

Dr hab. Jerzy Mroziak¹

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

OSOBY STARSZE W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE

Streszczenie

Praca poświęcona jest problematyce starzenia się społeczeństwa oraz konsekwencjom wzrostu długości życia ludzkiego. Skoncentrowano się na psychologicznych problemach starzenia się, przystosowaniu się do starości, roli rodziny oraz społecznej roli osób starszych. Część uwagi poświęcono stereotypom dotyczącym osób starszych, ich trwałości, walce z nimi i zmianom jakim podlegały. Przedstawiono działania podejmowane wobec osób starszych, w tym inicjatywy podejmowane na forum międzynarodowym, także pod egidą ONZ. Wspomniano również o instytucjach zajmujących się osobami starszymi, takich jak domy opieki społecznej i hospicja, ale także uniwersytety trzeciego wieku, związane z kształceniem i aktywizacją osób starszych.

Słowa kluczowe: starzenie się, psychologiczne problemy starości, społeczna rola seniorów, starość – stereotypy, inicjatywy międzynarodowe na rzecz osób starych, instytucje zajmujące się seniorami.

¹ Dr hab. Jerzy Mroziak – absolwent Wydziału Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego. Doktor nauk humanistycznych, w zakresie psychologii ze specjalnością psychologia poznawcza, od roku 1978. W 1993 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy *Równoważność i asymetria funkcjonalna półkul mózgowych*. Zajmuje się patologią pamięci, funkcjonalnym zróżnicowaniem półkul mózgowych i zaburzeniami percepcji. W 1987 roku otrzymał Nagrodę zespołową III stopnia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w 1991 roku Nagrodę zespołową I stopnia Rektora UW a w 1993 r. Nagrodę Wydziału i Nauk Społecznych PAN im. Wł. Witwickiego. Współpracuje z holenderskim Universiteit van Tilburg oraz z niemieckim Uniwersytetem Eberharda Karola w Tybindze. Wydał między innymi pozycje: *Pamięć wzrokowa niewerbalna u osób po resekcjach skroniowych* (1982), *Równoważność i asymetria półkul mózgowych* (1992).

Kontakt z Autorem: za pośrednictwem Redakcji.

THE ELDERLY IN AN AGEING SOCIETY

Abstract

The paper deals with problems of the aging society and with consequences of the increased human lifespan. The focus is on psychological problems of aging, adaptation to old age, the role of the family, and the role of seniors in the community. Moreover, stereotypes concerning the elderly, stability of such stereotypes, counteracting them, and their evolution are discussed. Initiatives on behalf of the elderly are presented including international ones, also those under the aegis of the UNO. Institutions involved in care provision to seniors, such as nursing homes, hospices, but also golden age universities striving to educate seniors and motivate them to be active are briefly described.

Key words: aging; psychological problems of old age; social role of the elderly; old age stereotypes; international initiatives on behalf of the elderly; institutions providing care to seniors.

Zmiany demograficzne

Postęp nauk medycznych, wzrost gospodarczy, prozdrowotne zmiany trybu życia wyraźnie wpłynęły na zwiększenie długości życia, zwłaszcza w krajach rozwiniętych. O ile pod koniec XIX w. w Europie zachodniej przeciętna długość życia wynosiła około 40 lat, zaś populację osób starszych, ponad 65-letnich, szacowano na ok. 5%, to w drugiej połowie XX w. długość życia wzrosła o 14 lat u kobiet i o 11 u mężczyzn. W 2001 roku średni wiek życia kobiet wynosił już 79,6 lat, zaś mężczyzn – 75,8 lat. Znacznie wzrósł procentowy udział osób starszych (60+) i w 2000 roku wynosił 16,8%.

Owe zmiany demograficzne wywołują wzrost zainteresowania zjawiskiem starzenia się. Wyłoniły się dwie grupy teorii, ukierunkowujące również badania nad zapobieganiem starzeniu się. Zwolennicy pierwszej koncentrują się na biologicznej stronie zjawiska (teorie błędu genetycznego, mutacji genetycznych, wolnych rodników, miażdżycy, starzenia się układu immunologicznego, apoptozy i skracania się telomerów), natomiast zwolennicy drugiej – na czynnikach psychospołecznych (styl życia, odporność na stres, jakość relacji międzyludzkich).

W związku ze zmianami demograficznymi niektórzy specjaliści granicę popularnego życzenia „stu lat” przesuwają o 20,

a nawet o 50 lat. Czy oczekiwania takie są uzasadnione? Do pewnego stopnia chyba tak. Optymizm budzą np. badania nad komórkami macierzystymi, dając nadzieję na hodowlę organów, które mogłyby zastąpić zużyte narządy (niedawno np. opisano młodą kobietę, której wyhodowano tchawicę z jej własnych komórek macierzystych szpiku i wszczepiono już bez obaw o odrzucenie przeszczepu). Przekształcanie nieodróżnicowanych komórek macierzystych w dowolne komórki, staje się największą nadzieją współczesnej medycyny. Jak podkreśla Szczeklik (2012), można by nawet przekształcać dojrzałe komórki ciała w komórki najmłodsze, macierzyste, zdolne zastąpić każdą komórkę uszkodzonego narządu, przy czym odpadłyby trudne problemy etyczne związane z użyciem zarodków czy klonowaniem.

Obiecującym kierunkiem są badania nad możliwościami regeneracyjnymi tkanek – poznanie mechanizmu regeneracji (np. odrastania utraconej kończyny u salamandry) budzi również duże nadzieje. Wiadomo także, iż długość życia zależy od długości telomerów, skracających się przy kolejnych podziałach komórkowych – badacze myślą już o sztucznym ich wydłużaniu (Walewski, 2012)².

Tempo procesu starzenia się zależy również od nas samych. Wśród czynników wpływających na starzenie się na pierwszym miejscu wymienia się szeroko rozumiany styl życia (około 50% wpływu), dalej środowisko społeczne (20-25%) i wreszcie wyposażenie genetyczne (5-15%) (Sadowski, 1994; za Steuden, 2012). Istnieją dane wskazujące na możliwość wydłużenia życia np. przez niskokaloryczną dietę: dieta o około 30 % uboższa w kalorie powodowała, że np. nicianie i myszy żyły znacznie dłużej, nie-stety stawały się ospałe i bezpłodne. Pytanie, czy chcielibyśmy płacić taką cenę za długowieczność należy oczywiście uznać za retoryczne. Pozostają natomiast pytania czy chcielibyśmy żyć w stanie „wiecznej starości” i czy takie życie będzie dostatecznie atrakcyjne? Dlatego w walkę ze starością oprócz medycyny winny włączyć się również nauki społeczne, zajmując się takimi problemami jak przystosowanie środowiska społecznego do wydłużonego życia, rozbudowa systemów opieki nad ludźmi starszymi,

² Przypisy według przyjętego w psychologii standardu ATP.

czy walka z deterioracją poznawczą i marginalizacją osób starszych. Dziś w większości państw uprzemysłowionych stosunek liczby pracujących do liczby osób na emeryturze wynosi 5:1, jednakże w roku 2040 stosunek ten wyniesie prawdopodobnie 3:1. To dlatego m.in. podtrzymanie aktywności poznawczej ludzi starszych i ich aktywizacja zawodowa nabierają dużego znaczenia.

Wraz z wydłużaniem się życia obserwuje się również zjawisko malejącej dzietności: wskaźnik dzietności zmalał z 3,7 dziecka około stu lat temu, do 1,4 dziecka na kobietę w czasach współczesnych. W efekcie, o ile w 2002 r. na świecie było ponad 580 mln. osób powyżej 60 r. ż., to według WHO w roku 2020 takich osób będzie prawdopodobnie ponad miliard. W Europie w 2000 r. około 17% populacji miało ponad 65 lat, natomiast przewiduje się, że w 2025 będzie to już około 25% populacji, zaś średni wiek życia wyniesie ok. 80 lat. Oznacza to, że w Europie będzie wówczas ponad 100 mln osób w wieku powyżej 65 lat, w tym 48 mln – powyżej 80 lat (Steuden, 2012; Nowicka, 2006a). Sytuacja taka stworzy różnorodne problemy zarówno prawne, społeczne, jak i polityczne.

Nie można zapominać, iż wydłużeniu życia będzie towarzyszyło również wydłużanie się okresu niepełnosprawności (średnio z 5,7 do 7,2 lat). Problem ten nie ominie Polski: ćwierć wieku temu Narodowy Spis Powszechny ujawnił ok. 2,5 mln niepełnosprawnych (około 7% ludności), zaś w 2002 – już prawie 5.5 miliona (około 14% ludności), a więc co 7 obywatel był niepełnosprawny. Oczywiście niepełnosprawność nie jest wyłącznie rezultatem starzenia się, jednakże istnieje tu wyraźny związek – ok. 60% osób niepełnosprawnych jest w wieku emerytalnym (Zych, Kaleta-Witusiak, 2006).

Starość

Powioda się, że starość jest wówczas, gdy ojciec czas zaczyna zabierać wszystko to, co dała matka natura. Starość określa się w kategoriach wieku: a) metrykalnego; b) społecznego (oczekiwania co do stanu zdrowia, poziomu aktywności itp., przejawiających się przyznaniem emerytury bądź innych świadczeń); c) biologicz-

nego, lub d) wieku psychologicznego (sprawności umysłowej, funkcjonowania w życiu społecznym). Brak jednoznacznego kryterium początku starości wynika zarówno z wydłużania się życia, jak i indywidualnego tempa starzenia się. Jest to okres życia bardzo zróżnicowany, zależny przy tym od okresów wcześniejszych, przebiegających różnie u każdego z nas. Trafiałek (za: Nowicka, 2006b) wyróżnia kilka progów początku starości: kalendaryzowy, biologiczny, prawny (ustawowy termin rezygnacji z pracy); społeczny (utrata prestiżu i ról społecznych) czy technologiczny (lęk przed nowymi urządzeniami). Dlatego też wprowadzono trzy kategorie wieku: 1) wiek chronologiczny (metrykalny, kalendaryzowy i socjoekonomiczny); 2) biologiczny (stan organizmu), oraz 3) psychiczny (poziom funkcjonowania zmysłów, psychomotoryki, umysłu).

Jeśli chodzi o **periodyzację okresu starości**, to np. Dzienio (za: Steuden, 2012), wyróżnia: 1) początkową starość (60-69 lat); 2) wiek przejściowy między starością początkową a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej (70-74 lata); 3) wiek zawansowanej starości, oraz 4) niedołęźnej starości (85+). Niekiedy wyodrębnia się kategorie tzw. „młodszych starszych” (60-75) i „starszych starszych” (75+). Z kolei według WHO (Nowicka, 2006 b; Steuden, 2012) wyodrębnia się:

- 1) wiek przedstarczy (45-59 lat),
- 2) okres starzenia się (wczesna starość, „młodzi starzy” – 60-74 lata),
- 3) wiek starczy (późna starość, „starzy starzy” – 75-89 lat) oraz
- 4) długowieczność (90+).

Bilikiewicz i Parnowski (za: Kołodziej, 2006) wyróżniają „młodych starych” (65-69 lat); „średnio starych – starych” (70-79 lat); „starych – starych” (80-89 lat); „bardzo starych – starych” (90+). Mówi się również o wczesnej (do 75 r. ż.) i późnej starości (powyżej 75 r. ż.) oraz o „trzecim” (60-90 lat) i „czwartym wieku” (90+). Określenia „trzeci” i „czwarty wiek” są mało precyzyjne, ale lubiane przez seniorów, nie zawierają bowiem ocen pejoratywnych. Przedstawione rozbieżności odzwierciedlają trudności w ustalaniu poszczególnych faz życia, co wynika zarówno z indywidual-

nego tempa starzenia się, jak i różnych kryteriów (biologiczne, ekonomiczne, społeczne czy psychologiczne) podziałów.

Psychologiczne problemy starości

W latach 80. ubiegłego wieku psychologia starości staje się odrębną subdyscypliną. Pojawia się czasopismo *Journal of Gerontology*, oraz monografie i podręczniki poświęcone starości (Studen, 2012). Coraz częstsze publikacje oraz działalność organizacji (poza) rządowych i międzynarodowych powodują, że w końcu XX w. stopniowo zmienia się wizerunek ludzi starszych. Jednym z kierunków działań było dążenie do polepszenia opieki zdrowotnej i socjalnej nad seniorami, w przewidywaniu, że zmiany demograficzne spowodują obciążenie służby zdrowia pacjentami w podeszłym wieku. Dziś w Polsce już 25% hospitalizowanych to osoby po 65 r. ż., mimo to odczuwa się dotkliwy brak odpowiedniego personelu. Postępy medycyny zaczynają jednocześnie stawiać przed nami pytania dotyczące definicji śmierci, kończenia „uporczywej terapii”, godnego życia starszych. Okazuje się, że etyka czy prawo nie potrafią rozstrzygnąć wielu z tych problemów (Krajčik, 2011).

Przyczyn trudności w opiece medycznej nad seniorami jest wiele. Wynikają one zarówno z sytuacji gospodarczej, ogólnego stanu służby zdrowia, braku koordynacji w rozdziale zadań między instytucje i rodziny, oraz braków w kwalifikacjach zawodowych personelu. Ostatni czynnik zdaje się szczególnie wpływać na poczucie godności, które u osób starszych jest silne i niezależne od stanu zdrowia. Niewłaściwe formy zwracania się, lekceważenie, wywołują poczucie bezradności i poniżenia. Okazuje się, że narzucane osobom starszym decyzje, nawet bardzo drobne, wpływają negatywnie na ich samopoczucie (Langer, Rodin, za: Hock, 2003), natomiast dobre relacje „opiekun – chory” wywierają korzystny wpływ zarówno na chorych, jak i na personel.

Starość ma zarówno pozytywne, jak i negatywne strony. Do **pozytywów** należy zadowolenie z przejścia na emeryturę, zwłaszcza u osób zmęczonych, wypalonych zawodowo. Czas ten bywa odbierany jako „czas plonów”. Jeśli bilans życiowy wypada ko-

rzystnie, osoby te odczuwają satysfakcję z dobrze przeżytego życia, cieszą się ze spokoju i możliwości realizacji pasji, na które wcześniej nie miały czasu. Osoby bierne zwykle gorzej znoszą przejście na emeryturę, odczuwają pustkę wynikającą m.in. z ograniczenia kontaktów zawodowych. Osoby aktywne przejście na emeryturę znoszą łatwiej, a jeśli zachowały zdrowie, siły i energię, podejmują dodatkową pracę, aktywniej uczestniczą w życiu rodzinnym i społecznym, spełniając się w roli dziadków, bądź podejmują różne formy działalności oferowane przez rozmaite instytucje.

Okres ten niesie jednak różne **zagrożenia**. Obserwowane w tym okresie polepszenie relacji małżeńskich bywa podbarwione lękiem o stan zdrowia i utratę partnera. Również przejście na emeryturę to ogromna zmiana sytuacji życiowej, wywołująca stres, pogorszenie sytuacji materialnej. Jeśli bilans życiowy jest negatywny, pojawia się poczucie smutku, braku perspektyw, nasilają się myśli dotyczące słabnącego zdrowia, utraty sprawności, poczucie zbliżania się kresu życia. Ocena dorobku życiowego jest szczególnie ważna, wpływa bowiem na nasze emocje, dlatego w przypadku oceny negatywnej wskazane są działania zmierzające do poprawy stanu emocjonalnego osoby starszej.

Gorsza sytuacja materialna, pogarszające się zdrowie i sprawność psychomotoryczna, zanik kontaktów zawodowych przyczyniają się do ograniczenia kontaktów towarzysko-społecznych. Rodzą się problemy natury psychicznej, nasila poczucie osamotnienia, tendencja do wycofywania się. Być może dlatego około 30% osób starszych zdecydowałoby się na pobyt w domu opieki społecznej.

Mówiąc o narastającej **samotności** należy rozróżniać między samotnością polegającą na izolacji wskutek świadomego wyboru np. z chęci wyciszenia się, a osamotnieniem, polegającym na subiektywnym doświadczeniu braku więzi, oraz samotnością społeczną, która oznacza brak interakcji z innymi osobami i odpowiada z grubsza pojęciu samotności, czy wreszcie samotnością emocjonalną, bliską pojęciu osamotnienia i wynikającą z braku lub utraty osób bliskich. Przyczyny samotności bywają różne: 1) społeczno-kulturowe – wynikają ze stereotypów (zniedołęzniali, niesamodzielnii), dystansu międzypokoleniowego, braku więzi ro-

dzinnych, wdowieństwa itp.; 2) socjodemograficzne – wiążą się m.in. ze stanem cywilnym (np. bardziej samotne są kobiety i osoby stanu wolnego oraz mieszkańcy wielkich miast); 3) zdrowotne (Steuden, 2012).

Do starości, jak do każdego okresu życia, staramy się przystosować. Istnieją trzy grupy teorii dotyczące **przystosowania się do starości**: pierwsze akcentują wycofywanie się osób starszych; drugie kładą nacisk na stres (dostosowywanie się do zmian biologicznych i społecznych), a trzecie zwracają uwagę na aktywność i jej podtrzymywanie.

W związku z adaptacją osób starszych pożądane byłoby: 1) ułatwianie im korzystania ze zdobyczy techniki, 2) kontrola i monitorowanie stanu zdrowia, 3) zapewnienie opieki socjalnej, 4) ułatwianie i kontrola dbałości o siebie (edukacja, wygląd, rozwój). Pomoc seniorom powinna wiązać się z prewencją: promocją zdrowia, propagowaniem odpowiednich zmian stylu życia, udzielaniem wsparcia emocjonalnego. Także aktywizacja seniorów jest wielce korzystna: aktywni są zdrowsi, żyją dłużej, są szczęśliwsi (Steuden, 2012).

O ile cele życiowe młodych są nakierowane na przyszłość, to cele osób starszych ukierunkowane są na bieżące relacje społeczne, mniej liczne, lecz pogłębione, którym towarzyszy większa akceptacja innych ludzi. W życiu seniorów wzrasta również znaczenie wiary, ułatwiającej szukanie sensu, zmaganie się z cierpieniem i samotnością. W przeżywaniu wiary obserwuje się albo postawę negatywną (poczucie bycia karanym przez Boga), albo pozytywną (szukanie wsparcia u Boga). Kobiety są na ogół bardziej religijne, mają silniejsze poczucie, że wiara im pomaga, częściej też interpretują różne zdarzenia w kategoriach wiary (Steuden, 2012).

Szczególną rolę w życiu osób starszych odgrywa **rodzina**. Małżeństwa żyją dłużej i są zdrowsze niż osoby samotne. Przejście na emeryturę, ograniczenie kontaktów zawodowych i społecznych zwiększa tym samym rolę i znaczenie rodziny. Na życie rodzinne silnie wpływa zjawisko separacji pokoleń („bliskie kontakty, ale oddzielne mieszkanie”). Przewlekła choroba lub śmierć współmałżonka powoduje, iż niekiedy rodzic przeprowadza się do swego dorosłego dziecka, tworząc „zrekonstruowaną rodzinę

trzy pokoleniową”. Rodzic-senior jest wówczas zwykle podporządkowany, bez określonej roli, co bywa niekiedy przyczyną konfliktów.

Choroba, konieczność długotrwałej pielęgnacji znacznie pogarsza sytuację materialną rodziny – niekiedy zachodzi potrzeba wsparcia, przydzielenia jej „asystenta rodziny”. Problem ten dostrzeżono w Unii Europejskiej (projekt EUROFAMCARE). W Polsce według danych GUS 98% osób niepełnosprawnych mieszka w domu; wynika z tego potrzeba wsparcia takich rodzin i nietraktowania tej sytuacji jako okazji do oszczędzania na wydatkach publicznych (Zych, Kaleta-Witusiak, 2006). Potrzebna jest też koordynacja usług pielęgnacyjno-socjalnych świadczonych przez służbę zdrowia, opiekę społeczną, organizacje pozarządowe, wolontariat i rodzinę.

Stereotypy

Wydłużeniu życia i starzeniu się społeczeństwa towarzyszy swoisty kult młodości, którą niekiedy staramy zachować za wszelką cenę. Rośnie liczba operacji plastycznych (niektóre osoby poddają się im wielokrotnie!), przy czym „w miarę jak rosną techniczne możliwości przekształcania ciała, zmniejsza się zakorzenione w nim poczucie pewności” (Wieczorkiewicz, 2007, s. 74). Śmierć staje się terminem przemilczanym. Unikając tematu śmierci, bólu i cierpienia, tworzymy jednak nierealistyczny model egzystencji. Wierze w postępy medycyny zdaje się towarzyszyć przekonanie o możliwości przechytrzenia śmierci, tymczasem zamiast pełni życia mamy niekiedy do czynienia z przedłużeniem umierania: „Człowiek może błagać o wypoczynek, spokój godność; w zamian za to dostaje kroplówki, transfuzje” (Rudnicki, 2006, s. 113).

Na ogół o starości pisze się „poprawnie politycznie”, natomiast myśli się o niej posługując się negatywnymi stereotypami niedołęstwa i bezradności. Wpływa to również na samoocenę osób starszych. Stereotypy te ulegały zmianom: dawniej dominował raczej szacunek, autorytet, z czasem jednak wartość człowieka zaczęto mierzyć jego sprawnością i wydajnością. Współ-

mniany kult młodości uwypukla negatywny obraz ludzi starszych. Niektórzy akceptują tę sytuację, starając się upodobnić do młodych (obronne trzymanie się młodości). Problem ten zdaje się w większym stopniu dotyczyć kobiet, być może dlatego, że wygląd ma dla nich większe znaczenie. Obciążającym stereotypem jest również „infantyilizacja” – traktowanie seniorów jak dzieci. Taki stereotyp jest wzmacniany: seniorzy demonstrujący bezradność prowokują do udzielania pomocy, natomiast ci okazujący niezależność są ignorowani. Ciekawe, że zarówno osoby młode, a więc bardziej sprawne, jak i osoby starsze (nawet te doświadczone i mądre), zajmują niższą pozycję społeczną niż ludzie w średnim wieku, którzy zwykle mają jednak wyższy status zawodowy i ekonomiczny.

Stereotypy bywają trwałe, bowiem nabywane często w młodym wieku są wówczas przyjmowane bezkrytycznie. Przedstawianie seniorów jako słabych, zależnych, z pomijaniem ich pozytywnej roli w społeczeństwie, określa się mianem „ageizmu”. Niekiedy mamy do czynienia wręcz z wrogością wobec ludzi starych (gerontofobia), być może częściowo wynikającą z lęku przed własną starością.

Stereotypy mają duże znaczenie, ponieważ m.in. wpływają na zdrowie: osoby negatywnie nastawione do własnej starości żyją krócej, są obciążone większym ryzykiem chorób serca, uzyskują gorsze wyniki w testach (pamięci, matematycznych) i są bardziej podatne na zranienie psychiczne. Akceptacja negatywnych stereotypów przez seniorów powoduje, że wręcz oczekują u siebie obniżenia sprawności fizycznej i poznawczej: niekiedy tak dostosowują się do owych stereotypów, iż ujawniają deficyty których, obiektywnie biorąc, mieć nie powinni. Mają również tendencję do wyolbrzymiania dolegliwości; często nie podejmują leczenia, ponieważ uważają, że dolegliwości w ich wieku są czymś naturalnym, i nie wierzą w skuteczność leczenia osób starszych. Niekiedy jednak to otoczenie sugeruje seniorom rezygnację z leczenia, właśnie z powodu podeszłego wieku.

Interesujące, że negatywne stereotypy dotyczą ludzi starych „w ogóle”, natomiast seniorzy znani osobiście często są oceniani pozytywnie. Obserwuje się również stopniową zmianę stereotypów. Ludzie starzy początkowo byli przedstawiani np. w USA ja-

ko samotni, bierni, aspołeczni, kłótlivi i ubodzy, lecz w drugiej połowie ubiegłego wieku ich wizerunek w mediach zmienia się: pokazywani są jako osoby aktywne, podziwiane i wpływowe (Steuden, 2012). Niebezpieczne mogą być również uprzedzenia i stereotypy sugerujące, iż seniorzy wymagają szczególnej troski, co sprzyja traktowaniu ich protekcyjnie, a w konsekwencji obniża ich samoocenę. Szczególnie szkodliwy wydaje się wspomniany stereotyp infantylizacji, nakazujący traktować starszych jak dzieci, do których należy mówić powoli, prostymi zdaniami.

Rola ludzi starych w społeczeństwie

Rola osób starszych i stosunek do nich ulegały zmianom. W społeczeństwach pierwotnych trudno mówić o ludziach starych, bo ich z reguły nie było. Bardzo krótkie, pełne niebezpieczeństw życie powodowało, że problem długowieczności jako taki nie istniał. Oczywiście człowiek dojrzały i doświadczony był zapewne ceniony, jeśli jednak dożył sędziwego wieku, to jako zniechęcający stawał się bezużyteczny – istnieją dane, że takich ludzi wręcz uśmiercano (Nowicki, 2006).

W starożytnej Grecji czy Rzymie los osób starszych uległ znacznej poprawie. Zgodnie np. z zaleceniami Platona, wychowanie młodzieży winno opierać się wręcz na naśladowaniu starszych. W Atenach chętnie korzystano w rządzeniu z pomocy i rady starszych, Sparta rządziła wręcz rada starców. Podobnie w starożytnym Rzymie, którym zarządzili senatorowie – ojcowie najznamienitszych rodów. Stopniowo jednak rola seniorów maleje: w średniowieczu narasta już kult silnego, sprawnego (a więc młodego) wojownika (Nowicki, 2006).

W czasach współczesnych po usamodzielnieniu się dzieci następuje okres życia we dwoje, a następnie uczestniczenie w życiu dzieci już w roli dziadków. Jest to bardzo istotna zmiana. Rola dziadka lub babci często daje poczucie bycia potrzebnym. Pojawia się duma z kontynuacji biologicznej, nasilają się kontakty rodzinne będące także substytutem malejących kontaktów pozarodzinnych (Sendyk, 2006). Sposób pełnienia roli dziadków zależy oczywiście od wielu czynników, takich jak wiek, sprawność

psychofizyczna, osobowość, wykształcenie, wcześniejsze relacje z dziećmi, itp. Podejmowanie roli dziadków bywa obustronnie korzystne. Umacniają się więzi rodzinne, które zwykle słabną po usamodzielnieniu się dzieci i opuszczeniu przez nie domu rodzinnego. Umacnianiu więzi sprzyjają także święta, często spędzane w rodzinnym gronie. Również kontakty „dziadkowie – wnuki” bywają obustronnie korzystne. Dziadkowie na ogół są cierpliwi, wyrozumiali, potrafią uważnie wysłuchać i być wsparciem, zwłaszcza w rodzinach niepełnych, których niestety przybywa – wówczas dziadek lub babcia mogą stać się wręcz wzorem osobowym dla wnuka czy wnuczki. Jeśli wszyscy mieszkają pod jednym dachem, stanowią rzadką dziś rodzinę wielopokoleniową. Takie środowisko jest wartościowe wychowawczo, chociaż niepozbawione zgrzytów i trudności: dziadkowie np. nie wychodząc z roli rodzicielskiej krytykują decyzje własnych dzieci, natomiast pracujący rodzice spychają na dziadków zbyt wiele własnych obowiązków rodzicielskich. Niekiedy dochodzą trudności w kontaktach dziadków z wnukami, mające często swoją dynamikę – początkowo harmonijne, w miarę dorastania wnuków mogą ulegać pogorszeniu, m.in. w związku z nienadążaniem dziadków za zmianami społecznymi, zwiększającymi rozdźwięk między światem ich i wnuków.

Działania społeczne wobec ludzi starszych

Pierwsze forum na temat starzenia się, zwołane z inicjatywy ONZ, odbyło się w Argentynie w 1948 roku, zaś następne w 1969 roku na Malcie. Z kolei Pierwsze Światowe Zgromadzenie na temat Osób Starszych, również z inicjatywy ONZ, odbyło się w Wiedniu w 1982. Owocem tego spotkania było opracowanie tzw. **Planu Wiedeńskiego** (Deklaracji Wiedeńskiej), określającej działania, które należy podjąć wobec seniorów. W 1991 Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjmuje Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych. Sformułowano tam osiemnaście zasad obejmujących pięć obszarów: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności (Jarre, 2011).

Drugie Światowe Zgromadzenie na temat Starzenia się Społeczeństw odbyło się w Madrycie w 2002 roku i zaowocowało opracowaniem II Międzynarodowego Planu Wsparcia Osób Starszych. Wskazuje się w nim na trzy priorytetowe działania: 1) Starość i rozwój (m.in. określenie potencjału poznawczego i zdolności uczenia się); 2) Promocja zdrowia i dobrostanu w starości (m.in. konieczność kształcenia ustawicznego, utrzymania sprawności poznawczej); 3) Tworzenie środowiska umacniającego i wspierającego osoby starsze. Podjęte badania wykazały m.in., że uczenie się w starszym wieku jest możliwe niezależnie od poziomu wykształcenia, co winno skłaniać do aktywizacji osób starszych. W "Politycznej Deklaracji Madryckiej na rzecz Osób Starszych" z 2002 roku stwierdza się, iż: „rządy powinny pełnić rolę lidera w działaniach na rzecz osób starszych i ponoszą odpowiedzialność za wprowadzenie Międzynarodowego Planu Działania na Rzecz Osób Starszych 2002, jednakże podstawowe znaczenie ma efektywna współpraca pomiędzy władzami centralnymi i lokalnymi, instytucjami międzynarodowymi, osobami starszymi oraz ich organizacjami i całym społeczeństwem, włącznie z organizacjami pozarządowymi i sektorem prywatnym” (Jarre, 2011).

W 1990 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ wyznaczyło 1 października jako Międzynarodowy Dzień Osób Starszych, natomiast w 1992 uchwalono, że rok 1999 będzie obchodzony jako Międzynarodowy Rok Osób Starszych – jego podstawę programową stanowiła wspomniana Deklaracja Wiedeńska.

Opierając się na ww. dokumentach, Europejska Federacja Osób Starszych (EURAG) na XIX Międzynarodowym Kongresie wysunęła liczne (trzydzieści siedem!) wnioski i ustalenia, dotyczące m. in. zapobiegania dyskryminacji seniorów ze względu na wiek (pkt 8), dbałości o ich wizerunek (pkt 10), walki ze stereotypami (pkt 9), zapewnienia reprezentacji seniorów w kluczowych organach państwa (pkt 14), oraz konsultowania z nimi istotnych decyzji („Nic o nas bez nas”) (pkt 15). Postanowiono badać zjawisko dyskryminacji ze względu na wiek oraz powołać instytucję Rzecznika Praw Osób Starszych (pkt 25), inwestować w programy „kształcenia ustawicznego” (pkt 30), dbać o mobilność i niezależność starszych (pkt 32), zarazem uświadamiać seniorom, że mają też obowiązki wobec społeczeństwa (pkt 26) (Jarre, 2011).

W 2009 roku Europejska Platforma Ludzi Starszych (The European Older People's Platform) zorganizowała w Pradze konferencję na temat Godności i Zagrożeń Osób Starszych. Rozpoczęto długofalowe badania obejmujące cztery ważne sfery: zdrowie i sprawność fizyczną; funkcjonowanie poznawcze; adaptację (emocje, radzenie sobie) oraz funkcjonowanie społeczne (Steuden, 2012).

W rozważaniach dotyczących starości należy wspomnieć również o **Uniwersytetach Trzeciego Wieku (UTW)**. Pierwszy powstał we Francji w 1973 przy Uniwersytecie w Tuluzie jako ośrodek dydaktyczny dla seniorów. Nieco odmienny charakter ma model brytyjski: powstałe w latach 80. ubiegłego stulecia UTW z reguły nie współpracują z uczelniami, a kształcenie oparte jest na wzajemnej pomocy (bez podziału na wykładowców i słuchaczy). Model ten przyjął się w krajach anglojęzycznych, z tym, że w USA istnieją także hostele, w których zajęcia prowadzone są przez pracowników uczelni, ale tylko podczas letnich wakacji (Steuden, 2012). Z czasem UTW stały się ważnymi placówkami ustawicznego kształcenia oraz ośrodkami organizującymi życie seniorów.

W Polsce pierwszy UTW powstał już w 1975 roku w Warszawie. Obecnie istnieje ponad 200 tego typu placówek o dwojakim charakterze: a) UTW związane z uczelnią wyższą, kierowane przez osobę mianowaną przez rektora i funkcjonujące wg zasad uczelni; b) luźno związane z uczelnią, powoływane przez stowarzyszenia prowadzące działalność popularyzatorską i kulturalną. UTW tworzą odrębną sekcję przy Polskim Towarzystwie Gerontologicznym, istnieje ponadto Międzynarodowe Stowarzyszenie UTW. Uniwersytety te pełnią istotną rolę edukacyjną (wykłady, seminaria, lektoraty, dyskusje), integracyjną (spotkania, organizowanie wolnego czasu) oraz aktywizującą (zajęcia rekreacyjne, turystyczno-krajoznawcze) (Nowicka, Majdańska, 2006). Dzisiaj seniorzy są stosunkowo sprawni, wykształceni, mają większe potrzeby edukacyjno-poznawcze, stąd też większa rola UTW, które zaspokajają nie tylko potrzeby poznawcze, ale również potrzebę przynależności, rozwijają, podnoszą samoocenę. Niestety, nasilająca się komercjalizacja życia społecznego nie sprzyja takim instytucjom (Nowicka, Błażewicz, 2006).

Mówiąc o opiece nad osobami starszymi należy wspomnieć o **wolontariacie** – zjawisku w krajach zachodnich popularnym, u nas raczkującym. Z badań wynika, że większość wolontariuszy pozytywnie ocenia swoją rolę mimo trudów samej pracy (zakupy, sprzątanie, opieka), jak i miejsca (domy, szpitale, domy opieki społecznej, hospicja).

Dobrym rozwiązaniem byłby pobyt niepełnosprawnej osoby starszej w domu, z rodziną, w znanym środowisku, jednakże zanik rodziny wielopokoleniowej, warunki mieszkaniowe lub wręcz niechęć rodziny do pełnienia opieki powodują wzrost znaczenia **domów opieki społecznej**. Tryb życia i funkcjonowanie w takich placówkach odbiega od dotychczasowych ról (gospodyni, babci), następuje zmiana rytmu życia (np. inne pory posiłków) – czynniki takie nie ułatwiają adaptacji, zwłaszcza, że możliwości seniorów są w tym zakresie ograniczone. Takie sytuacje mogą źle wpływać na stan zdrowia, niekiedy powodują bunt czy „bierną adaptację”, czyli podporządkowanie się i izolację (Bąbka 2006). Autor stwierdził u ok. 20% badanych trudności adaptacyjne wymagające interwencji, a także uderzająco niski stan samopoczucia: 25% określiło je jako złe, a 75%a – jako bardzo złe. Ponieważ zdrowie wg WHO to nie tylko brak choroby, lecz pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, dane takie – gdyby zostały potwierdzone w innych badaniach – należy uznać za alarmujące. Trzeba jednak pamiętać, że samoocena zależy również od aktualnego stanu zdrowia, zwykle nienajlepszego. Bardziej optymistyczne dane uzyskała Niewiedział (2006) badając jakość życia 76 mężczyzn i 43 kobiet mieszkających przynajmniej od roku w domach opieki społecznej. Autorka stwierdziła dość wysokie poczucie satysfakcji, lekko podwyższony nastrój, ale małą aktywność (bardziej aktywni byli mężczyźni), co tłumaczono m.in. wycofywaniem się, wynikającym z dużej liczby pensjonariuszy.

Standardy życia w domach opieki są zróżnicowane, co wiąże z kosztami. Ustawa przewiduje, że jeśli senior ma rodzinę, musi ona pokrywać koszty pobytu, a dopiero gdy jej na to nie stać, pobyt finansuje państwo. Państwowe domy opieki są drogie (w Warszawie nawet 5 tys. za miesiąc), natomiast prywatne, jeśli są tańsze, to zwykle oferują gorszy standard (Bunda, Walewski, 2012). Autorzy zwracają szczególną uwagę na rodziny opiekujące się

chorym z otępieniem. U takich opiekunów – członków rodziny kilkakrotnie wzrasta ryzyko depresji, wypalenia, chorób kardiologicznych; ponadto nie mogą oni podjąć pracy, co często oznacza po prostu biedę. Opiekunowie powinni mieć możliwość oddania swoich podopiecznych na krótki okres, żeby odpocząć, co byłoby per saldo opłacalne, jednakże jest trudne. Istnieją co prawda wyspecjalizowane organizacje dla osób np. z chorobą Alzheimera, ale są to jedynie grupy wsparcia, czasem samopomocy, nie zapewniają natomiast całodobowej opieki. Poza tym nawet takie wsparcie z reguły nie jest dostępne w małych miejscowościach. W innych krajach Unii rodzinom takim pomagają samorządy (co jest tańsze niż koszty późniejszego leczenia), natomiast w Polsce samorządom się to nie opłaca (bo zyskuje skarb państwa, a nie samorząd!).

Na zakończenie należy wspomnieć o **hospicjach**. Budujący przykład stanowi Wielkopolskie Hospicjum dla Dorosłych (Jankrzeska-Sawińska, Sawiński, Forycka, 2011), specjalistyczna placówka opieki nad osobami starszymi. W ciągu ostatnich 10 lat opiekowano się tam ponad dwoma tysiącami chorych w wieku 65-102 lata. Około 70% stanowili chorzy nienowotworowi, głównie z przewlekłym bólem i odleżynami. Hospicjum dysponuje zespołem wyjazdowym, przygotowanym do opieki paliatywno-hospicyjnej: lekarze różnych specjalności oraz wykwalifikowane pielęgniarki, a także psycholog, psychoterapeuta, fizjoterapeuta, pracownik socjalny, duchowny oraz wolontariusze przeszkoleni w opiece paliatywnej. Przestrzega się zasady zachowania autonomii chorego, tzn. opieka paliatywna jest dobrowolna, ponadto opracowuje się indywidualny program potrzeb pacjenta i rodziny, która również uczestniczy w podejmowaniu decyzji.

Uwagi końcowe

Przypomnijmy: w Europie w 2000 r. około 17% populacji było w wieku ponad 65 lat, natomiast w 2025 roku takie osoby będą stanowiły już ok. 25% populacji, zaś średni wiek życia wyniesie około 80 lat. Przewiduje się, że Polska może być wówczas jednym z najstarszych krajów Europy. Do nadchodzących zmian

demograficznych trzeba się przygotować, nie dopuszczając do wykluczenia z aktywnego życia dużej części społeczeństwa. Takie działania prewencyjne wymagają decyzji politycznych i ponadpartyjnej zgody. Pamiętajmy, że starość nie dotyczy wyłącznie seniorów i ich rodzin, ale wpływa na wszystkie sfery naszego życia: społeczne, ekonomiczne, prawne.

Nie można zapominać, że z wiekiem rośnie częstość występowania zespołów otępiennych, która wśród osób w wieku 80-84 lata wynosi już 16,5%. Dlatego należy pamiętać o rozwoju placówek zajmujących się rehabilitacją poznawczą osób starszych. Tego typu placówki są również potrzebne osobom starszym z normalnym pogarszaniem się zdolności umysłowych wskutek starzenia się – opracowuje się dla nich metody opóźniające zaburzenia poznawcze lub im zapobiegające (Raskin, 2010). Jak pisze Steuden (2012, s. 70), „Starość nie da się uniknąć, gdyż jest kolejnym etapem rozwoju człowieka, nie da się także wykluczyć czynników ryzyka zaburzeń pojawiających się częściej w tym okresie życia. Możliwe jednak stają się wszelkie działania – od profilaktyki zaburzeń, poprzez dobrą diagnostykę kliniczną, opracowanie programów o charakterze pomocowym (w wymiarze rodzinnym, społecznym, organizacyjnym ekonomicznym, prawnym) mające na celu podtrzymanie jakości życia osób starszych i zabezpieczenie przed poczuciem osamotnienia, marginalizacją i wykluczeniem społecznym”.

Czy takie zamierzenia i plany są realne? No cóż... Należy mieć nadzieję, a na razie wypada przypomnieć o zobowiązaniach: wspomnianej Deklaracji Wiedeńskiej, określającej działania, które należy podjąć wobec osób starszych, o przyjętych przez Zgromadzenie Ogólne ONZ Zasadach Działania na Rzecz Osób Starszych oraz innych omawianych tu inicjatywach tego typu.

Bibliografia

1. Bąbka J. (2006): *Psychospołeczne aspekty przystosowania się osób starszych do warunków życia w domu pomocy społecznej*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 183-198.

2. Bunda M., Walewski P. (2012): *Starość: problem młodych*, „Polityka”, nr 35 (2872), s. 24-27.
3. Jakrzewska-Sawińska A., Sawiński K., Forycka M. (2011): *Współczesne wyzwania dla opieki nad osobami w podeszłym wieku z przewlekłymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu chorobami – geriatryczne hospicjum domowe*, [w:] A. Jakrzewska-Sawińska (red.), *Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy*, Poznań, 98-103.
4. Jarre D. (2011): „*Nic o nas bez nas*”. *Kształtowanie przyszłości przy faktycznym udziale wszystkich grup wiekowych*, [w:] A. Jakrzewska-Sawińska (red.), *Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy*, Poznań, 145-150.
5. Kołodziej W. (2006): *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 55-71.
6. Krajčik Š. (2011): *Godność osób starszych*, [w:] A. Jakrzewska-Sawińska (red.), *Kompleksowe rozwiązania problemów geriatrycznych w trosce o przyszłość starzejącej się Europy*, Poznań, 113-114.
7. Langer E.J., Rodin J. (1976): *The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting*, „Journal of Personality and Social Psychology”, 34, 191-198. Polskie tłumaczenie: R.R. Hock: *40 prac badawczych które zmieniły oblicze psychologii*. (przekład Ewa Wojtych). GWP, 2003.
8. Niewiedział D. (2006): *Poczucie jakości życia ludzi starych mieszkających w domach pomocy społecznej*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 199-220.
9. Nowicka A. (2006a): *Wstęp*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 11-13.
10. Nowicka A. (2006b): *Starość jako faza życia*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 17-25.
11. Nowicka A., Błażewicz K. (2006): *Preferowane formy wykorzystywania czasu wolnego przez uczestników Klubu Seniora w Nowym Tomysku*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 253-273.
12. Nowicka A., Majdańska E. (2006): *Aktywność seniorów – słuchaczy Żarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 283-296.
13. Nowicki J. (2006): *Historyczne uwarunkowania postrzegania roli człowieka starego w społeczeństwie*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 43-54.
14. Raskin S.A. (2010): *Current Approaches to Cognitive Rehabilitation*, [w:] C.L. Armstrong, L. Morrow (eds.), *Handbook of Medical Neuropsychology*, Springer, 505-517.
15. Rudnicki Z. (2006): *Śmierć jako kres życia ludzkiego*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 99-119.

16. Sendyk M. (2006): *Osoby starsze w roli dziadków*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 151-159.
17. Steuden S. (2012): *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa.
18. Szczeklik A. (2012): *Nieśmiertelność. Prometejski sens medycyny*, Znak, Kraków.
19. Walewski P.: *Zagadki nieśmiertelności*, „Polityka”, 2012, nr 17/18 (2856).
20. Wieczorkiewicz A. (2007): *Lustro i skalpel*, [w:] W. Godzic, M. Żakowski (red.), *Gadżety popkultury*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 67-93.
21. Zych A. A., Kaleta-Witusiak M. (2006): *Geragogika specjalna – moralnym obowiązkiem naszych czasów*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 27-41.

Dr Agata Jacewicz¹

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

POROZUMIEWANIE SIĘ W JĘZYKU OJCZYSTYM KLUCZOWĄ KOMPETENCJĄ W PROCESIE UCZENIA SIĘ PRZEZ CAŁE ŻYCIE

Streszczenie

Artykuł prezentuje wybrane aspekty porozumiewania się w języku ojczystym. Zwrócono w nim uwagę na kategorię pojęciową kompetencja i jej przejawy. Wyeksponowano kompetencje językowe i komunikacyjne, w tym kompetencję fonologiczną, leksykalną, społeczną, strategiczną, dyskursu, socjokulturową i socjolingwistyczną. Zasygnalizowano też składowe i wskaźniki kompetencji porozumiewania się w języku ojczystym zawarte w Zaleceniu Parlamentu Europejskiego i Rady. Krótko scharakteryzowano dziecko kompetentne komunikacyjnie i podkreślono rolę środowisk wychowawczych w nabywaniu zdolności do posługiwania się językiem ojczystym.

¹ Dr Agata Jacewicz – doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki. Praca doktorska na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku w 2004 r. Zainteresowania naukowe: problemy edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, w szczególności dotyczące dziecka rozpoczynającego edukację szkolną, wspieranie i aktywizowanie jego wszechstronnego rozwoju, komparatystyczne ujęcie ścieżki zawodowej nauczyciela i wczesna edukacja w krajach europejskich. Liczne udziały w polskich i zagranicznych konferencjach. Członek Światowej Organizacji Wychowania Przedszkolnego (OMEP). Dotychczas autorka około 60 artykułów. Między innymi monografie: *Początki kariery szkolnej na tle przemian edukacyjnych* (2013), *Zabawy i zajęcia gimnastyczne w przedszkolu. Podstawy teoretyczne – badania – praktyka* (2011), *Metody aktywizujące i wspierające edukację dzieci w wieku przedszkolnym* (2011), J. Bielecki, A. Jacewicz (red.), *Edukacja z perspektywy przemian kulturowo-społecznych. Wczoraj – dziś – jutro* (2010), A. Jacewicz (red.), *Powodzenia i niepowodzenia szkolne. Źródła – profilaktyka – terapia* (2009).

Kontakt z Autorką: agata.jacewicz@wp.pl.