzaniu starych drzew. Nawiązuje ono do niekorzystnego wpływu, jaki wywiera zarówno na psychikę seniora, jak i ogólny stan jego zdrowia, zmiana miejsca zamieszkania u schyłku życia. Zaznaczyć należy jednakże, iż dom dający poczucie bezpieczeństwa z biegiem lat staje się – w wyniku obniżenia sprawności fizycznej człowieka w nim mieszkającego – architektoniczną twierdzą pełną przeszkód. W Polsce nadal, niestety, działania podnoszące warunki życia we własnym mieszkaniu i dotyczące adaptacji lokali do potrzeb ich mieszkańców, a więc usuwanie wszelkiego rodzaju barier architektonicznych oraz wprowadzanie udogodnień w poruszaniu się po mieszkaniu i wypełnianiu codziennych czynności są słabo rozpowszechnione, a często wręcz niedostępne [Błędowski i in. 2017, s. 43]. Warto wspomnieć tutaj, iż większość budynków wielo- i jednorodzinnych nie spełnia wymagań architektonicznych niezbędnych dla dobrego funkcjonowania osób starszych (brakuje uchwytów w łazienkach i toaletach, kabin prysznicowych z niskimi brodzikami, szerokich bezprogowych drzwi, poza tym drzwi wejściowe do budynków wielorodzinnych najczęściej ciężko się zamykają, korytarze i klatki schodowe są ciemne, a w większości budynków brak jest wind itp.). Co istotne, w wielu z nich prace budowlane lub adaptacyjne są trudne bądź niemożliwe do zrealizowania.

Wynika to częściowo z wadliwych rozwiązań funkcjonalnych stosowanych w latach poprzednich w budownictwie, a także niskich dochodów – zarówno samych seniorów, jak i opiekujących się nimi bliskich. Z danych projektu PolSenior wynika, że na bariery architektoniczne w zajmowanych obiektach mieszkaniowych napotyka 7,0% osób z przedpola starości, 10,8% badanych w wieku wczesnej starości oraz aż 20,7% seniorów z przedziału wiekowego 80 i więcej lat [Bielak-Zasadzka, Kucharczyk-Brus 2017, s. 72]. Należy przy tym pamiętać, że każde mieszkanie usytuowane jest w określonym szerszym środowisku mieszkalnym [Bielak-Zasadzka, Kucharczyk-Brus 2017, s. 43]. Bariery architektoniczne powinny być więc eliminowane także tam, aby pomimo ograniczeń wynikających z wieku lub choroby osoby starsze mogły dobrze funkcjonować i uczestniczyć w życiu społecznym (poruszać się poza domem, robić zakupy, załatwiać sprawy w urzędach, brać udział w praktykach religijnych). Oczywiście, w wielu – zwłaszcza większych – miejscowościach bariery te są sukcesywnie niwelowane. Coraz więcej środków komunikacji miejskiej posiada nadwozia niskopodłogowe, wysokość krawężników jest obniżana, budynki użyteczności publicznej, np. ośrodki i urzędy gminne, dostosowywane są do osób z ograniczeniami narządu ruchu (windy, podjazdy, podnośniki).

To, co wyróżnia polskich seniorów na tle osób starszych z Europy Zachodniej to ich niska aktywność fizyczna, a także niewielki udział w życiu społeczności lokalnej oraz słaba integracja międzypokoleniowa. Wpływa na to zarówno stereotypowe postrzeganie seniorów, jako odbiorców usług, a nie kreatorów zmian, ale także bariery ekonomiczne. Wydaje się również, iż to właśnie ograniczenia budżetowe, w sposób znaczny, determinują sposób życia, aktywność w społeczeństwie, możliwości spędzania czasu, spełniania marzeń, samorealizacji, czy nawet stan zdrowia naszych seniorów [Libertowska 2017, s. 5].

Szwedzki model wsparcia osób starszych

Według danych zawartych w *Global AgeIndex 2015* Szwecję należy uznać za kraj najbardziej przyjazny seniorom. Jej system wspomagania osób starszych,

oparty na rozbudowanym systemie instytucjonalnych form opieki, a więc domach opieki i osiedlach seniora, cieszy się bardzo dobrą opinią na całym świecie. Jest jednak szalenie kosztowny, stąd też od lat w Szwecji, z powodzeniem, prowadzone jest wsparcie osób starszych w ich środowisku. Lokalne władze, w ustalonych przez państwo ramach, realizują to zadanie za pośrednictwem: usług transportowych, adaptacji pomieszczeń, dowozu żywności, świadczonych w domu usług wspomagających i opiekuńczych, a także wielowymiarowego wsparcia opiekunów osób starszych, które tracą samodzielność [Bakalarczyk 2017b, s. 110]. Istotna jest tutaj zasada przydzielania wsparcia w oparciu nie o kryterium dochodowe podopiecznego, ale o diagnozę jego potrzeb, tak by na równym poziomie usługi te otrzymywali wszyscy obywatele kraju, niezależnie od ich statusu społeczno-ekonomicznego. Powoduje to, iż zarówno forma, jak i wymiar udzielanego wsparcia uzależniona jest od preferencji osobniczych podopiecznego i jego sytuacji zdrowotnej, nie zaś ekonomicznej. Nie-wielka współpłatność bywa stosowana w przypadku nieco zamożniejszych obywateli, ale stanowi ona jedynie uzupełnienie mechanizmu finansowania opieki opartego na funduszach publicznych [Bakalarczyk 2017b, s. 111].

O tym, jaka forma opieki jest najbardziej wskazana dla danej osoby, decydują wspólnie: współmałżonek, lekarz, specjalista do spraw pomocy rodzinie, pielęgniarzka, a także – jeśli zachodzi taka konieczność – inni specjaliści.

Rozpatrując dostępne w Szwecji formy opieki nad osobami starszymi, należy zwrócić uwagę na fakt, iż wysoki poziom opiekuńczości państwa wobec obywateli, charakterystyczny dla tego systemu, wynika z popularnego tam modelu życia, wyróżniającego się silnym poczuciem indywidualizmu i niezależności jednostki – żon od mężów, dzieci od rodziców, dziadków od wnuków – a co za tym idzie braku wielopokoleniowych rodzin.

Konsekwencją szwedzkiego modelu rodziny jest wspólne starzenie się współmałżonków i traktowanie przez Szwedów zamieszkania w domu opieki jako naturalnego, a także bardzo wygodnego, etapu życia [Maciaszek 2017]. Kiedyś czas przebywania w takim domu wynosił przynajmniej kilka lat, ponieważ ludzie zamieszkiwali tu wcześniej niż wskazywałaby na to metryka – czę-

sto bardziej z wygody niż z konieczności. W dobie powrotu do życia rodzinnego i wszechstronnej pomocy świadczonej osobom starszym w ich domach, ludzie trafiają tu, kiedy ich stan jest już naprawdę poważny i są na skraju swojego życia [Maciaszek 2017].

Wpisywanie domów opieki dla osób starszych w tkankę osiedli mieszkaniowych sprawiło, iż pensjonariusze, wybierając konkretny dom, nie musieli zmieniać otoczenia, w którym dotychczas mieszkali i do którego byli przyzwyczajeni. Obecnie jednak, coraz częściej, kryterium wyboru bardziej związane jest z dostępnością wolnego – w danym domu opieki – miejsca, niż własnymi preferencjami. Wynika to przede wszystkim ze wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym, czemu nie towarzyszy wzrost liczby nowych placówek tego typu. Szwedzi, przenosząc się do domu opieki, sprzedają swoje mieszkania, a ulubione meble zabierają ze sobą. Jedynym elementem pokoju, który stanowi niezmiennie wyposażenie jest łóżko – drewniane, ozdobne, ale jednocześnie ortopedyczne, obsługiwane za pomocą pilota. Mieszkańcy, którzy nie mają spadkobierców, a takich nie brakuje, pozostawiają w tych domach po śmierci swoje meble. Dzięki temu znaczna ich część jest bardzo przytulnie urządzona – nie jak instytucja, lecz jak prawdziwy dom [Maciaszek 2017].

Popularną formą mieszkania aktywnych seniorów, których stan zdrowia pozwala na samodzielną egzystencję i nie wymaga konieczności wsparcia specjalistycznego (w przypadku małżonków – jeden ze współmałżonków musi być osobą zdrową), jest forma 55+, inaczej: *Seniorboende*. Są to domy lub osiedla, w których można zamieszkać pod warunkiem, że ukończyło się 55 lat. Te niezależne mieszkania, przystosowane dla osób starszych i niedołącznych, mogą posiadać wspólną bazę – niedrogą restaurację, salę do spotkań, miejsce do gry w karty, bibliotekę, czytelnię, kawiarenkę internetową, pracownię plastyczną i tkacką oraz recepcję [Maciaszek 2017]. Ponieważ ludzie mogą mieszkać w takim domu już po ukończeniu 55. roku życia, średni czas ich pobytu jest tutaj zdecydowanie dłuższy niż czas pobytu pensjonariusza w typowym domu opieki.

Przykładem domu aktywnego seniora jest Bellevue Park w Malmö (zob. fot. 1 i 2). Na jego terenie znajdują się 372 dobrze zaaranżowane apartamenty,

w 18 (5- i 6-kondygnacyjnych) budynkach. Całość usytuowana jest w ładnej, pełnej zieleni, okolicy, blisko centrum Malmö. W części mieszkalnej znajdują się: ogród, staw, odkryty taras i pole golfowe. Lokatorzy mają dostęp do: basenu, sali fitness, stołu bilardowego, punktu fryzjerskiego, pokoju relaksacyjnego, jacuzzi i sauny. Mieszkańcy mogą uczestniczyć także w organizowanych cotygodniowo zajęciach (bingo, malarstwo itp.) Aby podpisać umowę najmu, konieczne jest posiadanie dwukrotności bieżącego dochodu z najmu (lub innego kapitału) na miesiąc [<http://www.bellevuepark.se/om-oss/>, dostęp: 11.11.2017].

Fotografia 1 i 2. Bellevue Park w Malmö, w Szwecji



Źródło: [<http://www.bellevuepark.se/om-oss/>, dostęp: 11.11.2017].

Swojego rodzaju kompromisem, mającym na celu ograniczenie stałego przebywania osób starszych w domach opieki, jest możliwość pobytu tymczasowego, jak również wprowadzenie form wsparcia dla osób starszych w ich środowisku lokalnym. Jedną z nich, oprócz usług typowo opiekuńczych, jest świadczenie wspomagające typu fixar. Odnosi się ono do tych czynności, których samodzielne wykonanie przez seniora grozić może wystąpieniem urazu, a co za tym idzie pogorszeniem stanu zdrowia. Zaliczać będziemy więc do nich czynności takie, jak: wkręcanie żarówek, wieszanie firan, mycie okien itp. Działania te mają znaczenie nie tylko pomocowe, ale także (a może i przede wszystkim) prewencyjne – zapobiegają urazom, które w przypadku osób starszych skutkować mogą wystąpieniem trwałej niesamodzielności.

Popularnymi formami pomocy w miejscu zamieszkania są również adaptacje pomieszczeń i instalowanie urządzeń zwiększających bezpieczeństwo, w tym umożliwiających tzw. teleopiekę (za pośrednictwem specjalistycznego sprzętu telemedycznego, monitorującego kondycję zdrowotną osoby, konsultant telecentrum czy opiekun osoby starszej, otrzymuje automatyczne powiadomienie, gdy pogorszeniu ulegają parametry zdrowia lub w razie upadku podopiecznego), jak również dostarczanie posiłków (ang. *Meals on Wheels*). Warunkiem otrzymania tych ostatnich jest stwierdzona niezdolność do samodzielnego ich pozyskiwania i przyrządzania. Co istotne, wizyty w ramach systemu dostarczania posiłków dają osobom samotnym poczucie bezpieczeństwa i przeciwdziałają poczuciu osamotnienia [Bakalarczyk 2017b, s. 112].

Wsparcie środowiskowe udzielane osobom starszym nie ogranicza się jednakże tylko do czterech ścian domu, wykraczając poza nie, daje tym samym możliwość uczestniczenia we wspólnocie lokalnej. Każda osoba o deficytach sprawności może korzystać na terenie gminy ze specjalnych usług transportowych pozwalających osobom niesprawnym na przemieszczanie się nie tylko we własnej gminie, ale po całym kraju. Część gmin, oprócz dożywiania w domach, organizuje wspólne przygotowanie posiłków w centrach dziennych [Bakalarczyk 2017b, s. 113]. Sprzyja to integracji społecznej i przyczynia się do aktywizacji osób starszych w środowisku lokalnym.

Powszechny dostęp do usług opiekuńczych sprawia, iż opieka rodzinna w Szwecji nie jest tak intensywna i całodobowa jak ma to miejsce w Polsce. Osoby, które zdecydują się jednak na zaangażowanie w opiekę nad osobą starszą liczyć mogą na otrzymywanie od gminy stosownego wynagrodzenia, wypłacanego według stawek obowiązujących dla opiekunów zawodowych. W Szwecji ponadto nie jest to obwarowane warunkiem całkowitego porzucenia zatrudnienia. W praktyce, wiele osób decydujących się świadczyć pomoc lub opiekę innej osobie nadal pracuje zarobkowo w dotychczas wykonywanym zawodzie. Wiele gmin organizuje także grupy wsparcia dla nieformalnych opiekunów, doradztwo i szkolenia czy centra wolontariatu [Bakalarczyk 2017b, s. 113].

Senior w Ugandzie

Znajdująca się na przeciwległym krańcu rankingu *Global AgeWatch Index 2015* Uganda (miejsce 88.) stanowi całkowite przeciwieństwo silnie rozwiniętej socjalnie Szwecji. Według *Krajowego Raportu Populacji z 2014 roku* (UBOS), seniorzy (60 lat i więcej) stanowią 4% populacji kraju. Średnia wieku w Ugandzie jest bardzo niska, bo wynosi zaledwie 19,0 lat, podczas gdy średnia długość życia to 63,3 lat [Petryniak 2017, s. 40]. Pomimo prowadzenia przez rząd Ugandy polityki senioralnej, zwanej Krajową Polityką ds. Osób Starszych, w kraju tym brakuje sprawnie działającego wsparcia socjalnego.

Główne problemy, z jakimi na co dzień borykają się osoby starsze mieszkające w Ugandzie, to ubóstwo oraz niewystarczająca opieka zdrowotna. Duża część dorosłych obywateli kraju, pracując w sektorze nieformalnym bądź na roli, nie otrzymuje – po osiągnięciu wieku emerytalnego – świadczeń emerytalnych. Ponad 60% seniorów żyje za mniej niż 1 dolara dziennie. Większość z nich dodatkowo musi troszczyć się o osierocone wnuki, gdyż ich rodzice zmarli na AIDS lub inne choroby [Petryniak 2017, s. 40]. Chociaż władze krajowe wypłacają tzw. Wsparcie Socjalne dla Seniorów (SAGE), w wysokości 7 dolarów miesięcznie, to nie trafia ono do wszystkich. W rejonie Teso z projektu SAGE korzystają tylko 3 z 8 województw: Kaberamaido, Amuria i Katakwi. Większość samorządów w Ugandzie nie oferuje żadnej odrębnej formy wsparcia [Petryniak 2017, s. 40]. Bardzo wielu seniorów zjada tylko jeden posiłek dziennie, nie posiada przyzwoitego ubrania, czystej pościeli, nie stać ich na zakup środków higieny, a także ma utrudniony dostęp do czystej wody.

Wszystko to powoduje, iż seniorzy częściej zapadają na choroby i infekcje pasożytnicze. Brak środków finansowych na codzienną egzystencję sprawia także, iż wielu z nich nie podejmuje leczenia. Chociaż szpitale i kliniki rządowe nie powinny pobierać opłat za opiekę medyczną, to w większości przypadków brakuje w nich leków i sprzętu medycznego [Petryniak 2017, s. 40]. Pacjenci, ostatecznie, zmuszeni są zatem do samodzielnego wykupienia leków w pry-

watnych placówkach aptecznych. A na to mogą pozwolić sobie tylko ci, którzy mają troszczące się o nich dzieci.

System wsparcia dla osób starszych w Niemczech

Niemcy należą do grupy krajów o najbardziej zaawansowanym procesie demograficznego starzenia się ludności. Odsetek osób w wieku 65 i więcej lat wyniósł w 2013 roku 20,7%. Był o 2,5 punktu procentowego wyższy niż przeciętnie w całej Unii Europejskiej i aż o 6,6 punktu procentowego wyższy niż w tym samym roku w Polsce [Błędowski 2017, s. 103]. Wysoki odsetek seniorów spowodował konieczność ponownego zdefiniowania potrzeb społecznych i zdrowotnych osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem działań zapobiegających wykluczeniu społecznemu, zarówno ze względu na sytuację materialną, jak i poziom sprawności fizycznej oraz samodzielności.

Podstawowymi działaniami pomocowymi podejmowanymi na rzecz osób starszych są udzielane w miejscu zamieszkania podopiecznego świadczenia pielęgnacyjne i socjalne. Mają one charakter odpłatny, częściowo odpłatny lub mogą być udzielane bezpłatnie (finansowane z kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego). Wysokość odpłatności uzależniona jest od wysokości dochodu podopiecznego a także charakteru usługi. Za organizację i udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych odpowiada stacja socjalna (Sozialstation). W Niemczech działa ok. 12 000 stacji socjalnych. W większych ośrodkach miejskich na tym samym terenie działa nawet kilka stacji, co oznacza, że konkurują one między sobą jakością i zakresem usług [Błędowski 2017, s. 105]. Wsparcie udzielane w miejscu zamieszkania obejmuje najczęściej: zabiegi pielęgnacyjne (nie lecznicze), pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego (sprzątanie, pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłków – w tym dostarczanie gotowych posiłków dla podopiecznego, tzw. *Essen auf Raden*, czyli „jedzenie na kółkach”), doradztwo w zakresie pielęgnowania osób starszych (prowadzenie grup wsparcia dla opiekunów, w tym także członków rodziny podopiecznego) i inne.

W zależności od sytuacji ekonomicznej poszczególne gminy mogą oferować także odmienne usługi pielęgnacyjno-bytowe, jak chociażby finansowanie lub współfinansowanie adaptacji mieszkań do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych ruchowo, a w razie braku uzasadnienia ekonomicznego dla przeprowadzenia takiej modernizacji – zamianie na inne lokum, pozbawione barier architektonicznych. Ponadto, w przypadku osób starszych o bardzo niskich dochodach, możliwe jest finansowanie opłat eksploatacyjnych za mieszkanie z budżetu pomocy społecznej.

Oprócz jednostek rządowych wsparcia socjalnego i pielęgnacyjnego udzielać mogą także prywatne firmy i organizacje pozarządowe (Niemiecki Czerwony Krzyż, Caritas, Zakon Kawalerów Maltańskich, Diakonia Kościoła Ewangelickiego i inne). Jedną z form pomocy oferowanej przez prywatne firmy i organizacje pozarządowe są tzw. mieszkania chronione, pozbawione barier architektonicznych, a także posiadające zapewniony dostęp do usług pomocowych i pielęgnacyjnych, takich jak: zakupy, pomoc w przygotowaniu posiłków, pomoc w sprzątaniu, dyżury pielęgniarские oraz inne działania pielęgnacyjno-opiekuńcze – tj. lokale mieszkalne przeznaczone dla osób starszych i niesamodzielnych. Istotnym czynnikiem dotyczącym mieszkań chronionych jest fakt, iż znajdują się one w budynkach mieszkalnych, w których pozostałe lokale wynajmowane są na zasadach rynkowych, co zapobiega wykluczeniu osób starszych i niesamodzielnych ze środowiska lokalnego.

Zaangażowanie w system wsparcia różnych podmiotów: administracji samorządowej, organizacji pozarządowych czy związków wyznaniowych sprawia, iż proces opiekuńczy staje się wielowymiarowy i każdorazowo uzależniony jest od osobistej sytuacji seniora.

Podsumowanie

W starzejącym się społeczeństwie coraz więcej osób będzie wymagało opieki, a coraz mniej będzie w stanie ją zagwarantować [Krzyżowski 2013, s. 31]. Starzenie się społeczeństw zmienia je. Polityka państw winna dążyć zatem do

zapewnienia samowystarczalności osobom starszym, ich integracji społecznej, a także sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Ludzie starsi są potrzebni społeczeństwu. Należy więc prowadzić taką politykę, aby w jak największym stopniu włączać osoby starsze w życie społeczne, korzystając tym samym z zasobów doświadczenia i wiedzy, jakimi dysponują. Istnieje bowiem pewna grupa zasobów, które wzrastają wraz z wiekiem, a należą do nich: doświadczenie, wiedza, rozwiązania organizacyjne, sposoby realizacji wartości. Należałoby zatem skupić się na wartościach, które ludzie starsi mogą wnieść do społeczeństwa, przyczyniając się do ogólnie pojętego dobrobytu społecznego [Libertowska 2017, s. 8].

Bibliografia

Bakalarczyk R. (2017a), *Polacy wolą starzeć się w domu*, „Polityka Senioralna”, nr 3 (4).

Bakalarczyk R. (2017b), *Senior wspierany w najbliższym otoczeniu – szwedzki model wsparcia osób starszych*, „Polityka Senioralna”, nr 3 (4).

Bielak-Zasadzka M., Kucharczyk-Brus B. (2017), *Obraz zasobu mieszkalnego w Polsce i relacje demograficzne*, „Polityka Senioralna”, nr 3 (4).

Błędowski P. i in. (2017), *Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania*, „Polityka Senioralna”, nr 3 (4).

Błędowski P. (2017), *System wsparcia dla osób starszych w Niemczech*, „Polityka Senioralna”, nr 3 (4).

Krzyżowski Ł. (2013), *Polscy migranci i ich starzejący się rodzice: transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa.

Kucyper E., Kucyper K. (2005), *Wybrane zagadnienia polityki społecznej wobec osób starszych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie: wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyd. Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu, Sosnowiec.

Libertowska A. (2017), *Ludzie starsi we współczesnym społeczeństwie*, [online] http://www.pizs.pl/files/723397080/file/10_ludzie_starsi.pdf, dostęp: 5.11.2017.

Maciaszek Z. (2017), *System opieki nad ludźmi starszymi w Szwecji na przykładzie wybranych domów opieki i osiedli seniora w Trelleborgu, Smögen i Malmö*, [online] <http://dps.pl/domy/index.php?rob=swiat&id=48>, dostęp: 10.10.2017.

Petryniak G. (2017), *Senior w Ugandzie*, „Głos Seniora”, nr 29.

Zamorska K. (2011), *Wprowadzenie. Polityka społeczna wobec problemów starzejącego się społeczeństwa*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Strony WWW

https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf, dostęp: 11.10.2017.

https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatchIndex_2015_HelpAge.pdf, dostęp: 19.10.2017.

<http://www.bellevuepark.se/om-oss>, dostęp: 11.11.2017.

<http://naszsenior.pl/wp-content/uploads/2017/01/Nasz-Senior-2017-01.pdf>,
dostęp: 15.10.2017.

Człowiek w podeszłym wieku – bariery i ograniczenia

Polska, podobnie jak wiele innych państw, zmienia się pod względem demograficznym. Od 1986 roku w naszym społeczeństwie rośnie liczba osób starszych, natomiast od 1984 roku maleje przyrost naturalny. Okres depresji urodzeniowej nie gwarantuje zastępowalności pokoleń [Węgrzyn 2006, ss. 112–113]. W opinii demografów taka tendencja będzie się utrzymywać, a nawet nasilać. Tym ważniejsze jest tworzenie środowiska pozbawionego barier i niwelującego ograniczenia dla seniorów. W codziennej egzystencji osoby starsze nieustannie napotykają bariery uniemożliwiające im pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Pomimo coraz szerszej oferty kulturalnej, edukacyjnej, sportowej dla osób w podeszłym wieku liczne ograniczenia powodują brak możliwości skorzystania z takich zajęć i uczestnictwa w tych wydarzeniach. Seniorzy pozostają w czterech ścianach, nie mogąc swobodnie i bezpiecznie się poruszać. W tym rozdziale przedstawiono jedynie część trudności, z którymi starsze pokolenie boryka się na co dzień, próbując żyć aktywnie.

Bariery architektoniczne

Oczywiście, co potwierdzają różnorodne badania, aktywność społeczna osób starszych jest bardzo pożądana przez społeczeństwo i niesie ze sobą ogromne korzyści nie tylko dla samych seniorów, ale i dla całej społeczności. Nie-

stety, osoby starsze, pomimo chęci do tego, by żyć aktywnie, by realizować swoje zainteresowania, pasje i potrzeby często z tego rezygnują. Jednym z powodów zaniechania uczestnictwa w życiu społecznym są bariery architektoniczne, rozumiane jako trudności i przeszkody występujące przy korzystaniu z obiektów budowlanych, a także przeszkody utrudniające lub uniemożliwiające poruszanie się w przestrzeni zurbanizowanej.

Starość łączy się nierozzerwalnie ze spadkiem sprawności fizycznej i z wiekiem pojawiają się coraz liczniejsze problemy z poruszaniem się wynikające z dysfunkcji układu i narządów ruchu. Utrudnia to znacznie przemieszczanie się i pokonywanie licznych, miejskich, i nie tylko, barier.

Niestety, nasze miasta, miasteczka i wsie pełne są barier architektonicznych, które utrudniają funkcjonowanie osobom starszym. Seniorzy powodowani lękiem i niemożnością pokonania tych przeszkód często minimalizują swoją aktywność lub wręcz rezygnują z działań poza własnym miejscem zamieszkania.

Jak pisze A. Labus, „Centra miast nie są atrakcyjne dla osób starszych, stwarzają bowiem wiele problemów, które zniechęcają osoby starsze do korzystania z centrum. Są to:

- trudny dostęp i zmiana poziomu terenu,
- źle utrzymana nawierzchnia,
- ruchliwe drogi z kilkoma skrzyżowaniami,
- brak odpowiednich miejsc parkingowych,
- brak toalet publicznych,
- wysokie, strome schody” [Labus 2012, s. 336].

Inne środki „odstraszające” to m.in. brak bezpieczeństwa, niedostępność lub brak informacji, brak pomocy ze strony kierowców i zawodność usług publicznych [Labus 2012, s. 336].

Do listy przeszkód uniemożliwiających swobodne przemieszczanie się seniorów ułożonej przez A. Labus należy dodać jeszcze następujące:

- brak poręczy służących przytrzymywaniu się,
- wysokie krawężniki,

- ubytki w nawierzchni,
- brak wind lub schody prowadzące do wind,
- strome schody,
- brak miejsc siedzących na przystankach komunikacji miejskiej i w przestrzeni miasta,
- niedostateczne oznakowanie ulic,
- brak nawierzchni antypoślizgowej lub nieodpowiednia barwa podłoża, co uniemożliwia dostrzeżenie lub/i rozpoznanie przeszkody, np. schodów lub obniżień terenu.

W odpowiedzi na dynamiczne zmiany demograficzne i powiększającą się liczbę osób starszych w społeczeństwie powstają liczne projekty aktywizujące seniorów, mnożą się placówki i instytucje ukierunkowane na promowanie aktywności osób po 60. roku życia. Wiele z tych instytucji i placówek nie jest jednak przygotowanych architektonicznie (brak wind, wysokie schody, brak podjazdów i barierek, za wąskie drzwi, za małe i niewygodne toalety) do współpracy z seniorami i w ogóle obsługi ludzi starszych, którzy często poruszają się o kulach, na wózkach inwalidzkich bądź za pomocą balkonika. Takie właśnie przeszkody odstraszały ich od aktywnego życia.

Wraz z upływającym czasem maleje nie tylko sprawność fizyczna, ale znacznemu pogorszeniu ulega również funkcjonowanie zmysłów. „Starsi ludzie lubią więcej słodzić i solić, bo nie odczuwają tak silnie jak poprzednio bodźców smakowych, używają okularów, bo gorzej widzą; aparatów słuchowych, bo gorzej słyszą, wolniej chodzą i potrzebują na różne czynności więcej czasu niż poprzednio” [Braun-Gałkowska 2006, s. 184]. Tymczasem zwykłe pokonanie przejścia dla pieszych staje się dużym wyzwaniem. Sygnalizacja świetlna zmienia się z taką częstotliwością, że senior w chwili zmiany światła z zielonego na czerwone często znajduje się dopiero w połowie drogi. Niestety, wiele udogodnień, wprowadzanych z myślą o poprawie sytuacji osób starszych w przestrzeni miejskiej, nieoczekiwanie staje się barierami. Do przejść podziemnych i naziemnych prowadzą często strome schody, nie ma wind dla osób poruszających się o kulach lub na wózkach inwalidzkich. Wszelkie plat-

formy, mające w założeniu służyć osobom z problemami z poruszaniem się, paradoksalnie, wymagają do obsługi dużej sprawności i siły fizycznej, a także nie spełniają standardów przewidzianych dla takich urządzeń.

Bardzo wielu seniorów jest niejako uwięzionych we własnych mieszkaniach. Wciąż większość budynków w Polsce to te zbudowane w latach 60. i 70. XX wieku, kiedy to nie brano pod uwagę potrzeb osób starszych, osób z deficytami oraz niepełnosprawnych, a większość obiektów powstawała wyłącznie z myślą o zdrowej i sprawnej części społeczeństwa. Zwłaszcza kamienice ze stromymi schodami i nieposiadające wind, będące częścią starej zabudowy, stały się dla wielu osób starszych swoistą pułapką nie do pokonania.

Bariery w obszarze miasta oraz komunikacji miejskiej są kolejnym utrudnieniem dla swobodnego funkcjonowania starszej części społeczeństwa. Konieczność wielokrotnych przesiadek, dłuższe oczekiwanie na przystankach, które nie zawsze mają miejsca siedzące i zadaszenie, na kolejne połączenie to często wystarczające argumenty za pozostaniem w domu. Kiedy jednak senior zdecyduje się na skorzystanie z form aktywności poza miejscem zamieszkania, czekają go przeszkody w postaci: zbyt małej liczby autobusów niskopodłogowych, rozkładów jazdy pisanych tak małym drukiem, że nie są oni w stanie ich odczytać, tłoku i braku empatii w środkach komunikacji miejskiej. A jeśli wziąć pod uwagę nie mieszkańca miasta, ale osobę starszą mieszkającą poza nim, która musiałaby najpierw pociągami lub autobusem dojechać do niego, a następnie pokonywać jego bariery, oczywistą kolejną rzeczą staje się stopniowa marginalizacja osób w podeszłym wieku. Osoby starsze zniechęcają się po prostu do jakiejkolwiek aktywności.

W obecnych czasach powstaje wiele centrów handlowo-usługowych, supermarketów, gdzie w jednym miejscu można dokonać zakupów, skorzystać z usług fryzjera, krawca, ślusarza itp. Znajdują się w nich również: kawiarnie, restauracje, kina, sale do uprawiania aktywności fizycznej. Wydawać by się mogło, że jest to bardzo dobre rozwiązanie dla seniorów, którzy w jednym miejscu mogą skorzystać z wielu usług. Niestety i tu pojawiają się bariery

w postaci dużego skupiska ludzi, mnogości korytarzy, przejść i kondygnacji, w których osoby starsze się gubią i nie czują się tam komfortowo.

Bariery architektoniczne oraz niedoskonałości infrastruktury, poza tym, że są powodem marginalizacji seniorów, stwarzają także ogromne niebezpieczeństwo dla tej grupy społecznej. Osoba starsza, która nie zachowa równowagi na ubytku w nawierzchni lub potknie się na schodach może się przewrócić i doznać licznych obrażeń, złamań kości kończyn lub innych. W podeszłym wieku takie złamanie z pewnością wymaga dłuższego leczenia i rekonwalescencji, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do kalectwa lub śmierci.

Zatem bariery architektoniczne, techniczne, infrastrukturalne są nie tylko przeszkodą w realizowaniu pasji, podtrzymywaniu znajomości, więzi rodzinnych, aktywności w wieku senioralnym, ale mogą stanowić również zagrożenie dla zdrowia i życia osób starszych.

„Najważniejszym jest zrozumienie, że starość nie stanowi zmniejszenia możliwości, ale ich zmianę” [Braun-Gałkowska 2006, s. 185].

Cyfryzacja i nowe technologie

Otoczająca nas rzeczywistość ma coraz bardziej cyfrowy charakter. Wzrasta znaczenie technologii cyfrowo-informacyjnych w codziennym życiu. Internet, komputer, telefon komórkowy przestają być tylko narzędziami dostępu do informacji i wiedzy, ułatwiającymi funkcjonowanie w różnych aspektach życia. Umiejętność korzystania z zasobów Sieci i posługiwanie się nowymi technologiami traktowana jest coraz częściej jako warunek pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym czy kulturalnym [Toczyński, Wenzel 2009, ss. 4–8].

Zatem istotnym elementem w dyskursie o alienacji seniorów jest z całą pewnością wykluczenie w sferze cyfryzacji i nowych technologii. Jedną z niewątpliwych przyczyn takiego stanu jest sposób podejścia do tych zagadnień samych osób starszych, które, nie znajdując wsparcia i pomocy w zrozumieniu świata wirtualnego, same odsuwają się na margines tej sfery życia społecz-

nego. Bariere stanowi także niezmierna dynamika owych zmian oraz strach i opór przed czymś nowym, obcym. Dla wielu seniorów argumentem za odrzuceniem możliwości korzystania z Internetu, bankowości elektronicznej i wszystkich nowinek technologicznych jest brak, w ich mniemaniu, użyteczności świata cyfrowego.

Wykluczenie cyfrowe, czy też podział cyfrowy (ang. *digital divide*), jest nowym wymiarem zróżnicowania społecznego. Odnosi się ono do różnic między osobami mającymi regularny dostęp do technologii cyfrowych i potrafią z nich korzystać, a osobami, które tego dostępu i tych umiejętności nie posiadają [Batorski 2009, ss. 223–249]. Nierówna dystrybucja różnego rodzaju zasobów powoduje wykluczenie cyfrowe. Bariery mogą mieć charakter materialny (tzw. bariery twarde) – związane są wtedy z brakiem dostępu do odpowiedniego sprzętu i oprogramowania, co z kolei jest spowodowane ograniczeniami finansowymi czy infrastrukturalnymi. Mogą mieć one także podłoże mentalne i psychologiczne (tzw. bariery miękkie). Ten rodzaj barier jest związany z brakiem motywacji (autowykluczeniem) czy kompetencji – nieposiadaniem odpowiedniej wiedzy i umiejętności potrzebnych do korzystania z cyfrowych technologii [Batorski i in. 2012]. W przeanalizowanych wynikach badania *Diagnoza Społeczna* na 2013 r. D. Batorski dostrzega kluczową rolę barier miękkich, gdyż „twarde bariery dostępu do Internetu (infrastrukturalne czy finansowe) są coraz mniej znaczące, natomiast coraz większymi przeszkodami w upowszechnieniu nowych technologii są bariery miękkie – brak wiedzy i uświadomionych potrzeb, a także nieposiadanie odpowiednich umiejętności korzystania” [Batorski 2014, s. 365].

Jednym z czynników determinujących wykluczenie cyfrowe jest wiek. Raport *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków*, napisany na podstawie *Diagnozy Społecznej* (badania prowadzonego od 2000 roku), mówi o tym, że w 2003 roku 77,1% osób do 59. roku życia korzystało z Internetu. W przedziale wiekowym 60–64 lat odsetek użytkowników Sieci wynosił już tylko 37% i w kolejnych, starszych grupach wiekowych systematycznie zmniejszał się. Wśród najstarszej grupy wiekowej (80+) wyniósł on zaledwie 6,6% [Czapiński, Błędowski 2013].

Z licznych badań wyłania się obraz osób starszych, dla których korzystanie z zasobów Internetu jest sposobem na oddalenie starości i zachowanie poczucia przynależności do młodszej części społeczeństwa. Seniorzy są jednak nieufni wobec Sieci, a jej otwartość i ogrom stwarzanych przez nią możliwości są dla nich przytłaczające. Kontakty w Sieci ograniczają się w głównej mierze do najbliższych, tj. rodziny czy przyjaciół. Głównym celem korzystania z Internetu jest poszukiwanie informacji, rozwijanie pasji, zainteresowań i właśnie podtrzymywanie kontaktów z rodziną. Duża grupa seniorów chętnie nabywa umiejętności korzystania z komputera, telefonu komórkowego czy innych urządzeń cyfrowych, aby mieć tańszy bądź darmowy kontakt z bliskimi, ale również po to, by mieć możliwość uczestniczenia w wydarzeniach ze świata kultury i sztuki, gdyż jest to dla nich szansa, pomimo barier zdrowotnych lub finansowych, na osobiste uczestnictwo w życiu kulturalnym.

W świetle tych wszystkich informacji za zasadnicze należy uznać pytanie, jak przeciwdziałać wykluczeniu cyfrowemu wśród najstarszej części społeczeństwa, aby świat wirtualny i nowe technologie stały się dla nich szansą i zwiększeniem możliwości, a nie barierą? Przede wszystkim należy wsłuchać się w głos samych zainteresowanych. Tylko znając potrzeby i trudności seniorów, możemy działać efektywnie. Szkolenia i kursy powinny być dostosowane do potrzeb i oczekiwań osób starszych. Projektanci przeznaczonych dla nich stron WWW powinni zwrócić szczególną uwagę na to, aby były one czytelne, jasne, łatwe w nawigacji. Badacze przypominają, że mniejsze doświadczenie seniorów w zakresie technologii cyfrowych powoduje brak znajomości fachowej terminologii używanej w Sieci. Do tego dochodzą ograniczenia natury fizycznej, takie jak słabszy wzrok czy trudności w sprawnym posługiwaniu się myszką [Majnert i in. 2011]. Różnorodne projekty aktywizujące mogą być bardzo pomocne w pokonywaniu tej bariery. W Poznaniu np. do aktywizacji cyfrowej seniorów włączono młode pokolenie. W 2015 roku ruszył projekt międzypokoleniowy „Seniorzy i dzieci w wirtualnej sieci”, gdzie w rolę nauczycieli wcielili się uczniowie klas 4–6. Przekazują wiedzę o tym, jak np. zrobić przez Internet zakupy, wysłać wiadomość, poszukać interesu-

jących informacji (np. o wydarzeniach w mieście) czy zaplanować wycieczkę. Dzięki tym „lekcjom” seniorzy zdobywają wiedzę na temat nowych technologii, ale także dwa, tak odległe pokolenia, mają szansę się do siebie zbliżyć i – być może – lepiej zrozumieć. Jednym z działań mogących przekonać osoby w podeszłym wieku, że nowe technologie nie są tak straszne i nieosiągalne, jak im się wydaje, jest pozytywna promocja i wskazywanie dobrych przykładów. Takim pozytywnym przykładem może być wspaniały podróżnik Pan Aleksander Doba, który podczas samotnych rejsów kajakiem po całej kuli ziemskiej, korzysta z licznych urządzeń cyfrowych i możliwości przez nie stwarzanych (np. telefon satelitarny, system nawigacji). Jednym z przykładów może być również Pani Wirginia Szmyt, znana lepiej jako DJ Wika, która prowadzi imprezy muzyczne w całej Polsce, korzystając m.in. z konsoli mikserskiej. Promocja musi jednak również dotyczyć możliwości i wskazywać ułatwienia, jakie daje dostęp do nowych technologii.

W świetle wszystkich zebranych informacji nasuwa się konkluzja, że świat wirtualny jeszcze, niestety, stanowi barierę wykluczającą osoby starsze. Jednak dzięki poruszaniu tej kwestii i badaniom nad tym problemem, młodsza część społeczeństwa może intensyfikować działania (warsztaty, szkolenia, kursy, projekty), które będą stopniowo go niwelować. Tym bardziej, że osoby starsze szczególnie potrzebują ułatwień i udogodnień, by móc żyć w tej, i tak trudnej, rzeczywistości.

Bariery międzypokoleniowe

Jednym z powodów zaistnienia bariery pokoleniowej jest zmiana struktury rodziny. Coraz rzadziej spotykane są rodziny wielopokoleniowe, a co za tym idzie interakcje pomiędzy młodym i starszym pokoleniem ulegają drastycznej redukcji. Dodatkową przepaść stwarza dynamika zmian zachodzących w dzisiejszym świecie, wywołująca poczucie życia w dwóch odmiennych rzeczywistościach.

Jeszcze kilkanaście i kilkadziesiąt lat temu mówiono, że zmiana pokoleniowa następuje co 25–30 lat, co w kontaktach zarówno zawodowych, jak i pry-

watnych powodowało często relacje uczeń – mistrz. Dziś przeważa opinia, że okres zmiany pokoleniowej skrócił się do, nawet, 10 lat, a bardzo szybki postęp techniczny, naukowy oraz dostęp do wszelkich informacji i doświadczeń zniwelował potrzebę tego typu relacji pomiędzy dwoma pokoleniami. Wydawać by się mogło, że dynamiczne tempo życia, różnorodność technik komunikacji, łatwy dostęp do informacji powodują ułatwienie kontaktów międzyludzkich. Jednak nadmiar tych możliwości ma odmienny skutek i jest przyczyną spłylenia i zagłuszenia dialogu pomiędzy starszymi osobami – preferującymi osobisty kontakt, wymianę myśli i poglądów w toku rozmowy z drugim człowiekiem – a młodszym pokoleniem – zorientowanym na nowe technologie i świat nierzeczywisty.

Oślabienie kontaktu międzypokoleniowego powoduje powielanie stereotypów i uprzedzeń. Brak również pozytywnej przestrzeni do spotkań seniorów i młodzieży, co wykazały badania przeprowadzone przez Dom Badawczy Maison na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich „Osoby starsze w oczach młodzieży, młodzież w oczach osób starszych”. Młodzież i osoby starsze spotykają się ze sobą w negatywnym kontekście, np. w środkach komunikacji miejskiej, poczekalniach przychodni zdrowia, gdzie trwająca tam swoista walka o terytorium wywołuje negatywne emocje. Osiedłowe ścieranie się stylów życia, rodzinne spotkania, często powielają stereotypy. Seniorzy chętnie mówią o ważnych sprawach, wartościach, kwestiach małżeńskich, wspólnym zamieszkaniu, sympatiach i antypatiach, młodzi natomiast, mimo szacunku dla osób starszych, zniechęcają się moralizatorskim tonem i narzucaniem (w ich odczuciu) woli oraz światopoglądu. Jak wykazały badania, młode pokolenie chce słuchać osób starszych, ale nie ich życiowych rad, a wspomnień, np. o czasach wojny, o dawnym porządku świata, o dorastaniu i historii otoczenia. Bezspornie konieczne do wyjścia z impasu i zniwelowania tej bariery jest porzucenie przez seniorów roli nauczyciela, a wejście w rolę gawędziarza, który dostosuje się do potrzeb młodych. Nieoceniona byłaby zmiana wizerunku osoby starszej, pokazanie dobrych przykładów, a także pozytywna postawa wobec starości. Jest wiele płaszczyzn umożliwiających pokonanie bariery

międzypokoleniowej, poczynając od rodziny (spędzanie wspólnie czasu, dzielenie się pasjami czy zainteresowaniami, pielęgnowanie wartości rodzinnych), poprzez działalność lokalną (np. współpraca pomiędzy organizacjami, fundacjami czy instytucjami wspierającymi młodzież oraz osoby starsze), która prowadzić będzie przedstawiciele różnych pokoleń do nawiązania bliższych kontaktów i głębszego zrozumienia siebie nawzajem.

Kontakty pomiędzy seniorami a młodzieżą mają pozytywny wpływ na obie te grupy społeczne. Jeśli chodzi o młodzież, prowadzą one do nawiązania bliższych stosunków, które ułatwiają pozytywny odbiór bagażu doświadczeń, wzbudzają otwartość, szacunek i wrażliwość na potrzeby osób w podeszłym wieku. Seniorom zapewniają zaś poczucie bycia potrzebnymi i zauważonymi. Przekazując swoje doświadczenia, wartości i umiejętności, czują przynależność do społeczeństwa i zmniejszają dystans i nieufność do młodego pokolenia.

Dostęp do służby zdrowia

Polityka zdrowotna wobec osób starszych w naszym kraju, niestety, niedostatecznie uwzględnia potrzeby seniorów i nie prowadzi do wdrażania zasad współczesnej geriatry, a jednym z istotnych bieżących problemów jest zapewnienie osobom w późnej starości właściwej opieki pielęgnacyjnej i socjalnej.

Nastąpiło głębokie zubożenie placówek ochrony zdrowia, zwiększyła się długość oczekiwania na porady specjalistyczne i hospitalizację. Wzrasta strefa ubóstwa, pogarszają się wskaźniki zdrowotne, a obecny system refundacji leków utrudnia seniorom dostęp do nowoczesnej farmakologii. Obciążenia finansowe pacjentów w starszym wieku są niewspółmierne do wysokości świadczeń, jakie otrzymują. Tak więc stan opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi w Polsce jest zły. W ostatnich latach podejmowane są rozmaite działania, które mają na celu poprawienie jakości i zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej dla osób starszych. Za przykład takiej inicjatywy może posłużyć projekt opracowany przez zespół gerontologów „Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami

starszymi w systemie ochrony zdrowia” [Grodzicki i in. 2007]. Ważne są też prace nad projektem „Standardów świadczeń usług medycznych w specjalności geriatry” [Derejczyk i in. 2010].

Dyskryminacja i bariery w ochronie zdrowia dotyczące seniorów to m.in. dyskryminacja formalna i nieformalna. W Polsce dyskryminacja ludzi starych w zakresie ochrony zdrowia formalnie nie istnieje. W praktyce można jednak znaleźć przejawy dyskryminacji wynikające z nie dość precyzyjnych sformułowań zawartych w aktach prawnych, z wadliwej struktury służby zdrowia (np. brak określenia pozycji geriatry w systemie ochrony zdrowia), z niedostatków finansowych NFZ (np. ograniczony limit przyjęć do szpitali lub przychodni specjalistycznych) oraz z przyznania prawa wydawania zarządzeń i ograniczeń przez władze niższego szczebla (np. ograniczenia w dostępie starszych pacjentów do niektórych świadczeń, dyskwalifikacja do zabiegu ze względu na wiek). Dyskryminacja nieformalna przejawia się w codziennej praktyce części placówek ochrony zdrowia, np. okazywanie niechęci w stosunku do pacjentów w starszym wieku, nierzetelnie przeprowadzany wywiad i badanie lekarskie, sposób zwracania się do osób starszych naruszający ich godność (paternalizm), bagatelizowanie zgłaszanych przez nich problemów. System opieki zdrowotnej nad ludźmi starymi w Polsce jest zaprzeczeniem zasad współczesnej gerontologii i nie uwzględnia naszej sytuacji demograficznej. Obecny stan opieki zdrowotnej nad osobami starszymi narusza prawa seniorów do ochrony zdrowia i przybiera formy dyskryminacji.

Odmienność starczej patologii nie jest uwzględniana w systemie opieki zdrowotnej. W kontraktach NFZ nie stosuje się standardów geriatrycznych. Struktura służby zdrowia nie wypełnia zadania opieki zdrowotnej i socjalnej, jakim jest utrzymanie ludzi starych przez jak najdłuższy okres w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności. Zbyt mało jest lekarzy specjalistów geriatry w stosunku do potrzeb. Specjalistyczne poradnie i oddziały geriatryczne pozostają poza zainteresowaniem polityków i administratorów służby zdrowia. NFZ nie kontraktuje w dostatecznym stopniu usług z zakresu rehabilitacji geriatrycznej oraz opieki pielęgniarstwa nad niesprawnymi

mi osobami w starszym wieku. Istnieją trudności w dostępie osób w zaawansowanej starości do placówek opieki paliatywnej (poza chorymi na nowotwory). Nie zapewnia się też właściwej opieki osobom trwale przewlekle chorym i niesprawnym w późnej starości, pozostawiając opiekę nad nimi głównie rodzinie.

Dobro seniorów wymaga koniecznie przeprowadzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej, które muszą być poprzedzone dogłębną analizą potrzeb i problemów. Konieczne jest zwiększenie liczby lekarzy geriatrów oraz liczby oddziałów geriatrycznych, a senior, ze swoimi specyficznymi dolegliwościami, powinien mieć dostęp do wysokospecjalistycznej, całościowej opieki [Bien, Pędlich 1998].

Choroby człowieka w wieku podeszłym

Na starość barierą dla człowieka staje się on sam i jego schorzenia. W wieku podeszłym występują typowe schorzenia lub grupy współistniejących przypadłości. Główne problemy geriatryczne to: zespoły mózgowe, zaburzenia funkcji układu autonomicznego, upadki, stany zmieszania świadomości, nietrzymanie moczu, nietrzymanie stolca, odleżyny, choroby kości i złamania.

Zespoły mózgowe. Choroby naczyń tętniczych zajmują pierwsze miejsce wśród przyczyn śmierci i inwalidztwa ludzi starych. Skutki tych chorób uwidaczniają się szczególnie w trzech narządach: mózgu, sercu i w kończynach dolnych [Brocklehurst, Allen 1991]. Typowe schorzenia to: zaburzenia krążenia mózgowego, choroby naczyń tętniczych, miażdżyca naczyń i otępienie miażdżycowe, problemy z unaczynieniem tętnicy szyjnej (napady niedokrwienne, udary mózgu), parkinsonizm.

Zaburzenia funkcji układu autonomicznego. Wraz z upływającym czasem zaburzenia te są coraz powszechniejsze, a zaliczyć do nich należy m.in. nadciśnienie ortostatyczne powodujące zawroty głowy przy nagłej zmianie pozycji i zaburzenia termoregulacji.

Upadki. Jest to jedna z częstszych przypadłości wieku podeszłego, z którymi spotykają się lekarze. Upadki osób starszych są wynikiem: chwiejności, osłabienia mięśniowego, osłabienia widzenia, przemijających zaburzeń rytmu serca.

Stany zmieszania świadomości. Człowiek, będąc w takim stanie, nie jest zorientowany, co do czasu, miejsca i okoliczności, a więc nie potrafi dostosować swojego zachowania do zaistniałej sytuacji.

Nietrzymanie moczu. To bardzo przykra przypadłość starszych osób, nieprzyjemna zarówno dla chorego, jak i otoczenia. Jej konsekwencją jest często wykluczenie społeczne seniora. Przyczynami nietrzymania moczu są: zaburzenia czynności przepony miednicy, zaburzenia czynności cewki moczowej i zwieracza pęcherza moczowego, zaburzenia czynności pęcherza, neurologiczne zaburzenia kontroli oddawania moczu.

Nietrzymanie stolca. Przyczyny nietrzymania stolca zostały podzielone na cztery grupy, gdyż mogą być one: zależne od zaparcia, wtórne do choroby podstawowej narządów jelita grubego, zależne od zaburzeń neurologicznej kontroli defekacji, związane z utratą odruchu defekacji.

Odleżyny. Występują przy długotrwałym unieruchomieniu, a spowodowane są niedokrwieniem miejsca styku części ciała z podłożem.

Choroby kości i złamania. Najczęściej spotykane choroby kości osób w podeszłym wieku to: osteoporoza, której istotą jest zmniejszenie tkanki kostnej w szkielecie; osteomalacja, czyli niedobór wapnia w szkielecie spowodowany złą dietą (odpowiednik dziecięcej krzywicy); choroba Pageta, czyli rozsiana choroba szkieletu polegająca na jednoczesnej resorpcji kości i tworzeniu się młodej, podatnej na złamania, tkanki. Złamania w podeszłym wieku występują trzy razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Główną przyczyną jest osteoporoza, również częściej występująca u kobiet. Najczęściej spotykane złamanie u osób w podeszłym wieku to złamanie szyjki kości udowej. Niestety złamanie takie ma często tragiczne skutki i jest przeżyciem traumatycznym, prowadzącym, w wielu przypadkach, do kalectwa, a nawet śmierci.

W starszym wieku występuje również szereg chorób szczególnych. Należą do nich: niedokrwistość, choroby serca (zawały, szmery skurczowe, niedociśnienie, zaburzenia częstości i rytmu serca), choroby układu pokarmowego (choroby jamy ustnej i języka, zaburzenia połykania, wrzody żołądka, zapalenie trzustki, zespół złego wchłaniania, zaparcia, choroby okrężnicy, nowotwo-

ry jelita grubego), zaburzenia wodno-elektrolitowe (niedobór wody, niedobór sodu i potasu, nadmiar potasu), cukrzyca, upośledzenie zmysłów: ślepota i głuchota (zaćma, jaskra, starcze zwyrodnienie plamki, ubytki w polu widzenia, retinopatia cukrzycowa), zaburzenia naczyń obwodowych i układu ruchu (choroba tętnic obwodowych, zakrzepica żylna, przewlekłe owrzodzenie podudzi, zwyrodnienia kostno-stawowe, reumatoidalne zapalenie stawów).

Do dolegliwości somatycznych należy dodać, bardzo poważne w wieku starczym, schorzenia psychiczne. Seniorzy zmagają się często z: depresją, zaburzeniami świadomości, otępieniem starczym oraz chorobą Alzheimera.

Konsekwencją występowania zarówno wymienionych przypadłości, jak i wielu innych, które nie zostały wymienione w niniejszym opracowaniu, jest powstanie szeregu barier odcinających starszych ludzi od świata zewnętrznego. Odbierają one ludziom sędziwym możliwość pełnego uczestniczenia w życiu społecznym, rodzinnym, ale równie często niszczą poczucie własnej wartości, przynależności do wspólnoty i godność.

Podsumowanie

W Polsce następują istotne zmiany demograficzne. Od kilku lat zaobserwować można coraz większą świadomość wartości najstarszej grupy społecznej. Zaczynamy, jako społeczeństwo, doceniać doświadczenie i wiedzę starszego pokolenia. Coraz więcej pojawia się też projektów różnych form aktywizacji starszych ludzi. Dostrzegamy konieczność wspierania ich dobrostanu psychicznego, społecznego i fizycznego, a zatem tym intensywniej powinniśmy się angażować w diagnozowanie nie tylko potrzeb, ale również barier i ograniczeń, które uniemożliwiają im aktywność we wszystkich sferach życia.

Bibliografia

Bien B., Pędlich W. (1998), *The Place of Geriatrics in the Health Care System in Poland*, [w:] J. Michel et al., (ed.), *Geriatric Programs and Departments around the World*, Springer Verlag, Paris.

Batorski D. (2009), *Wykluczenie cyfrowe w Polsce*, „Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu. Społeczeństwo Informacyjne”, nr 3 (19).

Batorski D. i in. (2012), *Diagnoza i rekomendacje w obszarze kompetencji cyfrowych społeczeństwa i przeciwdziałania wykluczeniu cyfrowemu w kontekście zaprogramowania wsparcia w latach 2014–2020*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa.

Batorski D. (2014), *Polacy wobec technologii cyfrowych – uwarunkowania dostępności i sposobów korzystania*, [w:] J. Czapińska, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2013 r. „Warunki i jakość życia Polaków”. Raport*, „Contemporary Economics Issues”, No. 7.

Braun-Gałkowska M. (2006), *Nowe role społeczne ludzi starszych*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.

Brucklehurst J.C., Allen S.C. (1991), *Zarys medycyny geriatrycznej: podręcznik dla studentów*, PZWL, Warszawa.

Czapiński J., Błędowski P. (2014), *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013 r. Raport tematyczny*, Ministerstwo Pracy i Pomocy Społecznej, Centrum Zasobów Ludzkich, Warszawa.

Derejczyk J. i in. (2008), *Gerontologia i geriatrya w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska”, t. 16, nr 3.

Grodzicki T. i in. (2007), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Via Medica, Gdańsk.

Labus A. (2012), *Miasto XX wieku w obliczu starzenia się społeczeństwa*, [w:] A.A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*, Wydawnictwo – Druk – Reklama, Łask.

Majnert P. i in. (2011), *Internet dla użytkowników 50+. Najpopularniejsze w Polsce serwisy internetowe a dobre praktyki projektowania dla użytkowników 50+*, UPS Polska, Warszawa.

Węgrzyn K. (2006), *Jaka będzie polska starość?*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.

Toczyński P., Wenzel M. (2009), *Kogo dziś znajdziemy, a kogo nie znajdziemy w Internecie?* "Portret internauty", [online] www.badania.gazeta.pl/pr/115297/portret-internauty-raport-cbos-i-gazeta-pl?changeLocale=PL, dostęp: 03.07.2011.

Aleksandra Włóka

Monika Stempień

Człowiek w wieku podeszłym a struktura opieki państwowej i przepisy prawa

Według prognozy demograficznej opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), obejmującej okres do 2050 roku, w przyjętej perspektywie wystąpi zwiększenie liczby osób w wieku co najmniej 60 lat, natomiast zmniejszy się liczba dzieci i osób dorosłych [GUS 2016]. Starzenie się ludności Polski spowodowane jest tym, iż obecnie wydłuża się czas trwania życia i jednocześnie występuje niski poziom dzietności. W 2014 roku liczba ludności Polski wynosiła 38,5 mln, z czego 8,5 mln stanowiły osoby powyżej 60. roku życia [GUS 2016]. Liczba seniorów ma wzrastać i zakłada się, że w 2050 roku ludność w wieku 60 lat i więcej będzie stanowić aż 40% całego społeczeństwa [GUS 2016]. Trudno zatem nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że czeka nas niebawem „stulecie starego człowieka”. Jeśli z biegiem lat ma być seniorów coraz więcej, może warto się zastanowić, jakie mają oni prawa i jak państwo chroni ich w codziennym życiu.

Już dawniej dbano o to, by starsi ludzie byli pod szczególną ochroną. Polski gerontolog E. Rosset w 1986 roku tak mówił o ludziach starszych: „Seniorom należy się spokojna, wolna od trosk starość, należy się im również odpowiednie, zaszczytne miejsce w społeczeństwie. Zasłużyli sobie na to pracą całego życia” [za: Zych 1995, s. 130]. Wcześniej, bo już w 1948 roku, delega-

cja Argentyny upominała się w Organizacji Narodów Zjednoczonych o projekt Deklaracji Praw Starców, by „otaczano ludzi starszych niezbędną opieką oraz szacunkiem, na jaki sobie zasłużyli pracą całego życia [Zych 1995, s. 130]. Trudno się z tym nie zgodzić, ponieważ ludzie starsi w sposób oczywisty zasługują na szacunek i troskę.

Ciekawą opinię na ten temat wyraziła L. Frąckiewicz, autorka książki *Karta praw człowieka starego* z 1985 roku. Napisała w niej m.in. „Karta praw człowieka starego nie istnieje i chyba istnieć nie powinna. Ludzie starsi bronią się bowiem przed traktowaniem ich, jako grupy odrębnej, uważając nie bez pewnej słuszności, że może kryć się w tym element dyskryminacji” [Frąckiewicz 1985]. Być może, faktycznie, prawdą jest to, że społeczeństwo nie zwraca uwagi na problemy, pragnienia i potrzeby ludzi starszych, traktując ich jako odrębną grupę. Da się to zauważyć w wielu miejscach publicznych. Rzadkim widokiem jest osoba starsza z towarzyszącą jej młodszą osobą. Zazwyczaj chodzą samotnie, będąc pozostawieni sami sobie, nie mając wsparcia swoich dzieci czy wnuków. Zamykają się przed światem zewnętrznym w swoich domach i najsmutniejsze jest to, że ogromna część z nich mieszka sama, a to oznacza wielką samotność i poczucie odrzucenia.

Nie bez powodu pewna część osób starszych może liczyć wyłącznie na opiekę państwa. Seniorów chroni Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [Dz. U. z 1998 r. Nr 162 poz. 1118]. Poza prawem do rent i emerytur osobom najbardziej potrzebującym, dodatkowo, przysługują zasiłki. Osoby starsze są wspierane za pomocą zasiłków: stałych, okresowych, jednorazowych oraz dodatków i zasiłków pielęgnacyjnych. Pomoc materialna jest kierowana do ludzi będących w ciężkiej sytuacji życiowej. Opieka społeczna wspiera osoby niepełnosprawne, przewlekle chore, ludzi, którzy nie nabyli prawa do renty lub emerytury bądź znaleźli się przejściowo w trudnej sytuacji. Pomoc pieniężna jest udzielana za pośrednictwem organów administracji państwowej, czyli miejskiego lub gminnego ośrodka pomocy społecznej.

Zasiłki jednorazowe wypłaca się w przypadkach, gdy ze względu na niskie dochody osoba nie może zaspokoić pilnej i uzasadnionej potrzeby. Są to naj-

część pieniędzy przyznawane na zakup leków lub opału. By otrzymać taki zasiłek, niezbędny jest wywiad przeprowadzony przez pracownika socjalnego.

Istotną formą pomocy jest również dodatek pielęgnacyjny otrzymywany z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Jest to dodatkowe świadczenie do emerytury lub renty, wypłacane w wysokości ok. 209 zł. Dodatek pielęgnacyjny mogą otrzymać osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, czyli osoby przewlekle chore i mające problem z wykonywaniem najprostszych czynności życiowych, takich jak: przyrządzanie posiłków, mycie się czy ubieranie. Zasiłek pielęgnacyjny to świadczenie, które ma pomóc w pokryciu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną. Wniosek o jego przyznanie składa się w miejskim bądź gminnym ośrodku pomocy społecznej. Opieka społeczna ma również do zaoferowania pomoc w usługach opiekuńczych i specjalistycznych usługach opiekuńczych. Jest to bezpłatna pomoc w: sprzątaniu, przygotowaniu posiłków, robieniu zakupów i pielęgnacji zleconej przez lekarza. Usługi te są realizowane w przypadku, gdy osoba starsza nie ma wsparcia ze strony rodziny. Osobom, które decydują się na opiekę nad seniorem, opieka społeczna może wypłacać zasiłek opiekuńczy. Kwota świadczenia wynosi 80% pensji, a można je otrzymywać w okresie nie dłuższym niż przez 60 dni w ciągu roku kalendarzowego [Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. z 1999 r. Nr 60 poz. 636 art. 33 ust. 2, art. 35 ust. 1].

Poza pomocą finansową, osoby starsze mogą korzystać z innych elementów wsparcia. Są nimi np. wykwalifikowane kadry pracowników socjalnych, którzy definiują problem danej osoby i organizują pomoc. Często współpracują oni z pielęgniarzkami środowiskowymi, lekarzami rejonowymi, a nawet z rodziną osoby potrzebującej. Pracownicy socjalni dbają o to, by osoba starsza nie była pozostawiona sama sobie. W najtrudniejszych przypadkach pracownik socjalny kieruje takie osoby do domu pomocy społecznej, lecz zdarza się, iż nie ma tam już wolnych miejsc.

Kierowanie osoby starszej do domu pomocy społecznej jest często skutkiem zmiany modelu rodziny z wielopokoleniowej na jednopokoleniową. Ponad-

to, zauważalna jest niechęć młodszego pokolenia do opiekowania się seniorami. Istotnymi powodami, zmuszającymi do kierowania osoby starszej do placówki, są również niekorzystne warunki zdrowotne, mieszkaniowe i finansowe [Bąbka 2006, s. 185]. Często zdarza się, że pobyt w domu pomocy społecznej powoduje pogarszanie się stanu fizycznego seniora, a w ślad za tym pogorszenie stanu psychicznego i pojawienie się np. apatii, bierności, wrogości czy buntu. Są one najczęściej wynikiem utraty dotychczasowej roli, np. gospodyni domowej lub babci.

Mieszkańcy domu pomocy społecznej często czują się odrzuceni przez rodzinę. Ponadto, muszą podporządkować się regulaminowi placówki i przystosować do życia w nowych warunkach. Na adaptację i odnalezienie się w nowej roli potrzeba wiele czasu. Pomimo wszystko, z przeprowadzonych badań i analizy dokumentów wynika, że zdecydowana większość mieszkańców (65%) sama zdecydowała o pobycie w domu pomocy społecznej. W przypadku 25% badanych na tę decyzję miał wpływ pracownik socjalny, a jedynie 5% badanych podało, iż o ich umieszczeniu w placówce zdecydowała rodzina [Bąbka 2006, s. 189]. Mieszkańcy domu pomocy społecznej biorą udział w zajęciach aktywizujących i terapii zajęciowej. Umożliwia to prowadzenie twórczego i aktywnego życia, które jest podstawą w leczeniu wielu chorób, opóźnia procesy starzenia się i daje sposobność do wyrażenia siebie. Badani seniorzy wskazują, że w wolnym czasie: oglądają telewizję, słuchają radia, rozwiązują krzyżówki lub grają w karty.

Ciekawą propozycją opieki nad ludźmi starszymi są domy dziennego pobytu. Działają one jako placówki prywatne (np. Dom na Zdrowiu w Łodzi) bądź w ramach działalności ośrodków pomocy społecznej. W placówkach państwowych, poza opłacaniem wyżywienia, podopieczni nie płacą za usługi. Jest to wspaniałe rozwiązanie dla rodzin, które ze względów zawodowych nie mogą w ciągu dnia zaopiekować się osobą starszą. Ośrodki te organizują dla seniorów różnego rodzaju atrakcje, np. zajęcia manualne, gimnastykę, spacer, a nawet wycieczki bądź wyjścia do teatru lub kina.

Dodatkowym atutem tych placówek jest to, że są otwarte najczęściej w godzinach 8.00–16.00. Z usług domu dziennego pobytu mają prawo ko-

rzystać osoby niepełnosprawne i chore. Placówki zapewniają podstawową opiekę zdrowotną i pozwalają twórczo spożytkować energię osób starszych. Ponadto, ośrodki te współpracują z innymi organizacjami (np. klubami seniora) na rzecz integracji społecznej. By skorzystać z domu dziennego pobytu, senior musi zwrócić się do ośrodka pomocy społecznej. Podjęcie decyzji o przydzieleniu miejsca, poprzedza wizyta pracownika socjalnego, który za pomocą wywiadu diagnozuje sytuację socjalną, życiową i zdrowotną zainteresowanego. Zdumiewające jest to, iż w samej tylko Łodzi istnieje 20 takich placówek – 18 publicznych i 2 prywatne. W ciągu roku korzysta z nich ok. 1000 seniorów [Urząd Miasta Łodzi 2017]. Domy dziennego pobytu to wspaniałe rozwiązanie dla każdego seniora, jak również dla rodzin, których członkowie pracują zawodowo i nie mogą zająć się osobą starszą w ciągu całego dnia. Rodziny są spokojne, bo wiedzą, że senior będzie bezpieczny i miło spędzi czas.

Urząd Miasta Łodzi w ramach programu Aktywizacja 60+ organizuje wiele przedsięwzięć kierowanych do osób w wieku podeszłym. Otworzono dzielnicowe centra aktywnego seniora, które znajdują się w każdej dzielnicy Łodzi. Organizowane są dla seniorów m.in. kursy językowe, treningi pamięci, warsztaty manualne, zajęcia sportowe, rekreacyjne i rehabilitacyjne, warsztaty komputerowe i fotograficzne, a nawet zajęcia teatralne [Urząd Miasta Łodzi 2017].

Ciekawym pomysłem są również kluby seniora, których tylko w Łodzi jest aż 35. Działają one przy ośrodkach kultury, spółdzielniach mieszkaniowych, radach osiedli, parafiach, klubach osiedlowych i organizacjach zawodowych.

Istotną formą pomocy dla ludzi starszych są uprawnienia i ulgi im przysługujące. Osoby, które ukończyły 70. rok życia mają prawo do bezpłatnych przejazdów pojazdami Miejskiego Przedsiębiorstwa Komunikacyjnego. Seniorom (emerytom i rencistom) przysługują ulgowe bilety na przejazdy pojazdami MPK. Z obowiązku opłacania abonamentu radiowo-telewizyjnego zwolnione są osoby, które skończyły 75. rok życia, lub ukończyły 60 lat i mają prawo do emerytury o wysokości nieprzekraczającej miesięcznie kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Seniorzy, którzy ukończyli 70 lat nie wnoszą żadnej opłaty za wydanie paszportu, natomiast młodszy emeryci

i renciści płacą tylko połowę obowiązującej kwoty. Na podstawie zaświadczenia wydawanego m.in. przez terenowe jednostki Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów seniorzy mają prawo do dwóch przejazdów w ciągu roku z ulgą 37% w drugiej klasie, pociągami osobowymi, pospiesznymi i ekspresowymi. Ulga ta nie dotyczy przejazdów pociągami EuroCity i InterCity [Ustawa z dnia 20 czerwca 1992 roku o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, Dz. U. z 1992 r. Nr 54 poz. 254 art. 3].

Do najnowszych form pomocy ludziom starszym należy zaliczyć refundowanie leków. Jest to ogromny przełom w świadczeniu pomocy na rzecz osób starszych. Od 1 września 2016 roku rząd wprowadził ustawę o refundacji leków dla seniorów powyżej 75. roku życia. W ciągu roku wydano na realizację tego projektu 564 mln zł, natomiast kwota na dofinansowanie leków ma w kolejnych latach wzrastać. Szacuje się, że w 2020 roku będzie to aż 836 mln zł.

Trudno sobie wyobrazić, jakie koszty przyniesie refundacja leków w ciągu 5–10 lat, ponieważ, jak wiadomo, społeczeństwo starzeje się, ludzi starszych będzie coraz więcej i z pewnością sumy przeznaczone na refundowanie leków również będą wzrastać. Z pomocy takiej skorzystało już 2,2 mln seniorów i zrealizowano 15 mln recept. Wydano aż 40 mln opakowań leków. Na liście leków bezpłatnych do tej pory jest 1530 pozycji, jednak ich liczba też ma się zwiększać. Od 1 września 2017 roku refundacją zostało objętych kilka nowych, ważnych leków [*Leki refundowane: zmiany od 1 września 2017* 2018]. By otrzymać bezpłatne leki, senior musi mieć ukończone 75 lat, a lekarz lub pielęgniarka na receptce muszą wpisać, w odpowiednim polu („kod uprawnień dodatkowych”), literę „S”. Nie wszystkie leki dla seniorów są refundowane, ale pacjenci o określonych schorzeniach mogą skorzystać z pomocy, a nazwy leków bezpłatnych można znaleźć w wykazie leków refundowanych. Środki na finansowanie projektu pochodzą z budżetu państwa.

Prawa człowieka uważane są niekiedy za pojęcie czysto teoretyczne i niemające przełożenia na nasze życie. Zwłaszcza seniorzy mogą nie zdawać sobie sprawy z tego, że złe traktowanie przez inne osoby może naruszać ich prawa. Często słysząc o nadużyciach wobec osób starszych, np. w domu pomocy

społecznej, o lekarzach, którzy odmawiają seniorom rehabilitacji medycznej jedynie ze względu na wiek. Podstawowym dokumentem chroniącym prawa człowieka w Polsce jest Konstytucja RP z 1997 roku, która określa wolności i prawa obywateli [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997]. Konstytucja ta przede wszystkim uznaje, że godność człowieka stanowi źródło wolności i praw obywatela. Jest ona nienaruszalna, a dopilnowanie, żeby była przestrzegana, należy do władz publicznych. Każdy człowiek, również starszy, jest równy z innymi wobec prawa. Nie powinna zatem pojawiać się w przestrzeni publicznej jakakolwiek dyskryminacja, a z pewnością nie ze względu na wiek osoby. Wśród podstawowych regulacji ustawowych dotyczących opieki i ochrony zdrowia wymienić należy następujące ustawy:

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593],
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych [Dz. U. z 1998 r. Nr 162 poz. 1118],
- Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego [Dz. U. z 1991 r. Nr 17 poz. 75],
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135],
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego [Dz. U. z 1994 r. Nr 111 poz. 536],
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych [Dz. U. z 2003 r. Nr 228 poz. 2255].

Władza publiczna obejmuje wszystkie instytucje: zarówno centralne, lokalne, regionalne, jak i rządowe oraz samorządowe, czyli: gminne, wojewódzkie i powiatowe. Ma ona, nałożony przez Konstytucję RP, obowiązek poszanowania i ochrony godności każdego człowieka [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997]. Wykonuje również zadania na rzecz obywateli określone w ustawach, może świadczyć usługi za pomocą swoich instytucji lub np. powierzyć wykonanie zadań publicznych, takich jak usługi, innym organizacjom.

Prawa osób starszych są chronione przez Konstytucję RP, Europejską Konwencję Praw Człowieka i wiele ustaw [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997, Europejska Konwencja Praw Człowieka 1950]. Wśród tych praw za najważniejsze należy uznać:

- prawo do opieki zdrowotnej,
- prawo do zabezpieczenia społecznego,
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, domu i korespondencji,
- prawo zakazujące tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania.

Zarówno seniorzy, jak i osoby młodsze, w ciężkich sytuacjach życiowych zawsze mają prawo do skorzystania z pomocy społecznej. Ma ona na celu pomoc seniorom w przezwyciężeniu trudnych sytuacji, z którymi nie są w stanie sami sobie poradzić. Wsparcie udzielane jest w konkretnych sytuacjach, np. w związku z niepełnosprawnością, ubóstwem, zdarzeniem losowym, długotrwałą i ciężką chorobą lub sytuacją kryzysową. Obowiązek ten należy przede wszystkim do administracji samorządowej i pomoc ta ma za zadanie zapewnienie osobom starszym odpowiednich warunków do egzystencji, czyli: dostarczenie pożywienia, ubrań, zorganizowanie miejsca do zamieszkania lub sprawienie pogrzebu. Jednostki samorządu terytorialnego (gminnego, powiatowego i wojewódzkiego) to:

- powiatowe centra pomocy rodzinie,
- ośrodki pomocy społecznej (miejskie i gminne),
- domy pomocy społecznej,
- regionalne ośrodki polityki społecznej,
- placówki opiekuńczo-wychowawcze,
- ośrodki adopcyjno-opiekuńcze.

Każda osoba starsza ma swoje indywidualne potrzeby, zarówno ze względu na wiek, niepełnosprawność czy też stan zdrowia (choroby), co uprawnia ją do otrzymania indywidualnie dopasowanego wsparcia w danej sytuacji. Może ona uzyskać je w formie pieniężnej lub niepieniężnej.

Istnieją następujące rodzaje zasiłków i form pomocy niepieniężnej:

- Zasiłek stały, przysługującym osobom samotnym lub przebywającym

w rodzinie, które ze względu na chorobę lub niepełnosprawność nie mogą podjąć pracy. Seniorzy mogą go otrzymywać już w wieku przedemerytalnym, gdy mają problemy ze znalezieniem pracy, ale muszą wówczas spełniać określone wymogi.

- Zasiłek okresowy, który przyznawany jest w przypadku ciężkiej choroby lub niepełnosprawności.
- Zasiłek celowy specjalny i zasiłek celowy, które są przyznawane wówczas, gdy dochód nie przekracza kryterium dochodowego i jest przeznaczony na pokrycie bieżących potrzeb. Specjalny zasiłek celowy jest ważny dla osób starszych i schorowanych, ponieważ udokumentowując koszty swojego leczenia (faktury za wykupione leki), mogą otrzymać zwrot ich części.
- Usługi opiekuńcze, które są jedną z najbardziej przydatnych form pomocy dla seniorów. Senior może bez problemu otrzymać pomoc w osobie opiekunki przychodzącej do miejsca jego zamieszkania i pomagającej mu w podstawowych czynnościach dnia codziennego (przygotowywanie posiłków, opieka higieniczna, sprzątanie, towarzyszenie w spacerach i pomoc w utrzymywaniu kontaktów z otoczeniem).
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze, które są kierowane do osób wymagających większej pomocy, zleconej przez lekarza przy różnego rodzaju schorzeniach lub niepełnosprawności.
- Pobyt w domu pomocy społecznej, który jest ostatecznością i prawo do niego jest przyznawane, gdy usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze są niewystarczające. Zapewniona jest tam pomoc całodobowa, kontakt z różnego rodzaju specjalistami, prowadzone są ciekawe zajęcia i dzięki temu czas seniorom mija przyjemniej.
- Opieka medyczna w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, która pomaga, przez określony czas, w rehabilitacji osoby starszej wymagającej intensywniejszej opieki medycznej.

Ważnym prawem seniorów jest prawo do ochrony zdrowia. Obowiązek jego wypełnienia nałożony jest, przez Konstytucję RP, na władze publiczne – ma ona zapewnić opiekę zdrowotną osobom w wieku podeszłym i osobom niepełno-

sprawnym [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997]. Narodowy Fundusz Zdrowia określa, czy dana osoba może być zakwalifikowana do odpowiedniego trybu leczenia bądź może być jej przyznana określona usługa medyczna. Konstytucja reguluje równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez względu na sytuację materialną. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej daje nam prawo do opieki ambulatoryjnej, również do opieki w domu, badań diagnostycznych, do leczenia szpitalnego i rehabilitacji. Istotną sprawą jest to, że prawo pacjenta gwarantuje bezzwłoczne pozyskanie świadczeń zdrowotnych przy niebezpieczeństwie zagrożenia zdrowia lub życia. Kiedy nie ma możliwości uzyskania odpowiedniej opieki medycznej, mamy prawo do procedury, która ustali kolejność dostępu do określonych świadczeń.

Dla osób starszych istotne jest również prawo do bycia godnie traktowanym, czyli prawo zakazujące tortur i nieludzkiego lub poniżającego traktowania. Jego podstawą jest godność ludzka. Konstytucja RP i Europejska Konwencja Praw Człowieka wskazują, że nikt nie może być poddany torturom lub nieludzkiemu traktowaniu [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997, Europejska Konwencja Praw Człowieka 1950]. Jest to zakaz, który dotyczy każdego człowieka, bez żadnych wyjątków. Niestety, zarówno w domach pomocy społecznej, jak i w domach prywatnych, w których przebywają osoby w wieku podeszłym, zdarzają się sytuacje złego ich traktowania. Seniorzy, z różnych względów – z uwagi na swój wiek lub zły stan zdrowia – nie są im w stanie się przeciwstawić. Przejawy niewłaściwego traktowania lub poniżania człowieka w wieku podeszłym to:

- nieregularne podawanie posiłku,
- niedbanie o utrzymanie higieny osobistej seniora,
- niewłaściwe podawanie leków,
- niedbanie o czystość pościeli i ubioru seniora,
- izolowanie seniora od otoczenia,
- nieprzystosowanie warunków mieszkaniowych do potrzeb seniora, np. brak uchwytów wspomagających w łazience,
- wyłudzenie pieniędzy lub całkowite przejęcie emerytury,

- używanie niewłaściwego słownictwa względem osoby starszej,
- ignorowanie zgłaszanych przez seniora potrzeb,
- traktowanie seniora przedmiotowo,
- nieuwzględnianie zdania osoby starszej przy podejmowaniu ważnych decyzji rodzinnych,
- wyśmiewanie seniora przy okazji spotkań rodzinnych.

W myśl art. 87 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, rodzice i dzieci obowiązani są wspierać się wzajemnie. Przez wzajemne wsparcie, o którym mowa w tym artykule, należy rozumieć: pomoc materialną, psychiczne wsparcie w chorobie, cierpieniu i kalectwie, pomoc intelektualną przy podejmowaniu ważnych decyzji lub załatwianiu spraw życiowych oraz pomoc fizyczną przy wykonywaniu różnych czynności [Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2017 r. poz. 682 art. 87].

Z kolei obowiązek alimentacyjny dzieci wobec rodziców istnieje bez względu na to, czy dorosłe dzieci mieszkają razem z rodzicami, czy osobno oraz czy założyły własne rodziny, czy też nie. Jeżeli rodzice znajdują się w niedostatku, a dzieci są w stanie zapewnić im środki do utrzymania, mają obowiązek płacenia rodzicom alimentów. Alimenty takie mogą być dobrowolne. Może się jednak zdarzyć, że na wniosek uprawnionych, czyli rodziców, wyznaczy je i zasądzi sąd rodzinny, na podstawie art. 128 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego [Dz. U. z 2017 r. poz. 682]. Kwestię tę reguluje również art. 103 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593 art. 103].

Zgodnie z Konstytucją RP, każdy obywatel ma prawo do decydowania o swoim życiu osobistym, czyli o podejmowaniu decyzji na temat: miejsca pracy, miejsca zamieszkania, życia rodzinnego i gospodarowania swoimi pieniędzmi [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997]. W stosunku do osób starszych również obowiązuje to prawo i powinny one same móc decydować o swoim życiu. Występują jednak sytuacje, w których osoba starsza nie jest świadoma tego, co się wokół niej dzieje. Przyczyną tego mogą być poważne schorzenia wieku starczego. Osoby starsze padają niekiedy ofiarą oszustów wyłudających pieniądze lub namawiających do podpisywania niekorzyst-

nych umów. W skrajnych sytuacjach, w celu ochrony osoby w wieku podeszłym przed jej nieświadomymi działaniami, członek rodziny może złożyć do sądu wniosek o częściowe lub całkowite ubezwłasnowolnienie seniora.

Kolejną formą zabezpieczenia są świadczenia emerytalno-rentowe. Kobiętom, które osiągnęły 60 lat oraz mężczyznom, którzy osiągnęli 65 lat (od 1 października 2017 roku) przysługuje świadczenie emerytalno-rentowe. Wysokość emerytury zależy m.in. od liczby przepracowanych lat oraz od wysokości dochodów. Osoby, które osiągnęły wiek emerytalny, a nie wypracowały odpowiedniej liczby lat, lub z innych względów nie przysługuje im świadczenie emerytalne, mają możliwość otrzymania z pomocy społecznej zasiłku stałego, którego zadaniem jest zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, zgodnie z art. 37 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej [Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593].

Podsumowanie

Ogólnie przyjęte normy moralne i społeczne wskazują, jak należy zachowywać się względem najbliższej osoby. Dla rodziców i ich dzieci czymś naturalnym powinna być wzajemna opiekuńczość i troska podyktowana miłością, szacunkiem i bezinteresownością. Przepisy prawa zawarte w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym chronią stosunki osobiste pomiędzy rodzicami i dziećmi przed niegodziwym zachowaniem, które osłabia więzi rodzinne [Dz. U. z 2017 r. poz. 682]. Wszelkie przepisy i normy prawne, wskazując prawidłowe stosunki między członkami rodziny, powinny być dla nich swoistym drogowskazem. Obowiązek wzajemnej pomocy dzieci i rodziców trwa do śmierci jednych lub drugich.

Bibliografia

Bąbka J. (2006), *Psychospołeczne aspekty przystosowania się osób starych do warunków życia w domu pomocy społecznej*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka (1950).

Frąckiewicz L. (1985), *Karta praw człowieka starego*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.

GUS (2016), *Ludność w wieku 60+: struktura demograficzna i zdrowie*, GUS, Warszawa.

Hryniewicz J. (2012), *O sytuacji ludzi starszych*, Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.

Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 2017 r. poz. 682.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (1997).

Leki refundowane: zmiany od 1 września 2017 roku (2018), [online] www.dziennik.zachodni.pl/zdrowie/a/nowa-lista-lekow-refundowanych-od-1-wrzesnia-2017-szesc-waznych-zmian,24175/18, dostęp: 2.02.2018.

Zych A.A. (1995), *Człowiek wobec starości*, [w:] *Człowiek stary ma prawo do życia*, Wyd. Biblioteka Pracownika Socjalnego, Warszawa.

Trociuk S. (2012), *Prawa człowieka. Poradnik dla osób starszych*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.

Urząd Miasta Łodzi (2017), *Informator 60+*, [online] <https://uml.lodz.pl/dla-seniorow/informator-60.pdf>, dostęp: 21.11.2017.

Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 roku o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, Dz. U. z 1991 r. Nr 17 poz. 75.

Ustawa z dnia 20 czerwca 1992 roku o uprawnieniach do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, Dz. U. z 1992 r. Nr 54 poz. 254.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 1994 r. Nr 111 poz. 536.

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. z 1998 r. Nr 162 poz. 1118.

Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz. U. z 1999 r. Nr 60 poz. 636.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. z 2003 r. Nr 228 poz. 2255.

Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2004 r. Nr 210 poz. 2135.

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. z 2003 r. Nr 228 poz. 2255.

Człowiek w wieku podeszłym a akty przemocy w rodzinie

Rozważając problem przemocy, różne jej rodzaje i zróżnicowany stopień nasilenia, oraz dokonując jej oceny, należy najpierw jak najdokładniej ustalić, o czym się mówi. Przemoc oznacza relacje zachodzące między jednym człowiekiem a drugim bądź między grupą ludzi lub zespołem ludzkim a jednostką. Można zatem pokusić się o stwierdzenie, że słowo „przemoc” używane jest głównie dla oznaczenia relacji między ludźmi opierających się na użyciu siły, w których jedna strona używa siły znaczenie większej niż ta, jaką dysponuje strona, wobec której siły się używa. Jednak, jeżeli siły są mniej więcej równe lub jeśli jedna strona ma przewagę, która nie jest przewagą zbyt dużą, nie mówimy wówczas o przemocy, lecz, w przypadku dążeń przeciwstawnych lub niezgodnych, o starciu, walce czy zmaganiu [Pospiszył 1999, s. 14].

Definicje przemocy i jej cechy

W *Słowniku języka polskiego* przemoc zdefiniowana jest jako „siła przeważająca czyjąś siłę; fizyczna przewaga wykorzystywana do czynów bezprawnych dokonywanych na kimś; narzucana bezprawnie władza; panowanie; czyny bezprawne dokonywane z użyciem fizycznego przymusu; gwałt” [za: Ptak 2017].

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc jako celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub

przeciwko grupie lub społeczności, co powoduje (lub jest prawdopodobne, że spowoduje) zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenia w rozwoju lub depryzację. Ta definicja pokazuje, iż przemoc to nie tylko akty fizycznej napaści, ale również groźby i zastraszanie [Pietruszka 2000].

J. Mellibruda uważa, że przemoc cechuje się następującymi właściwościami:

- jest zawsze interpersonalna;
- powoduje zawsze jakieś szkody;
- lubi się powtarzać – często pierwszy atak przemocy jest dziełem przypadku – poczucie bezkarności toruje drogę przemocy;
- za przemoc, bez względu na to, co zrobiła ofiara, odpowiedzialny jest sprawca;
- grożenie przemocą jest aktem przemocy;
- przemoc jest często zagłuszaniem poczucia niemocy;
- przemocą jest naruszenie jakichkolwiek praw i dóbr osobistych jednostki;
- nie każda forma przemocy jest ścigana przez prawo [Mellibruda 1998].

Można wyodrębnić cztery wiodące cechy charakteryzujące zjawisko przemocy, a mianowicie:

- 1) **JEST INTENCJONALNA** – przemoc jest zamierzonym działaniem człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary.
- 2) **SIŁY SĄ NIERÓWNOMIERNE** – w relacji jedna ze stron ma przewagę nad drugą: ofiara jest słabsza, a sprawca silniejszy.
- 3) **NARUSZA PRAWA I DOBRA OSOBISTE** – sprawca, wykorzystując przewagę, jaką daje mu siła, narusza podstawowe prawa ofiary (np. prawo do nietykliwości fizycznej, godności, szacunku itd.).
- 4) **POWODUJE CIERPIENIE I BÓL** – sprawca naraża zdrowie i życie ofiary na poważne szkody. Długotrwałe doznawanie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony [www.niebieskalinia.pl, dostęp: 30.01.2018].

Przemoc wobec seniorów

W dzisiejszych czasach trudno znaleźć społeczność wolną od przemocy. Jest ona wszechobecna, widzimy ją wszędzie: oglądając telewizję, słuchając radia, przeglądając prasę. W naszym społeczeństwie zainteresowanie problematyką przemocy wobec osób starszych zwiększa się w chwili ujawniania przez media jej drastycznych przykładów. Wtedy mówi się o statystykach i sygnalizuje, że problem się pojawia. Zaczynają się mnożyć kontrole w różnych placówkach zajmujących się osobami starszymi, żeby, na jakiś czas, wszystko wróciło do normy. Opracowywane są wyniki kontroli, które pokazują, iż problem przemocy wobec osób starszych na terenie placówek i instytucji jest marginalny. Bo tak naprawdę największa skala przemocy wobec starszych ma miejsce w zaciszu domowym. Dane szacunkowe mówiące o tym, ile osób powyżej 65. roku życia doznało przemocy i zaniedbania ze strony członków rodziny pokazują, że ich liczba zawiera się w przedziale 4–10%. Jednocześnie mówi się, że tylko 1 na 6 przypadków zostaje ujawniony i zgłoszony odpowiednim służbom. Okazuje się, że ponad 20% 70-letnich mężczyzn wskazuje na brak opieki, a 13% ma poczucie izolacji w sprawach rodzinnych [TNS OBOP 2010]. Jednak z uwagi na występowanie zjawiska feminizacji starzenia się, problem przemocy w znacznym stopniu dotyczy przede wszystkim starszych kobiet. Już w 1975 roku został opisany syndrom „bitej Babci”.

Kobiety w większości skarżą się na izolację, brak opieki emocjonalnej i nieokazywanie uczuć. Badania sondażowe pokazały, iż sytuacja kobiety po 65. roku życia wygląda następująco:

- 24% doświadcza wyzywania lub obrażania przez mężów,
- 17% doświadcza poniżania lub wyśmiewania,
- 11% doświadcza szantażu lub groźby,
- 8% doświadcza szarpania i popychania [TNS OBOP 2010].

Przemoc i zaniedbania wobec seniorów są tematami tabu. Wielu ludzi nie przyznaje się do złego traktowania osób starszych. W naszej kulturze starość wiąże się z przywilejami, utożsamiana jest z mądrością i życiowym doświad-

czeniu. Czcij ojca swego i matkę swoją, ustępuj miejsca starszym, okaż im szacunek, pomagaj w codziennych czynnościach – tak powinien dać się scharakteryzować nasz stosunek do ludzi starych. Jednak dane statystyczne pokazują zupełnie inny obraz życia starszych osób w naszym społeczeństwie. Człowiek, który doświadcza przemocy potrzebuje wszechstronnej pomocy: socjalnej, materialnej, psychologicznej, lekarskiej oraz prawnej. Dlatego bardzo ważne jest sprawne działanie wszystkich profesjonalnie pomagających osób. Pracownicy socjalni, lekarze, pielęgniarki, policjanci, psycholodzy, terapeuci i wszyscy zajmujący się w swojej pracy problematyką społeczną natrafiają na zjawisko przemocy. Przykre jest to, iż niewielu z nich jest przeszkolonych po kątem diagnozy przemocy, zwłaszcza wobec seniorów, a dla systemu służby zdrowia opieka nad starszymi ludźmi nie jest priorytetem. Natomiast, gdyby tak było, istniałaby możliwość sprawnego i skutecznego udzielania im pomocy. Przemoc wobec starych i schorowanych ludzi jest tematem, którego się unika, a przecież, żeby rozwiązać problem, najistotniejsze jest, aby go najpierw nazwać, a następnie o nim mówić.

W debatach o zjawisku przemocy wobec starszych osób należy uwzględnić m.in. kontekst kulturowy, w którym przemoc ta ma miejsce, różne pojmowanie ról w danej społeczności oraz to, jak w danej kulturze postrzegane są osoby starsze, które z powodu osłabienia sił fizycznych i psychicznych są narażone na przemoc. Bardzo często, mówiąc o przemocy w rodzinie w pierwszej kolejności myślimy o dzieciach, żonie lub partnerce sprawcy. Jesteśmy zszokowani, kiedy okazuje się, że ofiarą przemocy jest osoba starsza. Niestety, przemoc i zaniedbania wobec osób starszych są dobrze ukryte przed opinią publiczną. Jest to spowodowane głównie małą aktywnością osób starszych poza miejscem swojego zamieszkania. Mają one też mniejszy kontakt z innymi osobami (spoza rodziny), co związane jest z chorobą lub śmiercią przyjaciół, znajomych. Zapobieganie przemocy wobec seniorów jest bardzo ważnym tematem w starzejącym się świecie, bo należy podkreślić, że przemoc wobec osób starszych jest problemem uniwersalnym [Halicka, Halicki 2010, ss. 210–211]. Badania pokazują, że występuje on bez względu na stopień

rozwoju danego kraju. Jednak dopiero w ostatnich latach zjawisko to zaczęło być postrzegane jako ogólnoswiatowy problem. W kwietniu 2002 roku, w Madrycie, wszystkie kraje ONZ przyjęły dokument zatytułowany *United Nation International Plan of Action*, w którym bardzo wyraźnie podkreśla się wagę zapobiegania temu problemowi oraz wskazuje, że ochrona osób starszych przed przemocą należy do uniwersalnych praw człowieka [za: Staręga 2003].

Rodzaje przemocy i jej przyczyny

Przemoc wobec osób starszych może być zdefiniowana jako pojedyncze lub powtarzające się działanie lub brak odpowiedniego działania, występujące w jakiegokolwiek relacji, w której oczekuje się zaufania, a która powoduje krzywdę bądź cierpienie osoby starszej. Może ona przybierać różne formy, a więc chodzi nie tylko o przemoc: fizyczną, psychiczną, seksualną, ekonomiczną, ale także o formę intencjonalnego lub nieintencjonalnego zaniedbania [za: The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse 2002]. Nawiązując do powyższej definicji, można powiedzieć, że przemoc to nie tylko stosowanie siły, ale również maltretowanie i bierne zaniedbanie. Uważa się, że zaniedbanie bardzo często sygnalizuje przemoc emocjonalną, fizyczną lub seksualną. Również nieokazywanie uczuć, lekceważenie emocjonalne czy brak opieki mogą zranić tak samo jak użycie siły. Występowanie przemocy w rodzinie wobec osób starszych zależy od wielu czynników. Jednym z nich są zaburzone relacje pomiędzy członkami rodziny i sprawującymi opiekę: związek małżeński, konflikty małżeńskie, rodzina zrekonstruowana, konkubinat, rodzina w separacji, samotny rodzic.

Inne przyczyny, które należy tu wskazać to: stosunek do osób w podeszłym wieku wymagających opieki, wielkość rodziny, konieczność spełniania oczekiwań osób pozostających pod opieką. Nie bez znaczenia są też: złe warunki mieszkaniowe, alkoholizm czy nadużywanie środków psychotropowych, bezrobocie, brak wystarczającej ilości czasu, zagrożenie autorytetu opiekuna, zły system wartości, obniżona samoocena. Często przemoc ta jest po prostu

efektem braku umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z koniecznością opiekowania się osobą absorbującą swoją niezaradnością życiową, upośledzoną fizycznie lub umysłowo, nie zrównoważoną emocjonalnie, nadmiernie wymagającą [Lipowska-Teutsch 1993, s. 6].

W początkowym etapie stosowania przemocy dochodzi do rzadkich i powodujących niewielkie urazy incydentów, które z czasem stają się ciągłym lub częstym maltretowaniem z poważnymi następstwami fizycznymi i psychicznymi. Jeżeli w wyniku tych zdarzeń sprawca nie ponosi konsekwencji swoich działań, następuje nasilenie agresji. Niejednokrotnie są to ataki słowne mające na celu upokorzenie ofiary. Stosowane są również groźby przemocy fizycznej, tj. szarpanie, popychanie, izolowanie, uwięzienie w pokoju lub inne formy maltretowania, takie jak wyzyskiwanie czy pozbawienie jedzenia. Zdarza się zmuszanie seniora do zmiany testamentu, przepisania różnych dóbr. Jednak najczęstszą formą przemocy ekonomicznej jest odbieranie całej emerytury lub renty. Bardzo trudnym przypadkiem jest przemoc związana z nadużywaniem alkoholu przez opiekuna. Dochodzi wtedy do odbierania i przepisywania świadczeń z ZUS-u. Nadużywający alkoholu opiekun (najczęściej jest to syn) zaniedbuje starszą osobę: nie wykonuje czynności pielęgnacyjnych czy higienicznych, nie podaje leków, zaniedbuje wizyty u lekarza czy ogranicza żywienie, bo „stary człowiek nie musi tyle jeść”. Bardzo często pewne działania, mające znamiona przemocy, usprawiedliwia się chorobą i niepełnosprawnością seniora. Zaliczyć do nich można ograniczenie wolności – zamykanie w jednym pomieszczeniu uniemożliwiające swobodne korzystanie z łazienki lub innych pomieszczeń dla dobra i bezpieczeństwa seniora. Zabrania się też w imię tego starszej osobie przyjmowania gości czy korzystania z telefonu lub/i odbiera się jej prawo do posiadania tajemnic i podejmowania decyzji. Osoby starsze uzależnione od opiekunów są częściej ofiarami zaniedbywania, natomiast niezależni starzy ludzie są częściej krzywdzeni fizycznie [Sawicka, Żuk 2010, ss. 278–281].

Fazy przemocy

Przemoc nie jest zdarzeniem pojedynczym, może trwać latami i wtedy przybiera postać cykliczną. Składa się z trzech występujących po sobie faz:

- 1) Faza pierwsza – **narastające napięcie**. Ma miejsce, kiedy sprawca jest coraz częściej poirytowany, ma o wszystko pretensje, prowokuje kłótnie. W tym czasie ofiara stara się go uspokoić, spełnia wszystkie jego zachcianki lub wycofuje się, chcąc w ten sposób nie prowokować ataku agresji. Zdaje sobie sprawę, że napięcie związane z tą fazą jest tak duże, że sama ofiara jednak w końcu prowokuje awanturę, żeby mieć to już za sobą.
- 2) Faza druga – **gwałtowna przemoc**. Sprawca wpada w szał, wyładowuje swoją frustrację, bijąc oraz upokarzając ofiarę, która – będąc w szoku – jest apatyczna i bezradna. Nie jest też w stanie myśleć racjonalnie, bo nie pozwala jej na to bardzo duży strach, który odczuwa.
- 3) Faza trzecia – **miodowy miesiąc**. Sprawca przeprosza za swoje czyny – początkowo żałuje tego, co zrobił i okazuje skruchę oraz obiecuje poprawę. Sam stawia się w roli ofiary i tłumaczy tym swoje postępowanie, zapewnia o swojej miłości. Stara się być miły, uczynny, opiekuńczy i troskliwy. Deklaruje, iż nie chciał tego zrobić i że więcej już tak nie postąpi. Osoba doświadczająca przemocy doznaje ulgi po ataku, bo rozładowane napięcie sprawcy daje trochę spokoju i wytchnienia. Niestety, jeżeli sprawca nie ponosi żadnych konsekwencji swoich czynów, coraz rzadziej przeprosza, utrzymuje wrogą, milczącą postawę lub obwinia ofiarę o swoją agresję. Jest to faza, w której ofiara coraz bardziej wikła się w związek ze sprawcą [Albański 2010, s. 26].

Charakterystyka sprawcy przemocy i mity o przemocy

Sprawcami przemocy wobec osób starszych najczęściej są mężczyźni – współmałżonek lub dorosły syn ofiary, a sytuacją jej sprzyjającą jest zależ-

ność ofiary od sprawcy. W przypadku ludzi starych dosyć typowe są dwie tendencje: na przemoc narażeni są bardziej rodzice uzależnieni od dzieci, ale także rodzice, od których dzieci są uzależnione ekonomicznie [Pospiszyl 1999, s. 131]. Sprawcami przemocy są osoby, które w dzieciństwie były świadkami przemocy, mają przekazany taki wzorzec zachowania w stosunku do osób starszych lub kiedyś były ofiarami obecnych seniorów.

Z kolei, jeżeli sprawcami są partnerzy, to – według badań – przyczyną przemocy może być wieloletni nieudany związek małżeński, w trakcie, którego dochodziło do agresywnych zachowań, frustracja po przejściu na emeryturę lub nadużywanie alkoholu.

W grupie osób starszych, kobiety częściej doznają od mężów przemocy psychicznej związanej z izolacją od otoczenia, ograniczaniem kontaktów, kontrolowaniem. Pojawia się tu specyficzne zjawisko zniewolenia i kontroli, których celem jest absolutna dominacja nad kobietą i utrzymanie patriarchy [Stark 2007]. Kobieta, będąc ofiarą przemocy, podporządkowuje się żądaniom i potrzebom sprawcy, uważa go za wszechwładnego i wszechobecnego. Natomiast próby przeciwstawienia się tej sytuacji powodują, iż sprawca zaczyna stosować coraz bardziej wymyślne sposoby na to, by móc izolować ofiarę, w wyniku czego osoba-ofiara zostaje usidlona (efekt niewidzialnej klatki) [Maćkiewicz 2016]. Nie bez znaczenia, jeśli chodzi o zjawisko przemocy, są mity społeczne, które dają przyzwolenie na przemoc wobec ludzi starszych, w tym kobiet. Poniżej wymieniono te najbardziej popularne, zestawiając je z obiektywnym obrazem sytuacji, której dotyczą:

MIT: Kobiety zawsze były bite i nic się nie da zrobić w tej sprawie.

FAKT: Od wielu lat mówi się głośno o złym traktowaniu kobiet, prowadzone są szkolenia i badania na ten temat.

MIT: Jak matka dzieci traktowała, tak ją traktują.

FAKT: Nie ma usprawiedliwienia dla przemocy dzieci wobec rodziców.

MIT: Kobieta jest odpowiedzialna za relacje w rodzinie.

FAKT: Za relacje odpowiedzialni są oboje rodzice (kobieta i mężczyzna). To od nich dzieci uczą się szanowania innych i siebie.

MIT: Ludzie, którzy używają przemocy są chorzy psychicznie.

FAKT: Nie ma bezpośredniego związku pomiędzy przemocą w rodzinie a chorobą psychiczną. U podłoża przemocy leży dążenie do przejęcia kontroli i pokazania siły.

MIT: Ofiary przemocy musiały zrobić coś, żeby zasłużyć sobie na przemoc.

FAKT: Nikt nie zasługuje na zniewagi i bicie. Wielu sprawców przemocy stawia swoim ofiarom absurdalne wymagania i oczekuje od nich rzeczy niewykonalnych. Dla sprawcy każdy pretekst jest dobry.

MIT: Prawdopodobieństwo doświadczenia przemocy ze strony obcego człowieka jest większe niż ze strony członka rodziny.

FAKT: Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem częstszym niż ta, na jaką jesteśmy narażeni na ulicy, w barze lub w miejscu pracy.

MIT: Prośzenie dzieci o pieniądze, występowanie o alimenty jest poniżające.

FAKT: Obowiązek alimentacyjny dotyczy dorosłych dzieci rodziców, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej. Instytucje pomocy społecznej udzielają pomocy tylko w sytuacji, gdy osoby zobowiązane ustawowo do wspierania członków rodziny nie są w stanie skutecznie tego zrobić.

MIT: Przemoc w rodzinie to prywatna sprawa jej członków.

FAKT: Przemoc w rodzinie nie jest sprawą prywatną, lecz przestępstwem i istotnym problemem społecznym.

MIT: Przemoc w rodzinie dotyczy wyłącznie ludzi z niższych klas społecznych.

FAKT: Przemoc w rodzinie może dotknąć każdego z nas. Badania pokazują, że osoby stosujące przemoc pochodzą z różnych grup społecznych i jest to zjawisko występujące niezależnie od np. poziomu wykształcenia.

MIT: Sprawcy przemocy działają pod wpływem alkoholu.

FAKT: Większość osób stosujących przemoc robi to na trzeźwo.

MIT: To jednorazowe incydenty, które się nie powtarzają.

FAKT: Przemoc wobec członka rodziny rzadko jest jednorazowym incydentem. Zazwyczaj to pierwsze ogniwo w łańcuchu aktów nasilającej się przemocy.

MIT: Korzystanie z pomocy społecznej to wstyd.

FAKT: Pomoc społeczna oferuje wiele rodzajów pomocy osobom i rodzinom, które z różnych powodów znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. Każdy z nas może znaleźć się w takiej sytuacji, bez swojej winy. Oprócz świadczeń pieniężnych pomoc społeczna oferuje różnego rodzaju pomoc niepieniężną, np. w postaci pracy socjalnej lub specjalistycznego poradnictwa [www.kampaniaprzemoc.pl, dostęp: 30.01.2018].

Charakterystyka ofiary przemocy – seniora

Bardzo dużym problemem jest niechęć osób starszych do ujawniania przemocy, jakiej doświadczają ze strony swoich dzieci, wnuków, współmałżonka. Poczucie obowiązku chronienia ich i wspierania powoduje, że cierpią w milczeniu. Starzy rodzice często czują się odpowiedzialni za zachowanie swoich dorosłych dzieci, zgodnie z mitem, że na to zasłużyli, bo tak sobie je wychowali. Jest to też związane z odczuwanym przez nich wstydem, że zawiedli jako rodzice. Bardzo istotne jest, by zachęcać seniorów do zmiany takiego sposobu myślenia.

Najbardziej typową cechą sprawców przemocy jest ich pozorna normalność. Nieprawdą jest, że przemocy dopuszczają się tylko osoby uzależnione, chore psychicznie, takie, które nie radzą sobie w społeczeństwie. Słabość, zależność drugiej osoby, bywa wykorzystywana przez osoby, po których nigdy byśmy się tego nie spodziewali. Ofiara jest izolowana od świata zewnętrznego i w związku z tym dalszy rozwój sytuacji zależy od agresora.

Osoby starsze, które nie akceptują swojej sytuacji i po przejściu na emeryturę nie mogą odnaleźć się w swojej nowej roli społecznej, czasem są samotne, częściej cierpią z powodu objawów depresji. Stan depresji nie pomaga we wprowadzaniu zmian w życiu, ogranicza aktywność i powoduje trwanie w trudnej sytuacji, która wtedy jeszcze bardziej wydaje się być bez wyjścia. Każda przemoc dziejąca się w rodzinie ma swoje fazy, w których sprawca, poza okresami, gdy krzywdzi, miewa lepsze dni, kiedy dobrze traktuje swoją ofiarę. Dlatego ludzie starsi nie chcą mówić o przemocy w swoim życiu, bardzo często tłumaczą swoich oprawców (dzieci), że gdyby byli bardziej sprawni, samo-

dzielni, pomocni, sytuacja poprawiłaby się – czują się winni. Osoby te boją się również konsekwencji ujawnienia przemocy: umieszczenia w domu pomocy społecznej, utraty swojego domu – obawiają się tego, pomimo iż jest w nim piekło. Odczuwają strach przed całkowitym odrzuceniem, przed eskalacją agresji. Wmawiają sobie, że taki stan jest czymś normalnym.

Mechanizmy obronne ofiar przemocy

U osób doświadczających przemocy bardzo często dochodzi do nieświadomych mechanizmów obronnych, które pozwalają przetrwać, ale nie rozwiązują problemu. Wśród nich należy wymienić: zespół zaburzeń stresu pourazowego, proces wiktylizacji, syndrom wyuczonej bezradności, syndrom sztokholmski oraz tzw. pranie mózgu.

Zespół zaburzeń stresu pourazowego (PTSD). Podstawowymi objawami tego zaburzenia jest przeżywanie charakterystycznego paraliżu emocjonalnego, unikanie tego, co przypomina uraz, a także stany hiperpobudzenia. Pomimo upływu czasu pojawiają się koszmary senne i bezsenność, wstrząsające wspomnienia i wizje na jawie. Ofiara czuje, jakby jej uczucia były w stanie zamrożenia lub związania. Towarzyszy temu nagła chęć ucieczki lub walki bez uzasadnienia. Obawia się, że zwariowała, nie rozumie tego, co się z nią dzieje. W przypadku osób, które przeżyły jednorazowe doświadczenia raniące, objawy PTSD może załagodzić odpowiednia pomoc terapeutyczna. Natomiast u ofiar wielokrotnych aktów przemocy domowej dochodzi do poważnego osłabienia sił, a zaburzenia mogą osiągać większe rozmiary niż u innych osób [Mellibruda 1998].

Proces wiktylizacji. Ofiary doświadczające zespołu zaburzeń stresu pourazowego i poddawane dodatkowo intensywnej przemocy psychicznej często cierpią na skutek tzw. procesu wiktylizacji, który zmienia poczucie tożsamości maltretowanej osoby. W miarę upływu czasu powtarzająca się przemoc burzy utrwalony obraz życia i własnej osoby, na którym była oparta dotychczasowa egzystencja. Osoba taka traci zaufanie do siebie, poczucie

bezpieczeństwa i uporządkowania życia, zaczyna również źle o sobie myśleć. Uważa, że bycie ofiarą przemocy jest jej nieuchronnym przeznaczeniem do końca życia. Zaczyna tracić nadzieję i poczucie godności. Zdarza się, że w akcie desperacji podejmuje zamach na swoje życie lub na życie sprawcy. Jeżeli ofiara utrwalonej przemocy w rodzinie, nie otrzyma pomocy z zewnątrz jej szanse na wyrwanie się z jej kręgu są niewielkie [Mellibruda 2009, ss. 28–29].

Syndrom wyuczonej bezradności. Kobiety doświadczające aktów przemocy na początku podejmują różne działania mające wpłynąć na zmianę sytuacji („od prośby do groźby”). W momencie, gdy kobiety nabierają pewności nieskuteczności swoich posunięć, rodzi się w nich poczucie bezradności. Wyuczona bezradność przejawia się biernym znoszeniem przez ofiarę zachowań krzywdzących, pomimo pełnej świadomości, że zachowania te są bezprawne, że naruszają prawa osobiste i normy społeczne. Wyuczona bezradność jest najczęstszym objawem u osób doznających przemocy. Nawarstwianie się niekorzystnych doświadczeń odgrywa znaczącą rolę w powstaniu i ujawnianiu się tego syndromu. Jego skutki łagodzi stopniowe odzyskiwanie przez osobę doznającą przemocy kontroli nad swoją osobą i swoim życiem [Pospiszyl 1999, ss. 191].

Wyuczona bezradność ma wiele negatywnych następstw, które mogą objawić się jako:

- 5) 1. Deficyt poznawczy, polegający na przekonaniu, iż nie ma takich sytuacji, w których możliwa jest zmiana, a w konkretnej sytuacji nic nie można zrobić i nikt nie jest w stanie pomóc.
- 6) 2. Deficyt motywacyjny, polegający na tym, że osoba zachowuje się biernie, jest zrezygnowana, nie podejmuje żadnych działań, aby zmienić swoją sytuację.
- 7) 3. Deficyt emocjonalny, polegający na: stanach apatii, depresji; odczuwaniu lęku, zmęczenia, wrogości oraz poczuciu niekompetencji [www.niebieskalinia.pl, dostęp: 30.01.2018].

Syndrom sztokholmski. Jest on paradoksalną reakcją obronną. Objawia się pewnego rodzaju fascynacją osobą sprawcy i szukaniem ratunku u niego. Ist-

nieje kilka czynników decydujących o wzroście prawdopodobieństwa rozwoju syndromu sztokholmskiego, a mianowicie:

- występuje realne zagrożenie zabójstwem i ofiara ma tego świadomość,
- życie ofiary faktycznie zależy od sprawcy,
- zachowanie agresora wobec ofiary postrzegane jest jako nacechowane szczególnego rodzaju uprzejmością, a ofiara jest izolowana od świata zewnętrznego, w związku z czym dalszy rozwój sytuacji zależy od agresora [Pospiszyl 1994, s. 195].

Pranie mózgu. Zjawisko to prowadzi do wielu regresywnych zmian w osobowości ofiar. Skutkiem tego jest ich bezradność, zanik krytycznego myślenia, powrót do myślenia życzeniowego, czasami zanik uczuć wyższych. Procesy prania mózgu powodują całkowite podporządkowanie, utratę poczucia własnej wartości i własnych przekonań oraz bezkrytyczne przyjmowanie wizji rzeczywistości wykreowanej przez sprawcę. Osoby doznające przemocy zmniejszają swoją aktywność, wycofują się z działania i unikają podejmowania trudnych zadań. Uważają, że są głupie i mało zdolne. Łatwo ulegają sugestiom i manipulacjom. Starają się zmienić swoje przyzwyczajenia, poglądy, by dostosować się do życzeń sprawcy. Przeżywają silne poczucie zagrożenia, mają duże poczucie winy, wstydu i lęku. Od sprawcy oczekują tylko kary, ponieważ mają przekonanie, że są pełne wad, a wszystko, co robią jest niewłaściwe. Takie przeżywanie silnego poczucia winy kieruje złość i agresję w stronę własnej osoby, a to z kolei powoduje, że sprawca może czuć się bezkarnie [www.niebieskalinia.pl, dostęp: 30.01.2018].

Podsumowanie

W działaniach profilaktycznych przeciwko przemocy wobec osób starszych znaczącą rolę odgrywa zmiana postaw społecznych i przełamywanie stereotypów. Jest to długofalowy proces, którego celem jest edukacja całego społeczeństwa, począwszy od najmłodszego pokolenia. Wiodącą rolę odgrywają w tym zakresie pedagodzy, którzy w procesie dydaktyczno-wychowawczym

mają możliwość oddziaływania nie tylko na postawy dzieci, ale również ich rodziców, będących przecież potencjalnymi opiekunami osób starszych. W ten proces powinny być zaangażowane także organizacje pozarządowe, media i Kościół. Należałoby organizować integracyjne spotkania międzypokoleniowe, podczas których byłaby możliwość wzajemnego poznania się, porozmawiania o trudnościach życia codziennego, o pasjach i radościach. Takie spotkania sprzyjałyby przełamywaniu stereotypów i budowaniu pozytywnych relacji międzypokoleniowych, a przede wszystkim nie pozwalałyby na izolację społeczną osób starszych. Ważną sprawą jest uświadomienie samych seniorów na temat ich praw oraz istnienia instytucji i miejsc w środowisku lokalnym, gdzie mogą uzyskać nieodpłatną pomoc. Dobrym rozwiązaniem byłby telefon zaufania (bezpłatna infolinia) przeznaczony tylko dla seniorów. Ważne jest podjęcie działań profilaktycznych związanych z obciążeniami, jakim podlegają opiekunowie osób starszych. W przypadkach całkowitej zależności seniorów od swych opiekunów, którymi głównie są dorośle dzieci, ważne jest zapewnienie wsparcia w sprawowaniu tej opieki przez np. pielęgniarki, asystentów osoby starszej, opiekunki PCK, a więc osoby, które są w stanie odciążyć głównego opiekuna, np. na kilka godzin dziennie, w jego obowiązkach.

Przemoc – zwłaszcza w relacjach rodzinnych – zawsze wiąże się z poczuciem wstydu, poniżenia i winy, stąd jej zgłaszanie rodzi taki opór wśród ofiar. Ze względu na wiele czynników mających wpływ na wielkość danych ocena zjawiska przemocy wobec osób starszych jest bardzo trudna i statystyki w tym zakresie są mocno zaniżone. Oprócz odczuwania negatywnych emocji, ofiary często są przekonane o bezkarności i braku skutecznego ścigania sprawców. Dlatego, ze względu na nasilanie się zjawiska przemocy w stosunku do osób starszych, bardzo ważne jest prowadzenie szeroko pojętej profilaktyki i kampanii społecznych oraz badań, które przyczynią się do powstawania programów pomocowych i przeciwdziałania przemocy. Powinniśmy również pamiętać, że jeżeli będziemy dbać o siebie i szczęście nam dopisze, to sami dożyjemy starości i, niestety, możemy podzielić los dyskryminowanych teraz osób starszych.

Bibliografia

Albański L. (2010), *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Wyd. Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra.

Halicka M., Halicki H. (red.) (2010), *Przemoc wobec ludzi starych*, Wyd. Temida2, Białystok.

Maćkiewicz J. (2016), *Sponiewierana starość*, „Niebieska Linia”, nr 5.

Mellibruda J. (red.) (1998), *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry*, Wyd. PARPA, Warszawa.

Mellibruda J. (2009), *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa.

Krahe B. (2005), *Agresja*, J. Suchecki (tłum.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Lipowska-Teutsch A. (1993), *Rodzina a przemoc*, Wyd. PARPA, Warszawa.

Pietruszka M. (2000), *Przemoc – wyzwanie dla świata*, „Niebieska Linia”, nr 6.

Pospiszyl I. (1994), *Razem przeciw przemocy*, WSiP, Warszawa.

Pospiszyl I. (1999), *Razem przeciw przemocy*, WSiP, Warszawa.

Ptak K. (2017), *Przemoc i agresja w instytucjach resocjalizacyjnych dla nieletnich dziewcząt*, „Nauczyciel i Szkoła”, nr 1.

Sawicka Z., Żuk C. (2010), *Przemoc wobec ludzi starych w świetle materiałów ośrodka interwencji kryzysowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku*, [w:] M. Halicka, H. Halicki (red.), *Przemoc wobec ludzi starych*, Wyd. Temida2, Białystok.

Staręga A. (2003), *Przemoc wobec osób starszych*, „Niebieska Linia”, nr 5.

Stark E. (2007), *Coercive Control. How Men Entrap Women in Personal Life*, Oxford University Press, New York.

The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse (2002), WHO.

TNS OBOP (2010), *Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn. Część I – Raport z badań ogólnopolskich. Wyniki badań*, [online] www.mpips.gov.pl, dostęp: 30.01.2018.

Strony WWW

www.niebieskalinia.pl, dostęp: 30.01.2018.

www.kampaniaprzemoc.pl, dostęp: 30.01.2018.

Człowiek w wieku podeszłym a rodzina

Rodzina stanowi podstawę społeczeństwa, jest najważniejszą grupą odniesienia dla wszystkich ludzi. Jednocześnie zdefiniowanie terminu „rodzina” nie jest proste. Potocznie uważa się, że jest to grupa spokrewnionych osób, prowadzących wspólne gospodarstwo domowe i łączących swoje źródła utrzymania. Ponadto, należy zauważyć, że określenie, czym jest rodzina, sprawia trudności zarówno psychologom, socjologom, jak i pedagogom. Wynikają one stąd, iż odpowiednia definicja powinna uwzględniać wszystkie formy życia rodzinnego charakterystyczne dla społeczeństw różnych kultur, okresów historycznych i ustrojów [Szczepański 1970, s. 70].

Życie rodzinne dla osób w podeszłym wieku to istotny element ich funkcjonowania, gwarantujący poczucie bezpieczeństwa, opiekę oraz akceptację. Szczęście rodzinne jest ważną życiową wartością. Dążenie do zaspokojenia potrzeb rodziny motywuje naszą aktywność. Rodzina jest najważniejszym kręgiem społecznym, w którym szukamy wsparcia i pomocy i w którym najczęściej stary człowiek spotyka się z szacunkiem i zrozumieniem. Z rodziną spędzamy znaczną część czasu, jest ona też najważniejszą grupą, w której ludzie będący w starszym wieku i jednocześnie niepracujący zawodowo, nawiązują międzypokoleniowe relacje [CBOS 2009, s. 6]. Osoby starsze oczekują od swojej najbliższej rodziny wsparcia pod wieloma względami. Wydaje się to być zjawiskiem naturalnym, chociażby ze względu na bliskie więzi emocjonalne czy ekonomiczne, ponadto, skoro wcześniej oni – dziadkowie – opiekowali się

dziećmi, wspierali duchowo, wychowywali, dbali o zdrowie i edukację swoich dzieci, teraz, jako osoby starsze, mają prawo liczyć na podobne traktowanie i szacunek ze strony młodego pokolenia. Jakość życia osób, które ukończyły 65 lat różni się w zależności od wielu czynników m.in. takich, jak:

- stan cywilny i skład rodziny,
- posiadanie, bądź nie, dzieci i wnucząt,
- miejsce zamieszkania (wieś, miasto),
- wykształcenie, a co za tym idzie sposoby spędzania wolnego czasu,
- posiadanie emerytury oraz jej wysokość,
- życie zawodowe w przeszłości,
- stan zdrowia etc.

Ludzie w wieku poprodukcyjnym w dalszym ciągu mogą i chcą być aktywni właśnie w rodzinie. Pomagają w opiekowaniu się wnukami, wykonywaniu codziennych prac domowych, tj. dokonywaniu zakupów, odbieraniu wnuków z przedszkola lub szkoły, przygotowywaniu posiłków, a także przekazują wartości i tradycje rodzinne. Chcą być aktywni nie tylko na tym polu. Pragną realizować swoje marzenia, spełniać się w działalności społecznej, podróżować, aktywizować, a nawet edukować. Na podstawie badań dotyczących relacji międzypokoleniowych w polskich rodzinach z ostatnich lat wynika, iż oba pokolenia (wnuków i dziadków) uważają, iż najważniejsza rola, jaką obecnie pełnią w polskim społeczeństwie ludzie starsi, polega na pomocy w wychowywaniu wnuków oraz pomocy finansowej udzielanej dzieciom i wnukom. Są to więc zadania związane z relacjami międzypokoleniowymi [Szatur-Jaworska 2014, s. 28]. Rola dziadków dynamicznie się zmienia. W dzisiejszych czasach, rodziny przekształciły się z dużych, wielopokoleniowych w małe, samodzielne ekonomicznie, dwupokoleniowe. Obecnie młodzi ludzie, w pogoni za karierą, poświęcają pracy większość swojego czasu, kosztem rodziny. Często wyjeżdżają poza miejsce zamieszkania, a rola dziadków sprowadza się do pełnoetatowej opieki, gospodyni domowej, zastępczej matki. Natomiast wzrost świadomości ludzi przechodzących na emeryturę sprawia, iż chcą oni zająć się sobą. Pragną realizować marzenia, na które nie mieli wcześniej czasu bądź

możliwości. To jest dla nich czas podróży, zgłębiania wiedzy, np. na uniwersytetach trzeciego wieku, aktywizacji społecznej.

W ciągu kilkudziesięciu ostatnich lat rola dziadków w rodzinie bardzo się zmieniła, ponieważ zmieniła się sama rodzina – z trzypokoleniowej w nuklearną. W latach 60. XX wieku dziadkowie mieszkali ze swoimi dziećmi i wnukami pod jednym dachem. Nie zawsze podyktowane było to czynnikami ekonomicznymi. Dla ludzi starszych rodzina nadal jest najważniejszym i jedynie słusznym miejscem do życia, gwarantującym bezpieczeństwo, opiekę i akceptację. Jest najważniejszym, najbliższym środowiskiem naturalnym, gdzie powinny być rozwiązywane problemy emocjonalne, organizacyjne, bytowe, związane z codziennym funkcjonowaniem osób w podeszłym wieku. Taki styl życia pozytywnie wpływa zarówno na małe dzieci, jak i na osoby starsze. Dziecko wychowywane blisko swoich dziadków, uczy się, jak wygląda życie, kiedy zaczyna brakować sił, a zdrowie szwankuje. Jednocześnie młode pokolenie dowiaduje się wiele o historii swojego kraju, o zwyczajach, wierze i tradycjach rodzinnych. W rodzinach wielopokoleniowych w naturalny sposób wnuki uczą się szacunku do osób starszych. Dziadkowie natomiast czują się w rodzinie potrzebni i wartościowi. To oni scalają rodziny, są podporą, drogowskazem, dzięki nim członkowie rodziny czują się bezpiecznie.

Sposoby spędzania wolnego czasu

Większość polskich emerytów (65%) deklaruje, że ma bardzo dużo wolnego czasu. Co piąta osoba (21%) na emeryturze uważa, że ma za dużo wolnego czasu, natomiast co siódma (14%), że za mało.

W grupie osób, które twierdzą, że mają zbyt mało wolnego czasu, średnia wieku wynosi 63 lata, natomiast wśród osób usatysfakcjonowanych ilością wolnego czasu średnia wieku wynosi ok. 69 lat (zob. tab. 1) [CBOS 2012, s. 3].

Tabela 1. Ocena ilości wolnego czasu na emeryturze – odpowiedzi osób pobierających emeryturę

CBOS		
RYS. 3. CZY WYDAJE SIĘ PANU(I) ŻE OBECNIE MA PAN(I) ZA DUŻO, CZY TEŻ ZA MAŁO WOLNEGO CZASU? ■ Mam za mało wolnego czasu ■ Mam tyle wolnego czasu, ile mi potrzeba ■ Mam za dużo wolnego czasu, z którym nie wiem, co począć		
■ 14%	■ 65%	■ 21%

Źródło: [CBOS 2012, s. 3].

Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło badanie, podając emerytom listę różnych czynności oraz prosząc o określenie częstotliwości ich wykonywania (zob. tab. 2) [CBOS 2012, s. 3].

Tabela 2. Sposoby spędzania wolnego czasu przez emerytów

Jak na ogół spędza Pan(i) czas? Czy i jak często:	Tak, regularnie	Tak, od czasu do czasu	Tak, ale rzadko	Nie, nigdy
	W procentach			
- pomaga Pan(i) dzieciom, członkom rodziny w ich działalności zarobkowej – w prowadzeniu gospodarstwa rolnego, firmy	12	10	7	71
- opiekuje się Pan(i) wnukami/prawnukami	15	19	10	56

- pomaga Pan(i) dzieciom/rodzinie w prowadzeniu domu	13	15	6	66
- opiekuje się Pan(i) współmałżonkiem, rodzicami lub inną osobą/ osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi w rodzinie	15	3	4	78
- pracuje Pan(i) społecznie na rzecz innych ludzi, społeczności lokalnej, sąsiadów, parafii	2	5	5	88
- pracuje Pan(i) jako wolontariusz	0	0	2	98
- chodzi Pan(i) do kościoła, uczestniczy w nabożeństwach, mszach	56	16	9	19
- uczestniczy Pan(i) w działalności jakiejś grupy, wspólnoty religijnej	6	2	1	91
- spotyka się Pan(i) ze znajomymi, przyjaciółmi w domu	11	56	20	13
- spędza Pan(i) czas ze znajomymi, przyjaciółmi poza domem	7	43	26	24
- ogląda Pan(i) telewizję	70	20	8	2
- słucha Pan(i) radia, muzyki	40	28	13	19
- czyta Pan(i) książki, czasopisma, gazety	41	28	11	20
- uprawia Pan(i) działkę, ogród	41	11	3	45
- chodzi Pan(i) do kościoła	56	16	9	19

Źródło: [CBOS 2012, s. 3].

Z danych zamieszczonych w tabeli wynika wyraźnie, że prawie wszystkie osoby na emeryturze (98%) oglądają telewizję, większość osób (87%) spotyka się z przyjaciółmi w domu, natomiast 76% poza domem (zob. tab. 2). Badania pokazują również, że aż 81% chodzi do kościoła i tyle samo procent słucha radia, muzyki, czyta książki, gazety. Ponad połowa osób ma emeryturze uprawia działkę lub ogród. Duża grupa pomaga rodzinie, opiekując się najmłodszymi jej członkami. Podsumowując, sposoby spędzania czasu przez seniorów są zróżnicowane. Najczęściej wyznacznikiem jest sam wiek, siły witalne, charakter

danego człowieka. Generalnie, wraz z wiekiem coraz rzadziej jest podejmowana aktywność społeczna, przeważa domowa [CBOS 2012, s. 4]. Sposoby spędzania wolnego czasu różnicuje również płeć. Kobiety są aktywniejsze od mężczyzn, spędzają czas z wnukami, pomagają dzieciom, uczestniczą w wydarzeniach kulturalnych (teatr, opera, kino, muzea, wystawy). Mężczyźni natomiast skupiają się bardziej na czynnych sposobach spędzania wolnego czasu, czyli uprawianiu działki, naprawianiu różnych przedmiotów, spotkaniach z kolegami z dawnych lat.

Na podstawie tego badania stwierdzono różnice między życiem rodzinnym kobiety a mężczyzny [CBOS 2012]. Zauważono, że kobiety najczęściej mieszkały samotnie lub w wielopokoleniowych rodzinach, natomiast mężczyźni żyli w związkach małżeńskich, mieszkając wyłącznie z żonami. Ponadto zauważono, co potwierdzają również wcześniejsze badania, iż mężczyźni żyjący w rodzinie umierają szybciej niż kobiety. Jednak warto zauważyć, że jest to zależne od miejsca zamieszkania, bowiem stwierdzono, że im większa miejscowość, tym więcej osób mieszka samotnie. W dużych miastach osoby starsze mieszkają zazwyczaj same lub ze współmałżonkami natomiast, w obszarach wiejskich osoby starsze żyją w rodzinach wielopokoleniowych.

Potrzeby opiekuńcze

Niesamodzielnosć osób starszych, będących w wieku podeszłym, jest naturalną kolejną rzeczą, dlatego wraz z wiekiem wzrastają potrzeby opiekuńcze, m.in. ze względu na pojawiające się schorzenia czy konieczność odpowiedniego przyjmowania leków. Oczywiście, stopień tej niesamodzielnosć jest różnicowany. Skala sprawności przedstawia się następująco: od najwyższej liczby punktów do 24 – osoby sprawne, 23–19 punktów – osoby częściowo sprawne, natomiast 18–8 punktów – osoby niepełnosprawne. Podsumowując wyniki badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), można stwierdzić, że im człowiek jest starszy, tym coraz mniej różnorodnych czynności może wykonywać samodzielnie (zob. tab. 3) [GUS 2011, ss. 162–163]. W za-

leżności od wsparcia rodziny lub jego braku jest wobec tego w stanie przeżyć schyłek życia godnie, szczęśliwie i będąc traktowany z wyrozumiałością lub może być skazany na samotność i być narażony na złość ze strony innych.

Tabela 3. Zdolność osób starszych do wykonywania określonych czynności domowych

Wyszczególnienie	70–79 lat (100%)	80 lat i więcej (100%)	Razem (tys.)
Przygotowanie posiłku			
Z dużą trudnością	65,2 (2,8%)	82,8 (7,6%)	148,0
Nie wykona	70,7 (3,0%)	93,4 (8,6%)	164,1
Korzystanie z telefonu			
Z dużą trudnością	50,8 (2,2%)	59,2 (5,4%)	110,0
Nie wykona	42,5 (1,8%)	94,9 (8,7%)	137,4
Robienie zakupów			
Z dużą trudnością	15,0 (6,4%)	150,0 (13,8%)	301,0
Nie wykona	230,4 (9,8%)	294,1 (27,0%)	524,5
Stosowanie/zażywanie leków			
Z dużą trudnością	30,1 (1,3%)	52,2 (4,8%)	82,3
Nie wykona	42,5 (1,8%)	56,3 (5,2%)	98,8
Lekkie prace domowe			
Nie wykona	135,4 (5,8%)	198,3 (18,2%)	333,7
Ciężkie prace domowe			
Z dużą trudnością	330,1 (14,0%)	172,2 (15,8%)	502,3
Nie wykona	553,0 (23,5%)	534,2 (49,1%)	1087,2
Zajmowanie się finansami i innymi sprawami administracyjnymi			
Z dużą trudnością	77,8 (3,3%)	71,2 (6,5%)	149,0
Nie wykona	253,1 (10,8%)	332,7 (30,6%)	585,8

Źródło: [GUS 2011, ss. 162–163].

Z badania przeprowadzonego przez GUS w 2009 roku na temat wykonywania określonych czynności wynika, że wraz z wiekiem największe problemy pojawiają się przy robieniu zakupów, podczas wykonywania ciężkich prac domowych oraz załatwiania spraw administracyjnych. Najmniej problemów sprawia przygotowywanie posiłków oraz korzystanie z telefonu (zob. tab. 3) [GUS 2011, ss. 162–163].

Stan cywilny – skład rodzin

Ocenę sytuacji rodzinnej ludzi w podeszłym wieku najlepiej przeprowadzić, odwołując się do danych Głównego Urzędu Statystycznego, który gromadzi je na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań. Z badania przeprowadzonego w 2011 roku, wynika, że 49% populacji w wieku powyżej 65 lat to ludzie żyjący w związkach małżeńskich, natomiast 1% to osoby pozostające w związkach kohabitacyjnych [*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, s. 50]. Analiza danych wskazuje, że sytuacja cywilna zależy od płci i wieku. Kobiety znacznie częściej zostają wdowami niż mężczyźni wdowcami. Ponadto, im starszy wiek, tym większy jest odsetek ludzi stanu wolnego. Sytuacja zmienia się przede wszystkim pod wpływem czynników naturalnych, takich jak śmierć małżonka. Badanie, którego wyniki zostały zawarte w *Raporcie na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, określa również procent osób z przedziału wiekowego powyżej 65. roku życia będących (faktycznie) w danym stanie cywilnym (zob. tab. 4) [*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, s. 50].

Tabela 4. Stan cywilny osób w wieku podeszłym (w procentach)

MĘŻCZYŹNI							
Przedział wiekowy	Kawalerowie	Żonaci	Partnerzy	Wdowcy	Rozwiedzeni	Separowani	Nieustalony
65–69	4,5	80,6	1,9	7,6	3,7	0,6	1,0
70–74	3,7	78,7	1,7	11,6	2,7	0,6	1,0
75–79	2,8	74,5	1,5	17,7	2,0	0,5	1,1
80–84	2,3	65,8	1,3	27,6	1,5	0,4	1,1
85 i więcej lat	1,8	50,1	0,9	44,2	1,0	0,4	1,7
KOBIECY							
	Panny	Zamężne	Partnerki	Wdowy	Rozwiedzione	Separowane	Nieustalony
65–69	4,4	52,9	1,2	35,0	5,4	0,6	0,7
70–74	3,6	41,4	0,9	48,8	4,0	0,4	0,9
75–79	3,4	29,0	0,5	62,6	3,0	0,3	1,2
80–84	3,8	16,8	0,3	74,9	2,1	0,2	1,8

85 i więcej lat	4,2	6,6	0,1	84,4	1,3	0,1	3,2
-----------------------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----

Źródło: [Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012, s. 50].

Badanie na temat stanu cywilnego osób w podeszłym wieku pokazuje, że wraz z wiekiem, kobiety szybciej stają się wdowami w wyniku śmierci współmałżonka, natomiast ponad 50% mężczyzn z tego przedziału wiekowego to ludzie żonaci. Reasumując, z analizy danych przedstawionych w tabeli wynika, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni (zob. tab. 4).

Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania ma ogromny wpływ na formy spędzania czasu na emeryturze. W mieście są o wiele większe możliwości niż na wsi, można np. uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych, chodzić na wystawy i koncerty lub do restauracji. Natomiast dla mieszkańców wsi często jedyną rozrywką są spotkania w domach znajomych, rodziny, oglądanie telewizji czy spacer. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby mieszkające w mieście o wiele częściej czytają gazety, książki, korzystają z technologii XXI wieku, podróżują po świecie, rozwijają hobby czy spełniają marzenia [CBOS 2012]. Do aktywności typowo miejskiej należy też zaliczyć uczestniczenie w działaniach edukacyjnych prowadzonych w ramach uniwersytetów trzeciego wieku, na których osoby na emeryturze mogą uczyć się nowych języków, poznawać inne kultury, brać udział w zajęciach z muzyki czy psychologii. Z kolei osoby mieszkające na wsi, w większości, uprawiają działki lub ogrody, które są źródłem świeżych owoców i warzyw. Sposoby spędzania czasu związane są także z sytuacją materialną. Emeryci mający wyższą emeryturę znacznie częściej podróżują po świecie czy kraju, często szukając w ten sposób swoich korzeni lub odwiedza-

jąc miejsca urodzenia. Formy aktywności zależą również od wykształcenia – osoby lepiej wykształcone znacznie częściej rozwijają swoje hobby, uprawiają sport [CBOS 2012, s. 5].

Emerytura

XXI wiek to czas ogromnych zmian zachodzących w społeczeństwie. Osoba w wieku emerytalnym spada z piedestału. Jej pozycja w rodzinie zmienia się diametralnie, niestety na niekorzyść [CBOS 2012, s. 7]. Rodziny wielopokoleniowe zanikają, a na ich miejsce pojawia się rodzina nuklearna, tj. taka, którą tworzą: matka, ojciec i jedno lub dwoje dzieci. Tym samym rola, miejsce i status społeczny ludzi starszych zostają obniżone, a oni sami odsunięci niejako na boczny tor, co prowadzi do zagrożenia utrzymania więzi rodzinnych, przekazywania tradycji z pokolenia na pokolenie, solidarności pokoleniowej. Przejście na emeryturę oznacza mniej obowiązków zawodowych, a także rodzinnych. Powoduje to poczucie osamotnienia, wykluczenia, tak więc osoby starsze zazwyczaj czują się niepotrzebne. Powołując się na badania statystyczne, można stwierdzić, że znaczna część emerytów – statystyki określają, że aż 98% – pobiera świadczenia emerytalne. Ponadto, co dziesiąty emeryt korzysta z pomocy rodziny, a co czternasty podejmuje prace dorywcze [CBOS 2012, s. 2]. Ocena warunków materialnych jest subiektywna i zależy nie tylko od samego faktu pobierania emerytury (zob. tab. 5).

Tabela 5. Ocena warunków materialnych życia w stosunku do pobieranej emerytury

Ocena własnych warunków materialnych	Czy obecnie pobiera Pan(i) emeryturę?		Ogółem
	Tak	Nie	
	W procentach		
Złe	18	13	14
Średnie	52	43	45
Dobre	30	45	41

Źródło: [CBOS 2012, s. 2].

Centrum Badania Opinii Społecznej zbadało za pomocą ankiety, jakość życia na emeryturze [CBOS 2012]. Istotnym atutem starszych osób jest wysokość emerytury. Jest ona pewnego rodzaju wyznacznikiem działania w rodzinie, w społeczeństwie, jakości życia. Na wysokość emerytury składa się część socjalna i stażowa. Aktualnie część socjalna wynosi 818,07 zł, natomiast druga część to obliczenie okresów składkowych i nieskładkowych [*Struktura wysokości emerytur i rent...* 2017, s. 4]. W wielu przypadkach emerytura nie pozwala osobom starszym na korzystanie z czasu wolnego, muszą bardzo się ograniczać i uważać, czy wystarczy pieniędzy na opłacenie rachunków, zakup jedzenia oraz leków przepisanych przez lekarza. Brak dostatecznej ilości pieniędzy sprawia, że emeryt zmienia swoją pozycję w rodzinie i staje się nieradzącą sobie osobą – niedołązną, nadającą się jedynie do przypilnowania dzieci czy ugotowania obiadu.

Stan zdrowia

Starość charakteryzują niekorzystne zmiany obejmujące wszystkie sfery funkcjonalności człowieka – biologiczną, psychiczną i społeczną. Stan zdrowia pogarsza się, a co za tym idzie, sytuacja człowieka na emeryturze staje

się coraz bardziej dotkliwa. Zdolności psychofizyczne zmniejszają się, co prowadzi w końcowym etapie do niepełnosprawności [*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, s. 114]. Tym samym emeryt staje się coraz mniej „przydatny” rodzinie. Coraz mniej może pomagać, wspomagać lub wykonuje wszystko znacznie wolniej. Wśród osób starszych po przekroczeniu 75 lat rośnie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze oraz wzrasta odsetek osób już stale wymagających opieki. GUS w 2009 roku przeprowadził badania na reprezentatywnej grupie Polaków na temat stanu zdrowia za pomocą samooceny respondentów [GUS 2011]. Wyniki wskazują, że stan zdrowia pogarsza się – prawie 50% ocenia go jako „mniej niż dobry”. W zależności od bliskości relacji w rodzinie, niektórzy akceptują stan zdrowia osób starszych i pomagają im przejść z godnością przez trudności przy końcu życia. Są jednak i takie rodziny, które, gdy pojawia się problem z osobą starszą, bez żadnych skrupułów oddają ją np. do placówek opieki społecznej.

Podczas badania PolSenior oceniono zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych według skali ADL oraz IADL (zob. tab. 6) [Wizner i in. 2012]. Skala ADL (ang. *Activities of Daily Living*) służy do pomiaru samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą, np. ubranie się, przygotowanie posiłku, higiena osobista czy kontrolowanie potrzeb fizjologicznych. Badani byli podzieleni na trzy grupy. Zakres 6–5 punktów to sprawność, 4–3 – częściowa sprawność, natomiast 2–0 – niepełnosprawność.

Tabela 6. Ocena zdolności wykonywanych czynności przez ludzi starszych

Grupa wieku	Uzyskane wyniki (w procentach)		
	6–5 pkt	4–3 pkt	2 pkt
65–69	99,9	–	0,1
70–74	98,9	0,5	0,5
75–79	97,2	1,7	1,1

80–84	94,1	2,9	2,9
85–89	88,3	4,3	7,4
90+	79,1	8,1	12,8

Źródło: [Wizner i in. 2012, ss. 82–83].

Wyniki jednoznacznie pokazują, iż ocena zdolności wykonywanych czynności maleje wraz z wiekiem. Największą liczbę punktów uzyskały osoby, które są w okresie przechodzenia na emeryturę, natomiast najmniejszą te, które przekroczyły 90. rok życia (zob. tab. 6).

Podsumowując, należy powtórzyć, że im człowiek jest starszy, tym coraz mniej różnych czynności może wykonać samodzielnie, a to, w jaki sposób przeżyje starość, zależy od wsparcia rodziny.

Z badań w ramach projektu PolSenior wynika nie tylko różnica między stanem cywilnym osób starszych, ale także różnica pod względem długości trwania poszczególnych faz życia rodzinnego. Według *Raportu na temat sytuacji osób starszych w Polsce* „kobiety obecnie będące w starszym wieku, wcześniej niż mężczyźni wstępowały w związek małżeński i także we wcześniejszym wieku zostawały wdowami lub rozwodziły się” [*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce* 2012, s. 54].

W badaniu PolSenior pytano również o to, z kim (z jakimi członkami rodziny) mieszkają osoby starsze na emeryturze. Wyróżniono 13 form życia rodzinnego. Przyjęto 2 czynniki, które określają: wspólne zamieszkiwanie oraz stopień pokrewieństwa. Uwzględniono także samotne zamieszkiwanie, jednak najczęściej jest to ostatnia faza – po okresie zamieszkania z młodszym pokoleniem rodziny. W przedziale wiekowym powyżej 65. roku życia najczęściej pojawiały się następujące formy życia rodzinnego:

- małżeństwa – 32,2%,
- osoby mieszkające samotnie – 22,0%,
- rodziny złożone z osoby starszej, jej dzieci i wnuków – 10,1%,
- małżeństwa mieszkające z dziećmi i wnukami – 9,9%,
- rodziny złożone z osoby starszej i jej dzieci – 8,6%,

- małżeństwa mieszkające z dziećmi – 8,5% [*Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce 2012*, s. 54].

Także na podstawie tego badania stwierdzono występowanie różnic między życiem rodzinnym kobiety a mężczyzny. Zauważono, że kobiety najczęściej mieszkają samotnie lub w rodzinach wielopokoleniowych natomiast mężczyźni żyli w związkach małżeńskich, mieszkając wyłącznie z żonami. Co potwierdza, iż mężczyźni żyjący w rodzinach umierają szybciej niż kobiety. Jednak warto podkreślić, co wynika również z tych badań, że jest to zależne od miejsca zamieszkania, bowiem stwierdzono, że im większa miejscowość, tym więcej osób mieszka samotnie. W dużych miastach osoby starsze mieszkają same lub ze współmałżonkiem natomiast w przestrzeniach wiejskich osoby starsze żyją w rodzinach wielopokoleniowych.

Główny Urząd Statystyczny przeprowadził badanie, z którego wynika, że już osoby powyżej 70. roku życia mają trudności z wykonywaniem podstawowych czynności [GUS 2011, ss. 162–163]. W badaniu pytano starszych ludzi o czynności, takie jak: przygotowanie posiłków, korzystanie z telefonu, robienie zakupów, zażywanie leków, lekkie prace domowe oraz ciężkie prace domowe, zajmowanie się finansami i sprawami administracyjnymi.

Potrzeba pomocy ze względu na problemy zdrowotne deklarowana przez osoby starsze może wynikać nie tylko z trudności z samoobsługą, ale także (a może przede wszystkim) z wykonywaniem podstawowych czynności domowych [GUS 2011, ss. 162–163]. Według statystyk 60% osób starszych, zgłaszało problemy zdrowotne uniemożliwiające lub poważnie ograniczające zakres wykonywania czynności domowych, natomiast w przedziale wiekowym 80 lat i więcej było ich aż 85%. Statystyki wskazują ponadto, że częściej problem ten zgłaszały kobiety niż mężczyźni. Trudność sprawiało również załatwianie spraw administracyjnych i finansowych [GUS 2011, ss. 162–163].

Reasumując, osoby na emeryturze miały największy problem z wykonaniem ciężkich zadań, wymagających siły, energii i dobrej kondycji. Dlatego tak ważne jest, by osobami, które zaspokajają potrzeby opiekuńcze osoby starszej byli członkowie jej rodziny, ze względu na zaufanie, bliskość oraz intymną

relację. To wielka przykreść, gdy z powodu braku najbliższej rodziny, starszy, schorowany człowiek zmuszony jest do korzystania z pomocy osób obcych w formie usług opiekuńczych.

Podsumowanie

Dane z badania Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na znaczne zwiększenie się liczby ludności w wieku 60 lat i więcej w perspektywie do 2050 roku – w miastach o 19,3% oraz o 18,7% na wsi [*Rocznik Demograficzny* 2012 2012, tab. 16]. Na podstawie tych samych badań można wyciągnąć wniosek, iż w Polsce zwiększy się do 2050 roku liczba ludności osób starszych o 5,4 mln. Zatem nie należy obawiać się osób w wieku poprodukcyjnym i starszym, ale odpowiednio przygotowywać się do życia razem z nimi. Píše o tym wielu badaczy tego problemu, podkreślając, że „[...] przecież człowiek w podeszłym wieku może i powinien znaleźć swoje miejsce w rodzinie i społeczeństwie. Nie trzeba lękać się starzejącego społeczeństwa, lecz szukać takich rozwiązań, które pozwoliłyby zachować więzi międzypokoleniowe, a przez to zwartość społeczeństwa” [Szatur-Jaworska i in. 2006, s. 88]. Aby tak się stało, trzeba od najmłodszych lat wychowywać dzieci i młodzież w duchu akceptacji starości i przygotowywać je do życia w symbiozie z osobami starszymi. Pomimo dynamicznych przemian, galopującego rozwoju i pędu do zapewnienia sobie lepszego bytu Polska w dalszym ciągu jest krajem, w którym rodzina ma ogromne znaczenie w przekazywaniu wartości, wzmacnianiu więzi, przekazywaniu z pokolenia na pokolenie tradycji, wiary. Tę rolę piastuje najczęściej babcia czy dziadek. To dzięki nim zbiera się rodzina przy wspólnym, dużym stole podczas Wigilii czy innych świąt i uroczystości, wsłuchana w opowieści płynące z ust najstarszych jej członków. Z drugiej strony, młody człowiek świetnie zorientowany w najnowszych technologiach i nowinkach elektronicznych, wprowadza w świat cyfrowy swoją babcię czy dziadka. Jak widać, „Przepływy międzypokoleniowe odbywają się dwukierunkowo: od najstarszej generacji do najmłod-

szej [...]” [Szatur-Jaworska i in. 2006, s. 92]. Osobą, która scala wszystkich, jest kobieta. To córka i matka w jednej osobie, potrafi połączyć trzy pokolenia. To kobieta organizuje przyjęcia rodzinne, na które zaprasza wszystkich członków rodziny, poczynając od seniorów, a kończąc na wnukach. To kobieta dba o nastrój, jaki panuje podczas rodzinnych spotkań, pilnuje tego, aby nikt nie wyszedł głodny, skłócony, niezadowolony czy choćby smutny. Kobieta dba o miłość i uśmierza zacierzewienie, które nierzadko pojawia się u członków rodziny i zakłóca ich relacje. Jeżeli młoda dziewczyna nie będzie miała odpowiedniego wzoru postępowania w osobie matki, skąd się tego wszystkiego nauczy? Jako dziecko – patrząc na mamę, zachęcana do lepienia pierożków, obierania ziemniaków, a w wieku późniejszym, pytając starszą już matkę o rady nie tylko kulinarne, ale i życiowe – kobieta, matka, żona uczy się, w jaki sposób podtrzymywać ciepło rodzinne. Nie należy, wręcz nie wolno nam, rezygnować z doświadczenia i mądrości osób starszych.

Bibliografia

Błędowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Wyd. Termedia, Poznań.

CBOS (2009), *Postrzeganie postaw różnych środowisk społecznych wobec ludzi starszych*, [online] www.cbos.pl, dostęp: 15.11.2009.

CBOS (2012), *Sposoby spędzania wolnego czasu na emeryturze. Komunikat z badań. BS/106/2012*, [online] www.cbos.pl, dostęp: 11.08.2012.

Dyczewski L. (1994), *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wyd. KUL, Lublin.

GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa.

Nowicka A. (2006), *Wybrane problemy osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Piotrowski J. (1973), *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa.

Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce (2012), Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.

Rocznik Demograficzny 2012 (2012), [online] <https://stat.gov.pl>, dostęp: 01.12.2012.

Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji i podwyższeniu świadczeń najniższych w marcu 2017 roku (2017), Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych, Warszawa.

Szatur-Jaworska B. i in. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.

Szatur-Jaworska B. (2014), *Starość w polskiej rodzinie*, Instytut Polityki Społecznej, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Szczepański J. (1970), *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa.

Wizner B. i in. (2012), *Stan zdrowia i sprawność osób starszych*, [w:] M. Mossakowska i in. (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Wyd. Termedia, Poznań.

Religia w życiu człowieka w wieku podeszłym

Starość jest najtrudniejszym okresem w rozwoju człowieka (a dokładniej okres późnej starości, czyli wiek 75–89 lat, i długowieczności, czyli wiek 90 lat i więcej), dlatego musi być on do niego odpowiednio przygotowany. Jest to niezwykle ważny etap ludzkiej egzystencji. Może być czasem rozwoju duchowości, odkrycia wiary na nowo lub jej pogłębienia. Może być okresem rezygnacji lub nowych wyzwań, odrzucenia daru życia lub przyjęcia go z radością i wdzięcznością wraz ze wszystkimi jego owocami: dobrymi i złymi. Papież Jan Paweł II w *Liście do moich braci i siostr – ludzi w podeszłym wieku* pisze: „[...] dar życia, mimo towarzyszących mu trudów i cierpień, jest zbyt piękny i cenny, abyśmy mogli się nim znużyć” [Jan Paweł II 1999, s. 5]. W kazaniach, przypominał również, że oczekiwanie na śmierć nie jest właściwą postawą, gdyż „Starzenie się nie jest złem, któremu trzeba się podporządkować, jest powołaniem, na które trzeba umieć odpowiedzieć” [<http://www.gazetasenior.pl/jan-pawel-ji-o-starosci>, dostęp: 30.12.2017].

Działalność misyjna i ewangelizacyjna w Kościele

Kiedy jesteśmy młodzi, rzadko myślimy o niebie, o wierze. Czy interesujemy się życiem wiecznym? Nie. Ale gdy starzejemy się i doświadczamy śmiertelnych chorób, ulegamy wypadkom, wielu z nas rozmyśla o śmierci, umieraniu i wiecznym przeznaczeniu. Gdzie spędzę wieczność? To pytanie musi się pojawić –

i musi się pojawić po tej stronie wieczności. Jest ono związane nierozdzielnie z wiarą, pragnieniem szczęścia, piękna, radości i pokoju, jakie każdy człowiek nosi w swoim sercu. Prof. E. Trafiałek, określając rolę wiary w naszym życiu, wskazuje, że „Głęboka wiara, uzewnętrzniana pobożnością, pozwala ludziom lepiej żyć. Ułatwia pokorne znoszenie wszelkich nieszczęść, smutku, bólu po starcie bliskich, ponieważ w obliczu nawet najbardziej przykrych doświadczeń zostawia przeświadczenie o sprawiedliwości boskiej i życiu nadprzyrodzonym. [...] Rola wiary i pobożności w pokonywaniu skutków przeciwności losu, w walce z załamaniem, smutkiem, cierpieniem, frustracją, w odzyskiwaniu poczucia godności, wiary w siebie i sens życia [...] odgrywa szczególne znaczenie w życiu ludzi samotnych, ubogich, narzekających na stan zdrowia, a więc w pewnym sensie pozbawionych poczucia bezpieczeństwa, bezradnych wobec przytłaczających ich problemów życiowych, z którymi, pełni nadziei, zwracają się do Boga. Zyskują ukojenie, spokój i nadzieję, a to wystarczająco dużo, aby móc nadal żyć i wierzyć. To religijność sprawia, że, w życiu, w starości, oraz śmierci dostrzegamy głęboki sens” [za: Kowgier 2010].

Starość w ujęciu religijnym to czas wyjątkowej prostoty i kontemplacji, która wiąże się u osób starszych z poczuciem spełnienia, poczuciem sensu życia oraz pogodzeniem się z nieuchronnością śmierci. W wielu sondażach to właśnie seniorzy są największą grupą wśród ludzi określających się jako osoby wierzące. Znaczenie nadawane religii w codziennym życiu, podobnie jak samoocena religijności, jest wprost proporcjonalne do wieku respondentów. Starsi badani, znacznie częściej niż młodszy, uznają religię za bardzo ważną wartość w życiu (szczególne znaczenie ma ona dla osób w wieku 65 lat i starszych). Postrzeganie wiary religijnej w kategoriach czynnika nadającego sens życiu w największym stopniu zależy od zaangażowania respondentów w praktyki religijne. Spośród tych, którzy uczestniczą w obrzędach religijnych częściej niż raz w tygodniu, przekonanie, że wiara nadaje sens życiu wyraża 57% ankietowanych, podczas gdy wśród w ogóle niepraktykujących – zaledwie 5%. Ponadto, na wiarę religijną w kontekście sensu życia częściej niż pozostali wskazują osoby starsze, gorzej wykształcone, respondenci niezbyt dobrze sy-

tuowani, emeryci, renciści oraz mieszkańcy wsi. Częściej też są to kobiety niż mężczyźni [CBOS 2009, s. 3]. Analiza wyników badań R. Cibora, których celem było ustalenie hierarchii wartości życiowych w starszym wieku, wskazuje, że największą satysfakcję i zadowolenie badani czerpali z tych elementów życia, które wiążą się z rodziną oraz praktykami religijnymi. Wiara stanowi dla nich zatem istotne źródło zadowolenia [za: Kowgier 2010].

Jak przeżyć starość, by stała się naszym bogactwem i ubogaciła swą mądrością innych?

Papież Jan Paweł II pisał w ogłoszonej w 1988 roku i będącej owocem VII Zwyczajnego Zgromadzenia Synodu Biskupów, które odbywało się w Rzymie od 1 października do 30 października 1987 roku, *Adhortacji Apostolskiej: Christifideles Laici – O powołaniu i misji świeckich w Kościele*, że „Ludziom starszym, którzy często i niesłusznie są uważani za zbędnych, a nawet za nieznosny ciężar, pragnę powiedzieć, że Kościół prosi ich i od nich oczekuje, że będą kontynuowali swą misję apostolską i misyjną, która nie tylko jest w ich wieku możliwa i potrzebna, ale właśnie dzięki ich wiekowi niejako otrzymuje specyficzny i oryginalny wymiar” [Jan Paweł II 2006, s. 48].

Religijny starszy człowiek, jeśli ma chęć i odpowiednie zdolności, znajdzie bardzo wdzięczne pole do pracy społecznej w swojej parafii, zgłaszając się jako siła pomocnicza do opieki nad ludźmi samotnymi, chorymi, niepełnosprawnymi, prowadzenia katechezy, opieki nad dziećmi czy do akcji pomocy dla rodzin wielodzietnych w parafialnej grupie Caritas. Istnieje duszpasterstwo ludzi starych, gdzie mogą oni nie tylko rozwijać i pogłębiać swoje życie wewnętrzne, ale i otrzymywać wskazówki, jak pogłębić czynną miłość do innych.

Duszpasterze chętnie zapraszają parafian do zaangażowania się w grupy modlitewne, takie jak parafialne koła różańcowe czy też działania wynikające z różnego rodzaju duchowości chrześcijańskiej, np. apostołstwo „Margaretka” związane z modlitwą i duchową adopcją kapłanów. Jest też modlitwa w duchu franciszkańskim i możliwość udziału w III Zakonie św. Franciszka, przeznaczonym dla świeckich chrześcijan. Istnieje również Bractwo Szkaplerza Świętego, związane z duchowością zakonu karmelitańskiego. Nie można

zapomnieć o coraz częściej pojawiających się przy parafiach kręgach biblijnych, w których wierni modlą się słowem Bożym i wspólnie je rozważają [Brudek i in. 2015, s. 319].

Ważną propozycją oddziaływania eklezjalnego na osoby starsze jest duszpasterstwo pielgrzymkowe. Daje się zauważyć, że kiedy w parafii pada propozycja wspólnego wyjazdu, najbardziej chętnie zgłaszają się emeryci i osoby starsze, które dysponują zwykle dużą ilością wolnego czasu. Taki wyjazd jest dla duszpasterzy dogodną okazją, aby scalać grupy działające w parafii, a także ukazać, że we wspólnocie jest miejsce zarówno dla młodszych, jak i starszych ludzi. Czynnikiem tworzącym wspólnotę jest w tym przypadku grupowa modlitwa towarzysząca zwiedzaniu ciekawych miejsc i wspólnemu spędzaniu czasu podczas wypoczynku [Brudek i in. 2015, s. 320].

Seniorzy jako kontynuatorzy tradycji

Ludzie starsi pomagają młodym w sposób bardziej mądry patrzeć na codzienny bieg wydarzeń, ponieważ dzięki życiowym doświadczeniom zyskali właściwy poziom wiedzy, a przede wszystkim dojrzałości. Jan Paweł II nazywa ludzi starszych „strażnikami pamięci zbiorowej” [Jan Paweł II 1999, s. 24]. Określenie to wydaje się niezwykle trafne. Niesie ono w sobie przestrzeń szacunku dla osób będących w jesieni życia, ale i przypomina o ich odpowiedzialności za właściwy przekaz historii. Seniorzy stoją zatem na końcu tego, co sami zamykają i na początku drogi tych, którym przekazują swoją spuściznę życiową. Są więc wyrazicielami naszej tożsamości społecznej, jej ideałów i wartości, które stanowią podstawę i regułę życia społecznego [Jan Paweł II 1999, s. 24].

Eliminowanie ludzi w podeszłym wieku z życia rodziny, społeczeństwa czy Kościoła, oznaczałoby zanegowanie przeszłości, w której zawsze zakorzeniona jest teraźniejszość. Dlatego Jan Paweł II w swoim nauczaniu ponawiał ustawicznie apel do osób starszych o ich aktywną obecność, a do młodych o to, aby nie odsuwali od siebie starszych ludzi, lecz jak najczęściej korzystali z ich mądrości i doświadczenia.

W kontekście życia chrześcijańskiego obecność osób starszych w rodzinie staje się nieocenionym darem. Wiąże się to z ich troską o właściwy poziom życia religijnego najmłodszych pokoleń. Jakże często podstawy wiary przekazywane są wnukom przez ich dziadków, którzy mogą być dla nich wzorem do naśladowania.

Dlaczego potrzeba religii jest większa u seniorów?

Kiedy mówi się o osobach starszych, należy pamiętać, że wśród nich jest wiele osób cierpiących i chorych. Dlatego Kościół nie może zapomnieć słów swojego Założyciela, który mówił: „Byłem chory, a odwiedziliście mnie” [Mt. 25,36]. Stale też pamięta, że to sam Chrystus jest obecny w osobie cierpiącej i czeka na udzielenie pomocy. Dlatego prawie w każdym szpitalu, domu pomocy czy hospicjum jest duszpasterz-kapelan mający nieść pomoc przede wszystkim duchową i, na ile może, pocieszać chorych, ale także tych, którzy się o nich troszczą. Wynika z tego, że osoby chore i cierpiące mają swoje potrzeby duszpasterskie, a Kościół stara się na nie odpowiedzieć. Coraz więcej osób korzysta z możliwości przyjmowania Komunii Świętej w niedzielę przez posługę nadzwyczajnych szafarzy przynoszących Eucharystię do domu osób chorych i zniedołężniałych. Dzięki temu ludzie, którzy nie mają już siły, aby przyjść do świątyni utrzymują stały kontakt z parafią. Kapłani zwykle udają się do domów chorych raz w miesiącu.

Wiara w życie wieczne lekiem na lęk przed śmiercią i cierpieniem

U kresu życia, kiedy człowiek jest coraz słabszy, schorowany, osamotniony i wzrasta w nim lęk przed śmiercią, a coraz więcej osób z jego otoczenia umiera, nasuwa mu się refleksja, że być może niedługo to on będzie tym następnym do wieczności. Z tego powodu potrzebuje wsparcia, jakie może dać wiara. Ludzie tworzący wspólnotę religijną, wspierają się wzajemnie.

Jan Paweł II w swoim liście skierowanym do osób starszych podkreślił wielkie znaczenie duchowości człowieka w jesieni życia. Wskazując na nieuchronny proces starzenia się ciała, ukazał otwartość ducha ludzkiego na per-

spektywę wieczności. Jest bowiem czymś naturalnym, że „[...] z upływem lat oswajamy się z myślą o zmierzchu. Przypomina nam o nim choćby fakt, że szeregi naszych krewnych, przyjaciół i znajomych coraz bardziej się przerzedzają: uświadamiamy to sobie przy różnych okazjach, na przykład, gdy spotykamy się z najbliższymi, w gronie kolegów z dzieciństwa, ze szkoły, ze studiów, z wojska czy z seminarium. Granica życia i śmierci przesuwana się przez nasze wspólnoty i stale przybliża się do każdego z nas. Jeśli życie jest pielgrzymką do niebieskiej ojczyzny, to starość jest czasem, gdy jesteśmy najbardziej skłonni myśleć o wieczności. Mimo to także my, ludzie starzy, z trudem godzimy się z perspektywą odejścia. Jawi się ona bowiem jako mroczny aspekt naszej ludzkiej kondycji naznaczonej przez grzech i stąd budzi nieunikniony smutek i lęk” [Jan Paweł II 1999, s. 32].

Ojciec Święty wskazuje na jesień życia jako na czas głębokiej refleksji nad ludzkim przemijaniem. Starość może przynieść zaskakujące owoce w postaci przemiany wewnętrznej. Zdarza się często, że człowiek podejmuje wysiłek naprawienia tego, co zostało zniszczone w przeszłości. Świadomość końca życia skłania go do stawiania sobie radykalnych pytań o jego sens. Czy śmierć stanowi ostateczny kres życia, czy też istnieje coś poza nią? Z pewnością inaczej przeżywa ostatni etap życia osoba wierząca, a inaczej osoba, która nie uznaje istnienia Boga i świata nadprzyrodzonego.

Warto w tym miejscu przytoczyć dwa przykłady z życia, ilustrujące dwie, zupełnie przeciwstawne sobie, postawy duchowe w tym zakresie.

W domu pomocy społecznej, na jednej sali, leżały obok siebie dwie nieuleczalnie chore kobiety w średnim wieku. Obie były przykute do łóżek, choć z zupełnie innych przyczyn. Pierwsza z nich, mężatka i matka dorastającego syna, miała całkowicie porażone nogi z powodu stwardnienia rozsianego mózgu i rdzenia. Ale ręce miała sprawne, wzrok dobry i mogła normalnie mówić. Chora ta była pogrążona w nieustannej rozpacz z powodu swojej choroby i wciąż tonęła we łzach. Ani częste odwiedziny męża i syna, ani namowy, by zajęła się jakąś pracą czy lekturą nie pomagały. Nic nie mogło oderwać jej myśli od nieustannego rozpamiętywania nie-

szczęścia, jakie na nią spadło. Wkrótce zresztą zmarła, pokonana nie przez chorobę, lecz przez rozpacz.

Druga chora, robotnica, niezamężna, była od kilkunastu lat zupełnie porażona przez zniekształcający kończyny, przewlekły reumatyzm, który przybrał u niej krańcową formę zeszytnienia i zniekształcenia stawów, doprowadzając w dodatku do zupełnej ślepoty. Całe jej ciało zmieniło się w nieruchomą kłodę, dłonie nie mogły niczego ująć ani się poruszyć. Trzeba ją było karmić i wszystko przy niej zrobić. Była to osoba głęboko religijna i wiara pozwalała jej duchowo przezwycięzać okropną chorobę. Dała siłę, by zachować pogodę ducha, wyrobić w sobie zdolność odrywania się od cielesnych cierpień, zdobywać się na miły uśmiech, zainteresowanie ludźmi i szczerze okazywać ogromną wdzięczność za wszelkie usługi. Toteż chętnych do tych usług nie brakowało. – *Jestem szczęśliwa* – mówiła – *że mam tylu przyjaciół i wszyscy są dla mnie tacy dobrzy. I jak to dobrze, że nie mając rodziny, nie jestem nikomu ciężarem i mogę być w tym zakładzie.* Pomimo swojego strasznego kalectwa miała – można by powiedzieć – bujne życie. Nie mogła sama czytać, lecz miała magnetofon i radio, a przychodzili też do niej wolontariusze. Utrzymywała liczne stosunki towarzyskie i prowadziła bogatą korespondencję, pisaną przez przyjaciółki. Na wakacje leciała samolotem sanitarnym nad morze, na kolonie dla osób niewidomych. Choć wszędzie trzeba ją było wozić na specjalnym wózku (nie mogła nawet siedzieć), brała udział w licznych imprezach, pływała statkiem z Gdyni na Hel, słuchała koncertów w oliwskiej katedrze. Wreszcie spełniło się jej najgorętsze pragnienie – została zabrana przez Zakład dla Niewidomych w Laskach, gdzie bardzo chciała mieszkać na stałe.

Czyż można powiedzieć, że chora ta doznawała dobrodziejstw? Tak, ale nie tylko. Ona je również świadczyła, i to nie byle jakie, bo jej wiara, religijność, jej duchowe opanowanie i przezwyciężenie nieszczęścia, jej łagodność, pogoda, wdzięczność, przyciągały ludzi. Jej przykład umacniał ich na duchu i kierował do Boga [Wiśniewska-Roszkowska 1989, ss. 129–130].

Ludzie wierzący najczęściej są łagodniejsi w okresie starości, łatwiej im się pogodzić z tym etapem życia. Nie boją się śmierci, ponieważ Bóg obiecał ludziom życie wieczne:

„I otrze z ich oczu wszelką łzę, a śmierci już odtąd nie będzie. Ani żałoby, ni krzyku, ni trudu już [odtąd] nie będzie, bo pierwsze rzeczy przeminęły” [Ap. 21,4].

Jaka jest rola wiary i co daje religia osobom starszym?

Wiara ma istotny wpływ na życie ludzi w podeszłym wieku, w dużym stopniu zaspokaja potrzeby emocjonalne starszych osób, umacnia ich psychikę, wpływa na wewnętrzne wyciszenie człowieka oraz skłania do refleksji nad własnym życiem, co jest ważnym etapem tego okresu ludzkiej egzystencji.

Zgodnie z teorią prof. B. Synaka, rozróżniamy 5 głównych potrzeb występujących u ludzi w podeszłym wieku. Są to:

- 1) Potrzeba przynależności, inaczej zwana potrzebą integracji lub towarzysstwa. O jej zaspokojeniu lub nie, świadczy intensywność kontaktów, osamotnienie, więź z dawnym środowiskiem, miejsce w rodzinie.
- 2) Potrzeba użyteczności i uznania. Wyraża się w udziale w zinstytucjonalizowanych formach aktywności społecznej lub w wykonywaniu różnych czynności na rzecz rodziny.
- 3) Potrzeba niezależności. Jest związana ze stopniem samodzielności osoby starszej w nowych warunkach, czasami w nowym dla niej środowisku.
- 4) Potrzeba bezpieczeństwa (bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne). Zależy od możliwości (oraz jej stopnia) korzystania z instytucji i urządzeń miejskich, samopoczucia w miejscu zamieszkania, oparcia w rodzinie i gronie przyjaciół.
- 5) Potrzeba satysfakcji życiowej. Dotyczy subiektywnego zadowolenia z własnego usytuowania w środowisku. Jest najbardziej syntetycznym wskaźnikiem zaadaptowania się osoby starszej do nowych dla niej realiów [Elbląski program na rzecz osób starszych na lata 2009–2013... 2008, s. 3].

Powyższe potrzeby i możliwość ich zaspokojenia (część z nich może być zaspokojona we wspólnotach religijnych) niech zilustruje sytuacja, która miała miejsce na spotkaniu grupy parafialnej Polskiego Związku Kobiet Katolickich pod nazwą „Betania” w Warszawie. Spotkania grupy odbywają się raz w miesiącu. Poprzedza je wspólna msza święta, odprawiona przez duszpasterza związku, oraz adoracja Przenajświętszego Sakramentu, słowem – chwile ciszy, skupienia i modlitwy.

W salce parafialnej spotykają się kobiety i przygotowują poczęstunek. W miłej atmosferze wspólnego biesiadowania, przy kawie i słodkościach, rozpoczynają się poważne rozmowy, poprzedzone pogadanką Pani Teresy Dziurzyńskiej, o tym, co już za nami – jakie prace, jakie dokonania, jakie trudności i co przed nami, pragnącymi brać czynny udział w życiu religijnym i społecznym. Zanim jednak wszyscy włączą się w tok tych pożytecznych rozważań, zadano tej gromadce roześmianych, pełnych witalności pań kilka pytań dotyczących przeżywania wieku starszego. Czy późne lata mogą nieść radość? A jeśli tak, to co ją daje? Ponadto, co jest źródłem siły w tym wieku? Na chwilę gwar prowadzonych rozmów przygasa i zaczynają padać odpowiedzi, z których wynika jasno, jak wiele blasków może mieć ten etap życia.

– ...może mieć, ale ważne są – jak podkreśliła jedna z pań – zapasy przygotowane na starość: pogłębiania przez lata wiara, stworzenie trwałych rodzinnych więzi, umiejętność otwarcia na innych, pielęgnowanie zainteresowań, kultywowanie starych przyjaźni, a więc stała uprawa serca coraz szerzej otwierającego się na Miłość. Także umiejętność dzielenia się radością i nadzieją, twórcze pasje – i wnuki, te prawdziwe, ale czasem te z sąsiedztwa, przyciągnięte sercem.

– Kiedyś odkryłam – mówi Jola – że radością jest znalezienie czasu dla innych, zatrzymanie się przy kimś, kto nas potrzebuje. Wtórui jej Magda – Staram się jak mogę być „pogotowiem ratunkowym” dla znajomych. Przyznam się też, że śpiewam, nie tylko w domu, ale i w dwóch chórach, a mam całkiem bogaty repertuar.

Druga Jola i Bożenka także wychwalają w dwugłosie walory pracy społecznej i fakt, że człowiek jakoś łagodnieje z wiekiem, mniej razi go błędy innych.

– *Może to zasługa większych wymagań stawianych sobie?* – zadaje wcale nie retoryczne pytanie Zosia i podkreśla znaczenie bardziej analitycznego w późnych latach spojrzenia na swoje życie.

Danusia zachwala walory stałego dokształcania się, w końcu nie od dziś jest studentką uniwersytetu trzeciego wieku, Teresa wspomina o uzdrawiającym znaczeniu modlitwy, ale i chwil wyciszenia, kontemplacji piękna świata. Wpada jej w słowo druga Zosia, mówiąc o tym, ile radości daje jej widok

rozkwitających kwiatów w ogródku. Halina, od 10 lat studentka uniwersytetu trzeciego wieku, chwali znalezienie w życiu czasu na twórczość. Nie pisze wierszy, ale za to obdarowała zgromadzone tutaj panie nie jednym drobiazgiem wykonanym własnymi rękoma. Teresa natomiast twierdzi, że nie ma większej radości ponad kontakt z wnukami.

I jeszcze cichym głosem wyrażona uwaga przez Elę – *A mnie cieszy, że pewnie dzięki modlitwie za mnie wielu osób, mam sukcesy w mocowaniu się z chorobą. No i ważne jest dla mnie moje, niezdeptane przez życie, poczucie humoru.*

Słuchając ich wypowiedzi, można zadać jeszcze jedno pytanie: czy, jakimś dziwnym trafem, omijają te panie troski? Odpowiedź brzmi: nie, a nawet poważniejsze zgryzoty wdzierają się czasem do ich domów. Ale one nauczyły się je dźwigać. Umieją żyć umocnione wiarą i – co często niedoceniane – poczuciem humoru.

Wzrastanie w wierze

Wspólne spotkania wzmacniają więzi emocjonalne, powodują wzrost poczucia bezpieczeństwa wynikający z przynależności do grupy, która daje akceptację i wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych [Wilczek 2013, s. 11].

Zasadniczo wyróżnia się dwa rodzaje religijności. Są to:

- Religijność tradycyjna, którą można zdefiniować, jako brak samodzielnego wysiłku uzasadnienia wiary. Wiara stanowi tu wartość przejętą od poprzedniego pokolenia. W tym typie religijności znaczenie ma powtarzalność, tradycja i nakazy społeczne przyjęte z wzorca rodzinno-kulturowego. Jest to religijność odświętna, spełniająca się, w jako takim uczestnictwie w praktykach religijnych, ożywająca jedynie w okresach świąt Bożego Narodzenia i Wielkanocy.
- Religijność pogłębiona, która charakteryzuje się pogłębioną intelektualnie znajomością prawd wiary, większą dojrzałością emocjonalną, większą otwartością na miłość, na relację z drugim człowiekiem, większą intymnością w relacji człowiek – Bóg. Charakteryzuje się stałą pracą nad swoją

osobowością, wzrastaniem w wierze, oraz jak najczęstszym uczestnictwie w praktykach religijnych: uczestnictwo we mszy świętej, w rekolekcjach, adoracjach Najświętszego Sakramentu; korzystanie z sakramentów świętych; aktywne uczestniczenie w grupach modlitewnych.

W socjologii moralności mówi się, że wychowanie religijne wynosi się z domu rodzinnego, co może stanowić grunt, na którym budowana i modyfikowana jest dalsza konstrukcja postawy religijnej. Nawet, jeśli wyniesiona z domu rodzinnego wiara religijna ulega licznym modyfikacjom, to w późnym wieku stanowi jeden z głównych punktów odniesienia dla osoby starszej. Ma na to wpływ szczególnie wizja śmierci. Perspektywa rychłego końca egzystencji powoduje, iż człowiek intensywniej i częściej rozmyśla nad kwestiami eschatologicznymi. Ks. M. Rusiecki zauważa, że „[...] w Chrystusie też rozwiązuje się trudny problem ludzkiego cierpienia, które w perspektywie eschatologicznej staje się źródłem radości i szczęścia. [...] Cierpienie, jako dotkliwe i ciężkie doznawanie zła fizycznego lub duchowego w świetle nauki Jezusa Chrystusa otrzymuje wartość zbawczą. [...] Cierpienie, choroba stają się dla człowieka darem i znakiem łaski, a więc sygnałem szczególnego spotkania z Bogiem. [...] A zatem wszelkie udręki starszego wieku przyjęte i przeżywane razem z Chrystusem otrzymują nowy – zbawczy sens” [<http://polki.pl/rodzice,wiara-jaka-role-pelni-na-starosc,10378040,artykul.html>, dostęp: 30.12.2017].

Wiara jest jednostką dynamiczną zmienia się wraz z wiekiem oraz zaangażowaniem człowieka. W modelu J.W. Fowlera wyróżnia się 6 etapów wiary. Ten amerykański teolog, na podstawie prac związanych z rozwojem człowieka autorstwa naukowców, takich jak: E. Erikson, J. Piaget czy L. Kohlberg, podzielił wiarę na następujące kategorie:

- intuicyjno-projekcyjną (niewinność),
- mityczno-literalną (literalizm),
- syntetyczno-konwencjonalną (typ lojalisty),
- indywidualno-refleksyjną (typ krytyka),
- koniunktywną (typ widzącego),

- uniwersalizującą (typ świętego) – jest to najrzadziej występująca kategoria [za: Socha 2000, ss. 165–189].

Papież Jan Paweł II, w cytowanym już liście skierowanym do ludzi w podeszłym wieku, podaje przykłady duchowości pogłębionej, które możemy znaleźć na kartach Ewangelii [Jan Paweł II 1999]. Na szczególną uwagę zasługuje tu prorok Symeon, oświadczający, że jest gotów umrzeć, ponieważ dane mu było wziąć w objęcia oczekiwanego Mesjasza: „Teraz, o Władco, pozwól odejść słudze Twemu w pokoju, według Twojego słowa. Bo moje oczy ujrzały Twoje zbawienie” oraz apostoł Paweł, który doznawał swoistej rozterki, chciał, bowiem żyć dalej, aby głosić Ewangelię, a zarazem pragnął „odejść, aby być z Chrystusem”, tak wielka była jego wiara oraz miłość do Chrystusa [Łk 2, 29–30, Flp 1,23].

W rozdziale zatytułowanym *Ludzie starzy w Piśmie Świętym*, Ojciec Święty przywołuje kilkanaście postaci ze Starego i Nowego Testamentu, które właśnie w starości odegrały bardzo ważną rolę w zbawczych planach Boga [Jan Paweł II 1999]. Wystarczy wspomnieć Abrahama i Sarę, Mojżesza, a także Zachariasza i Elżbietę, Symeona i prorokinię Annę. Wszyscy oni stanowią przykład najrzadszej wiary – uniwersalizującej (typ świętego), opisywanej przez amerykańskiego teologa J.W. Fowlera [Socha 2000]. Ale i we współczesnych nam czasach nie brakuje takich osób – np. św. Ojciec Pio (mystyk), św. Maksymilian Maria Kolbe (męczennik), bł. Matka Teresa z Kalkuty i wielu innych.

Współdziałanie z Bogiem tych starych osób świadczy o tym, że „[...] Bóg każdego wzywa, aby oddał Mu swoje talenty. W służbie Ewangelii wiek nie ma znaczenia” i choć „Każdy wiek ma swoje zalety i zadania”, to właśnie w starości najczęściej przychodzi czas na refleksję nad własnym życiem – jego sensem i celem [Jan Paweł II 1999].

Podsumowanie

Można się pokusić o stwierdzenie, iż osobom zaangażowanym religijnie łatwiej jest przyjąć niedogodności związane ze starzeniem się i umieraniem. Dzięki religijności, zwłaszcza tej pogłębionej, są: pogodniejsi, spokojniejsi, łat-

godniejsi w kontaktach z innymi, pogodzeni z myślą, że i oni mogą wkrótce odejść z tego świata, a wiara daje im nadzieję na przyszłe życie. Wiara przeżywana właściwie staje się pomocą w życiu człowieka.

List Jana Pawła II wieńczy piękna i głęboka modlitwa nawiązująca do najgłębszego pragnienia ludzkiego serca, by Pan kazał nam przyjść do Siebie:

„Pozwól, o Panie życia, abyśmy to sobie wyraźnie uświadomili i umieli cieszyć się każdym etapem naszego życia, jako darem niosącym bogate obietnice na przyszłość. Spraw, byśmy z miłością przyjmowali Twoją wolę, zawierając się każdego dnia Twoim miłosiernym dłońmi.

„Gdy zaś nadejdzie chwila ostatecznego «przejścia», pozwól, abyśmy umieli ją powitać z pokojem w sercu, nie żałując niczego, co przyjdzie nam porzucić. Kiedy bowiem po długim poszukiwaniu spotkamy Ciebie, odnajdziemy też wszystkie prawdziwe wartości, jakich zazналиśmy na ziemi, a także tych, którzy poprzedzili nas w znaku wiary i nadziei.

Maryjo, Matko ludzkości pielgrzymującej, módl się za nami «teraz i w godzinie śmierci naszej». Spraw, byśmy byli zawsze blisko Jezusa, Twojego umiłowanego Syna, a naszego Brata, Pana życia i chwały. Amen!” [Jan Paweł II 1999, ss. 38–39].

Bibliografia

Brudek P. i in. (2015), *Duszpasterstwo osób starszych w aspekcie psychospołecznym*, [w:] M. Guzewicz i in. (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*, t. 2, Wyd. KUL, Lublin.

CBOS (2009), *Wiara i religijność Polaków dwadzieścia lat po rozpoczęciu przemian ustrojowych*. BS/34/2009, CBOS, Warszawa.

Elbląski program na rzecz osób starszych na lata 2009–2013: Jesień życia nie musi być szara, może mieć wszystkie kolory tęczy (2008), [online] www.elblag.eu/index.php/elbski-program-na-rzecz-osob-starszych-na-lata-2009-2013/168-miasto/6961-elbskie-klimaty, dostęp: 30.12.2017.

Jan Paweł II (2006), *Adhortacja Apostolska: Christifideles Laici – O powołaniu i misji świeckich w Kościele*, [w:] idem, *Dzieła zebrane. Adhortacje*, t. 2, Wyd. Znak, Kraków.

Jan Paweł II (1999), *List Ojca Świętego Jana Pawła II: do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku: słowa Ojca Świętego do ludzi starszych*, Wyd. M, Kraków.

Kowgier A. (2010), *Życie intymno-emocjonalne osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu (1980), ks. K. Dynarski SAC (red.), Wyd. Pallottinum, Poznań – Warszawa.

Socha P. (2000), *Teolog jako psycholog: koncepcja rozwoju wiary Jamesa W. Fowlera*, [w:] idem (red.), *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Wilczek M. (2013), *Starość ma swoje blaski*, „List do Pani”, nr 11.

Wiśniewska-Roszkowska K. (1989), *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.

Strony WWW

<http://www.gazetasenior.pl/jan-pawel-ji-o-starosci>, dostęp: 30.12.2017.

<http://polki.pl/rodzice,wiara-jaka-role-pelni-na-starosc,10378040,artykul.html>,
dostęp: 30.12.2017.

Człowiek w wieku podeszłym a potrzeba edukacji

Starość jest kolejnym etapem naszego życia, niestety, przez społeczeństwo uważanym za ostatni i niewiele znaczący. Dla seniorów tymczasem jest to okres, w którym mogą rozwijać swoje zainteresowania, spełniać marzenia. W obecnych czasach poczucie sensu życia osób starszych uległo zmianie. Seniorzy chcą być aktywni społecznie, chcą nabywać nowe umiejętności i poszerzać swoją wiedzę. W okresie starości mogą poświęcić czas na realizację tych celów. Wcześniej, kiedy pochłonięci byli pracą, obowiązkami domowymi i wychowaniem dzieci, zwyczajnie brakowało im czasu dla siebie. Starość jest teraz okresem, w którym wyznacza się sobie i realizuje nowe cele, podejmuje nowe zadania. Ta faza życia nie jest pozbawiona możliwości rozwoju, dlatego trzeba ją świadomie kształtować. Osiągnięcie wieku emerytalnego nie może być przyczyną wyłączenia z życia społecznego, z dostępu do edukacji i kultury [Kaczmarczyk, Trafiałek 2007, s. 117].

W okresie starości można zarówno odkrywać wciąż nowe zainteresowania, uzdolnienia i rozwijać je, jak też realizować pragnienia dotychczas niespełnione, reorganizować i redefiniować swoje życie, nadawać mu nowy sens, realizować nowe plany życiowe. W człowieku istnieje ogromny potencjał, który można uruchomić i wykorzystać. Z biegiem lat sam uczy się wydobywać i doskonalić swoje możliwości, odkrywać siebie. Ta swoista autodiagnoza i autoedukacja w starszym wieku polega na umiejętności analize i reoceny przeszłości [Pikuła 2016, s. 67].

Według O. Czerniawskiej edukacja w późnej fazie życia „jest przede wszystkim medytacją o samym życiu” [Czerniawska 1998, s. 13]. Uważa ona, że poświęcanie sobie uwagi należy do podstawowych potrzeb i obowiązków każdego człowieka. Jest jednym ze sposobów, aby pozostać młodym i „być na czasie”. Ponadto stwierdza, że „ani wielka transformacja, ani olśniewający rozwój raczej nie dokonuje się w starszym wieku”. Uczenie spełnia jednak inną funkcję, a jest nią „[...] uczenie się dla samego siebie” [Czerniawska 1998, s. 13]. Oczywiście postawa taka ma też znaczenie dla społeczeństwa. Najważniejsze jest jednak, by skupić się na osobistym rozwoju i zapewnieniu sobie godnej starości [Pikuła 2016, s. 68].

Rola społeczeństwa

Wszyscy znamy ludzi starszych, którzy mogą być idealnymi przykładami ludzi młodych duchem. Takich osób w naszym kraju jest wiele i nie jest prawdą, że jedynym zajęciem osoby będącej na emeryturze jest wizyta w sklepie i u lekarza. Coraz częściej spotykamy na ulicach seniorów mających w sobie więcej energii niż młodzi ludzie. Widać po nich, że mimo swojego wieku chcą jeszcze w życiu wiele osiągnąć. Mając styczność z taką osobą, ludzie młodszy powinni przekazywać jej swoją wiedzę i wskazywać możliwości dalszych działań. Ich rady, pomoc pozwolą osobie starszej zyskać nowe informacje, chociażby z zakresu nowoczesnych technologii. Swoją postawą mogą im dodać otuchy i zachęcić do skupienia się na rozwoju własnej osoby. Senior, mając kontakt ze społeczeństwem czuje się ważny, a przebywając z ludźmi, czuje się potrzebny. Społeczeństwo powinno doceniać ludzi w starszym wieku, ponieważ mają za sobą lata doświadczeń i swoją mądrość chętnie przekazaliby młodym pokoleniom. Choć to prawda, że w wymiarze fizycznym potrzebują już pomocy, ale nawet w podeszłym wieku mogą być oparciem dla niejednego młodego człowieka, który stawia dopiero pierwsze kroki w dorosłym życiu. Człowiek starszy w tym zakresie ma największe doświadczenie i mógłby pomóc wielu młodym ludziom w znalezieniu własnej drogi [Kuchcińska 2009, s. 174].

Aktywność seniorów

Do prawidłowego rozwoju konieczna jest aktywność. Dzięki niej człowiek wchodzi w interakcję z innymi ludźmi, komunikuje się ze światem. Aktywność to wyznacznik sposobu starzenia się. Jest to działanie nakierowane na zaspokajanie potrzeb, utrzymanie sprawności ciała, osiągnięcie celu. Pozwala przystosować się seniorom do społeczeństwa, do rzeczywistości. Dzięki aktywności ludzie starsi uczą się radzenia sobie w trudnych i nowych dla nich sytuacjach, zapoznają się z techniką i korzystają przy tym z życia.

Współcześnie, ze względu na coraz większe zaangażowanie wielu organizacji w problematykę starzenia się społeczeństwa, zyskuje na znaczeniu polityka społeczna realizowana wobec seniorów, czego globalnym wyrazem było ogłoszenie przez Komisję Europejską roku 2012 Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Działanie to miało dodatkowo uświadomić rolę, jaką przypisuje się aktywności i współdziałaniu w procesie starzenia się [Wawrzyniak 2017, s. 12].

Edukacja

Edukacja jest procesem całościowym, zatem nie kończy się w wieku 25 lat, a trwa całe życie. Częścią edukacji jest również wychowanie, dotyczy to nie tylko młodych ludzi, ale także seniorów. W okresie starości można odkrywać swoje pasje, zainteresowania, jest to idealny moment na realizację niespełnionych celów. Życie na tym etapie może nabrać nowego znaczenia, sensu. To jest idealny czas, który możemy poświęcić na spełnienie swoich marzeń.

Na aktywne starzenie się wpływa wiele czynników, a wśród nich najistotniejsza jest edukacja. Umożliwia ona lepszą adaptację do zmieniającego się środowiska oraz pomaga zachować niezależność, nie tylko w młodości, ale także przez całe życie. Nauka przyczynia się do zwiększenia świadomości i wiedzy seniorów w zakresie zdrowia oraz korzystania z najnowszych osiągnięć ludzkości. Dzięki niej wzrasta pozytywna ocena jakości życia. Zajęcia

edukacyjne pozwalają także na wsparcie osób starszych „w wyborze osiągalnych dla nich celów, czyli zakładających takie działania, które są możliwe przez nich do podjęcia” [Sikora 2013, s. 44]. Muszą one być zarówno adekwatne do możliwości osób starszych, jak i uwzględniać ich indywidualne potrzeby, natomiast działania edukacyjne skierowane do seniorów powinny także mieć na uwadze ich podmiotowość, pragnienia i zainteresowania, w tym szczególnie te odnoszące się do:

- wiedzy i umiejętności technicznych (obsługa komputera, bankomatu, kont osobistych przez telefon, sprzętu muzycznego, telewizora);
- zdrowia (radzenie sobie z problemami zdrowotnymi, uzyskiwanie informacji – głównie od lekarzy);
- odpoczynku i rozrywki (rozwijanie nowych zainteresowań, ale również i tych, które istnieją);
- tematów związanych z życiem codziennym (radzenie sobie ze sprawami finansowymi, spadkowymi, prawnymi) [Sikora 2013, s. 44].

Zatem uwzględniając to, co najważniejsze dla osób starszych, można założyć, że wiedza zdobyta w toku edukacji pomaga im obalać mity i rozwiewać obawy, pozwala odkrywać prawdę i podnosić umiejętności zarządzania sobą, jak również własnym życiem, nie tylko organizować czas wolny, ale i nadawać mu sens oraz wartość. Znajomość procesów i mechanizmów starzenia się sprzyja lepszemu przystawianiu i przygotowaniu do zmian oraz utrzymaniu zadowalającego stanu zdrowia, a tym samym podnosi adaptację do starości i nadaje sens jej przeżywaniu [Majewska-Kafarnowska 2009, ss. 221–222].

Aktywni seniorzy zdobywają wiedzę dotyczącą zdrowia, która w wieku emerytalnym jest niezwykle potrzebna. Dzięki niej bardziej dbają o swoją kondycję, co prowadzi do zmniejszenia liczby zachorowań w tym przedziale wiekowym. Poznają nowe technologie, a umiejętność korzystania z nich ułatwia im funkcjonowanie w życiu codziennym, przykładem może być chociażby obsługa komputera, której znajomość umożliwia kontakt z najbliższymi, mieszkającymi coraz częściej w innym mieście lub kraju. Edukacja seniorów umożliwia im również uzupełnienie posiadanej już wiedzy. Wielu z nich żyło w czasach wojny,

co wiązało się często z przerywaniem edukacji na rzecz pracy czy też z powodu likwidacji szkół. W okresie starości mają szansę na uzupełnienie wykształcenia. Społeczeństwo wprowadza mnóstwo zmian: powstają nowe dziedziny nauki, zawody, miejsca pracy. Starsi ludzie często nie orientują się w tych nowinkach. Aby uczestniczyć aktywnie w życiu społecznym, emeryci powinni również poznać zawody, których nie było za czasów ich młodości i przyswoić wiadomości z nowych dziedzin nauki. Osoby starsze są zmuszone prosić ludzi młodych o pomoc w załatwieniu wielu spraw, np. urzędowych. Dzięki tej wiedzy będą samodzielni, a młodzi ludzie mogą jedynie im doradzać [Łukasik 2006, s. 69].

Uniwersytet trzeciego wieku

W odczuciu ogółu społeczeństwa najważniejszym i najcenniejszym okresem w naszym życiu jest młodość. Jest to rzeczywiście czas wolności, zabawy i rozwoju, ale życie starszego człowieka również jest wartościowe. W tym okresie także możemy żyć pełnią życia, skupić się na sobie, na rozwoju, zabawie. Jest to etap życia, na którym moglibyśmy wynagrodzić sobie lata ciężkiej pracy. To nie jest tylko czas chorób, samotności i oczekiwania na śmierć. Współcześni seniorzy są bardzo aktywni i chcieliby w życiu jeszcze wiele zrobić, ale – tym razem – dla siebie. Przede wszystkim skupiają się na edukacji. Mają świadomość tego, że jest ona warunkiem pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. Przykładem tego jest uniwersytet trzeciego wieku. Jest to miejsce spotkań seniorów, podczas których uzupełniają swoją wiedzę, uczestnicząc w wykładach. Ale nie tylko zdobywają tam wiedzę. To miejsce, gdzie seniorzy przeżywają drugą młodość. Pozwala ono starszym ludziom poszerzać horyzonty, zdobywać nowe wiadomości, rozwijać zainteresowania i nawiązywać nowe przyjaźnie. Uniwersytet trzeciego wieku to idealne miejsce dla osób, które, pomimo swojego wieku, chcą wyjść z pustego domu, chcą się rozwijać i nie marnować czasu i życia.

Głównym zadaniem tej instytucji jest pogłębianie i poszerzenie wiedzy seniorów, a co za tym idzie poprawienie jakości ich życia. Nauka służy

uświadomieniu seniorowi, że starzenie się jest naturalnym procesem biologicznym i nie jest końcem aktywności. Seniorzy uczęszczający na zajęcia są przygotowani do starości, prowadzą prawidłowy tryb życia i co najważniejsze – integrują się ze społeczeństwem. Uniwersytet trzeciego wieku przede wszystkim umożliwia seniorom podniesienie standardu życia w wyniku właściwej organizacji czasu wolnego.

Każda forma działalności prowadzona przez uniwersytet trzeciego wieku (UTW) zawiera elementy mające pozytywny wpływ na rozbudzanie zainteresowań intelektualnych, zwiększanie aktywności społecznej i fizycznej, a w konsekwencji na utrzymanie wysokiej sprawności i poprawy stanu zdrowia ludzi w starszym wieku. Czynne uczestnictwo w podstawowej formie edukacji, jaką są wykłady prowadzone na poziomie uniwersyteckim, rozbudza zainteresowania i poszerza horyzonty myślowe, a tym samym nobilituje słuchaczy UTW. Natomiast uzupełnienie wykładu częścią artystyczną, zazwyczaj dopasowaną do jego tematu, w wykonaniu chóru, zespołu muzycznego, solisty czy kapeli ludowej, uatrakcyjniła prowadzone zajęcia i zapewnia pełną frekwencję słuchaczy na wykładach. Tak organizowane dwugodzinne spotkanie staje się bardzo atrakcyjne także dla osób przybyłych na wykład w charakterze wolnych słuchaczy. Ta ciekawa i sprawdzona forma edukacji prowadzona jest przez Uniwersytet Trzeciego Wieku w Białymstoku [Steuden, Marczuk 2006, s. 284].

Uniwersytety trzeciego wieku są obecne w Polsce od 1975 roku. Ich geneza związana jest z nazwiskiem prof. P. Vellasa, francuskiego uczonego, z inicjatywy którego w 1972 roku powstała w Tuluzie pierwsza tego typu placówka [Aleksander 2009, s. 292]. Studenci-seniorzy gorliwie uczęszczają na zajęcia odbywające się w ponad 30 ośrodkach w naszym kraju. Uniwersytety te w większości są zarejestrowane jako stowarzyszenia. Mają ogólnopolski regulamin i stanowią część Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Są związane ze środowiskiem uczelni wyższych lub instytucji doskonalenia zawodowego. Wykłady są bardzo ciekawe – zapraszani są dziennikarze, artyści i przedstawiciele wielu innych zawodów. Obecnie, coraz częściej jednostki i instytucje

samorządów terytorialnych włączają się w organizację i patronat nad funkcjonowaniem uniwersytetów trzeciego wieku, przynoszących prestiż i nobilitację środowiskom lokalnym, w których pracują. Senior uczęszczający na zajęcia ma takie same obowiązki jak student każdej uczelni, czyli np. sporządza notatki z wykładów czy pisze prace semestralne. Nie otrzymuje natomiast żadnych ocen – do zaliczenia wystarczy omówienie pracy podczas konsultacji z nauczycielem. Treści działalności edukacyjnej wynikają z potrzeb intelektualnych rencistów i emerytów. Program obejmuje różne dziedziny wiedzy, głównie są to nauki humanistyczne, nauki biologiczno-medyczne i społeczne oraz związane z ochroną środowiska. Podstawową funkcją uniwersytetu trzeciego wieku jest rozbudzanie i zaspokajanie aktywności intelektualnej, emocjonalnej, społecznej, kulturalnej i artystycznej, a także włączanie pokoleń trzeciego i czwartego wieku w nurt wydarzeń ogólnospołecznych. Według O. Czerniawskiej celem tych uniwersytetów jest sprawienie, aby czas starości był czasem pełni życia. Chcą być instytucjami oświatowymi, które inicjują dialog, tzn. spotkania osób i kultur, przeszłości i teraźniejszości. O. Czerniawska, przestrzega jednak, że uniwersytet trzeciego wieku, jeśli ma służyć ludziom starszym, musi czuwać nad tym, by nie ulegać procesom komercjalizacji i nie pójść na łatwiznę. To nie mogą być instytucje „na niby” [za: Szarota 2004, ss. 76–79].

Warunkiem niezbędnym do funkcjonowania we współczesnym świecie jest systematyczna aktualizacja wiedzy. Żyjemy w czasach, w których technologia i ogólny rozwój cywilizacji zmuszają nas do ciągłego kształcenia się. Seniorzy, aby zrozumieć społeczeństwo i młodsze pokolenie, muszą również przyswajać nową wiedzę. Bez niej i bez rozumienia zachodzących zmian mogą zostać wykluczeni z życia społecznego, a dla młodszego pokolenia będą pozostawać poza marginesem życia. Dlatego tak ważne są uniwersytety trzeciego wieku, które zachęcają seniorów do aktywności i pomagają zdobyć niezbędną wiedzę, pozwalającą im na uczestniczenie w życiu społecznym.

Pierwotne założenia organizacyjne uniwersytetu trzeciego wieku to:

- organizowanie osobom w starszym wieku czasu wolnego,
- promowanie aktywnych form życia i wypoczynku,

- udostępnianie różnorodnych form oświaty,
- tworzenie płaszczyzn integracji międzypokoleniowej, wewnątrzpokoleniowej i środowiskowej,
- wszechstronna aktywizacja słuchaczy,
- wdrażanie do samokształcenia i samopomocy,
- pomoc w realizacji i rozwoju zainteresowań,
- podnoszenie sprawności intelektualnej, psychicznej i fizycznej,
- angażowanie do współuczestnictwa w szeroko rozumianym życiu społecznym [Brągiel, Badora 2005, s. 539].

Obecnie formuła funkcjonowania tych instytucji uległa zmianie, a konkretnie: wzbogaceniu. W ofercie większości placówek znajdują się: nauka języków obcych, rekreacja ruchowa i turystyka, gimnastyka usprawniająca, wycieczki rowerowe. Są również prowadzone zajęcia tematyczne, uzależnione od zainteresowań seniorów, np. plastyczne, ogrodnicze, komputerowe, dyskusyjne, brydżowe, muzyczne, przyrodnicze czy samopomocy koleżeńskiej. Seniorzy zapewniają również rozrywkę środowisku lokalnemu – tworzą kabarety, teatry, zespoły muzyczne i organizują przedstawienia lub koncerty [Brągiel, Badora 2005, s. 540].

Poczucie sensu życia osób starszych

Nie jest prawdą, że osoby w wieku emerytalnym nie są już w stanie nauczyć się niczego nowego. Możliwości intelektualne nie są zależne od liczby lat. W każdym wieku jesteśmy sprawni intelektualnie i możemy tacy pozostać do końca życia. Natomiast rozmaite czynniki mają wpływ na to, że w starszym wieku zazwyczaj przestajemy się rozwijać. Ludzie starsi, którzy przechodzą na emeryturę, często tracą poczucie sensu życia. Brak bodźców do rozwoju umysłowego powoduje brak motywacji, izolowanie się od społeczeństwa, co doprowadza do apatii. Dlatego też ważne jest, aby po przejściu na emeryturę, być nadal aktywnym, ponieważ starość to nie najgorszy etap życia, ale okres, w którym możemy skupić się bez przeszkód właśnie na swoim rozwoju intelektualnym. Społeczeństwo wykre-

owało negatywny obraz starego człowieka, jako osoby bezużytecznej, zacofanej, nieporadnej. Wielu ludzi w podeszłym wieku wierzy w to i patrzy na siebie tak, jak patrzy na nich społeczeństwo, przez co zaniedbuje swój rozwój i zmniejsza zaangażowanie w życie społeczne. Po przejściu na emeryturę człowiek cieszy się długo wyczekiwaną wolnością. Staje się niezależny – ustaje przecież obowiązek pracy. Jednak po pewnym czasie pojawia się nuda i okazuje się, że emerytura nie wygląda tak, jak to sobie senior wymarzył. Nagle pojawiają się liczne schorzenia, dokucza samotność, pustka i słabnie kondycja fizyczna. Dlatego tak ważne jest, aby senior był aktywny. Starość może być właśnie najpiękniejszym okresem. Ludzie na tym etapie życia powinni być dumni ze zdobytego doświadczenia, z tego, ile przeżyli, co zobaczyli. Rozpoczynają stoicki okres życia, nacechowany spokojem, refleksją, życiową mądrością wytykającą ze zdobytego doświadczenia. Społeczeństwo powinno dbać o seniorów i o ich potrzeby. Oni nie muszą i nie chcą być ciężarem dla młodych ludzi, a wręcz przeciwnie: pragną aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym. Chcą się dokształcać, przekazywać wiedzę młodym pokoleniom, chcą być zaradni życiowo [Trafiałek 2006, s. 116].

Badania przeprowadzone w Zakładzie Gerontologii Akademii Medycznej w Białymstoku na przełomie 1997 i 1998 roku wykazały, że ocena bilansu życiowego większości badanych starszych osób waha się wokół ocen umiarkowanie pozytywnych [Steuden, Marczuk 2006]. Przy tym ważny jest udział ludzi starszych w życiu rodzinnym, aktywne uczestnictwo w życiu kulturalnym, społecznym, a nade wszystko uczenie się i zdobywanie wiadomości z różnych dziedzin wiedzy. Liczne badania wykazały, że właściwy styl życia oraz ciągłe zdobywanie wiedzy wpływa na poprawę zachowania i dobre samopoczucie ludzi starszych. Analiza wyników przeprowadzonych badań wskazuje, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym oraz ciągle zdobywające wiedzę (w tym słuchacze uniwersytetu trzeciego wieku) wyróżniają się, w porównaniu z innymi grupami swoich rówieśników, lepszym zdrowiem oraz większą sprawnością fizyczną i intelektualną. Zatem można stwierdzić, że starzenie się jest właściwie procesem trwającym całe życie i dotyczy osób z każdego przedziału wiekowego. W starszym wieku ma ono charakter, wbrew powszechnemu mniemaniu, w większym stopniu psychiczny

i społeczny niż biologiczny. Gdy człowiek czuje się odrzucony, niepotrzebny w rodzinie lub społeczeństwie, sam wycofuje się z aktywnego życia, co najczęściej ma miejsce po przejściu na emeryturę. W związku z tym starzeje się szybciej i często w sposób patologiczny. Brak kontaktów społecznych i zajęć dających zadowolenie sprawia, że wiele osób starszych traci zainteresowania, izoluje się od otoczenia, odczuwa przygnębienie i miewa stany lękowe, a to wiedzie do chorób i utraty sprawności psychofizycznej [Steuden, Marczuk 2006, s. 283].

Podsumowanie

Uniwersytet trzeciego wieku stwarza ogromne możliwości ludziom starszym. Można stwierdzić, że wręcz ratuje ich przed wycofaniem się z aktywnego życia, ze społeczeństwa, na pewno też poszerza ich zainteresowania, wskazuje właściwe, na tym etapie życia, postępowanie. Należy cieszyć się z tego, że istnieją takie miejsca aktywizacji ludzi starszych. Dzięki nim seniorzy mogą uwierzyć, że okres starości to jeszcze nie koniec życia, że może być lepszą jego połową. Niestety wielu ludzi w podeszłym wieku kieruje się stereotypowym myśleniem, że ludzie starsi nie znaczą już nic. Prężnie działające instytucje i stowarzyszenia starają się zmienić te poglądy i próbują odkryć wartość seniorów, także przed nimi samymi. Miejmy nadzieję, że w przyszłości aktywnych seniorów będzie mnóstwo. Pamiętajmy o ich ogromnym doświadczeniu, z którego powinni być dumni i którym powinni się dzielić. Kolejnym powodem do dumy jest samo przeżywanie okresu starości, gdyż nie jest on wcale okresem klęski i wyczekiwania na śmierć. Człowiek może spędzić ten czas bardzo intensywnie i ciekawie. Ma dużo wolnego czasu i może go wtedy poświęcić na naukę, aktywność fizyczną, rozwijanie zainteresowań i spełnianie marzeń [Kołodziej 2010, s. 55]. Papież Jan XXIII stwierdził, że „Ludzie są jak wino. Niektórzy zmieniają się w ocet, ale większość wraz z wiekiem zyskuje na wartości”. Warto przytoczyć dopełniające tę myśl, zdanie Jana Pawła II „Z pojednawczej mocy przychodzącej z wiekiem mądrości rodzi się życzliwość, cierpliwość, zrozumienie i cenny klejnot jesieni życia – poczucie humoru” [za: Szarota 2004, s. 74].

Bibliografia

Aleksander T. (red.) (2009), *Edukacja dorosłych jako czynnik rozwoju społecznego*, t. 2, ITE PIB, Radom.

Brągiel J., Badora S. (red.) (2005), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole.

Czerniawska O. (red.) (1998), *Style życia w starości*, Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.

Kaczmarczyk M., Trafiałek E. (2007), *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 4.

Kołodziej W. (2010), *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych, a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Impuls, Warszawa.

Kuchcińska M. (red.) (2009), *Edukacja do i w starości*, Wyd. Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy, Bydgoszcz.

Łukasik J.M. (2006), *Od nauczyciela adaptacyjnego do autonomicznego. Kształcenie i doskonalenie zawodowe nauczycieli a efektywność pracy*, „Edukacja. Studia. Innowacje”, nr 1.

Majewska-Kafarnowska A. (2009), *Edukacja (seniorów?) w procesie rewalidacji społecznej starzejącego się społeczeństwa*, „Chowanna”, nr 2.

Pikuła N. (2016), *Poczucie sensu życia osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Sikora M. (2013), *Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się*, [w:] K. Lipka-Szostak (red.), *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania. Trendy. Metody*, STOP, Warszawa.

Steuden S., Marczuk M. (red.) (2006), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wyd. KUL, Lublin.

Szarota Z. (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.

Trafiałek E. (2006), *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*,
Wyd. Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.

Wawrzyniak J. (2017), *Starość człowieka – szanse i zagrożenia. Implikacje pedagogiczne*,
Wyd. CeDeWu, Warszawa.

Grażyna Szewczyk

Dorota Jędrzejczyk

Człowiek w wieku podeszłym a jego aktywizacja i miejsce w sztuce

Jeżeli dzieciństwo i młodość są czasem, w którym człowiek stopniowo uczy się człowieczeństwa i rozpoznaje swoje możliwości, to starość jest szczególną wartością, ponieważ łagodząc namiętności, pomnaża mądrość i służy dojrzałszymi radami. Jest to czas szczególnie nacechowany mądrością.

Jan Paweł II, *Do moich braci i siostr – ludzi w podeszłym wieku*

Starzenie się jest nieubłagany procesem dotyczącym każdego z nas, dlatego nie powinien to być okres nagłego wycofania się z życia społecznego, kulturalnego i towarzyskiego. Nagłość zmian może spowodować osamotnienie i izolację. Współczesne wzorce kulturowe i moralne wymagają, aby społeczeństwo otoczyło ludzi starszych nie tylko szacunkiem, ale również należyłą troską, wyrażaną w praktycznej pomocy i opiece. Wtedy, gdy rodzina nie może podjąć odpowiedzialności za osobę starszą lub gdy tej rodziny nie ma, wówczas to instytucje pomocy społecznej są zobowiązane do wsparcia osób w wieku podeszłym.

Aktywizacja osób w wieku podeszłym

Z wielu badań wynika, iż obecne czasy charakteryzują się coraz większym udziałem osób starszych w ogóle społeczeństwa. Spowodowane jest to wydłużaniem się życia jednostki, na co nakłada się również zjawisko zmniejszania długości czasu pracy, co z kolei powoduje, że we współczesnych społeczeństwach coraz większą grupę stanowią emeryci. Decyzja o przejściu na emeryturę nie jest łatwa i znajduje się na 10. miejscu w skali najbardziej stresogennych wydarzeń życiowych. Jednocześnie, emerytura postrzegana jest jako początek starości oraz przerwanie aktywności, która w ciągu całego życia nadawała kierunek i sens wszystkim działaniom. Każdy człowiek, aby prawidłowo funkcjonować, wymaga zaspokojenia podstawowych potrzeb. Najważniejsze z nich to: odżywianie, sen, przestrzeń i bezpieczeństwo. Człowiek musi zadbać również o potrzeby wyższego rzędu, aby zachować dobre samopoczucie i zapewnić sobie dalszy rozwój. Z tego powodu bardzo ważne jest, aby ludzie starsi nie wycofywali się z aktywnego życia po przejściu na emeryturę, a raczej kontynuowali lub rozwijali nowe formy działalności, zarówno edukacyjnej, jak i kulturalnej czy twórczej [Gosik 2015, ss. 137–147]. Niestety, osoby w starszym wieku zbyt dużo czasu wolnego spędzają w sposób bierny: w fotelu przed telewizorem. Tymczasem bardzo ważne jest dla nich utrzymanie aktywności życiowej. Sprzyjają temu spotkania z przyjaciółmi, wyjście na zakupy, do kina czy praca w ogródku. Stąd, w obecnej sytuacji, dużą rolę w promowaniu aktywnego spędzania czasu wolnego mają do odegrania placówki publiczne, a także organizacje pozarządowe, które zobligowane są do realizacji szeregu zadań wynikających ze starzenia się społeczeństwa. Istotne jest, aby instytucje zajmujące się aktywizacją seniorów były do tej roli dobrze przygotowane. Powinny móc zaspokoić, w miarę możliwości, jak najwięcej potrzeb osób starszych, zarówno w sferze rozwoju osobistego, jak również społecznego i aktywizacji. Na szczególną uwagę zasługuje kilka takich instytucji oraz inicjatyw, a mianowicie: Centrum Inicjatyw Senioralnych w Poznaniu, Kawa dla Seniora za 1 PLN, Wrocławska Karta Seniora, 60+ Kultura, Mali Bracia Ubo-

gich, Dom Sąsiedzki „Gościenna Przystań”, Seniorzy w Akcji, Q Ruch Sąsiedzki, Szkoła Superbabci i Superdziadka, Międzypokoleniowy Teatr Tańca „Dawka Energii” z Wałbrzycha.

Centrum Inicjatyw Senioralnych w Poznaniu (www.centrumis.pl). Jest to placówka, która aktywizuje ludzi starszych do działań twórczych. Walczy też ze stereotypami w myśleniu o starości, czyli zazwyczaj krzywdzącymi opiniami na temat tego etapu życia, zwracając uwagę, że dobrą i twórczą starość można i trzeba zaplanować. Przy Centrum działa również Poznański Wolontariat 50+, Punkt Informacji 50+, gdzie seniorzy mogą uzyskać informację, co ciekawego dzieje się w mieście i jak zorganizować wolny czas. Podobne centra działają także we Wrocławiu (www.seniorzy.wroclaw.pl) i w Gdyni (www.cas.gdynia.pl).

Kawa dla Seniora za 1 PLN. Jest to program aktywizujący seniorów, polegający na tym, że w wybranych lokalach działających w warszawskiej dzielnicy Żoliborz, w godzinach, kiedy większość osób jest w pracy, mogą oni skorzystać z oferty zakupu kawy i herbaty za symboliczną złotówkę. Program cieszy się dużą popularnością wśród osób starszych, daje możliwość integracji społecznej, kontaktu z innymi ludźmi. Inicjatywa ta funkcjonuje również w innych miejscowościach.

Wrocławska Karta Seniora (www.kartaseniora.wroclaw.pl). Jest to karta zniżkowa przyznawana przez Wrocławskie Centrum Seniora osobom, które ukończyły 60 lat. Posiadacz karty może korzystać ze zniżek na różne usługi i zajęcia (sportowe, kulturalne, szkoleniowe, gastronomiczne) oferowane przez instytucje biorące udział w programie (www.kartaseniora.wroclaw.pl).

Akcja 60+ Kultura. To inicjatywa Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego promująca uczestnictwo w ofercie kulturalnej wśród osób starszych. Seniorzy mogą liczyć na darmowe lub zniżkowe bilety wstępu, specjalnie przygotowane dla nich warsztaty, projekcje filmów oraz wykłady. Do akcji 60+ Kultura przyłączyło się 100 instytucji kulturalnych na terenie całego kraju.

Mali Bracia Ubogich (www.malibracia.org.pl). Jest to organizacja, która w oparciu o doświadczenia międzynarodowe i krajowe wypracowała model

wielopokoleniowego wolontariatu wspierającego samotne osoby starsze. W Warszawie, Poznaniu i Lublinie zapewnia seniorom indywidualne wizyty wolontariuszy w ich domach, wyjścia na imprezy kulturalne, spotkania świąteczne i wyjazdy wakacyjne.

Dom Sąsiedzki „Gościenna Przystań” (www.gfis.pl). Został uruchomiony na Oruni w Gdańsku przez Gdańską Fundację Innowacji Społecznej w oparciu o model community center świetnie prosperujący w Anglii, Irlandii, Niemczech czy Holandii. Dom to inicjatywa sąsiedzka, współprowadzona przez mieszkańców. Jest miejscem sprzyjającym kontaktom wielopokoleniowym i prowadzi: świetlicę, kącik prasowy, różnorodne warsztaty dla seniorów, kafejkę internetową, szkołę dla rodziców.

Seniorzy w Akcji (www.seniorzywakcji.pl). Jest to ogólnopolski program szkoleniowo-dotacyjny wspierający inicjatywy międzypokoleniowe i angażuje osoby starsze w życie lokalnych społeczności. Program realizowany jest przez Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę” ze środków Polsko-Amerykańskiej Fundacji Wolności. Oparty jest na modelu inkubatora, w którym uczestnicy przechodzą drogę: od wstępnego pomysłu na działanie do projektu.

Q Ruch Sąsiedzki (www.inicjatywysasiedzkie.pl). Jest to inicjatywa edukacyjno-animacyjna przy Stowarzyszeniu Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL. Ma na celu wzmacnianie więzi sąsiedzkich w najbliższej okolicy. W każdej dzielnicy Warszawy organizowane są warsztaty, debaty oraz spotkania, podczas których sąsiedzi mogą się poznać i wymienić doświadczeniami. Inicjatywa co roku promuje obchody Europejskiego Dnia Sąsiada.

Szkoła Superbabci i Superdziadka (www.superbabcia.org.pl). Została założona w 2008 roku w Lublinie z inicjatywy dr Z. Zaorskiej, gerontologa. Prowadzi warsztaty dające szansę na wzbogacenie wiedzy i zdobycie umiejętności sprzyjających prawidłowemu rozwojowi wnuków. Superbabcie poznają metody twórczej edukacji, zabawy aktywnie angażujące dziecko i pobudzające jego ciekawość świata. Szkoła Superbabci przygotowuje także do wolontariatu, współpracy z dziećmi w środowisku lokalnym. Podobne szkoły powstały już w Białymstoku, na warszawskim Ursynowie, w Supraślu i Siemiatyczach.

Międzypokoleniowy Teatr Tańca „Dawka Energii” z Wałbrzycha (www.radosc-zycia.com). Teatr skupia osoby, starsze i młode, wokół form tańca współczesnego. Międzypokoleniowa grupa realizuje etiudy, happeningi ruchowe w przestrzeni publicznej, przyczyniając się do zmiany sposobu postrzegania starości. Działania grupy wpisują się w nurt „sztuki dla społecznej zmiany” z możliwością prezentacji swoich działań na Europejskim Kongresie Kultury we Wrocławiu [Rosochacka-Gmitrzak 2012, ss. 35–36].

Podstawową wspólną cechą wymienionych wyżej placówek i inicjatyw jest szeroko pojęta aktywizacja ludzi starszych i dążenie do tego, aby coraz większym ich uznaniem cieszyły się wszystkie formy spędzania czasu wolnego wymagające wyjścia z domu. Według badań najbardziej popularne formy aktywności wśród seniorów to: czytanie gazet i książek, oglądanie telewizji, słuchanie radia, spotkania z przyjaciółmi, prace ręczne. Natomiast dużo rzadziej praktykowane są: podróże i turystyka; sport; działalność społeczna; chodzenie na koncerty, do kina, teatru, restauracji; spotkania w klubie seniora; uprawianie malarstwa, muzyki, polityki; spotkania w kołach gospodyń; uczestnictwo w spotkaniach i wykładach uniwersytetu trzeciego wieku [Ossowski, Taraszkiewicz 2011, s. 392].

M. Halicka i J. Halicki zaproponowali podział aktywności ludzi starych na następujące grupy:

- rekreacyjno-hobbystyczną – spacer, zajęcia sportowe, praca w ogródku lub na działce, zajęcia tzw. miłośnicze (malarstwo, muzyka, rękodzieło, wychodzenie do teatru, galerii, na koncerty, do kina);
- receptywną – zajęcia realizowane w warunkach domowych: oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet i książek;
- zorientowaną publicznie – działalność społeczna, polityczna, parafialna;
- integracyjną – różnego rodzaju spotkania i działania, zwłaszcza o charakterze towarzyskim, naukowo-szkoleniowym, charytatywnie świadczenie usług [Halicka, Halicki 2002, s. 207].

Z kolei M. Kaczmarczyk i E. Trafiałek zwracają uwagę, że zwiększenie aktywności starszych osób zapobiega samotności i izolacji, a także umożliwia

utrzymanie niezależności do późnych lat życia [Kaczmarczyk, Trafiałek 2007, ss. 116–118]. Starość jest tym etapem życia człowieka, kiedy zmiany, zarówno psychiczne, jak i fizyczne, wywołują poczucie bezradności wobec upływającego czasu. Okres rozpoczynający się od momentu przejścia na emeryturę czy zarzucenia czynnego udziału w życiu społeczeństwa jawi się nam jako czas spadku sił, niedołęstwa, biedy i bierności [Miszczak 2010, ss. 1–2].

Coraz silniej na tym etapie życia zaczyna się odczuwać dyskryminację z powodu wieku. Upředzenia i stereotypy prowadzą do podejmowania zachowań w mniejszym lub większym stopniu krzywdzących lub wręcz szkodliwych. Zachowania takie ograniczają seniorom możliwość pełnego uczestniczenia w życiu społecznym. Obniżają tym samym ich aktywność, samoocenę i ocenę formułowaną przez innych. Przyczyna funkcjonujących postaw i rozprzestrzeniania się stereotypów na temat starości jest typowa dla naszego obszaru kulturowego. Dzieci i młodzież obecnie nie mają kontaktów z seniorami innymi niż członkowie najbliższej rodziny. O ile w przeszłości, przy zdecydowanie większym występowaniu wielopokoleniowych gospodarstw domowych, odwiedzanie przez dzieci i młodzież rówieśników w sposób naturalny oznaczało kontakt z ich dziadkami, o tyle teraz brakuje takich możliwości. Taka segregacja prowadzi do niemożności poznania rzeczywistych zachowań, poglądów osób starszych, co powoduje większą podatność na stereotypy i upředzenia w tym względzie [Palmore 2005c, ss. 60–62].

Innym problemem jest brak wzorca tego, jak starość powinna wyglądać. Tradycyjnie była ona związana z powolnym wycofywaniem się z robionych dotąd karier, zwłaszcza tych wysoko gratyfikowanych. Seniorom pozostawiano w zasadzie jedynie do wypełniania role rodzinne oraz strażników pamięci i kultu [Szukalski 2015, ss. 12–16].

Wobec takiego ogólnego zdefiniowania starości nie dziwi, że seniorzy mało optymistycznie patrzą w przyszłość i niechętnie poddają się proponowanej aktywizacji, która nie jest związana z pracą zawodową, ale z czynnym spędzaniem czasu wolnego. Zauważono, że jednym z negatywnych aspektów starzenia jest poczucie dyskryminacji, marginalizacji i społecznego stłamszenia.

Formą adaptacji do starości może być aktywne uczestnictwo w kulturze, które wiąże się z przyjętym stylem życia i wyznacza sposób funkcjonowania danej osoby. Uczestnictwo w kulturze aktywizuje osoby starsze, umożliwiając im poszerzanie kontaktu z różnymi wytworami kultury, np. filmem. Często jednak ze względu na różnorodne ograniczenia (zdrowotne, ruchowe czy ekonomiczne) osoby starsze nie biorą udziału w seansach kinowych lub innych wydarzeniach, więc kontakt z filmem ograniczają do telewizji.

Problem wykorzystania sztuki filmowej w edukacji ludzi dorosłych omawia W. Jakubowski [Jakubowski 2012]. Powołując się na innych badaczy, autor przedstawia rolę doświadczenia medialnego i filmowego w konstruowaniu tożsamości i podkreśla jego znaczenie we wzbogacaniu przestrzeni edukacyjnej człowieka. Według przyjętej tezy media stanowią ważny czynnik socjalizacyjny, jak również dostarczają struktur narracyjnych, wokół których człowiek organizuje swoje życie i tworzy kulturę. W. Jakubowski zwraca też uwagę na fakt, że ludzie często rozumieją rzeczywistość poprzez opowiadane historie stanowiące próbę scalenia i uporządkowania doświadczeń nadających życiu sens [Jakubowski 2012, ss. 113–114].

Starość w sztuce

Kino jest sztuką narracyjną, a jego znaczenie edukacyjne wiąże się z aktywnym odbiorem. Według W. Jakubowskiego konfrontacja zdarzeń, konfliktów i problemów przedstawianych w filmach z własnymi doświadczeniami stanowi podstawowy walor edukacyjny sztuki filmowej, a „własna biografia odbiorcy staje się tu punktem odniesienia do historii opowiadanej w filmie” [Jakubowski 2012, s. 120]. Starość w kinie jest pokazywana z różnych punktów widzenia i na wiele sposobów. Nie jest to temat bardzo popularny, jednak można wskazać kilkadziesiąt interesujących filmów poświęconych ludziom starszym. Wśród nich są filmy fabularne, najczęściej dramaty, lub popularne komedie oraz filmy dokumentalne. Starość na ekranie bywa gorzka i samotna, pełna lęku przed zniedołężnieniem i utratą prawie wszystkiego: sił, urody, miłości, zdrowia,

pamięci, sprawności fizycznej i umysłowej, samodzielności, godności, najbliższych i przyjaciół. Ale może też być pogodna, wypełniona miłością i eksploracją zapomnianych czy nieznanych dotąd przestrzeni [Konieczna 2015, s. 255].

Film *Nad złotym stawem* jest hymnem na cześć dobrej starości, którą zapewnia godne, pełne miłości życie [Rydell 1981]. Ukazuje godzenie się ze swoją starością i powolnym przemijaniem życia poprzez wspomnienia wydarzeń, odczuć minionych lat. Film został nagrodzony Oscarem dla odtwórców głównych ról – K. Hepburn i H. Fondy.

Z kolei film *Prosta historia* wpisuje się w gatunek filmów drogi [Lynch 1999]. Symboliczna podróż starego człowieka w filmie jest rozprawą z czasem i błędami młodości, stanowi krok w nieuchronną starość, ale pokazuje proces dojrzewania do mądrości i przebaczenia. Głównym celem podróży bohatera jest jego wewnętrzna przemiana. Andragogik i gerontolog O. Czerniawska podkreśla szczególnie edukacyjny wymiar podróży: „Doświadczenia, jakie zdobywa się w podróży, powodują przemianę wewnętrzną. Podróż oznacza wyjście, odejście od czegoś, gdzieś, dokądś. Jest poszukiwaniem, staje się idealną przestrzenią, czasem edukacji. Zachęca do słuchania, wsłuchiwania się, do obserwacji, patrzenia, dostrzegania różnic innego” [Czerniawska 2007, s. 25].

Kolejnym filmem ukazującym podróż w głąb siebie jest *Hanami kwiat wiśni* [Dörrie 2008]. Jest to opowieść o rodzinie i trudnych relacjach pomiędzy dorosłymi dziećmi a starzejącymi się rodzicami, o zanikającej więzi emocjonalnej pomiędzy nimi oraz o braku cierpliwości i wzajemnego zrozumienia. Mówi o własnych barierach człowieka i ich przekraczaniu oraz o budowaniu swojej tożsamości na nowo w oparciu o innych.

Jednym z ciekawszych współczesnych filmów poruszających temat odchodzenia i śmierci oraz związanego z nim bólu przemijania jest *Miłość* [Haneke 2012]. Pokazuje on przenikanie się miłości i cierpienia, potęgę miłości w cierpieniu i cierpienia w miłości. Jest filmem poświęconym dobremu umiarenianiu, jednocześnie jest to piękna i odważna opowieść o miłości i poświęceniu.

Tych kilka omówionych filmów przedstawia trudności związane ze starością i jej mroczną stroną. Jednak należy w tym miejscu przywołać pogląd

A. Brzezińskiej o pozytywnym przeżywaniu starości, które jest uwarunkowane możliwością dokonywania wyborów, a jednym z elementów mających wpływ na subiektywny obraz doświadczeń przeżywanych w tym okresie jest typ osobowości [Brzezińska 2012, ss. 127–142].

Takie podejście do starości odnajdziemy w komediach. I tak w filmie *Dwaj zgryźliwi tetrycy* czy *Last Vegas* starość przedstawiana jest jako ciąg humorystycznych, groteskowych prób powrotu do młodości [Petrie 1993, Turteltaub 2013]. Dwaj starsi panowie, będący na emeryturach, na nowo zaczynają odkrywać smak życia, pokazując, że starość może być kolorowa i rządzi się swoimi prawami.

Wśród filmów kina europejskiego poruszających temat pogodnej starości na uwagę zasługują także:

- *Butelka zwrotna* [Svěrák 2008] – przedstawia w sposób ciepły, a zarazem zabawny, życiowe perypetie emeryta o bogatej wyobraźni erotycznej;
- *Stulatek, który wyskoczył przez okno i zniknął* [Herngren 2014] – to czarna komedia o niewiarygodnych losach bohatera, biorącego udział w najważniejszych wydarzeniach XX wieku;
- *Hotel Marigold* [Madden 2012];
- *Kwartet* [Hoffman 2012].

Dwa ostatnie filmy, z wyżej wymienionych, łączy optymistyczne przesłanie przyznające prawo do godnej jesieni życia spędzanej w „domu wesołej starości”. Zachęcają do tworzenia wspólnoty aktywnych emerytów, którzy wykorzystują swe umiejętności, zdolności i talenty do działań społecznych czy artystycznych [Konieczna 2015, s. 259].

Również w kinematografii polskiej znajdziemy wiele filmów o pogodnej starości. W filmie fabularnym *Jeszcze nie wieczór* bohaterami są autentyczni emerytowani aktorzy – mieszkańcy Domu Artystów Weteranów Scen Polskich w Skolimowie [Bławut 2008]. Film ten jest ukłonem w stronę artystów i samej sztuki, ukazując ją jako źródło działania i czerpania radości z życia, mimo zbliżającego się jego kresu.

Na uwagę zasługuje również kilka filmów dokumentalnych. Swoistym traktatem o sensie życia jest film *Wszystko się może przytrafić* [Łoziński 1995]. Po-

kazuje on konfrontację dziecięcej naiwności i ufności z doświadczeniem życiowym i postawą pogodzenia się z losem starszych rozmówców. Starsi ludzie bez zażenowania rozmawiają z dziećmi o rodzinie, samotności, wierze i śmierci.

Kolejnym ciekawym obrazem mówiącym o śmierci i przemijaniu jest film *A czego tu się bać?* [Szumowska 2006]. Autorka próbuje oswoić widza z tematem śmierci, który dla bohaterów jej dokumentu jest częścią ich życia, jak narodziny czy wesela.

Bardzo ciekawą opowieścią filmową, poświęconą życiu D. Szaflarskiej, jest film *Inny świat*, w którym aktorka z humorem, opowiada o swoim życiu [Kędzierzawska 2013]. D. Szaflarska kojarzona jest z pozytywnym obrazem starzenia się. Dzięki autentycznej pogodzie ducha, poczuciu humoru, witalności zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym, budzi zachwyt i szacunek ludzi. Jej pozytywne nastawienie do starości stanowi przykład do naśladowania. W wywiadzie dla „Rzeczpospolitej” pt. *Życie jest cudem* z 2011 roku D. Szaflarska powiedziała: „W tym, co robię staram się zachowywać naturalność. Uważam na przykład, że nie ma sensu ukrywać na siłę wieku. Wszelkie próby odmładzania się podkreślają tylko, że jest się starym. Myślę, że trzeba się normalnie, spokojnie starzeć. Każdy wiek ma też swoje radości, nie tylko zmartwienia [...]”.

Kolejnym filmem ukazującym pozytywnie starość w polskim kinie jest *Niezawodny system* z A. Janowską w roli głównej [Szyłko 2008]. Należy tu wymienić także film D. Kędzierzawskiej *Pora umierać* [Kędzierzawska 2007]. Zdaniem badaczki A. Brzezińskiej bohaterki tych filmów mają osobowość konstruktywną, którą charakteryzuje m.in. optymistyczny stosunek do rzeczywistości, umiejętność radzenia sobie z jej zmiennością, zdolność pokonywania przeciwności losu, poczucie humoru. A to właśnie cechy osobowości odpowiadają za postawy oraz determinują styl życia [Brzezińska 2012, ss. 127–142].

Podeszły wiek wiąże się z określonymi postawami osobowościowymi i specyficznym podejściem do życia, a przykłady tego znajdziemy w literaturze w przedstawionych na kartach książek postaciach starców.

W literaturze, podobnie jak w filmie, mamy do czynienia z różnym podejściem do starości, do jej wpływu na człowieka i z różnymi postawami wobec

przemijania – zarówno powszechnie panującymi stereotypami, jak i ich przeciwnościami. I tak w *Romantyczności* A. Mickiewicza stary mędrzec przedstawiony jest jako człowiek krytyczny i nieufny, który wątpi w wizję młodej Karusi, i jako taki wyraża postawę rozumnego spojrzenia na świat [Mickiewicz 2009]. Wierzy wyłącznie we własne prawdy i zamyka się przed uczuciami i emocjami w sterylnym świecie nauki i racjonalizmu. Nie ma w nim spontaniczności, fascynacji tym, co nieznane oraz zrozumienia dla odmienności. Można więc uznać go za przykład typowego, zgorzkniałego staruszka.

Z kolei w książce *Stary człowiek i morze* E. Hemingwaya starość postrzegana jest jako atut [Hemingway 2004]. Daje ona siłę psychiczną, doświadczenie życiowe i umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami. Atutem podeszłego wieku jest mądrość życiowa, umiejętność godzenia się z faktami, minusem – słabsza wytrzymałość fizyczna oraz brak sprawności i mniejsza siła. Starość jednak nie wywołuje u bohatera zgorzknienia i rozczarowania, poza tym akceptuje on zmieniające się z wiekiem ciało. Takie przedstawienie starości pokazuje, że podeszły wiek może być czasem, w którym człowiek radzi sobie niemal tak samo dobrze, jak w młodości i potrafi czerpać z życia garściami.

Odminną postawę wobec starości prezentuje bohaterka *Granicy* Z. Nałkowskiej [Nałkowska 2017]. Nie potrafi pogodzić się ze starością i w ten sposób niszczy swoje życie, stając się zgorzkniałą i samotną kobietą. Zatem starość w utworze postrzegana jest jako przekleństwo spadające na człowieka oraz źródło smutku i osamotnienia, słowem: czas niespełnionych pragnień i wielkiego rozczarowania. W tym przypadku starość jest okresem tęsknoty za młodością i witalnością. Jednocześnie to nie kolejny etap ludzkiego życia, lecz jego koniec. Bohaterka nie potrafi pogodzić się z upływającym czasem i zaakceptować swojego wyglądu.

Podobny problem ukazuje książka M. Kuncewiczowej *Cudzoziemka* [Kuncewiczowa 2011]. Starość odbiera bohaterce największy atut – piękny wygląd. Okazuje się przyczyną złośliwości, rozczarowania i rozgoryczenia. Jednak autorka zwraca uwagę na to, iż akceptacja i miłość osób najbliższych mogą być najlepszym lekarstwem na starość i jej mankamenty.

W *Zbrodni i karze* F. Dostojewskiego starość jest zilustrowana krytycznie, jako okres w życiu człowieka, w którym jego charakter zmienia się w sposób negatywny [Dostojewski 2015]. Starzy ludzie, według F. Dostojewskiego, stają się cyniczni, chciwi, pozbawieni sumienia i pełni hipokryzji. Nie liczą się z nikim, potrafią być sprawcami przemocy.

W *Tangu* S. Mrożka starość jest elementem groteskowego świata karykaturalnej i przerysowanej nowoczesności, którą w ten sposób autor piętnuje [Mrożek 2010]. Ukazując starców w groteskowym ujęciu, pisarz udowadnia, że zbyt duża swoboda obyczajowa i próba przewrócenia do góry nogami tradycyjnego porządku świata mogą doprowadzić do chaosu i rozbicia więzi międzyludzkich.

Godnym zauważenia, w kontekście omawianej problematyki, jest też liryk Cz. Miłosza *Stare kobiety* [Miłosz 1988]. Starość ukazana jest tu jako źródło doświadczenia życiowego, natomiast starzy ludzie, jako osoby, wobec których podmiot liryczny wyraża najwyższy szacunek. Utwór ten jest rodzajem hołdu złożonego bardzo godnej starości.

W *Oskarze i pani Róży* E.-E. Schmitta obraz starości jest pozytywny – to czas mądrości życiowej i optymistycznego spojrzenia na rzeczywistość [Schmitt 2011].

Kolejną dziedziną sztuki pokazującą starość jest malarstwo. Artyści, zwłaszcza późnośredniowieczni i renesansowi, przedstawiają proces przemijania mniej delikatnie, odwołując się do odczuć, jakie wywołuje starzenie się i śmierć. Przykładem takiej malarskiej pedagogiki strachu są obrazy H. Baldunga-Griena. Niemiecki malarz kilkakrotnie malował alegorie życia. Ilustrują to takie dzieła, jak: *Trzy okresy życia kobiety i śmierć*, *Siedem faz życia kobiety*, *Trzy okresy życia człowieka* [Baldung-Grien 1510, 1544, 1539]. Artysta ukazuje w nich proces starzenia się człowieka (głównie kobiety) odbywający się przez niszczenie ciała [Tabor 2009, s. 36].

Optymistyczną wizję starości przedstawiają obrazy, w których starość wartościowana jest pozytywnie. Znajdują się tu zarówno prace ukazujące starość w sposób wyważony – bez idealizowania – jak i te wynoszące ponad inne okre-

sy życia. Pozwalają one na zachowanie wizerunku starości godnej, refleksyjnej, żywotnej. Część obrazów pokazuje ludzi starych wykonujących po prostu czynności życia codziennego. Nie ma w nich patosu – zwyczajność przedstawianych scen czyni je naturalnymi i wiarygodnymi. Przykładem mogą być obrazy takie, jak: *Staruszka ze świecą* i *Staruszka podlewająca kwiaty* holenderskiego malarza barokowego G. Dou [Dou 1661, 1660–1665], *Kobieta smażąca jajka* D. Velazqueza [Velazquez 1618], a także *Rybak*, *Portret męski z fajkami* i *Szewc* polskiego malarza T. Makowskiego [Makowski 1930a, ok. 1930, 1930b].

Wśród malarzy dość liczną grupę stanowią ci artyści, którzy podnoszą rangę i godność osób starych za pomocą przedstawiania ich w określonych pozach, strojach, a czasami odpowiednio tytułując swoje prace. Przykładem jest obraz W. Gersona *Babcia idzie!*, S. Wyspiańskiego *Ludwik Solski jako stary wiarus* w „*Warszawiance*” czy L. Wyczółkowskiego *Autoportret w chińskim kaftanie* [Gerson 1897, Wyspiański 1904, Wyczółkowski 1911]. Bardzo ważnym sposobem przedstawiania starości w malarstwie jest malarstwo portretowe – są to portrety będące studium samej twarzy człowieka starego, a także wizerunki siedzących staruszków, pogrążonych w zadumie. Typowym przykładem jest *Autoportret* J. Matejki [Matejko 1892, Tabor 2009, s. 37].

Rozważania na temat malarskich interpretacji starości pokazują dwie perspektywy jej pokazywania w malarstwie: pozytywnie wartościującą starość (dusza starca) i deprecjonującą ją (ciało starca). Tam, gdzie zainteresowanie starością polegało na obserwacji i porównywaniu starego ciała z młodym, tam względy estetyczne decydowały o dyskredytowaniu starości. Wówczas metafory starości to: brzydota, choroba, przemijanie, ubóstwo. Tak przedstawiona starość jest pogardzana, a sposobami na oswojenie się z nią są ośmieszanie lub izolowanie ludzi starych. Natomiast tam, gdzie malarz odwołuje się do innych niż cielesne cechy człowieka, gdzie przedmiotem zainteresowania są: dusza, mądrość życiowa, miłość, refleksyjność, doświadczenie, mistrzostwo, tam starość jest traktowana łaskawie, a twarze ludzi starych nie różnią się wówczas tak bardzo od młodych. Wtedy metaforami starości są: mądrość, spokój, wiedza, wyrozumiałość [Tabor 2009, s. 38].

Podsumowanie

Starość może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na życie człowieka. Jeżeli ludzie starzy będą potrafili zapanować nad swoim życiem i zaakceptować proces starzenia się, nie musi ona mieć na nich negatywnego wpływu. Starość może być źródłem doświadczenia, wiedzy i mądrości życiowej, jak również frustracji, niezadowolenia i zagubienia. Kiedy przechodzimy na emeryturę, warto zaaranżować czas w nowy, ciekawy sposób, zamienić aktywność zawodową na aktywność społeczną, przyjaciół z pracy na towarzyszy podróży lub spotkań filmowych czy brydżowych, pustkę w grafiku na dobry tydzień, w którym znajdziemy czas na spotkania z rodziną, przyjaciółmi, rozwój zainteresowań i odpoczynek. Z drugiej strony, mamy przykłady tego, że starość okazała się być przyczyną problemów: społecznych, obyczajowych, zdrowotnych, osobistych, emocjonalnych i psychicznych. Z całą pewnością można natomiast stwierdzić, że starość ma ogromny wpływ na życie ludzkie i w dużym stopniu je zmienia [Tabor 2009, s. 46].

Nie ma nic złego w spędzaniu czasu wolnego w domu, przy książce i herbach. Nie ma nic złego w rozwiązywaniu krzyżówek. Nie pozwólmy jednak, by osamotnienie, smutek i monotonia odebrały nam radość życia! [www.centrumis.pl, dostęp: 5.02.2018].

Bibliografia

Baldung-Grien H. (1510), *Trzy okresy życia kobiety i śmierć*, Muzeum Historii Sztuki w Wiedniu, Wiedeń.

Baldung-Grien H. (1544), *Siedem faz życia kobiety*, Museum der Bildenden Kunste, Lipsk.

Baldung-Grien H. (1539), *Trzy okresy życia człowieka*, [s.l.].

Bałoniak A. (2008), *Docenić życie – akceptować cierpienie! na podstawie książki E.-E. Schmitta „Oskar i pani Róża”, „Katecheta”, nr 11.*

Bławut J. (reż.) (2008), *Jeszcze nie wieczór*, film fabularny.

Brzezińska A. (2012), *Edukacyjny kontekst kultury popularnej – pozytywne oblicza starości we współczesnym polskim filmie fabularnym*, [w:] W. Jakubowski (red.), *Kultura jako przestrzeń edukacyjna. Współczesne obszary uczenia się*, Wyd. Impuls, Kraków.

Czerniawska O. (2007), *Szkice z andragogiki i gerontologii*, Wyd. WSHE, Łódź.

Dörrie D. (reż.) (2008), *Hanami kwiat wiśni*, film fabularny.

Dostojewski F. (2015), *Zbrodnia i kara*, Wyd. MG, Warszawa.

Dou G. (1661), *Staruszka ze świecą*, Wallnef – Richartz – Museum, Kolonia.

Dou G. (1660-1665), *Staruszka podlewająca kwiaty*, Muzeum Historii Sztuki w Wiedniu, Wiedeń.

Gerson W. (1897), *Babcia idzie!*, [s.l.].

Gosik B. (2015), *Formy spędzania czasu wolnego starszych osób. Przykłady mieszkańców województwa łódzkiego*, „Space – Society – Economy”, No. 14.

Halicka M. Halicki J., (2002), *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Haneke M. (reż.) (2012), *Miłość*, film fabularny.

Hemingway E. (2004), *Stary człowiek i morze*, MUZA, Warszawa.

Herngren F. (reż.) (2014), *Stulatek, który wyskoczył przez okno i zniknął*, film fabularny.

Hoffman D. (reż.) (2012), *Kwartet*, film fabularny.

Jakubowski W. (2012), *Sztuka filmowa, jako miejsce uczenia się*, [w:] idem (red.) *Kultura jako przestrzeń edukacyjna. Współczesne obszary uczenia się osób dorosłych*, Wyd. Impuls Kraków.

Jakubowski W. (red.) (2012), *Kultura jako przestrzeń edukacyjna. Współczesne obszary uczenia się osób dorosłych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Jan Paweł II (1999), *Do moich braci i siostr – ludzi w podeszłym wieku*, [online] https://opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/do_starszych_01101999.html, dostęp: 10.10.2017.

Kaczmarczyk M., Trafiałek E. (2007), *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 4.

Kędzierzawska D. (2007), *Pora umierać*, film fabularny.

Kędzierzawska D. (reż.) (2013), *Inny świat*, film dokumentalny.

Konieczna E. (2015), *Kino trzeciego wieku – filmy o jesieni życia w procesie przygotowania do starości*, „Dyskursy Młodych Andragogów”, nr 16.

Kuncewiczowa M. (2011), *Cudzoziemka*, Prószyński Media, Warszawa.

Lementowicz U. (2012), *„Stary człowiek i morze” Ernesta Hemingwaya*, Biblios, Lublin.

Lynch D. (reż.) (1999), *Prosta historia*, film fabularny.

Łoziński M. (reż.) (1995), *Wszystko się może przytrafić*, film dokumentalny.

Madden J. (reż.) (2012), *Hotel Marigold*, film fabularny.

Makowski T. (ok. 1930), *Portret mężczy z fajkami*, Muzeum Narodowe w Warszawie, Warszawa.

Makowski T. (1930a), *Rybak*, Muzeum Narodowe w Warszawie, Warszawa.

Makowski T. (1930b), *Szewc*, Muzeum Narodowe w Warszawie, Warszawa.

Matejko J. (1892), *Autoportret*, Muzeum Narodowe w Warszawie, Warszawa.

Mickiewicz A. (2009), *Romantyczność*, [w:] *idem, Ballady i romanse*, Greg, Kraków.

Miłosz Cz. (1988), *Stare kobiety*, [w:] *idem, Kroniki*, Wyd. Znak, Kraków.

Miszczak E. (2010), *Aktywność seniorów sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom procesu starzenia się*, [w:] P. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku: ku aktywności*, Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Mrozek S. (2010), *Tango*, Oficyna Literacka Noir sur Blanc, Warszawa.

Nałkowska Z. (2017), *Granica*, Greg, Kraków.

Nawrot A. (red.) (2004), *Starość. Słownik motywów literackich*, Greg, Kraków.

Nowacka I. (2006), *Nowele, opowiadania Bolesława Prusa*, Biblios, Lublin.

Ossowski Z., Taraszkiewicz T. (2011), *Ekonomiczne uwarunkowania podejmowania aktywności sportowej i rekreacyjnej w grupie seniorów w rejonie Trójmiasta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 689.

Palmore E.B. (2005), *Change Strategies*, [w:] *idem et. al. (ed.), Encyclopedia of Ageism*, The Haworth Pastoral Press, New York.

Petrie D. (reż.) (1993), *Dwaj zgryźliwi tetrycy*, film fabularny.

Polańczyk D. (2010), *Poezje Adama Mickiewicza. Część I*, Biblios, Lublin.

Rosochacka-Gmitrzak M. i in. (2012), *Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych*, [w:] *Strategia działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.

Rydell M. (reż.) (1981), *Nad złotym stawem*, film fabularny.

Schmitt E.-E. (2011), *Oskar i pani Róża*, Wyd. Znak, Kraków.

Svěrák J. (reż.) (2008), *Butelka zwrotna*, film fabularny.

Szukalski P. (2015), *Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów*, „Space – Society – Economy”, No. 14.

Szumowska M. (reż.) (2006), *A czego tu się bać?*, film dokumentalny.

Człowiek w wieku podeszłym a jego aktywizacja i miejsce w sztuce

Szyłko I. (reż.) (2008), *Niezawodny system*, film fabularny.

Synak B. (red.) (2003), *Polska starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.

Tabor U. (2009), *Metafory starości – interpretacja tematu starości w dziełach malarstwa*, „Chowanna”, nr 2.

Turteltaub J. (reż.) (2013), *Last Vegas*, film fabularny.

Velazquez D. (1618), *Kobieta smażąca jajka*, National Gallery of Scotland, Edynburg.

Wilczycka D. (2009), „Tango” Sławomira Mrożka, Biblios, Lublin.

Wyczółkowski L. (1911), *Autoportret w chińskim kaftanie*, Muzeum Narodowe w Warszawie, Warszawa.

Wyspiański S. (1904), *Ludwik Solski jako stary wiarus w „Warszawiance”*, zaginiony.

Żak S. (1995/1996), „Cudzoziemka” M. Kuncewiczowej – powieść o nieszczęśliwej kobiecie, „Język Polski w Szkole Średniej”, nr 2.

Strony WWW

www.centrumis.pl, dostęp: 5.02.2018.

Styl życia polskich seniorów

Starość jest zjawiskiem jednostkowym, a jednocześnie społecznym. Starzeje się bowiem zarówno człowiek, jak i społeczeństwo: dana społeczność lokalna, wieś, miasto, osiedle, mieszkańcy domu, kraju, państwa, kontynentu, świata. Starzeje się jednak przede wszystkim określony człowiek, jednostka, i to ona przeżywa starość i jej cienie – dramaty, bóle, trudne sytuacje: samotność, chorobę, utratę sprawności bądź też szczęśliwe chwile – pełne radości, satysfakcji z życia, z tego, czego dokonała, co ją otacza. W wymiarze jednostkowym zawsze mamy do czynienia z przeżywaniem momentów dobrych i złych, i to jest niezmiennie w swej istocie: ból, śmierć, ale także doznania radości, pełni są nierozzerwalnie związane z życiem człowieka – były i będą – choć okoliczności ich przeżywania zmieniają się, ulegają przekształceniu, jak głosi teoria satysfakcji społecznej – na lepsze. Starość, jak twierdzą gerontolodzy, jest fazą życia najbardziej zróżnicowaną, niepodlegającą regułom, bowiem zależy od poprzednich faz, tj. dzieciństwa, młodości i dorosłości, a te były dla każdego odmienne. Trudno stwierdzić, kiedy starość się rozpoczyna, jako zjawisko podlegające autoocenieniu własnej świadomości [Czerniawska 2002, s. 36].

Klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia uwzględnia podział starości na trzy podokresy: wiek podeszły (65–75 lat), starczy (75–90 lat) i sędziwy (powyżej 90 lat). Nie bez znaczenia na przebieg starości ma styl życia prowadzony w latach młodości i wczesnej dorosłości. Ważne jest, czy człowiek był wtedy aktywny fizycznie, właściwie się odżywiał i odpoczywał, czy też był bierny, miał niewłaściwą dietę, a jego zdrowie niszczyły używki i stres. Zatem już młodzi ludzie powinni zostać objęci działaniami profilaktycznymi

przygotowującymi do starości. Miałyby one na celu zapobiec chorobom i niepełnosprawności. Właściwe przygotowanie do starości polega na nabywaniu zainteresowań, postaw, umiejętności i nawyków, które zaprocentują na emeryturze poczuciem satysfakcji i wysoką jakością życia [Nowicka 2006, s. 17].

Wszystkie osoby starsze, także sędziwe, powinni mieć możliwość wyboru aktywnego stylu życia. Istnieje silna zależność pomiędzy zdrowiem a poziomem aktywności człowieka. Styl taki może przybierać rozmaite formy. Seniorzy są czynni w różnych dziedzinach, a mianowicie: działają w stowarzyszeniach, pełnią wolontariat, studiują na uniwersytetach trzeciego wieku, realizują swoje zainteresowania i hobby, uprawiają działkę, udzielają się w życiu społecznym, religijnym i politycznym. Część starszych ludzi dorabia do skromnych emerytur, a osoby mieszkające na wsi zwykle pracują na gospodarstwie do późnej starości. Wydawać by się mogło, że te formy aktywności nie są zbyt atrakcyjne, ale wbrew pozorom nie jest to takie łatwe do rozstrzygnięcia, zaś ocena bywa sprawą indywidualną i zależy od potrzeb, preferencji i możliwości każdego seniora [Nowicka 2006, ss. 18–19].

Przeciwieństwem aktywnego stylu życia jest styl bierny. Osoby reprezentujące ten skrajny stan praktycznie nie wychodzą ze swojego domu – opuszczają go jedynie przy wyjątkowych okazjach, takich jak głosowanie czy ważne uroczystości rodzinne. Niekiedy nie jest to kwestia wyboru, ale konieczność spowodowana np. ciężką chorobą. Najczęstszymi przyczynami trudności w poruszaniu się osób starszych są: zapalenia stawów, udary, choroba Parkinsona, niewydolność krążenia. Własny stan zdrowia gorzej postrzegają ludzie mieszkający w mieście niż na wsi. Człowiek starszy na wsi czuje się zdrowo, kiedy ma poczucie użyteczności [Czerniawska 2002, ss. 37–38].

Pośrednim stylem życia między aktywnością a biernością jest styl domocentryczny. Osoby reprezentujące taki sposób bycia rzadko opuszczają swoje mieszkanie, ale jednocześnie są otwarte na ludzi, przyjmują u siebie rodzinę i znajomych. Ponadto, hodują zwierzęta, oglądają telewizję, czytają książki i gazety. Te zajęcia mogą być atrakcyjne, ale w przypadku wdowieństwa nie zapełniają życia i alternatywą staje się wyjście poza dom.

Styl rodzinny cechuje rozszerzona rola babci i dziadka, polegająca na opiece nad wnukami. Dla wielu osób to zajęcie dające radość, poczucie przynależności i satysfakcji. Posiadanie wnuków zmusza do aktywności ruchowej i umysłowej, z drugiej strony sprzyja zadowoleniu z kontynuacji linii biologicznej. Opieka nad wnukami może być jednak uciążliwa, jeżeli wypiera inne aktywności czy też przekracza możliwości człowieka starego. [Czerniawska 2002, s. 39]

Funkcjonowanie osób w starszym wieku jest wypadkową różnych czynników: osobowości, stanu zdrowia, zasobów materialnych, potrzeb, sytuacji rodzinnej, doświadczeń, pełnionych ról i trybu życia we wcześniejszych okresach dorosłości. Ważne jest, aby dany styl życia odpowiadał konkretnej osobie i był jej wyborem, a nie koniecznością [Szatur-Jaworska i in. 2006, s. 26].

Styl życia seniorów w Polsce

Termin „styl życia” w ujęciu specjalistów z zakresu zdrowia publicznego ma węższe znaczenie niż to, które nadają mu socjologowie. Dla nich „styl życia” stanowi wykładnię położenia społecznego i podstawę identyfikacji społecznej jednostek i zbiorowości. Natomiast prozdrowotne style życia w opracowaniach i programach medycznych sprowadzają się najczęściej do określonego sposobu odżywiania, unikania tytoniu i alkoholu, aktywności fizycznej i umiejętności zwalczania stresu.

Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się najczęściej definicją N. Millio, według której styl życia to „wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania nad inne” [za: Latoszek 1999, s. 41]. Badanie prospektywne, zrealizowane w Alameda Country w Kalifornii, wykazało związek następujących 7 zachowań z ogólnym stanem zdrowia i długością życia: 7–8 godzin nocnego snu, codzienne spożywanie śniadania, unikanie lub rzadkie jedzenie snacków, utrzymywanie wagi w normie, aktywność fizyczna w czasie wolnym, umiarkowane spożywanie alkoholu i niepalenie nigdy papierosów [Latoszek 1999, s. 41].

Polacy nadal są w większości zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej. Obecnie ponad połowa badanych (55%) określa stan swojego zdrowia, jako „co najmniej dobry”, w tym, co ósmy (13%) jest nim bardzo usatysfakcjonowany. Niezadowolenie wyraża 9% ankietowanych, a ponad 1/3 ocenia swoje zdrowie, jako „takie sobie”. Ocena stanu zdrowia zróżnicowana jest przede wszystkim w zależności od wieku badanych. W grupie osób mających 65 lat i więcej, tylko 1/4 wyraża zadowolenie ze swojej kondycji zdrowotnej, blisko 1/5 ocenia ją negatywnie, a ponad 1/2, jako przeciętną. Najmłodsi ankietowani (18–34 lat) dość powszechnie deklarują zadowolenie w tym względzie (80–85%) i w zasadzie nie zdarza im się określać stanu swojego zdrowia jako „zły”. O swojej kondycji zdrowotnej stosunkowo najgorzej wypowiadają się renciści (33% deklaracji niezadowolenia) i emeryci (16%), a także osoby źle oceniające własne warunki materialne (20%) oraz najślabiej wykształcone (19%) [CBOS 2016b, ss. 3–5].

Zdaniem ankietowanych zachowaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia jest właściwe odżywianie się, a więc np. częste spożywanie owoców i warzyw czy ograniczanie tłuszczów zwierzęcych (48% wskazań). Niespełna co trzeci respondent do działań prozdrowotnych zalicza przede wszystkim regularne wizyty u lekarza oraz unikanie sytuacji stresowych (po 30% wskazań), natomiast ok. co czwarty za takie zachowania uznaje w pierwszej kolejności: niepalenie papierosów (23%), regularne uprawianie gimnastyki (24%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe itp. (27%). Natomiast co dziesiąty ankietowany (11%) jest przekonany, że na poprawę zdrowia może wpływać abstinencja alkoholowa. Za ledwie dwóch na stu badanych (2%) za niezbędne dla zachowania dobrego zdrowia uznaje regularne zażywanie preparatów lub tabletek witaminowych [CBOS 2016b, s. 4].

Odżywianie

Sposób odżywiania, stosunek do jedzenia, nawyki żywieniowe i preferencje w tym zakresie stanowią element stylu życia zarówno dla socjologów, jak

i przedstawicieli zawodów medycznych. Niewłaściwe odżywianie stanowi bezpośrednią przyczynę bądź czynnik ryzyka wielu schorzeń. Do najpoważniejszych z nich należą: choroby układu krążenia; nowotwory: jelita grubego, żołądka, piersi u kobiet i gruczołu krokowego u mężczyzn; cukrzyca; otyłość; niedokrwistość z niedoboru; osteoporoza.

Osoby w wieku starszym należą do grupy, która w szczególny sposób jest narażona na niedobory składników pokarmowych. Samotność, depresja, izolacja społeczna i złe warunki ekonomiczno-socjalne to czynniki, które przyczyniają się do nieprzestrzegania zasad prawidłowego odżywiania, a sposób żywienia w wieku starszym ma duży wpływ na starzenie biologiczne, zmiany fizjologiczne i patologiczne [Kędziora-Kornatowska, Muszalik 2007, s. 12]. U osób starszych następuje często redukcja potrzeb energetycznych i zmniejszenie spożycia żywności, prowadzące zwykle do niższego pokrycia zapotrzebowania na witaminy i składniki mineralne. Zmiany w efektywności wchłaniania i wykorzystania składników energetycznych mogą być wynikiem fizjologicznego procesu starzenia się organizmu, a także wielu jednostek chorobowych i stosowania wielu medykamentów. Część leków może powodować różnego rodzaju działania niepożądane (m.in. nudności, wymioty, utrata apetytu, zaburzenia smaku, jadłowstręt, biegunki lub zaparcia). Innym czynnikiem wpływającym na ograniczenie przyjmowania żywności, zarówno pod względem ilości, jak i jakości, jest problem z samodzielnym robieniem zakupów i przygotowywaniem posiłków. Wszystkie te czynniki mogą wpływać na stan odżywienia osób starszych, stanowiąc przyczynę niedożywienia czy też nadmiernej masy ciała – nadwagi i otyłości [Brończyk-Puzoń, Bieniek 2013, s. 152].

Zapewnienie osobom po 65. roku życia prawidłowego żywienia napotyka wiele trudności związanych np. z problemem zdefiniowania potrzeb żywieniowych tej grupy wynikających m.in. ze spadku wraz z wiekiem udziału tkanki mięśniowej oraz podstawowej przemiany materii. Zatem istnieje pilna potrzeba stałego przeglądu polskich i zagranicznych zaleceń dziennego zapotrzebowania składników odżywczych dla tej grupy populacyjnej. Osoby starsze cierpią na wiele chorób, które są wynikiem nieprawidłowych nawyków żywie-

niowych. Przykładem może być zbyt duża podaż tłuszczów, których nieprawidłowy udział w diecie wydaje się być związany z zachorowaniami na raka jelita grubego, trzustki oraz prostaty. Wprowadzone zmiany w diecie wpływają na poziom czynników ryzyka w całym życiu i mogą mieć jeszcze większy wpływ na ludzi starszych. Stosunkowo niewielkie zmniejszenie spożycia soli i tłuszczów nasyconych, które zwiększają ciśnienie krwi i stężenie cholesterolu, może mieć istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka chorób układu krążenia, a zwiększenie spożycia owoców i warzyw, o 1–2 porcji dziennie, może zmniejszyć to ryzyko nawet do 30%. U osób starszych zapotrzebowanie energetyczne zmniejsza się, przy czym zapotrzebowanie na niektóre składniki wzrasta. Odpowiednio dobrana dieta osoby starszej powinna uwzględnić dużą zawartość składników odżywczych przy kaloryczności odpowiedniej dla wieku i aktywności fizycznej [Brończyk-Puzoń, Bieniek 2013, s. 153]. Głównym źródłem energii w diecie osób starszych powinny być węglowodany. Ich prawidłowy udział w diecie wynosi 50–70%, a ich znaczną część powinny stanowić węglowodany złożone, zawarte głównie w produktach zbożowych i warzywach. Z kolei cukry proste w diecie osób starszych nie powinny dostarczać więcej niż 10% energii. Składnikiem, którego nie powinno zabraknąć w diecie jest błonnik. Istotnym źródłem energii, obok węglowodanów, jest tłuszcz. Według najnowszych norm żywienia ilość energii uzyskiwanej z tego składnika powinna stanowić 20–35% całkowitej ilości energii. Białko w organizmie człowieka spełnia rolę budulcową. W diecie osób starszych, u których nie występują przeciwwskazania, jego udział powinien wynosić 12–15%. Z uwagi na patofizjologiczne zmiany w obrębie przewodu pokarmowego zwraca się szczególną uwagę na to, aby 50% spożywanego białka pochodziło z produktów zwierzęcych. Pomimo mniejszego zapotrzebowania na energię w diecie osób starszych powinna znaleźć się podobna lub w niektórych przypadkach nawet większa ilość witamin i minerałów niż u osób młodszych. Warto zwrócić uwagę na podaż witaminy D, ponieważ ekspozycja na promieniowanie słoneczne seniorów jest znacznie mniejsza niż u osób młodszych. Seniorzy powinni zwiększyć także zawartość witamin B6, B2 i B12 oraz kwasu foliowego w diecie, gdyż z powodu

ich gorszego wchłaniania oraz niektórych chorób wpływających na ich wykorzystanie może dojść do deficytu tych składników w organizmie. Korzystne jest spożywanie antyoksydantów: b-karotenu, witamin: A, E i C, które chronią przed nadmiarem wolnych rodników, a tym samym zmniejszają ryzyko chorób niezakaźnych u osób starszych. W tym wieku wchłanianie wapnia z przewodu pokarmowego zmniejsza się do ok. 10% ilości pobranej z pokarmem, m.in. na skutek zaburzeń w metabolizmie witaminy D – za konieczne uznano zwiększenie zawartości tego pierwiastka w racjach pokarmowych. Osoby starsze, ze względu na zwiększoną wrażliwość komórek na jony sodu oraz większe ryzyko nadciśnienia tętniczego i związanych z nim chorób układu krążenia, powinny zmniejszyć spożycie sodu i chloru [Brończyk-Puzoń, Bieniek 2013, s. 154].

Aktywność ruchowa

Organizm człowieka jest genetycznie zaprogramowany na aktywny tryb życia. Wszystkie funkcje życiowe sprowadzają się do ruchu, nawet wtedy, kiedy niewidoczne są jego zewnętrzne przejawy. Także podstawowe czynności, które stanowią o trwaniu życia, mają charakter nieustannego ruchu. Oddychanie, krążenie krwi, procesy przemiany materii polegają na ruchu milionów komórek. Ruch jest także niezbędny do wszelkiej działalności i normalnego funkcjonowania organizmu, a jego brak prowadzi do powstawania różnych schorzeń.

Współczesny tryb życia wyeliminował wiele rodzajów aktywności ruchowej z naszego codziennego funkcjonowania. Rozwój nowoczesnych technologii sprawia, że coraz mniej chodzimy, prowadzimy siedzący tryb życia, a wykonywanie pracy zawodowej wymaga coraz mniej wysiłku fizycznego. Wszystko to, w połączeniu z doświadczanym stresem, powoduje, że oddech nasz staje się powierzchowny i arytmiczny, pogarsza się zaopatrzenie mózgu i serca w tlen, zmniejsza się zdolność serca do przepompowywania krwi. Siedzący tryb życia sprzyja chorobom przemiany materii i otyłości, szczególnie, jeżeli sposób odżywiania nie jest dostosowany do zmniejszonego zapotrzebowania energetycznego organizmu [Ostrowska 1999, s. 81]. Dłate-

go też aktywność fizyczna jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania człowieka. Należy podkreślić, że podnosi także walory estetyczne naszego ciała – w wyniku ćwiczeń sylwetka staje się smuklejsza, proporcje ciała przedstawiają się korzystniej, sposób poruszania się jest bardziej harmonijny. Aktywność fizyczna może być także źródłem przyjemności, miłym sposobem spędzenia czasu w grupie, szczególnie w przypadku rozmaitych gier sportowych czy tzw. sportów towarzyskich, a także stwarzać okazję do szlachetnej rywalizacji [Ostrowska 1999, ss. 81– 83].

Do najpopularniejszych, wśród seniorów, sposobów spędzenia wolnego czasu można zaliczyć: oglądanie telewizji, chodzenie do kościoła, spotykanie się ze znajomymi oraz przyjaciółmi w domu i poza domem, odwiedzanie krewnych poza miejscem zamieszkania, czytanie książek, czasopism, gazet, słuchanie radia, muzyki. Grupa badanych w wieku 60+ nie jest jednak jednorodna. Mniej więcej 1/4 jej przedstawicieli można zaliczyć do grona aktywnych seniorów, którzy spędzają czas aktywnie, korzystają z nowoczesnych technologii, uczestniczą w życiu kulturalnym, podróżują po kraju i świecie, uprawiają sport oraz doksztalcają się. Bardziej aktywnemu spędzaniu czasu sprzyja nie tylko młodszy wiek, lecz również lepsze wykształcenie, dobry stan zdrowia, zadowolenie z warunków materialnych czy mieszkanie w mieście. Przeciętny respondent, należący do tej grupy, ma 67 lat [Rowiński, Dąbrowski 2012, ss. 543–547]. Mniej więcej 2/5 ogółu badanych w wieku 60+ stanowią najmniej aktywni seniorzy. Do najczęściej podejmowanych przez nich form aktywności należy zaliczyć: oglądanie telewizji, chodzenie do kościoła oraz spotykanie się ze znajomymi i przyjaciółmi w domu. Typowy przedstawiciel tej grupy ma 73 lata, wykształcenie podstawowe, jest płci żeńskiej [CBOS 2016a, ss. 3–5].

Światowa Organizacja Zdrowia i Unia Europejska zalecają osobom starszym podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej przez co najmniej 30 min, przez 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywnej aktywności fizycznej, przez co najmniej 20 min przez 3 dni w tygodniu. Zalecają także wykonywanie 2–3 razy w tygodniu ćwiczeń zwiększających siłę mięśni i wytrzymałość. Ogromne znaczenie dla tej grupy mają treningi siłowe i ćwiczenia poprawia-

jące koordynację ruchową, które pomagają zapobiegać upadkom. Pomimo, że znany jest pozytywny wpływ aktywności fizycznej na zdrowie i jakość życia, z badań uczestnictwa Polaków w rekreacji ruchowej i sporcie, przeprowadzonych przez GUS w 2008 roku, wynika, że ponad 3/4 populacji powyżej 60. roku życia nie jest aktywna fizycznie. Najpopularniejszą formą aktywności fizycznej wśród seniorów jest jazda na rowerze oraz kilkunastominutowe spacerory [Rowiński, Dąbrowski 2012, s. 531].

Używki

Stosowanie używek wpływa negatywnie na zdrowie. Podczas palenia papierosów generowane jest mnóstwo wolnych rodników, które uszkadzają komórki, tkanki, przyspieszają proces starzenia się organizmu oraz sprzyjają rozwojowi nowotworów (jamy ustnej, żołądka, pęcherza moczowego).

Palenie papierosów obserwujemy najczęściej wśród osób należących do średnich grup wiekowych (20–59 lat). Począwszy od 65. roku życia liczba regularnych palaczy zaczyna wyraźnie spadać, jednak jest ciągle wysoka. Co dziesiąta osoba, która ukończyła 70. rok życia, nadal pali papierosy [Ostrowska 1999, ss. 62– 67].

Negatywne zachowania zdrowotne w zakresie palenia tytoniu częściej prezentują mężczyźni seniorzy (48,2%) niż kobiety (8,9%). Odsetek osób palących papierosy rośnie z wiekiem. W grupie osób po 75. roku życia palacze stanowią 37,5% ogółu, natomiast w przedziale wiekowym 65–74 lata – 18,5%. Częściej palą tytoń mieszkańcy wsi (36,8%) niż miast (18,9%).

W badaniu z 2013 roku, którym objęto osoby po 65. roku życia mieszkające w środowisku miejskim i wiejskim województwa lubelskiego, 70,9% badanych zadeklarowało niepalenie papierosów. Spośród grupy palących, najwięcej jest tych, którzy palą 11–20 papierosów dziennie, co można uznać za ryzykowne dla zdrowia. Tylko 10,1% ankietowanych nie wypala więcej niż 10 sztuk na dobę, natomiast 8,1% pali więcej niż 21 sztuk [Bartoszek i in. 2016, ss. 237– 238].

Z kolei alkohol jest produktem bardzo kalorycznym (1g=7kcal), dostarcza więcej kilokalorii niż węglowodany i białka. Picie alkoholu, zwłaszcza piwa, do

którego zazwyczaj spożywamy słone paluszki, orzeszki czy chipsy, sprzyja nadwadze i otyłości oraz nadciśnieniu tętniczemu. Spośród alkoholi korzystny wpływ na zdrowie wykazuje czerwone wino gronowe będące źródłem polifenoli. Te z kolei korzystnie wpływają na układ krążenia, zapobiegając rozwojowi miażdżycy i chroniąc przed zawałem mięśnia sercowego. Jednakże nie powinno się spożywać więcej niż 1 lampkę wina dziennie.

Spożycie alkoholu to nałóg występujący wśród seniorów rzadziej niż palenie papierosów, lecz niosący również poważne skutki zdrowotne, szczególnie dla osób starszych. W badaniu spożycie alkoholu wśród seniorów było istotnie związane z płcią: mężczyźni częściej (29,6%) niż kobiety (3,6%) spożywali alkohol. Podobnie jak w przypadku palenia papierosów, ten nałóg także częściej dotyczył osób ze środowisk wiejskich (24,6%) niż miejskich (7,5%). Okazało się też, że spożywanie alkoholu jest bardziej charakterystyczne dla osób stanu wolnego (27,8%) niż pozostających w związkach (10,8%). Może to wynikać z faktu, iż osoby starsze często w alkoholu poszukują rozwiązania problemów zarówno zdrowotnych, rodzinnych, jak i społecznych [Bartoszek i in. 2016, ss. 238–243].

Seniorzy w przeważającej większości (83,6%) po alkohol sięgają okazjonalnie, co można uznać za aspekt pozytywny. Do picia kilka razy w tygodniu przyznaje się 16,4% ankietowanych. Żadna osoba nie zgłaszała, że jest abstynentem. W grupie badawczej nie odnotowano też osób pijących codziennie. Główną okazją do spożywania alkoholu są spotkania towarzyskie (taką opinię wyraziło 69,1% ankietowanych). Niepokojące jest, że 8,2% z nich sięga po alkohol w obliczu sytuacji stresujących lub z przyzwyczajenia. Samotność to motyw spożywania alkoholu dla 3,6% osób starszych [Bartoszek i in. 2016, ss. 238–243].

Sen

Trudno traktować sen jako czynność wykonywaną przez człowieka lub też jego sposób zachowywania się i trudno też stwierdzić, do jakiego stopnia on sam i jego jakość zależy od naszego wyboru. W pewnym zakresie na pewno

mamy na niego wpływ, np. regularne udawanie się na spoczynek o tej samej porze czy spacer przed snem sprzyjają szybkiemu zasypianiu i głębokiemu odpoczynkowi w nocy. Niekwestionowane są zalety dobrego snu dla zachowania zdrowia człowieka. Badania eksperymentalne pokazały, że osoby pozbawione kompletnie snu już po upływie trzeciej doby wykazywały pewne odchylenia od normalnych zachowań (nadmierna drażliwość, poczucie zagrożenia, halucynacje), które jednak ustąpiły natychmiast, gdy osobom objętym eksperymentem pozwolono spać. Obserwacje potwierdzają, że dobry, dostatecznie długo trwający sen wpływa korzystnie na samopoczucie po przebudzeniu [Ostrowska 1999, s. 99].

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia przyjmuje się, że normą zdrowotną dla dorosłego człowieka jest 7–8 godzin snu na dobę. Prawie 2/3 Polaków tyle sypia. Są to przede wszystkim osoby do 40. roku życia (69%). Osoby starsze rzadziej utrzymują się w normie snu. W grupie powyżej 70. roku życia jest ich już tylko 40%. Zwiększa się w tym przedziale wiekowym liczba osób śpiących zarówno krócej, jak i dłużej [Ostrowska 1999, s. 99].

Zapotrzebowanie na sen po 60. roku życia może być takie samo jak w wieku średnim, pod warunkiem, że zmniejszy się poziom aktywności życiowej, zwłaszcza fizycznej. Niestety, najczęściej ulega on znacznemu obniżeniu, dlatego organizm nie potrzebuje już 7–8 godzin snu, aby się zregenerować, a tylko 6 lub nawet mniej. Przyczyną bezsenności wśród seniorów może być również zmiana rytmu dnia. Organizm człowieka przyzwyczajony do określonych pór wstawania i kładzenia się do łóżka, może zareagować na taką zmianę zaburzeniami snu [Jarosz 2016].

Jedną z przyczyn bezsenności w starszym wieku są przewlekłe choroby. Nie pozwalają spokojnie spać bóle stawów i kręgosłupa, budzi pieczenie za mostkiem towarzyszące zgadze (pozycja leżąca nasila jego objawy) i parcie na pęcherz moczowy. Z marzeń sennych mogą wyrwać bolesne skurcze łydek, duszności związane z chorobami układu oddechowego i serca. Nocny wypoczynek utrudnia również zespół niespokojnych nóg (mimowolne ruchy) i inne dolegliwości. Jednakże nie tylko różne schorzenia powodują, że jakość

snu nie jest satysfakcjonująca. Bezsenność to często pierwszy objaw chorób psychicznych, takich jak depresja czy stany lękowe, towarzyszy także uzależnieniom (np. od alkoholu). Może ona także sygnalizować rozwój chorób somatycznych. Jest symptomem schorzeń zapalnych, zwłaszcza reumatoidalnych, autoimmunologicznych, endokrynologicznych [Jarosz 2016].

Aby poprawić jakość snu, należy unikać jedzenia wieczorem ciężkostrawnych potraw, picia kawy i mocnej herbaty, zwiększyć dawkę aktywności fizycznej w ciągu dnia, np. chodzić na spacer, nie oglądać wieczorem programów, które wywołują złe emocje.

Ważne jest również, aby wywietrzyć sypialnię, załuszczyć okna i kłaść się, gdy odczuwa się senność. Skrócenie czasu snu u starszej osoby nie jest chorobą, dlatego bez porozumienia z lekarzem nie powinno się zażywać leków nasennych, bo to prowadzi do uzależnienia, czyli sięgania po coraz większe dawki leku. Osobom starszym w przypadku kłopotów z zasypianiem można podawać melatoninę [Jarosz 2016].

Jeśli bezsenność jest krótkotrwała i związana z jakąś sytuacją życiową, stresem, warto sięgnąć po leki nasenne lub promujące sen. Te pierwsze służą przede wszystkim do przerwania błędnego koła bezsenności, kiedy to łóżko zaczyna się kojarzyć z męką towarzyszącą bezskutecznym próbom zaśnięcia. Leki najnowszej generacji umożliwiają szybkie odpłynięcie w krainę marzeń sennych i nie wpływają negatywnie na aktywność w ciągu dnia. Nie należy ich jednak długo zażywać (można się od nich uzależnić). Dlatego przy przewlekłej bezsenności stosuje się raczej leki, które działają na sen pośrednio. Są to przede wszystkim preparaty ziołowe o uspokajającym i odprężającym działaniu, a także odpowiednio dobrane leki przeciwdepresyjne. Tego typu środki można długo stosować, bo nie uzależniają. Jednak terapia bezsenności przewlekłej nie opiera się jedynie na lekach – one ją tylko wspierają. Niestęchanie ważne jest przestrzeganie zasad higieny snu, ograniczenie czasu jego trwania lub stosowanie techniki kontroli bodźców, której celem jest ustalenie stałego rytmu snu i czuwania. W przypadku przewlekłej bezsenności warto się zgłosić do jednej ze specjalistycznych poradni [Jarosz 2016].

Stres

Proces starzenia się organizmu przebiega w sposób bardzo indywidualny, niejednokrotnie ważniejsze niż wiek chronologiczny są subiektywne wskaźniki psychologiczne i społeczne tego okresu. Poziom odczuwanych strat lub kosztów starzenia się będzie dla każdego człowieka inny, gdyż zależy od biologicznych, psychologicznych cech jednostki, jej biografii i grupy pokoleniowej, do której przynależy. W efekcie, proces starzenia się i sama starość może mieć różne oblicza. Dla niektórych czas zaprzestania aktywności zawodowej i przejścia na emeryturę będzie okresem upragnionym, pełnym nowych możliwości, np. zajmowania się tym, na co nie można było sobie pozwolić wcześniej z powodu pracy zawodowej i konieczności wypełniania obowiązków rodzinnych. Natomiast dla osób postrzegających starość i starzenie się jako czas nieproduktywny, pozbawiony radości i sensu, stanie się ona fazą życia polegającą głównie na oczekiwaniu na śmierć [Zych 2007, s. 54].

Osoby starsze w obliczu zmian zachodzących w ich życiu, stają wobec konieczności poradzenia sobie z nowymi zadaniami i problemami. Niejednokrotnie zmiany te wywołują silne przeżycia, zmuszają do przystosowania się i są silnym źródłem stresu. Są to m.in. problemy związane ze zmianą sytuacji materialnej (zakończenie pracy zarobkowej, przejście na emeryturę lub rentę), zdrowotnej (utrata sił i sprawności), rodzinnej (śmierć współmałżonka, odejście z domu dzieci) i społecznej (utrata znaczenia społecznego, kontaktów). Stres związany ze starzeniem się prowadzi do zmiany priorytetów życiowych. Najważniejsze stają się te czynniki, które były istotne w okresie dzieciństwa: poczucie bezpieczeństwa, potrzeba podtrzymania aktywności i stymulacji, dbanie o dobrostan psychologiczny i fizjologiczny [Dziedzic 2015, ss. 278–279].

Sposobem reagowania na stres, charakterystycznym dla osoby starszej, jest zachowanie związane z przemianym reagowaniem emocjonalno-behawioralnym: osoba uczy się nowej formy zachowania, ale wraca do starego schematu działania. Zgodnie z teorią stresu starości B.L. Neugartena, R. Havighursta i S.S. Tobina skuteczne przystosowanie do starości związane jest ze

sztuką radzenia sobie z problemami i zadaniami rozwojowymi tego okresu [za: Straś-Romanowska 2000, ss. 263–292].

Do najistotniejszych zadań rozwojowych okresu późnej dorosłości należą:

- 1) Przejście na emeryturę, co wiąże się z utratą pozycji zawodowej i może łączyć się z zachwianiem poczucia własnej wartości (samooceny).
- 2) Adaptacja do pogarszającej się sprawności fizycznej, poznawczej i zdrowotnej, co prowadzi do zmniejszenia samodzielności, w pewnym stopniu skazuje na uzależnienie od innych. Może to wpływać na obniżenie samooceny i zmniejszenie wiary w możliwość kontroli otoczenia.
- 3) Przyjęcie do świadomości i zaakceptowanie nieuchronności śmierci własnej i najbliższych [Straś-Romanowska 2000, ss. 263–292].

Podsumowanie

Wiek podeszły to czas, kiedy zmienia się nie tylko nasz wygląd zewnętrzny, ale także nasze codzienne przyzwyczajenia związane z odżywianiem, aktywnością fizyczną czy snem. Pojawiają się problemy ze zdrowiem, co może oznaczać, że seniorzy zaczynają unikać różnorodnych używek. Starzenie to proces ciągły, dynamiczny, to również nieunikniony etap życia człowieka. W związku ze starzeniem się społeczeństw konieczne jest rozwinięcie profilaktyki warunkującej pomyślne starzenie, które zależy od wielu elementów, do których zalicza się czynniki: środowiskowe (dieta, aktywność fizyczna, sen, styl życia), genetyczne, psychologiczne oraz społeczne (relacje i kontakty z innymi ludźmi).

Bibliografia

Barański J., Piątkowski W. (2002), *Zdrowie i choroba. Wybrane elementy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.

Bartoszek A. i in. (2016), *Problem stosowania używek wśród seniorów mieszkających w środowisku domowym*, [online] http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZUZrNkZ-Sd_wJ:ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/download/3572/pdf+&cd=2&hl=pl&ct=clnk&gl=pl, dostęp: 5.01.2018.

Brończyk-Puzoń A., Bieniek J. (2013), *Żywność i żywienie osób starszych na podstawie nowelizacji norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia dla populacji polskiej z 2012 roku*, „Nowa Medycyna”, nr 4.
Ciborowka H., Rudnicka A. (2007), *Dietetyka, żywienie zdrowego i chorego człowieka*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.

Czerniawska O. (2002), *Starość wczoraj, dziś i jutro*, [w]: W. Wnuk (red.), *Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu. Szanse – nadzieje – potrzeby*, Wyd. Atła 2, Wrocław.

Dziedzic M. (2015), *Człowiek wobec otaczającego go świata*, „Kwartalnik Naukowy”, nr 2 (22).

Gerstenkor A., Suwała M. (2006), *Palenie tytoniu i picie alkoholu w wielkomiejskiej populacji osób w starszym wieku*, „Psychogeriatrya Polska”, nr 4.

Jabłoński E., Kaźmierczak U. (2005), *Odżywianie się osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska”, t. 13, nr 1.

Jarosz A. (2016), *Bezsennosc seniora – przyczyny kłopotów z zasypianiem u osób starszych*, [online] http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zrelaksuj-sie/bezsennosc-seniora-przyczyny-kłopotow-z-zasypianiem-u-osob-starszych_39085.html, dostęp: 20.12.2017.

Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (2007), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin.

Latoszek M. (red.) (1999), *Zdrowie i ochrona. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych*, Gdańskie Towarzystwo Naukowe, Gdańsk.

Ostrowska A. (1999), *Styl życia a zdrowie*, Wyd. IFiS PAN, Warszawa.

Nowicka A. (2006), *Starość jako faza życia człowieka*, [w:] eadem (red.) *Wybrane problemy osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków.

Rowiński R., Dąbrowski A. (2012), *Aktywność fizyczna Polaków w wieku podeszłym*, [w:] Mossakowska M. i in. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Wyd. Medyczne Termedia, Poznań.

Straś-Romanowska M. (2000), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Narwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, PWN, Warszawa.

Szatur-Jaworska B. i in. (2016), *Podstawy gerontologii*, Aspra, Warszawa.

Zych A.A. (2007), *Leksykon gerontologii*, Wyd. Impuls, Kraków.

CBOS (2016a), *Sposoby spędzania czasu przez seniorów. Komunikat z badań. Nr 163/2016*, CBOS, Warszawa,

CBOS (2016b), *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań. Nr 138/2016*, CBOS, Warszawa.

Karolina Kulka

Żaneta Kulak

Człowiek w wieku podeszłym a sport. Aktywność ruchowa osób w wieku podeszłym

Ruch jest życiem

Arystoteles

Ruch i aktywność ruchowa są niezbędnymi elementami prawidłowego rozwoju człowieka. W wytycznych Unii Europejskiej z 2008 roku, a dotyczących aktywności fizycznej, podano, że w wyniku regularnej aktywności fizycznej ludzkie ciało przechodzi morfologiczne i funkcjonalne zmiany, które mogą zapobiegać wielu schorzeniom lub opóźniać ich występowanie oraz poprawiać zdolność do podejmowania wysiłku fizycznego [Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej... 2008].

Warto przypomnieć, że zgodnie ze wskazaniem Światowej Organizacji Zdrowia oraz Unii Europejskiej, zaleca się osobom starszym podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej przez co najmniej 30 min przez 5 dni w tygodniu lub bardzo intensywnej aktywności fizycznej, przez co najmniej 20 min przez 3 dni w tygodniu. Promuje się także wykonywanie 2–3 razy w tygodniu ćwiczeń zwiększających zarówno siłę mięśni, jak ich wytrzymałość. Ogromne znaczenie ma trening siłowy i ćwiczenia poprawiające koordynację ruchową,

które pomagają zapobiegać upadkom oraz mogą się przyczynić do poprawy nastroju i redukcji objawów depresji wśród osób starszych z niewielkimi deficytami poznawczymi. Wywierają one wielokierunkowy, pozytywny wpływ na sferę fizyczną i psychiczną, przyczyniają się do polepszenia sprawności fizycznej, redukcji dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa, poprawy jakości snu i zmysłu równowagi. Zmniejszają lęk przed utratą sprawności i uzależnieniem od osób trzecich, poprawiają nastrój i redukują objawy depresji, przyczyniając się ostatecznie do polepszenia, jakości życia osób w starszym wieku [Rowiński, Dąbrowski 2012, ss. 531–548].

Zmiany demograficzne polegające na wydłużaniu się przeciętnego czasu trwania życia, spadku liczby urodzeń i w konsekwencji zwiększaniu się populacji starszych osób w społeczeństwie, stanowią wielkie wyzwanie społeczne dla wszystkich państw, w tym także i Polski. Z drugiej strony, starzenie się jest nie tylko wyzwaniem, ale i osiągnięciem cywilizacyjnym, a potencjał osób starych to ciągle niewykorzystana w pełni szansa dla społeczności. Jednym ze sposobów łagodzenia konsekwencji zmian demograficznych i społecznych jest wdrażanie koncepcji aktywnego starzenia się, umożliwienie ludziom tego, by jak najdłużej pozostawali osobami samodzielnymi i aktywnymi w życiu społeczeństwa. Zapewne podniesie to jakość ich życia w okresie starości.

Aktywność sportowa wśród ludzi starych w Polsce jest słabo rozpowszechniona. Seniorzy, czyli osoby po 60. roku życia i emeryci, są częściej postrzegani w tradycyjnych rolach mentorów i opiekunów niż jako osoby aktywne. Podstawową przeszkodą w uprawianiu sportu w tej grupie wiekowej jest często zły stan zdrowia i zła sytuacja materialna. Istotną barierą jest strach przed wchodzeniem w nową rolę, a więc wynikający z emocji. Zwiększający się z roku na rok odsetek osób starszych w Polsce zmusza społeczeństwo do zwrócenia większej uwagi na ich potrzeby i pragnienia. Senior to nie tylko dziadek i babcia siedzący przed telewizorem w domowym zaciszu, ale ktoś, kto ma pomysł na alternatywne spędzanie wolnego czasu, którego mu przecież nie brakuje. Warto być aktywnym na każdym etapie życia, bo przecież ono, niestety, tak szybko mija. Jednym ze sposobów na długą i szczęśliwą starość jest zachowa-

nie jak najlepszej kondycji fizycznej. Nigdy nie jest za późno, na to, aby dbać o swoje zdrowie. Warto też pamiętać, jak ważna jest profilaktyka i zachowywać zasady prewencji. Aktywność jest koniecznością. Postęp w medycynie pozwala na skuteczniejsze leczenie wielu schorzeń i na lepszą profilaktykę.

Kolejnym czynnikiem, wpływającym na nasz stan w okresie starości, jest jakość życia na poprzednich etapach ontogenezy. To prawidłowa profilaktyka i odpowiednie leczenie chorób w młodszym wieku decyduje w znacznej mierze o naszej kondycji w jesieni życia. Pozytywnym zjawiskiem staje się fakt, że świadomość naszego społeczeństwa w tym zakresie z roku na rok rośnie. Członkowie współczesnych społeczeństw zastanawiają się, jak korzystnie zagospodarować wolny czas po przejściu na emeryturę. Osoby, które były aktywne zawodowo, angażowały się w życie rodzinne, społeczne, mają własną działkę, szukają wyzwań, pomimo, że przeszły w czas spoczynku. Mają dużo wolnego czasu i wiedzą jak go zagospodarować. Pozostawanie aktywnym w okresie starości i poszukiwanie alternatyw dla utraconych ról i pozycji społecznych jest jednym z rozwiązań służących utrzymaniu satysfakcji z życia. Aby zapewniać seniorom rozrywkę, powstaje coraz więcej stowarzyszeń i grup społecznych zajmujących się różnorodnymi formami spędzania wolnego czasu.

Zachowanie aktywności w okresie starości przynosi same zalety. Liczba korzyści płynących z aktywności fizycznej jest zaskakująca – wywołuje m.in. korzystne zmiany w strukturze układu stawowo-więzadłowego i mięśniowego oraz ich czynnościach w wyniku wzmacniania siły mięśni, poprawy ruchomości stawów, a także utrzymywania właściwej gęstości i struktury kości. W efekcie prowadzi to do zmniejszenia liczby urazów, a także spowalnia rozwój osteoporozy [Marchewka i in. 2012]. Istnieje wystarczająca liczba dowodów na to, że osoby prowadzące aktywny tryb życia, mogą osiągnąć szereg korzyści zdrowotnych, do których trzeba zaliczyć:

- mniejsze ryzyko wystąpienia schorzeń układu sercowo-naczyniowego,
- zapobieganie i/lub opóźnienie rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego,
- poprawę funkcjonowania serca i układu oddechowego,

- zachowanie funkcji metabolicznych oraz mniejsze ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2.,
- kontrolę masy ciała i zmniejszenie ryzyka otyłości,
- mniejsze ryzyko wystąpienia niektórych chorób nowotworowych, np. raka piersi, prostaty i okrężnicy,
- mniejsze ryzyko wystąpienia osteoporozy oraz złamań,
- poprawę funkcji trawiennych i regulację rytmu wypróżnień,
- zachowanie i poprawę siły oraz wytrzymałości mięśni,
- zachowanie funkcji motorycznych, w tym siły i koordynacji ruchowej,
- zachowanie funkcji poznawczych oraz mniejsze ryzyko rozwoju depresji,
- zmniejszenie poziomu stresu oraz związaną z tym lepszą jakość snu,
- lepszy obraz własnej osoby oraz wzrost poczucia własnej wartości, a także większy entuzjazm i optymizm,
- mniejszą absencję w pracy spowodowaną chorobą,
- u osób w podeszłym wieku – mniejsze ryzyko upadków oraz opóźnienie pojawienia się schorzeń przewlekłych związanych z procesem starzenia [Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej... 2008].

Tej części społeczeństwa, która nigdy nie miała do czynienia z jakimkolwiek wysiłkiem fizycznym trudno w to uwierzyć, ale ruch fizyczny uzależnia. Wystarczy ok. 8 tygodni regularnej aktywności, aby „uzależnić się od ruchu”, a dokładniej od wydzielanych podczas ćwiczeń endorfin. „U systematycznych biegaczy zaobserwowano wzrost oporności galwanicznej skóry po jednym dniu bez treningu. W innym badaniu zmęczenie i somatyczne objawy depresji pojawiły się w tydzień po zaprzestaniu ćwiczeń i pozwalały przewidywać rozwój objawów poznawczo-afektywnych w drugim tygodniu. Mondin i współautorzy, badając ochotników poddających się dobrowolnie trzydniowej deprywacji stwierdzili u badanych wzrost poziomu lęku, napięcia, przygnębienia i zakłopotania” [Guszkowska 2012, s. 851].

Działające praktycznie w każdym mieście kluby seniora mają w swojej ofercie szereg zajęć dostosowanych do potrzeb i wymagań tej grupy społecznej, a w większości klubów fitness są zajęcia przeznaczone tylko dla osób 60+, dlatego

też każdy może znaleźć coś odpowiedniego dla siebie, jeśli tylko naprawdę chce. Powstają również siłownie plenerowe, które możemy zobaczyć niemal w każdym parku. Pomimo, że są przeznaczone niemalże dla każdej grupy wiekowej, ich użytkownikami są zazwyczaj osoby starsze. Nie sposób przecenić korzyści wynikających ze spędzania w ten sposób czasu wolnego. Zważywszy na fakt, iż pomiędzy 50. a 70. rokiem życia tracimy ok. 30% masy mięśniowej na rzecz tkanki tłuszczowej jest to ogromna alternatywa dla ludzi, którzy będąc seniorami, nie chcą jednak stracić młodzieńczego wigoru. Korzystanie z takiej siłowni ma również szereg innych zalet. Przynosi ogólną poprawę kondycji, wpływa pozytywnie na stan naszej sylwetki, koloryt skóry czy na długość i jakość snu. Poza tym działa korzystnie na kondycję psychiczną starszej osoby. Jest miejscem spotkań i przyjemnie męczącego relaksu. Takie ćwiczenia to alternatywna, bezpieczna i niepowodująca urazów forma ruchu. Początkowo była to oferta aktywności skierowana do młodych osób, z czasem zyskała większe uznanie u dojrzałszej części społeczeństwa. Jak w każdej aktywności, tak i w tej, najważniejsza jest rozgrzewka. To dzięki niej nie nabawimy się niechcianych urazów, rozluźnimy zastęłe partie mięśniowe i stawy, zapewnimy sobie odpowiednią koordynację. Prawidłowa rozgrzewka powinna zawierać: rozciąganie wszystkich partii mięśni, przygotowanie stawów do wysiłku – dobrą propozycją jest kilkuminutowa jazda na rowerze dla poprawy krążenia przed intensywnym wysiłkiem [Bucior 2007].

U osób starszych promocja zdrowia powinna dotyczyć określonych działań, związanych z: przystosowaniem ich do przejścia na emeryturę, zachowaniem zdrowia psychicznego, jakości życia oraz postępowaniem prozdrowotnym. Ogromne znaczenie dla seniorów mają uniwersytety trzeciego wieku (UTW), które – oprócz działań edukacyjnych – oferują zajęcia ruchowe. Wspólne grupowe ćwiczenia i uczestniczenie w zajęciach przyczyniają się do spędzania czasu w przyjemny i wartościowy sposób, a to skutkuje odprężeniem i zadowoleniem. Większość słuchaczy UTW stanowią kobiety w młodszym wieku emerytalnym, ale patrząc na prognozy demograficzne, istnieje potrzeba podjęcia działań, które spowodują zwiększenie uczestnictwa mężczyzn oraz osób powyżej 65. roku życia w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku [Szynal 2013].

Kobiety i mężczyźni mają różne modele spędzania wolnego czasu. Większość placówek UTW prowadzi zajęcia związane z kulturą fizyczną, co wskazuje na świadomość roli, jaką aktywność ruchowa odgrywa w procesie pomyślnego starzenia się. Najczęściej organizowane typy zajęć rekreacyjno-sportowych (wycieczki krajoznawcze, systematyczne zajęcia rekreacyjno-sportowe i piesze wycieczki) świadczą o różnorodności oferty w zakresie kultury fizycznej w badanych UTW. Należy również zauważyć, że oprócz utrzymywania się popularności tradycyjnych form aktywności fizycznej, czyli gimnastyki i pływania, wzrasta zainteresowanie takimi formami, jak nordic walking czy taniec.

Wielość placówek UTW determinuje różnorodność oferty związanej z systematycznie organizowanymi zajęciami rekreacyjno-sportowymi – im większa placówka, tym więcej rodzajów zajęć obejmuje oferta oraz mają one bardziej zróżnicowany charakter (Tai Chi, metoda Dennisona/gimnastyka mózgu), co nie wydaje się zaskakujące, biorąc pod uwagę potencjalne ograniczenia organizacyjne w mniejszych placówkach [Morgulec-Adamowicz i in. 2010, ss. 73–80].

Celem proponowanej aktywności fizycznej o działaniu ogólnym jest utrzymanie na obecnym poziomie (lub doskonalenie) sprawności układu ruchu, krążeniowo-oddechowego oraz nerwowego. Do tej grupy ćwiczeń należą: ćwiczenia oddechowe, ogólnokondycyjne, ćwiczenia w wodzie, gimnastyka poranna i zajęcia rekreacyjne. Z kolei usprawnianie o działaniu miejscowym ogranicza zaangażowanie mięśni do jednej części ciała i nie wywołuje odczynów ogólnoustrojowych. Liczna grupa ćwiczeń pozwala na wypracowanie odpowiednich do stanu zdrowia ruchów, poprawiających koordynację i sprawność rąk. Nie należy zapominać, że samoobsługa i wykonywanie codziennych czynności stanowią również doskonały trening. Ze względu na potrzeby w zakresie usprawniania ruchowego, populację seniorów można podzielić na trzy grupy, a mianowicie:

- zdrowi (pełnosprawni),
- chorzy, ale samodzielni,
- osoby, które zmuszone są do korzystania z pomocy osób trzecich.

Osobom pełnosprawnym w zaawansowanym wieku należy proponować zajęcia o charakterze profilaktyki pierwotnej, czyli codzienną, niezbędną dawkę ruchu zwiększającą wydolność i odporność organizmu. Daje to szansę na zachowanie dobrego stanu zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Aktywność ta wpływa mobilizująco i daje zadowolenie, bowiem samodzielność wraz z możliwością jednoczesnej samoobsługi w pełnym wymiarze wpływają na dobry nastrój, redukując występującą w tym okresie życia skłonność do depresji.

Bardzo ważnym zagadnieniem, związanym ze sprawnością ruchową, jest utrzymanie równowagi, a w konsekwencji – pewnej lokomocji. Dynamiczne ćwiczenia równoważne i poprawiające siłę mięśniową (izometryczne), likwidują często towarzyszący starości lęk przed upadkami. Należy dodać, że podejmowanie starań o wyeliminowanie upadków stanowi jeden z priorytetów pracy z osobami starszymi. Osoby w podeszłym wieku ze zwiększonym poziomem sprawności, wykonując różnorodne akty ruchowe, nawet te o niezbyt dużym obciążeniu, utrzymują swą sprawność psychofizyczną na stałym poziomie. Niskie dawki obciążenia pozwalają zachować sprawność i dają możliwość utrzymania niezależności. Zatem panująca powszechnie opinia, iż tylko intensywny trening daje sukces, szczególnie w przypadku seniorów, jest błędna [Rottemund i in. 2015].

Fotografia 1. Trening nordic walking prowadzony przez instruktora Janusza Grzebskiego dla studentów uniwersytetu trzeciego wieku



Źródło: archiwum własne.

Darmową i aktywną formą ruchu są „spacery z kijkami, a właściwie marsze o obco brzmiącej nazwie nordic walking” – nie wymagają one specjalnych sal treningowych, ani nakładów finansowych, gdyż, jak twierdzi S. Arvonen, propagatorka tego sportu, każdy, kto chodzi, może uprawiać nordic walking, ponieważ jest on zaprojektowany dla każdego poziomu sprawności, płci i wieku [za: Kosińska, Niebrój 2010]. Ta aktywność ruchowa wywodzi się z Finlandii. Wymyślona została w latach 20. XX wieku, jako forma treningu dla narciarzy biegowych. Obecnie jest rodzajem marszu, który w wyniku konieczności używania kijków angażuje zdecydowanie dużą liczbę partii mięśniowych do wysiłku. Są to m.in. mięśnie klatki piersiowej, tricepsy, bicepsy, mięśnie ramion i brzucha. Ważne jest również to, że tę dyscyplinę może uprawiać prawie każdy, bez względu na wiek, stan zdrowia czy wagę (zob. fot. 1).

Marsze mogą odbywać się po terenie zarówno płaskim, jak i górzystym, po plaży i po lesie, zimą i latem. Nordic walking jest jedną z najszybciej rozwijają-

cych się form aktywności zdrowotnej i fizycznej na Ziemi. Przewiduje się, że w przyszłości będzie odgrywał znaczącą rolę w procesie utrzymywania dobrego stanu zdrowia u ludzi w każdym wieku i w każdym miejscu na świecie. Przeprowadzono wiele badań, które jednoznacznie wskazały na różnorakie korzyści płynące z tej formy aktywności ruchowej, i to dlatego zapewne, seniorzy tak upodobili sobie tę dyscyplinę sportu.

Znany jest również pozytywny wpływ nordic walking na zmniejszanie napięcia w układzie krwionośnym, w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych, a w szczególności miażdżycy. Wszystkie badania przeprowadzone w związku z rozpoczęciem treningu potwierdzają, że ma on pozytywny wpływ na kondycję badanych. Zwiększyła się m.in. wydolność układu krwionośnego i oddechowego, nastąpił wzrost wytrzymałości mięśni oraz zmniejszyły się bóle w okolicach szyi i ramion. Ponadto marsze te mają pozytywny wpływ na nastrój i samopoczucie seniorów. Następuje znaczne polepszenie się ich kondycji psychicznej [www.fit.pl/top-5-sportow-idealnych-dla-seniorow/4404/, dostęp: 10.12.2017].

Korzystny wpływ na pracę układu krążenia ma również jazda na rowerze. Już 10 min tej formy ruchu ma zbawienny wpływ na pracę układu krwionośnego i poprawia pracę mięśni, 20 min wspiera układ odpornościowy, a 50 min przemianę materii. Poza tym jazda na rowerze daje poczucie swobody, w prosty sposób umożliwia kontakt z przyrodą, a także odkrywanie nowych miejsc [<https://www.fit.pl/top-5-sportow-idealnych-dla-seniorow/4404/>, dostęp: 10.12.2017]. Poprawia także wytrzymałość, moc i szybkość mięśni kończyn dolnych, wzmacnia pośladki i wymusza napięcie mięśni pleców, przedramion czy brzucha, którego mięśnie (np. poprzeczny) mają wpływ na stabilizację ciała rowerzysty (stabilizacja centralna). Pedałowanie na rowerze to forma bardzo zdrowego ruchu, wprost idealna w przypadku rehabilitacji kończyn dolnych lub w problemach ze stawami kolanowymi. Jazda rowerem, obok np. pływania, to zalecana forma aktywności dla osób z nadwagą czy chorobami zwyrodnieniowymi stawów. Ruch na rowerze jest nieinwazyjny, naturalny i nie obciąża układu szkieletowego osoby ćwiczącej. Dobre samopoczucie zapew-

nia nie tylko, dlatego że wpływa na wydzielanie się hormonów szczęścia, ale choćby z powodu przywrócenia osobom starszym niezależności, mobilności, możliwości dotarcia tam, gdzie mogą realizować swoje potrzeby społeczne. W większych miastach zaczynają powstawać wypożyczalnie trójkołowych rowerów. Jadąc takim pojazdem, starsze osoby nie muszą bać się, że się przewrócą [http://tustolica.pl/trojkolowe-rowery-dla-emerytow-w-parku-brodnowskim_70965, dostęp: 12.12.2017].

Kolejną, odpowiednią dla seniorów, aktywnością ruchową jest pływanie. Siła wyporności wody powoduje, że ciężar ciała spada aż 7-krotnie, dzięki czemu pływanie nie obciąża stawów, a za to modeluje sylwetkę oraz pozwala spalić ok. 700 kalorii na godzinę. Wzmacnia mięśnie pleców, ramion i nóg, a zatem pomaga w leczeniu schorzeń kręgosłupa. Ćwiczenia mogą zostać tak dobrane, że będą odpowiednim uzupełnieniem rehabilitacji, a w nielicznych przypadkach są w stanie ją zastąpić. Oddziaływanie tej formy ruchu na organizm człowieka jest niezwykle szerokie i sprzyja utrzymaniu zdrowia przy zachowaniu odpowiedniego czasu i intensywności ćwiczeń. Podkreśla się znaczenie pływania dla sprawnego funkcjonowania układu oddechowego, krwionośnego i nerwowego. Poziome ułożenie ciała sprzyja lepszemu ukrwieniu wszystkich jego partii i dlatego układ sercowo-naczyniowy ma korzystniejsze warunki do funkcjonowania [Łubkowska, Szark-Eckardt 2015]. Systematyczne uprawianie pływania poprawia przemianę materii oraz przeciwdziała przeziębieniom, hartując organizm ludzki, który zostaje dotleniony, a więc zwiększa się jego odporność, wytrzymałość i wydolność. Do korzyści wynikających z regularnej aktywności fizycznej w wodzie należy również poprawa czucia kinestetycznego, redukcja zawartości tłuszczu i całkowitego cholesterolu, obniżenie masy ciała.

W ostatnich latach jedną z najbardziej popularnych form aktywności fizycznej stał się taniec. Za sprawą bardzo rozpropagowanej mody na tańczenie, coraz większa grupa osób zapisuje się na wszelkie kursy taneczne. Z roku na rok przybywa szkół tańca przedstawiających niezwykle zróżnicowaną ofertę. Nieistotne są też zdolności czy umiejętności, ponieważ zajęcia organi-

zowane są na wielu stopniach zaawansowania, co pozwala każdemu znaleźć takie, które dadzą mu satysfakcję i radość, a także spełnią jego oczekiwania. Taniec jest naturalnym ruchem, biologiczną potrzebą organizmu, a jednocześnie źródłem zdrowia. Towarzyszy nam od początku naszego istnienia i jest obecny na każdym etapie życia. Taniec od zarania dziejów jest ważną częścią życia społecznego i duchowego. Ludność pierwotna uczyniła go nawet treścią malowideł skalnych. Traktowany był rytualnie, uczył i przekazywał kolejnym pokoleniom tradycje i wartości. Taniec ma dobroczynny wpływ na funkcjonowanie organizmu. Każda forma zajęć tanecznych, dostosowana do wieku i możliwości osoby ćwiczącej, przynosi dużo korzyści. Nie tylko pozwala zachować sprawność fizyczną i hamuje rozwój wielu dolegliwości oraz chorób, ale także pobudza mózg do stałej aktywności, czego efektem jest poprawa zdolności kojarzenia, skupienia uwagi i przede wszystkim pamięci. Jest też sposobem na zapełnienie luki, jaka powstała w konsekwencji zakończenia pewnych etapów życiowych. Nowe kontakty towarzyskie pozwalają zapomnieć o samotności, stagnacji i monotonii życia codziennego. Jednak, przede wszystkim taniec to źródło satysfakcji, radości i szczęścia, czyli wyznaczników jakości życia [Banio, Banio-Surmiak 2017, s. 369].

Czasami, bardzo rzadko, występują przeciwwskazania do aktywności fizycznej, takie jak:

- występowanie powiększającego się tętniaka aorty,
- komorowe zaburzenia rytmu indukowane wysiłkiem,
- zwężenie aorty znacznego stopnia,
- krańcowa niewydolność krążenia,
- wysokie ciśnienie tętnicze krwi,
- inna ciężka choroba w krańcowym stadium.

Podsumowanie

Poza nielicznymi, wymienionymi wyżej, przypadkami, podejmowanie aktywności fizycznej w każdym wieku, także w późnej dorosłości, odgrywa dużą

rolę w utrzymaniu właściwego poziomu wydolności fizycznej i psychicznej, a także spowalnia procesy starzenia się organizmu. Aktywność ruchowa opóźnia zachodzenie zmian w układzie ruchu, poprawia elastyczność tkanek okołostawowych, wpływa na fizjologiczne utrzymanie zakresu ruchu w stawach. Ludzie starsi zyskują dzięki ćwiczeniom większą masę mięśniową, poprawia się ich gibkość, siła oraz koordynacja ruchowa. Zaobserwowano również szereg korzyści w postaci poprawy wentylacji oddechowej, ruchomości klatki piersiowej, elastyczności mięśni oddechowych, pogłębienia wydechu, zmniejszenia duszności. Ćwiczenia o umiarkowanej intensywności oddziałują na zmiany w mechanizmie odpornościowym.

Treningi powinny być wykorzystywane w profilaktyce wielu chorób, takich jak: cukrzyca, osteoporoza, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze. Zajęcia sportowe niosą za sobą wymierne korzyści, nie tylko w zakresie fizjologicznym, ale mają również dobroczynny wpływ na psychikę i styl życia. Najlepszą motywacją do aktywności są ćwiczenia wykonywane w grupach. Seniorzy motywują siebie nawzajem i są dla siebie oparciem w chwilach zwątpienia i słabości. Za pomocą działań prozdrowotnych i profilaktycznych można korzystnie wpłynąć na opóźnienie momentu pojawienia się wielu schorzeń i utraty samodzielności. Ważne jest motywowanie osób starszych do treningu przez uświadomienie korzyści, jakie przynosi regularny ruch [Gębka, Kędziora-Kornatowska 2012, ss. 256–259].

Bibliografia

Banio A., Banio-Surmiak J. (2017), *Wpływ zajęć tanecznych na wzrost jakości życia osób starszych*, „Handel Wewnętrzny”, t. 2, nr 4.

Bucior Ł., *Poradnik kulturysty* (2007), [online] <http://www30.patrz.pl/u/f/29/53/04/295304.pdf>, dostęp: 20.12.2017.

Gębka D., Kędziora-Kornatowska K. (2012), *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 93, nr 2.

Guszkowska M. (2012), *Uzależnienie od ćwiczeń fizycznych – objawy i mechanizmy*, „Psychiatria Polska”, t. 46, nr 5.

Kosińska M., Niebrój L. (red.) (2010), *Fizjoterapia: nowe potrzeby – nowe możliwości*, Media Silesia, Katowice.

Łubkowska W., Szark-Eckardt M. (2015), *Korygowanie postawy ciała poprzez pływanie i ćwiczenia w wodzie*, [online] <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/9633>, dostęp: 11.12.2017.

Marchewka A. i in. (2012), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, PWN, Warszawa.

Mazurek J. i in. (2014), *Aktualne zalecenia dotyczące aktywności ruchowej osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska”, t. 22, nr 2.

Morgulec-Adamowicz N. i in. (2010), *Aktywność fizyczna osób starszych w uniwersytetach trzeciego wieku w Polsce*, „Postępy Rehabilitacji”, t. 24, nr 2.

Rottemund J. i in. (2015), *Aktywność fizyczna a jakość życia osób starszych*, „Społeczeństwo i Rodzina”, nr 42.

Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie. Czwarty projekt skonsolidowany i zatwierdzony przez Grupę Roboczą UE „Sport i Zdrowie” na zebraniu w dniu 25 września 2008 (2008), UE, Bruksela.

Szczepańska J. i in. (2004), *Wpływ systematycznych ćwiczeń fizycznych na samopoczucie i zaburzenia nastroju osób w podeszłym wieku z niewielkimi deficytami poznawczymi*, „Fizjoterapia”, nr 12.

Szynal J. (2013), *Nauki społeczne*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.

Urbaniak A. (2017), *Technika nordic walking. Instrukcja chodzenia z kijkami w 3 krokach*, [online] http://wformie24.poradnikzdrowie.pl/rekreacja/techniki-nordic-walking-instrukcja-chodzenia-z-kijkami-w-3-krokach_39380.html, dostęp: 11.10.2017.

Strony WWW

<https://www.fit.pl/top-5-sportow-idealnych-dla-seniorow/4404/>, dostęp: 10.12.2017.

http://tustolica.pl/trojkolowe-rowery-dla-emerytow-w-parku-brodnowskim_70965,
dostęp: 12.12.2017.

Wymarzona starość w opinii ludzi w wieku podeszłym

Starość jest dość specyficznym okresem naszego życia. We wcześniejszych jego etapach większość z nas nie chce o niej myśleć. Rzadko też snujemy plany na starość, bowiem niejednokrotnie się jej boimy. Kojarzy się nam z przemijaniem, chorobami i coraz mniejszą sprawnością. Nasz wygląd zewnętrzny zdradza upływ lat, często też nie jesteśmy już tak żwawi jak kiedyś. To wszystko uświadamia nam, że powoli zbliżamy się do kresu naszego życia, a przecież nikt z nas nie chce umierać.

Zatem zostawiamy starość samej sobie, staramy się jej nie zauważać, nie widzieć skutków upływu lat, nie rozmawiać o niej – udawać, że nie istnieje. To wszystko prowadzi do tego, że nie lubimy starości, a osoba wkraczająca w wiek sędziwy staje się nieszczęśliwa. Często uważa, że jest ciężarem dla rodziny, rzadziej wychodzi z domu, gdyż niejednokrotnie wstydzi się zmian czynionych przez czas w swoim organizmie. Jest już bowiem mniej sprawna, słabiej radzi sobie z wszelkimi udogodnieniami technologicznymi, które są wszędzie.

Problemy w funkcjonowaniu osoby starszej w otaczającej ją rzeczywistości mogą pojawiać się na każdym kroku, i dotyczyć wielu spraw, począwszy od zaparkowania samochodu, gdyż większość nowych parkomatów jest skomplikowana w obsłudze i jedyną formą płatności za postój jest karta płatnicza, a skończywszy na załatwianiu spraw w różnego rodzaju urzędach, w których coraz częściej wymagana jest rejestracja wizyty online na konkretnie umó-

wiony termin. Takich przykładów jest bardzo wiele, bo – jak można zauważyć – nowe technologie są wykorzystywane we wszystkich dziedzinach życia, niemal na każdym kroku. Pozornie wydaje się nam, że to wielkie udogodnienie, ale może to być krępujące dla osób starszych, gdyż przez całe życie nauczeni byli funkcjonować w inny (dobrze im znany) sposób, a tu nagle, w tak trudnym dla nich czasie, technologia wywraca ich świat do góry nogami.

W Polsce ciągle funkcjonuje stereotypowe myślenie o starym człowieku, tymczasem powinniśmy sobie uświadomić, że starość jest jednym z etapów naszego życia.

Nie da się opracować jednej definicji starości, ponieważ starzenie to proces, w dodatku ściśle związany z wcześniejszymi etapami naszego życia [Pośluszna 2012, s. 75]. Duży wpływ na to, jak się starzejemy mają: styl życia, jaki prowadziliśmy za młodu, rodzaj pracy, jaki wykonywaliśmy, a także to, na jakim poziomie materialnym żyliśmy. Potocznie jednak uważa się, że początek starości zaczyna się od ok. 60. roku życia i często takie osoby są już nieaktywne zawodowo, gdyż średni wiek przejścia na emeryturę wynosi dla kobiet właśnie 60 lat. Przeciętny czas życia Polaków to 74 lata, co oznacza, że po przejściu na emeryturę pozostaje jeszcze ok. 15 lat życia i na pewno warto spędzić je aktywnie [Szukalski 2016, s. 3]. Starość nie musi przecież oznaczać samotności i bierności. Należy zastanowić się nad tym, jak sami seniorzy chcieliby wykorzystać ten czas. Przecież każdy wie, że starość jest nieunikniona i czeka nas wszystkich. Może trzeba też pomyśleć, jak my sami widzimy siebie w roli starszych osób. Często jest to jedyny okres naszego życia, w którym możemy na chwilę zwolnić i robić coś, na co nigdy wcześniej nie mieliśmy czasu. Większość z nas prowadzi dość intensywny tryb życia i często narzekamy na brak czasu, a właśnie na emeryturze w końcu ta sytuacja ulega zmianie. Zdarza się nierzadko, że niektórzy seniorzy, gdy przestają pracować zawodowo, nie umieją sami zagospodarować czasu, a przecież dotąd zawsze im go brakowało, i czują się niepotrzebni. Tymczasem starość nie musi wiązać się z samotnością i zniedołężnieniem oraz samymi przykrościami, a wręcz przeciwnie – może być piękną porą, przystawową złotą jesienią, naszego życia [Pośluszna 2012, s. 75].

Niestety, aktywna starość jest w Polsce jeszcze zjawiskiem nowym. Większość społeczeństwa nadal dostrzega tylko stereotyp osoby starszej, choć powoli ulega on jednak zmianie. Dużą rolę odgrywają tu przykłady osób starszych, które aktywnie uczestniczą w życiu gospodarczym, społecznym, a nawet politycznym. Należy zwrócić uwagę, że proces starzenia się staje się coraz bardziej zauważalny w Polsce, co spowodowane jest niżem demograficznym. Jako społeczeństwo zaczynamy zauważać problem starości, uświadamiając sobie, co nas wkrótce czeka. Niestety, starość, którą znamy, nie jest taka, jaką sami chcielibyśmy przeżywać i właśnie to sprawia, że chcemy walczyć ze stereotypami na jej temat. Jako ludzie XXI wieku, częściej myślimy już o pomyślnej starości, kiedy to osiągnięcie sędziwego wieku będzie wiązało się z niewielkim ryzykiem chorób i niepełnosprawności, z wysoką sprawnością fizyczną i intelektualną, a także, z nadal zachowaną, aktywnością społeczną i zawodową [Hasińska, Tracz 2013, s. 94].

Uświadamiamy sobie także, że aktywność osób starszych jest warunkiem koniecznym do ich prawidłowego funkcjonowania i rozwoju, sprzyja realizowaniu własnych celów i zaspokajaniu potrzeb, umożliwia prowadzenie harmonijnego i twórczego trybu życia [Wróblewska, Błaszczuk 2012, s. 32]. Działanie daje seniorowi szansę na wyrażanie samego siebie i tworzy poczucie bycia potrzebnym w różnych aspektach życia, uwzględniając zwyczaje, upodobania i możliwości każdego człowieka z osobna. Stwarza warunki do obudzenia bądź ujawnienia zainteresowań, pasji i celów, które jeszcze zostały do zrealizowania przez seniora. To wszystko sprawia, że procesy starzenia opóźniają się, a osoba aktywna jest o wiele dłużej sprawna, zarówno fizycznie, jak i intelektualnie. Zauważalny jest także coraz większy procent takich seniorów, którzy nie tylko dbają o piękno i siłę swojego ciała, ale także walczą ze stereotypem człowieka starego. Według badań seniorzy sami zaczynają godzić się z własną starością, oceniając ją optymistycznie oraz akceptując ją i jej atrybuty [Połusznia 2012, s. 76].

Warto zastanowić się nad wymarzoną starością. Nie można jednak ściśle określić, jaka ona będzie, gdyż każdy z nas jest inny i każdy będzie miał

inne pragnienia, plany czy upodobania. Na szczęście, w ostatnich czasach bardzo wzrosły możliwości rozwoju seniorów i dostępnych jest coraz więcej różnych form aktywności pomagających realizować siebie, a skierowanych właśnie do osób starszych.

To oczywiście, że najbardziej popularną i łatwo dostępną formą spędzania czasu wolnego seniora jest działalność na niwie własnej rodziny. Bardzo ważne są bowiem kontakty starszego pokolenia ze swoimi dziećmi i wnukami, gdyż właśnie to najmłodsze pokolenie jest najbardziej pożądanym podmiotem troski i miłości dziadków [Postuszna 2012, s. 77]. Sami seniorzy często podkreślają, że to wnuki kocha się bardziej niż własne dzieci, gdyż ma się dla nich więcej czasu, cierpliwości oraz wyrozumiałości, niż za czasów młodości dla własnych dzieci. Dziadkowie, posiadając doświadczenie oraz mądrość życiową, stanowią cenne źródło wiedzy dla młodego pokolenia. Często, opowiadając ciekawe historie ze swoich czasów, edukują wnuki, rozbudzając w nich ciekawość i pasję poznawania historii. Wnuczęta nie pozostają dłużne – dzieci lubią rozmawiać z dziadkami o swoich przeżyciach czy problemach, ponieważ są oni cennym źródłem wiedzy oraz cierpliwymi słuchaczami. Niejednokrotnie seniorzy dostają za to nie lada nagrodę w postaci różnego rodzaju lekcji. To właśnie przy wnukach mogą nauczyć się obsługi nowoczesnego telefonu komórkowego, komputera, korzystania z Internetu, a nawet podstaw języków obcych i poznać wiele innych, potrzebnych obecnie do codziennego funkcjonowania, nowinek. Należy jednak pamiętać o tym, by nadmiernie nie obciążać dziadków opieką nad wnuczętami, gdyż może to mieć zupełnie odwrotny skutek. Osoby starsze potrzebują czasem więcej odpoczynku, a gdy potraktujemy ich jak darmowe niańki, pracujące całe dni, relacja między najstarszym a najmłodszym pokoleniem zostanie najprawdopodobniej zaburzona i wzajemna chęć spędzania razem wolnego czasu może przekształcić się w przymus do bycia razem, a w ostateczności spowodować wzajemną niechęć.

Kolejną formą aktywnej starości staje się korzystanie z oferty, coraz bardziej popularnych, klubów seniora. Są to spontanicznie tworzone nieformalne grupy prowadzone najczęściej przez samych seniorów. Większość z nich funk-

cjonuje przy wspierającej je jednostce instytucjonalnej [http://centrumis.pl/kluby_seniora.html, dostęp: 23.11.2017]. Najczęściej są to organizacje porządkowe, ośrodki kultury, spółdzielnie mieszkaniowe czy też parafie. W takich klubach seniorzy spotykają się z osobami w podobnym wieku, najczęściej ze swojej okolicy, aby wspólnie spędzić czas w miłej atmosferze. Kluby seniorów zazwyczaj są umiejscowione blisko miejsca zamieszkania seniora, co ułatwia dostęp do nich i są niedrogą atrakcją, co jest kolejnym ich atutem. Czasem zdarza się, że kluby mają określoną specjalność, np. uwzględniają jakieś konkretne zainteresowania lub wykonywany wcześniej zawód, jednak najczęściej jedyną wspólną cechą wszystkich członków jest po prostu wiek. Podczas spotkań seniorzy mają możliwość rozwijania swoich zainteresowań i talentów, ponieważ wiele klubów ma do zaoferowania wiele ciekawych i różnorodnych zajęć. Tworzone są też koła zainteresowań, więc każdy może uczestniczyć w zajęciach rozwijających jego pasje czy talenty: począwszy od robótek ręcznych, poprzez śpiew i taniec, a skończywszy, chociażby, na nauce języków obcych. Klubowicze mają również możliwość wyjazdu na wycieczki we wspólnie wybrane miejsca. Także sfera kultury nie jest zaniedbywana, gdyż organizowane są wypadki do teatru, kina czy na różnego rodzaju koncerty, a sami seniorzy mają możliwość zaprezentowania swoich zdolności na scenie, jeśli wyrażają taką chęć. Takie kluby są bardzo dobrym sposobem spędzania wolnego czasu, zwłaszcza w przypadku osób samotnych lub odrzuconych przez najbliższych. Chroni to seniora przed zamknięciem się w czterech ścianach i samotnością. Kluby są też dobrym sposobem na poznanie nowych i ciekawych ludzi, tworzenie nowych więzi społecznych, a przede wszystkim uczą, jak pogodzić się z przemijaniem, zaakceptować swój wiek i towarzyszące temu zmiany.

Nową, coraz bardziej popularną, formą aktywności seniorów są uniwersytety trzeciego wieku. Od kilku lat zauważalny jest wzrost zainteresowania nimi wśród emerytów i rencistów, gdyż nie są jedynie sposobem na zdobycie wiedzy, ale także formą rozrywki. Zajęcia takie przywracają po prostu radość życia. Według danych Stowarzyszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Polsce znajduje się ok. 400 takich placówek. Najczęściej są one zlokalizo-

wane przy już działających uczelniach wyższych, lecz nie tylko – prowadzą je także kluby seniora lub szkoły podyplomowe. Uczestnictwo w zajęciach pomaga wypełnić pustkę związaną ze zmianą trybu życia, a spowodowaną głównie zaprzestaniem wykonywania pracy zawodowej. Dla takich osób niezwykle ważne jest poczucie przynależności do określonej grupy społecznej. To właśnie podczas zajęć seniorzy nawiązują liczne przyjaźnie, a obecność rówieśników dodatkowo dopinguje ich do wyjścia z domu i wspólnych spotkań [Wróblewska, Błaszczuk 2012, s. 31]. Starsi studenci mogą przede wszystkim poszerzać swoją wiedzę i nabywać nowe umiejętności, uczestnicząc, w zależności od swoich zainteresowań, w różnych sekcjach, np. medycznych, historycznych, komputerowych, filmowych czy turystycznych. Wśród oferowanych zajęć często pojawiają się te, związane z aktywnością sportową, np. marsze z kijkami, gry zespołowe, a nawet taniec. Okres emerytury to także świetny czas na nadrobienie zaległości z przeszłości. Często właśnie podczas zajęć na uniwersytecie trzeciego wieku wielu seniorów rozpoczyna naukę języków obcych, gdyż człowiek może skutecznie się uczyć przez całe życie [Hasińska, Tracz 2013, s. 92]. Nie należy szukać przyczyn zmniejszania się zdolności uczenia wyłącznie w samym wieku, ale przede wszystkim w ogólnym stanie zdrowia czy też w braku zainteresowania nauką, a w konsekwencji braku ćwiczenia zdolności i umysłu.

Dla seniorów mieszkających zarówno w mieście, jak i na wsi, dobrym sposobem na urozmaicenie czasu jest Kościół. Starość w dzisiejszych czasach ma coraz większe znaczenie ze względu na szybko postępujący proces starzenia się całego społeczeństwa. Kościół katolicki, uwzględniając ten fakt, podejmuje działania, które mają na celu pomoc osobom starszym i ich aktywizację [Chechelski 2011, s. 19]. Po pierwsze, analizowana jest sytuacja życiowa seniorów, a także osób żyjących w ubóstwie i/lub owdowiałych. Następnym etapem jest głoszenie przez księży nauki Bożej na temat starości, która ma służyć pomocą zarówno osobom starszym, jak i ich rodzinom, aby łatwiej im było ich wspierać. Konsekwencją tego są rozmaite inicjatywy podejmowane przez duszpasterzy i coraz częściej realizowane w parafiach. Księża organizują

np. pielgrzymki do różnych miejsc świętych. Dla seniorów to bardzo ważna sprawa w ich życiu, ponieważ mają wtedy możliwość pomodlić się w takim miejscu za zdrowie, o pomyślność dla siebie, dla rodziny bądź odpokutować za popełnione występki, co dla osób wierzących, zwłaszcza w kontekście odejścia, jest niezwykle istotne. Oprócz wyjazdów organizowane są również przygotowania do przyjęcia grup pielgrzymkowych, które przechodzą przez daną parafię. Seniorzy mają możliwość niesienia pomocy innym i mają większe poczucie swojej sprawczości. Kolejną i coraz częściej spotykaną formą angażowania osób starszych jest pomoc przy przygotowaniu festynów rodzinnych odbywających się przy kościele [ks. Dziedzic 2015, s. 106]. Każda osoba starsza, angażując się w takie wydarzenie, ma sposobność do wykazania się, autoprezentacji. Jeśli chodzi o kobiety, pokazują swoje zdolności kulinarne – pieką ciasta lub przygotowują inne smakołyki, a jeśli chodzi o mężczyzn, wykazują się, organizując różne atrakcje. Takie działania jest bardzo ważne dla seniorów, ponieważ mają oni poczucie, że ktoś ich potrzebuje, a w ich wieku stanowi to silną motywację do aktywności. Ciekawą i atrakcyjną formą aktywności osób starszych jest uczestnictwo w kościelnych chórach lub przynależność do orkiestr strażackich. Jak wiadomo, muzyka potrafi złagodzić obyczaje każdego człowieka. Nauka śpiewu w chórze kościelnym pozwala rozwinąć skrzydła, a nawet ujawnia u wielu seniorów talent muzyczny, o którym często sami nie wiedzieli. Przy okazji spotkań na próbach do wszelakich występów ludzie uczą się współpracować ze sobą, miło spędzają czas podczas przygotowań i są maksymalnie pobudzeni do działania dla wspólnego dobra. Tak jak i w przypadku pielgrzymek, w takim rodzaju aktywności społecznej, możliwe są też wyjazdy na wspólne wycieczki dla lepszego zintegrowania grupy i odreagowania codziennych stresów. Dodatkowo, zarówno granie w orkiestrze, jak i występowanie w chórkach umożliwia seniorom zaprezentowanie się w kościele (i nie tylko, bo przecież mogą być także zapraszani do miejscowych domów kultury lub na imprezy gminne) na ważniejszych uroczystościach kościelnych. Ostatnią, ale również ważną, formą aktywizacji seniorów w obszarze kościelnym są kółka różańcowe, asysty, grupy modlitewne [Chechelski 2011,

s. 20]. Kółka różańcowe mają na celu modlitwę różańcową w konkretnych intencjach. W większości tworzą je właśnie seniorzy. Osoby zaangażowane w tego typu stowarzyszenia mają również obowiązek brania czynnego udziału w spotkaniach modlitewnych, częstego przystępowania do sakramentów świętych i rozpowszechniania kultu Maryi. Członkowie asyst, którzy współpracują z księżmi, pomagają także w przygotowaniach do różnych świąt czy też w organizacji procesji. Kościół i zajęcia z nim związane cieszą się dużą popularnością wśród osób starszych, gdyż większość z nich jest bardzo pobożna, a przy okazji, biorąc tak aktywny udział w życiu kościoła katolickiego, czują się potrzebni i mają motywację do dalszego działania.

Do grupy osób szczególnie narażonych na utratę sensu życia i przeżywanie osamotnienia w starości należą seniorzy mieszkający na wsi. Brak perspektyw i możliwości rozwoju doprowadzają do odczuwania przez nich niechęci do udziału w życiu społecznym. Jednocześnie większość swoich potrzeb człowiek starszy chciałby zaspokajać w toku, związanych z szeroko rozumianym życiem społecznym, czynności, takich jak: zdobywanie wiedzy, twórcze działania, zabawa, uczestnictwo w grupach zajmujących się działalnością społeczną [Wróblewska, Błaszczuk 2012, s. 32]. Uczestniczenie w życiu społecznym umożliwia seniorowi konstruktywne przeżywanie starości.

Pomocna w aktywizacji osób starszych na wsi mogłaby być również szkoła. Pedagodzy szkół wiejskich, wraz z uczniami, mogą organizować różne zajęcia dla osób starszych, które z pewnością chętnie brałyby w nich udział. Na wsiach brakuje miejsc, w których seniorzy mogliby się spotkać i rozwijać swoje zainteresowania. Z tym problemem mogłaby uporać się właśnie szkoła. W wiejskich szkołach nauczyciele organizują uczniom zajęcia pozalekcyjne. Mogłyby brać w nich udział również osoby starsze i przekazywałyby tym samym młodzieży swoją wiedzę i bogate doświadczenie. Wiemy przecież, że najlepsze pierogi lepi babcia. W wielu wiejskich szkołach organizowane są zajęcia kulinarne, można by na nie zaprosić seniorów, którzy przekazaliby młodzieży swoje doświadczenia w tym zakresie. Dla uczniów byłaby to cenna lekcja, a senior poczułby się potrzebny. Młodzież chętnie też uczestni-

czy w zajęciach z historii Polski, a na tego typu spotkaniach seniorzy powinni odgrywać ważną rolę. Bo co bardziej zapamiętają dzieci: ciekawą opowieść dziadka, który przeżył czasy wojny, czy przeczytaną stronę z podręcznika? Zapominamy również o tym, że osoby starsze mają też talenty. Niektórzy potrafią grać na instrumentach, inni zaś pięknie szydełkują lub szyją. Nauczyciele wiejskich szkół organizują uczniom często wycieczki – młodzież zwiedza kraj, muzea, bywa w teatrach. Do takich wycieczek chętnie przyłączyłby się na pewno osoby starsze, bo przecież często dla seniorów mieszkających na wsi jedyną podróżą jest wizyta u lekarza, w sklepie i w kościele. W ten sposób zachęcimy ludzi starszych do ruszenia się z miejsca. Oni też chcieliby zobaczyć na własne oczy piękne zakątki, zwiedzić inne kraje. Młodzież przede wszystkim przekazałaby starszym swoją energię i radość życia. Seniorzy odnaleźliby sens życia, a młodsze pokolenie zmieniłoby negatywne postawy wobec ludzi w podeszłym wieku [ks. Dziedzic 2015, s. 104].

Trudno jest jednoznacznie określić, jak wygląda wymarzona starość w oczach seniora. Należy zauważyć, że w dzisiejszych czasach jest coraz więcej różnych form zajęć urozmaicających życie starszych ludzi i mają oni coraz łatwiejszy do nich dostęp. Najważniejsze, że społeczeństwo dostrzega problem starości, który z roku na rok staje się bardziej powszechny i ciągle narasta. Gdyby nie to, być może nigdy byśmy nie dostrzegli niedogodności, z jakimi boryka się człowiek sędziwy. Coraz łatwiej jest więc przeżyć okres starości godnie i w szczęściu, traktując go, po prostu, jako kolejny etap życia. Badania dowodzą, że sami seniorzy zmienili podejście do starości [Wróblewska, Błaszczuk 2012, s. 3]. Nie postrzegają jej wyłącznie negatywnie, a wręcz przeciwnie – dostrzegają płynące z tego okresu korzyści, np. dużo wolnego czasu. Coraz częściej uczestniczą w różnorodnych zajęciach, które sami sobie wybierają. Mogą również rozwijać swoje pasje i zainteresowania, czynnie uczestnicząc w życiu społecznym. Niezwykle istotna jest także aktywność fizyczna osób starszych i sami seniorzy zdają sobie z tego sprawę. Aż 89% badanych starszych studentów UTW deklaruje codzienną aktywność ruchową, gdyż poprawia im ona samopoczucie [Wróblewska, Błaszczuk 2012, s. 32].

Również nowoczesne technologie stają się coraz bliższe seniorom i chętnie uczą się oni obsługi komputera czy telefonu komórkowego. Ważne jest, że nikt z tego się nie śmieje ani nie neguje takiej potrzeby, a osoby starsze nie wstydzą się przyznać, że czegoś nie wiedzą. Stwarzanie nowych form aktywizowania osób starszych pokazuje im, że są dla nas ważni nie tylko jako członkowie naszych rodzin, ale i współobywatele, to dlatego społeczeństwo, którego są przecież ważną częścią, chce ich wspierać i im pomagać.

Podsumowanie

Obecny czas jest jednym z najlepszych dla osób starszych. Zaczynamy rozumieć potrzeby seniorów, stwarzając im warunki do godziwej, aktywnej starości, ale i także sami seniorzy się zmieniają. Chcą być potrzebni, dbają o siebie, swoje zdrowie, są coraz bardziej świadomi tego, jak naturalnie można opóźniać procesy starzenia tak, aby jak najdłużej zachować sprawność i zdrowie. Najważniejsze jest to, że seniorzy sami chcą i dążą do tego, aby przeżyć starość jako wymarzony okres życia.

Bibliografia

Chechelski D. (2011), *Kościół katolicki wobec problematyki starości*, [w:] S. Szarota (red.), *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.

Hasińska Z., Tracz E. (2013), *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, „Nauki Społeczne. Social Sciences”, nr 1 (7).

ks. Dziedzic J. (2015), *Kościół wobec starości. Perspektywa pastoralnoteologiczna*, „Polonia Sacra”, nr 1 (38).

Posłuszna M. (2012), *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych*, „Nowiny Lekarskie”, nr 1 (81).

Szukalski P. (2016), *Wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny”, nr 8.

Wróblewska I., Błaszczuk J. (2012), *Uniwersytet trzeciego wieku jako instytucja aktywizująca osoby starsze – badania własne*, „Nowiny Lekarskie”, nr 81 (1).

Strony WWW

http://centrumis.pl/kluby_seniora.html, dostęp: 23.11.2017.

Podsumowanie

Pracownik socjalny w pracy z osobami w wieku podeszłym

Jak zauważyła Z. Szarota „Pracownicy socjalni zgodnie stwierdzają, że potrzeby materialne, choć stanowią największy obszar roszczeń, jednak nie są dla ich starszych klientów tak ważne, jak potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem, obcowania z drugą osobą, rozmowy, wyżalenia się, podzielenia się swoimi doświadczeniami” [Szarota 2010, s. 294].

Rola pracownika socjalnego w życiu osób w podeszłym wieku będzie wypełniała się i koncentrowała na wsparciu seniora w środowisku jego zamieszkania. Zatem szeroko rozumiana polityka społeczna winna stać się wyznacznikiem działań mających na celu poprawę sytuacji seniorów, ze szczególnym uwzględnieniem podtrzymywania i rozwijania kontaktów międzyludzkich organizowanych m.in. przez Centrum Aktywizacji Lokalnej.

Pracownik socjalny na początku stanie się osobą spajającą społeczność, będzie przewodził i motywował do działania. Powinien zachęcać również do podjęcia wysiłku w celu otworzenia się na kontakt z drugim człowiekiem, w tym przypadku z osobą starszą. Z pewnością zostanie zmuszony do pokonania powszechnej niechęci odczuwanej w stosunku do ludzi starszych.

Działania pracownika socjalnego, który zdecyduje się na pracę z osobą starszą, zwaną „senioralną pracą socjalną”, będą ukierunkowane na przedstawienie człowieka w podeszłym wieku jako osoby wkraczającej w kolejną, waż-

ną, fazę życia, mającej możliwość dalszego rozwoju, aktywności społecznej, aktywnej i świadomej walki z chorobami, ograniczeniami i bezsilnością.

Pracownik socjalny pracujący z seniorami musi do każdego podejść indywidualnie. Tym bardziej, że czynna zawodowo przez wiele lat osoba nie jest przygotowana na zmianę, w wyniku której nie tylko zostaje sama, ale równocześnie zezwala na ingerencję obcej osoby w swoje, dotychczas w pełni samodzielne, życie.

Zgodnie z przepisami, podjęcie decyzji administracyjnej, poprzedza wywiad środowiskowy przeprowadzany w miejscu zamieszkania osoby ubiegającej się o pomoc. Podstawową metodą pracy jest tutaj zarządzanie konkretnym przypadkiem [Wódcz i in. 2004, ss. 291–310]. Metoda ta bazuje na dokładnym rozpoznaniu sytuacji ekonomicznej, rodzinnej oraz zdrowotnej człowieka starszego. W przypadku pracy senioralnej nie należy zapominać również w wywiadzie o sferze psychicznej, sprawności fizycznej czy określeniu poziomu funkcjonowania psychospołecznego seniora.

Każdy człowiek inaczej odbiera starość i inaczej ją przeżywa. Dopóki jesteśmy młodzi, silni i zdrowi, nie zastanawiamy się nad tym, co będzie jutro. Nie zwracamy uwagi na to, iż w naszym otoczeniu jest coraz więcej osób starszych, a z czasem my również staniemy się starzy. Dlatego bardzo ważna jest wczesna edukacja i samoświadomość pracy na rzecz własnej starości.

Starość, jak wskazuje prof. O. Czerniawska, może być nawet najpiękniejszym okresem życia, pod warunkiem, że będzie przeżywana mądrze, godnie, w poczuciu spełnienia oraz wdzięczności. Niestety, może być również okresem pełnym smutku, beznadziejności i samotności, wówczas, gdy brakuje człowiekowi poczucia sensu życia [Czerniawska 2000].

Bibliografia (Wstęp i Podsumowanie. Pracownik socjalny w pracy z osobami w wieku podeszłym)

Czerniawska O. (2000), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii*, AHE, Łódź.

Konieczna-Woźniak R. (2001), *Uniwersytet trzeciego wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*, Eruditus, Poznań.

Steuden S. (2012), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.

Szarota Z. (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa*, Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.

Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Trafiałek E. (2003), *Polska starość w dobie przemian*, Wyd. Śląsk, Katowice.

Wiśniewska-Roszkowska K. (1989), *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.

Wódcz K. i in. (2004), *Praca socjalna i pomoc społeczna wobec potrzeb ludzi starszych*, [w:] Wódcz K., Piątek K. (red.), *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej. Dylematy teorii i praktyki społecznej*, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń.

Zych A.A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa.

