

Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne

Wyższa Szkoła
Zarządzania i Administracji
w Opolu

Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne

**Materiały z konferencji naukowej
„Starość, zależność, samotność – konsekwencje
społeczno-rodzinne”**

pod redakcją naukową
Stanisława Rogali

Opole 2010

Komitet redakcyjny
Marian Duczmal (przewodniczący)
Józef Kaczmarek
Franciszek Antoni Marek
Zenona Maria Nowak
Tadeusz Pokusa
Witold Potwora (zastępca przewodniczącego)

Redakcja i korekta
Violetta Sawicka

Redakcja techniczna
Janina Drozdowska

Konferencję zorganizował
Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu
oraz Opolskie Forum Organizacji Socjalnych w dniu 21 października 2009 r.

ISBN 978-83-88980-95-4
978-83-62105-43-4

Seria **MONOGRAFIE I OPRACOWANIA**
pod redakcją **prof. dra hab. Mariana Duczmala**

WYDAWNICTWA
WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI W OPOLU

Dystrybucja
Biblioteka Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu
45-085 Opole
ul. Niedziałkowskiego 18
tel. 077/4021 900 do 901
4021 930
fax. 077/4566 494
e-mail: rektorat@wszia.opole.pl
www.wszia.opole.pl



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.

45-082 Opole, ul. Piastowska 17, tel. 77 454 01 23

e-mail: wydawnictwo@is.opole.pl

Nakład 250 egz. Objętość 10,25 ark. wyd., 8,00 ark. druk.

Spis treści

Wprowadzenie [<i>Stanisław Rogala</i>]	7
ADAM A. ZYCH	
Dramat starzenia się a starość w dramacie	11
DOMINIK KRZYŻANOWSKI, EWA ŚNIECHOWSKA-KRZYŻANOWSKA, PIOTR KRAKOWIAK, MIROŚLAW HANULEWICZ, ANDRZEJ M. FAL	
Czy umieranie na chorobę nowotworową musi boleć?	19
HARRY DUDA	
Dzielenie się starością – szukanie nowego paradygmatu	32
DONATA KURPAS	
Kiedy starość nie jest równoznaczna z zależnością i samotnością – punkt widzenia lekarza rodzinnego	46
DOROTA PIECHOWICZ, ANDRZEJ MAREK ZEMŁA	
Internet źródłem inspiracji życiowych dla ludzi w okresie późnej dojrzałości	54
ROBERT RAUZIŃSKI	
Starzenie się ludności i jego konsekwencje społeczne w świetle procesów migracyjnych na Śląsku Opolskim w latach 2010–2035	71
MIROŚLAW HANULEWICZ	
Rodzina w oczach dziadków i wnuków	77
KRYSTYNA ŁANGOWSKA-MARCINOWSKA	
O ludziach trzeciego wieku i niezbędnym im społecznym wsparciu	85
SŁAWOMIR ŚLIWA	
Postawy osób młodych (studentów) wobec starzejących się osób	98

KATARZYNA BŁOŃSKA	
„Duch tańca w duchu starości” – o znaczeniu tańca w życiu seniora	107
ROMAN KOLEK, KAZIMIERZ ŁUKAWIECKI, EWA BAUCZ	
Leczenie pacjentów w starszym wieku chorujących na nadciśnienie tętnicze w województwie opolskim w roku 2009 według analizy OOWNFZ	116
STANISŁAW ROGALA	
Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny	125

Adam A. Zych*

Dramat starzenia się a starość w dramacie

„Poezja, muzyka oraz inne formy sztuki są zdecydowanie najbardziej odpowiednie do opisu ludzkich doznań, jako że są precyzyjne, bo unikają niejasności wyświechtanych komunałów, o których sądzi się niesłusznie, iż trafnie oddają ludzkie doświadczenie”.

Erich Fromm

Przedziwna ta pora jesieni istnienia ludzkiego, jaką jest starość, bywa nader częstym tematem w literaturze pięknej. Niezwykle trafne i dojmujące obrazy człowieka starego, procesu starzenia się i starości odnajdziemy nie tylko w prozie i w poezji, ale i w dramacie – począwszy od utworów dramatycznych Williama Szekspira, takich jak: *Henryk IV* – z postacią Falstaffa, *Król Lear* czy *Jak wam się podoba*. Z kolei Pierre Corneille w swych dramatach pokazywał starość jako „wiek zgniły, który nie dozwala pomścić zniewagi”. Wspomnieć jeszcze należy klasyczną tragedię *Faust* Johanna Wolfganga Goethego z marzeniem o wiecznej młodości. Motyw niezmiernie trudnej, osamotnionej starości odnajdziemy z kolei w dramaturgii polskiej, na przykład w dramatach: *Most* Jerzego Szaniawskiego, *Chłopcy* Stanisława Grochowiaka, *Stara kobieta wysiaduje* Tadeusza Różewicza, *Aktorka* Helmuta Kajzara czy też w adaptacjach – teatralnej (*Jutro*) i filmowej (*Smuga cienia*) prozy Josepha Conrada Korzeniowskiego. W szkicu tym pragnę zwrócić uwagę na wybrane, w mojej ocenie, maleńkie dramaty starzenia się i wielką dramaturgię obrazującą tę naszą starość.

Poruszając się w kręgu literatury najwyższego lotu, pragnę przywołać słowa Ernesta Hemingwaya: „– Zmęczony jesteś stary – Zmęczony jesteś od środka”, taka była dwadzieścia lat temu i taka jest dziś kondycja odchodzącej generacji w naszym kraju, sprowadzająca się do ogromnego, psychicznego zmęczenia trudami życia i niełatwą starością. Wielkie zmęczenie, które pokonuje ciało, osłabia umysł i dotyka ducha¹.

Nieuchronny proces involucji ludzkiej fizjonomii i psychiki, związany ze starzeniem się naszego ciała, intelektu i wnętrza, trafnie ukazał niespełna trzy-

* Dr hab., prof. Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu.

¹ A.A. Zych, R. Bartel, *Sytuacja życiowa ludzi w podszłym wieku w Polsce i w Republice Federalnej Niemiec*, Kielce 1990.

dziesiętletni wówczas poeta S. Grochowiak w dramacie *Chłopcy*². Oto fragment dialogu pomiędzy 66-letnim „smarkulem” i 70-letnim starcem:

– A we mnie trzeszczy. Najgorzej w nocy. Budzę się, zrywam i słyszę trzeszczenie... Co to tak trzeszczy? – myślę... A to ja sam.

– Rdza cię przeżera. Teraz wszędzie wilgoć. Pewnie rdza cię przeżera. Jak to na wiosnę.

– Rdza! Całe rusztowanie trzeszczy. Kiedy się zawali, to ci dopiero będzie kurz (Akt 1).

W świecie, w którym liczy się młodość, sprawność, piękno ciała i umysłu, starca mądrość i wiedza szybko się dezaktualizują, starość traci na wartości, a doświadczenie nie nadąza za bieżącym życiem. W *Leksykonie symboli* czytamy, że starzec dawniej był symbolem gromadzonej przez pokolenia mądrości rodu, plemienia, jakiej ludzkie wiekowi byli depozytariuszami. Współcześnie, „[...] wraz z rozwojem symbolicznych technik przechowywania i przekazywania informacji, funkcja starców uległa degradacji, zaś mądrość, będąca sumą doświadczenia zbiorowości, przechowywaną w «naczyniu» dojrzałej, doświadczonej osoby, z nią nierozłączna, zmieniła się w wyalienowaną wiedzę, a wreszcie w suchą, wyzbytą konotacji moralnych, będącą przedmiotem handlu informację”³.

Oto autentyczny dramat nieprzystosowania człowieka starego do realiów współczesności. W tym miejscu konieczna jest anegdota, która ukazuje istotę tego dramatu:

Po południu dorośli wypoczywają na leżakach, tylko trzyletni Tadek bawi się w taksówkarza i męczy wszystkich po kolei, żeby się przejechali jego taksówką-taczką. Babcia mówi nieopatrznie:

– Ja bym się przejechała, ale nie mam pieniędzy.

– Nie szkodzi, można płacić kartą⁴.

Kolejne dramatyczne zdarzenia okresu starzenia się to nietrafne decyzje, zbyt wczesna sukcesja, końcówka i czas na zmianę, w końcu niewdzięczność własnych dzieci i przemoc z ich strony, choroby z nieszczęsnym alzheimerem włącznie. Mam na myśli mało znany syndrom ojca, nazywany też syndromem króla Leara⁵. Jest to określenie stosowane we współczesnej gerontologii finansowej, dotyczące planowania emerytalnego, oznaczające przypadek zbyt wczesnej sukcesji. Król Lear, bohater sztuki Szekspira – „ubogi starzec, porażony wiekiem i bólem”, nazbyt szlachetny i zbyt ufny wobec swoich dzieci – zdecydował się podzielić królestwo pomiędzy swoje córki, ze strony których spotkała go niewdzięczność. Szekspir pisał: „[...] głębiej niż ząb węża rani /

² S. Grochowiak, *Chłopcy*, [w:] *Antologia dramatu polskiego 1945–2005*, wybór i oprac. J. Kłossowicz, Prószyński i S-ka, Warszawa 2007, t. 1.

³ *Leksykon symboli – Herder*, Dom Wydawniczy TCHU, Warszawa 2009.

⁴ „Dziennik” 2009, nr 178.

⁵ W. Shakespeare, *Król Lear*, „Zielona Sowa”, Kraków 1999; A.A. Zych, *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Niewdzięczność dziecka! [...]” (Akt 1, scena 4). Syndrom ten można wyrazić hasłem: „Czas na zmianę”, sygnalizuje on bowiem, że naturalny cykl życia zmierza do końca. Zarazem syndrom króla Leara jest pierwszym opisem przemocy wobec osób starszych⁶, a także dramatycznym przykładem retrospektywnego przeglądu życia (stary, schorowany, „wgnany ojciec” – król Lear – umiera, poznawszy pod koniec życia naturę ludzką) oraz bolesnym studium chorej i marnej starości: „O Learze, Learze, Learze! Bij w tę bramę, / Którą wpuściłeś szaleństwo, / a rozum / Wygnałeś! [...]” (Akt 1, scena 4). Syndrom ten bywa zatem badany również w gerontologii społecznej i medycznej, gdy dokonujemy analizy przemocy i objawów choroby Alzheimera, nazywanej „powolnym pożegnaniem z samym sobą”, a odkrytej w roku 1906. Trzysta lat wcześniej objawy tej choroby przedstawił Szekspir we wspomnianym dramacie *Król Lear*, pisząc: „Jestem nierozumnym, / Starym człowiekiem [...]. Lękam się, że mnie mój umysł zawodzi. / Sądzę, że ciebie i tego człowieka / Znać powinienem, jednak nadal wątpię, / Gdyż nie pojmuję, co to jest za miejsce, / A szaty, którą mam na sobie, nie znam / I nie wiem także, gdzie spałem tej nocy” (Akt 4, scena 7).

Jakże inaczej do tego dramatu umysłu i osobowości chorego człowieka podszła Dorota Masłowska⁷, pisząc:

No i tak nie spacerowałyśmy sobie w najlepsze w tę i we wtę po ozłoconych jesieniach alejkach. Gdy ni stąd ni zowąd przyczepił się do nas pewien natręt. Jak myślę był Niemcem, bo był kulturalny i nawet ukłonił się, stuknął obcasami i mówi tak: Dzień dobry, moje nazwisko Arzheimer, ale to jego nazwisko to całkiem wyleciało mi z głowy... No jakże on to tam... no zapomniałam... czy ja już zupełnie tracę głowę? Takie znane nazwisko na A... Jakże to... No nieważne. W każdym razie ledwie zapomniałam nazwisko tego, już pojawił się następny, też zapukał, bardzo kulturalny, ubrany w taką perukę i mówi: jestem tym znanym filozofem niderlandzkim, tym, no jak mu tam, no, ten co przeciwstawił się dualizmowi kartezjańskiemu... No SKLEROZA. No właśnie. (Akt 1, scena 1).

Myślę, że czas na autentyczną anegdotę

Dziadek pyta wnuczka: – Jak się nazywa ten Niemiec, co wszystko mi chowa? – Alzheimer, dziadku, Alzheimer – odpowiada wnuczek...

Mówiąc zupełnie poważnie: z duńskich badań stulatków⁸ wynika, że około połowa badanych osób cierpiała na chorobę Alzheimera lub inną formę otępienia, co może potwierdzać mądrość ludową: „Nie sztuką dożyć stu lat, ale sztuką jest pamiętać, ile ma się lat”.

Następny wymiar dramatu starzenia się to ageizm, czyli stereotypizacja i/ lub dyskryminacja (np. na rynku pracy, w polityce, w życiu kulturalnym bądź społecznym) oraz uprzedzenia z powodu wieku. Termin „ageizm” ma szerszy

⁶ A.A. Z y c h, *Przekraczając „smugę cienia”*. Szkice z gerontologii i tanatologii, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2009.

⁷ D. M a s ł o w s k a, *Między nami dobrze jest*, Lampa i Iskra Boża, Warszawa 2008.

⁸ A.A. Z y c h, *Leksykon gerontologii...*, op.cit.

zakres znaczeniowy niż „gerontofobia”, czyli logicznie nieuzasadniony lęk i nienawiść wobec osób starszych oraz negatywne lub pejoratywne wyobrażenia czy postawy wobec osoby ze względu na jej wiek. Dyskryminacja wiekowa oznacza zatem niechęć do ludzi starych opartą na przekonaniu, że starzenie się czyni ich nieatrakcyjnymi, nieinteligentnymi, niezdolnymi do ciężkiej pracy, słabymi i seksualnie nieaktywnymi. Ten rodzaj dyskryminacji dotyka osoby starsze, stereotypowo postrzegane jako godne litości, niezaradne, schorowane, stojące przed progiem śmierci, a które nie potrafią funkcjonować w społeczeństwie ludzi zdrowych, młodych, „normalnych”. Są one w związku z tym często izolowane i zmuszane do przeniesienia się do „geriatrycznych gett”, a więc do różnego rodzaju domów spokojnej starości⁹.

Oto parę przykładów z ostatnich miesięcy: w wiadomościach telewizyjnych (we wrześniu 2009 r.) słyszę: „Już nie ratuje się starszych ludzi”. Karetka pogotowia ratunkowego przybyła z dużym opóźnieniem, starsza pacjentka (80+) zmarła. Powieściopisarka, eseistka i autorka sztuk teatralnych Dubravka Ugrešić w świetnym eseju pod znamienym tytułem: *Starcy udają się w podróż*¹⁰, pisze: „Niektórzy Szwajcarzy i Niemcy wysyłają swoich rodziców do tanciej Tajlandii (z biletem w jedną stronę!), gdzie tajlandzka służba medyczna troszczy się o nich aż do śmierci”. Polski demograf, Piotr Szukalski, tak oto komentuje zjawisko dyskryminacji z powodu wieku:

Przejawy ageizmu, czyli dyskryminacji starszych ludzi, są powszechne, choć dyskretne. To właśnie spojrzenia, syknienia, uniesienie brwi. Starość budzi w młodych obawy, nic więc dziwnego, że odnoszą się negatywnie do tych, którzy ze starością im się kojarzą. Szczególnie źle traktowane są kobiety, a kobieta stara, biedna i chora to już jest tragedia, [...]

a co najmniej dramat – dodam od siebie, przywołując fragment dialogu „chłopców” po siedemdziesiątce i pod siedemdziesiątkę Grochowiaka, gdy dyskutują na temat walorów Pani Narcyzy (50+)¹¹:

- Nie podniecaj mnie, [...] Masz na myśli tę młodą aktoreczkę z dołeczkami na policzkach?
- Chodzi właśnie o słodką Narcyzę, która – jak wiesz – robi furorę we wszystkich warietés świata!
- Czarujące stworzenie! Chociaż ostatnio lekko podupała... A jak ty ją znajdujesz?
- Dupiasta poniekąd.
- Podgardle jej obwisło.
- Reumatyzmy łupią. I już nie od samego rana rusza każdą nogą z osobna...
- Trudno się dziwić! Podobno ma dziadygę za męża [...]. Musisz przyznać, że dla młodej, pełnej życia istoty taka parantela może być przekleństwem.
- Więc jeszcze nie wiesz, że się go pozbyła?
- Co ty powiesz?
- O, już blisko dziesięć lat, jak wsadziła starucha do przytułka.

⁹ Ibidem.

¹⁰ D. Ugrešić, *Starcy udają się w podróż*, „Gazeta Wyborcza” 2009, nr 214.

¹¹ S. Grochowiak, *Chłopcy...*, op.cit.

- Gratuluję! Rozwiodła się?
- Skądże! Artystki są zazwyczaj bardzo religijne. Co roku, w okolicach rocznicy ślubu, aktoreczka odwiedza swego małżonka. Przyjeżdża na dzień lub dwa... Wtedy koledzy [...] wnoszą do jego pokoju dodatkowe łóżko.
- I ustawiają koło okna.
- Tak. Tam jest piekielny przeciąg. Duże jak u Belzebuba.
- Więc może kiedyś?
- ...Może kiedyś?...
- Może kiedyś ją szlag trafi (Akt 1).

Wspomniana Masłowska¹² w didaskaliach swej sztuki pt.: *Między nami dobrze jest*, ukazała stereotypowy obraz Osowiej Staruszki na wózku inwalidzkim, która niczym

[...] pasażerka tonącego statku jest zawieszona pomiędzy paniką a nudą, bezmyślną aktywnością a bezmyślną stagnacją, klaustrofobią a lękiem przestrzeni, z charakterystyczną dla osób skazanych na swoje towarzystwo niejasnością, czy bardziej gonią się, czy przed sobą uciekają, czy zmęczone jednym i drugim trwają w bezruchu. Pomiędzy ich naprzemiennymi napadami stuporu i nadpobudliwości [...] (Akt 1, scena 1).

Dla zrównoważenia tekstu kolejny, autentyczny dowcip:

- Policjant z drogówki zatrzymuje samochód prowadzony przez starszą damę (60+), i powiada:
- Przekroczyła pani sześćdziesiątkę!
- Ależ skąd, panie władzo, to tylko ten kapelusz tak mnie postarza... – bez zmużenia oka odpowiada dama.

Mówiąc metaforą Marcela Prousta, starość to poszukiwanie straconego czasu, odwieczna tęsknota za wieczną młodością, która rozwiała się w wiosennych mgłach..., niczym we fraszce Jana Sztudyngera: *Na stare lata / Na młode lata*. Trafnie tę pogoń za utraconym czasem ujęła Esther Vilar w sztuce pt.: *Starość jest piękna*¹³:

Ponieważ „młodość” oznacza, że się należy do was, że jest się kimś, a „starość”, że nie należy się do nikogo i jest się nikim, staramy się więc jak najdłużej być podobni do was. Zaczynamy dość wcześnie. Około czterdziestki staramy się wyglądać na trzydziestkę. Około pięćdziesiątki na czterdziestkę, sześćdziesiątki na pięćdziesiątkę, siedemdziesiątki na sześćdziesiątkę. I w taki oto sposób pozostajemy zawsze o kilka lat młodszy [...].

I tak ciągle robimy z siebie durniów na waszych oczach. Wykrzykujemy – każdy ma tyle lat, na ile się czuje! Każdy ma tyle lat, na ile wygląda. Wyglądzamy zmarszczki, farbujemy włosy, ukrywamy łysiny, wciągamy brzuchy i dopasowujemy się do waszych ubrań. No i oczywiście odwiedzamy wasze dyskoteki, tańczymy wasze tańce, podkradamy wasze powiedzonka. Wciskamy się w wasze samochody, dosiadamy waszych motocykli i, rzecz jasna, flirtujemy w waszymi dziewczynami. Przez cały czas oszukujemy się, że nikt nie zauważy naszego kłamstwa. Nie zauważy czterdziestolatka, który udaje trzydziestolatka czy pięćdziesięciolatka, który udaje czterdziestolatka. Boimy się i ze strachu tracimy jedyną rzecz, jaka naprawdę należy do nas – godność dojrzałego wieku. Godność, której już do śmierci wielu z nas nie odzyska. (Akt 2).

¹² D. M a s ł o w s k a, *Między nami dobrze jest...*, op.cit.

¹³ E. V i l a r, *Starość jest piękna. Manifest przeciwko kultowi młodości*, Agencja ADiT, Warszawa 2008.

I jeszcze jedno spojrzenie na starzenie się współczesnego człowieka, spojrzenie prozaika i dramaturga, Eustachego Ryłskiego, który powiada:

– Starość zaczyna się, jakiegokolwiek byśmy dzinsy na siebie włożyli i jaką młodą żonę byśmy zaślubili, po sześćdziesiątce i nie niesie sama w sobie żadnych lub prawie żadnych wartości. Irytuje mnie gadanie, że młodość ma swoje zalety, a starość swoje. Tak mówią ci, którzy jej jeszcze nie zakosztowali, lub tacy, którzy uważają, że każde ludzkie doświadczenie, nawet ostatnie stadium raka, nas uszlachetnia i wzbogaca. To nonsens biorący się czasami z najlepszych intencji.

Jedyną zaletą starości jest to, że wiele usprawiedliwia. Mówiąc najdosadniej – nawet robienie pod siebie.

Możemy oczywiście wziąć za przykład starość Bertranda Russella [1872–1970] lub Sophii Loren [ur. 1934], ale dlaczego miałyby nam się ona zdarzyć, skoro nie zdarzyła się nam ich młodość? Nie, nie widzę żadnego sensu, piękna ani żadnej prawdy w starości, chorobie, przemiananiu, biedzie, jaka się do nich dołącza. Nie potrafię w niej dostrzec niczego poza nieodległym i przewidywalnym końcem, który jest zawsze katastrofą¹⁴.

Relacje między pokoleniami, nie tylko w Polsce, ale i w wielu krajach świata, są obszarem dramatycznych napięć, które wyzwają trudny rynek pracy, bezrobocie, konflikty o przestrzeń życiową i społeczną. Pojawia się brak wzajemnego zrozumienia i porozumienia między starą a młodą generacją, zanika tradycyjna, odwieczna solidarność generacyjna. Tak zwany konflikt pokoleń – pomiędzy generacją starzejących się rodziców a wchodzące w dorosłość pokolenie dzieci – występuje od starożytności w wielu społeczeństwach i jest normalnym zjawiskiem związanym z przemianami psychofizycznymi okresu adolescencji, czyli czasu dojrzewania. Może obejmować różnorodne sfery rzeczywistości, począwszy od generacyjnych różnic w nastawieniu do świata, przez niezgodne stanowiska wobec zakresów: wolności, uprawnień lub obowiązków aż do sprzeczności przekonań, poglądów i wartości. Niemiecki filozof i socjolog Max Scheler zwrócił uwagę na nieunikniony tragizm konfliktu duchowego ojców i synów. Ci pierwsi pragną swym synom przekazać wiedzę i własne doświadczenie nie po to, aby umacniać swoją przewagę nad dziećmi, lecz by uchronić je przed nieudanymi wysiłkami i trudnościami, na które sami byli narażeni. Z kolei synowie pragną i muszą eksperymentować oraz doświadczać życia samodzielnie, dlatego też konflikt staje się zupełnie naturalną formą interakcji między pokoleniami. Współcześnie jedną z ważnych przyczyn tego konfliktu między generacjami, odchodzącą a wchodzącą w życie społeczne, jest pogłębianie się kulturowego dystansu między pokoleniami starym a młodym¹⁵.

Tę przepaść pokoleniową i dystans kulturowy doskonale ukazuje następujący dowcip:

¹⁴ E. Ryłski, *Szczęście nie wchodzi w rachubę* [rozm. red.] „Gazeta Wyborcza” 2009, nr 160.

¹⁵ A.A. Zych, *Leksykon gerontologii...*, op.cit.

Dziadek opowiada wnuczce:

– „A wiesz wnusiu, że kiedyś w sklepach był tylko ocet? – Jak to, dziadku? W całym Carrefourze?!”¹⁶.

Również Masłowska trafnie pokazała w swej sztuce te dwa, obce sobie światy – starości i młodości, utratę kontaktu, zerwanie międzypokoleniowego przekazu i bariery wyrosłe między pokoleniami. Starzy to generacja, która żyje tylko wspomnieniami, a niespełnienie staje się dla niej powodem do chwały, natomiast dla młodych przeszłość nic nie znaczy i nic ich nie obchodzi, w końcu jesteśmy w Unii Europejskiej... Co jakiś czas słyszymy pukanie do drzwi¹⁷:

– Puk, puk!

– Kto tam?

– To tylko znowu przyszła ja, II wojna światowa [...]. (Akt 1, scena 2),

oraz rozmowy między babcią a wnuczką, w rodzaju:

– Ja pamiętam ten dzień, w którym wybuchła wojna.

– Wojna cenowa? (Akt 3, scena 1).

I jeszcze jeden ważny wymiar dramatu starzenia się współczesnego człowieka, odmierzany zegarami sumienia... Wszyscy z nas, którzy dawno przekroczyli już „smugę cienia”, mają świadomość czasów, w jakich przyszło żyć – czasów totalitarnych systemów nazizmu i komunizmu, i mało kto może ze spokojnym sumieniem powiedzieć, że żył przyzwoicie, bez denuncjacji, zdrady, bez małych szwindli i wielkich świństw, które niczym upiory powracają przed nocą śmierci...

Czy każdy stary mężczyzna, goląc się, czy każda stara kobieta, poprawiając makijaż, mogą bez obawy spojrzeć lustro, w swoje oczy z obwódką starczą? Szczęśliwi młodzi, mogą starzeć się bez wyrzutów sumienia...

Czeski dramaturg, Pavel Kohout, w sztuce pt.: *Cyjanek o piątej*¹⁸, ukazał ten dramat sumienia starej pisarki Zofii Lass (około 75), która przywłaszczyła cudze życie i opisała – jako własne wspomnienia – w opowieści uznanej za bestseller. I oto po tylu latach spotyka córkę właściwej bohaterki wspomnień, Irenę (około 50):

ZOFIA: Dobrze, że nawet pani nienawiść ma swoje granice. Nienawiść bez granic jest pod pewnym względem także trucizną, przeżera tkankę duszy.

IRENA: Pani Lass, koniec z literaturą!

ZOFIA: Dla mnie nigdy nie było nawet jej początku... Dziękuję pani także za to, że mnie pani od niej uwolniła.

IRENA: Nie uratują pani bon moty.

¹⁶ „Gość Niedzielny” 2009, nr 12.

¹⁷ D. M a s ł o w s k a, *Między nami dobrze jest...*, op.cit.

¹⁸ P. K o h o u t, *Cyjanek o piątej*, [w:] *Sześć utworów scenicznych*. Red. P. Kohout, Agencja ADiT, Warszawa 2008.

ZOFIA: Jeżeli nie chce pani przyjąć prawdy o moim uczuciu do Hanele, to mogłaby pani chociaż zrozumieć, że i mnie męczyło sumienie.

IRENA: Ach, nie!

ZOFIA: [...] Hanele, moja kochana. Dziękuję, że zdążyłaś posłać swoją córkę, żebym mogła umrzeć w prawdzie.

Na zakończenie chciałbym sięgnąć do *Lekcji Jana Pawła II*¹⁹: *Umieranie*:

Jak [...] w latach starości stawić czoła nieuchronnemu schyłkowi życia? Jaką postawę przyjąć w obliczu śmierci? Człowiek wierzący wie, że jego życie jest w ręku Boga: „Ty, Panie, mój los zabezpieczasz” i godzi się przyjąć od Niego także śmierć: „Taki jest wyrok wydany przez Pana na wszelkie ciało: i po co odrzucać to, co się podoba Najwyższemu?”. Człowiek nie jest panem śmierci, tak jak nie jest panem życia; i w życiu, i w śmierci musi zawierzyć całkowicie woli Najwyższego, zamysłowi Jego miłości, [...]

oraz do fragmentu sztuki E. Vilar *Starość jest piękna*²⁰:

Mówi się, że wiara jest łaską, a nie osobistym sukcesem. Co więc mają zrobić ci, którzy nie zostali obdarowani tą łaską? Ci, którzy nie są w stanie uwierzyć, nawet jeśli bardzo tego pragną? Kiedy i gdzie spotka ich zadośćuczynienie? [...]

Wszystko jedno, czy jesteśmy wierzący, czy nie, opowiadamy się za życiem przed śmiercią. Ponieważ jesteśmy starzy (Akt 3).

Czas na zamknięcie tego szkicu – poważnie mówiąc, „Starość przysparza więcej zmarszczek duchowi niż twarzy”, by sięgnąć do aforyzmu Michaela Montaigne’a.

Literatura

G r o c h o w i a k S., *Chłopcy*, [w:] *Antologia dramatu polskiego 1945–2005*, wybór i oprac. J. Kłossowicz, Prószyński i S-ka, Warszawa 2007, t. 1.

H e m i n g w a y E., *Stary człowiek i morze*, De Agostini Polska, Warszawa 2001.

K o h o u t P., *Cyjanek o piątej*, [w:] *Sześć utworów scenicznych*. Red. P. Kohout, Agencja ADiT, Warszawa 2008.

Lekcje Jana Pawła II, „Gazeta Wyborcza” 2005, nr 93 [dodatek].

Leksykon symboli – Herder, Dom Wydawniczy TCHU, Warszawa 2009.

M a s ł o w s k a D., *Między nami dobrze jest*, Lampa i Iskra Boża, Warszawa 2008.

R y l s k i E., *Szczęście nie wchodzi w rachubę* [rozm. red.] „Gazeta Wyborcza” 2009, nr 160.

S h a k e s p e a r e W., *Król Lear*, „Zielona Sowa”, Kraków 1999.

S z u k a l s k i P., *40-latek 2009. Starości nie będzie. Niestety*. „Gazeta Wyborcza” 2009, nr 226.

U g r e s i c D., *Starcy udają się w podróż*, „Gazeta Wyborcza” 2009, nr 214.

V i l a r E., *Starość jest piękna. Manifest przeciwko kultowi młodości*, Agencja ADiT, Warszawa 2008.

Z y c h A.A., *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

Z y c h A.A., *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2009.

Z y c h A.A., B a r t e l R., *Sytuacja życiowa ludzi w podeszłym wieku w Polsce i w Republice Federalnej Niemiec*, Kielce 1990.

¹⁹ *Lekcje Jana Pawła II*, „Gazeta Wyborcza” 2005, nr 93 [dodatek].

²⁰ E. Vilar, *Starość jest piękna...*, op.cit.

Dominik Krzyżanowski*
Ewa Śniechowska-Krzyżanowska**
Piotr Krakowiak***
Mirosław Hanulewicz****
Andrzej M. Fal*****

Czy umieranie na chorobę nowotworową musi boleć?

Ból przewlekły występujący w przebiegu choroby nowotworowej odczuwają osoby dorosłe. Statystyki odzwierciedlające rozległość cierpienia są zatrważające, bowiem nadal 70–80% pacjentów chorych w terminalnym okresie życia doświadcza bólu¹, a objawy bólowe u pacjentów aktywnie leczonych przyczynowo występują u ponad 50%. Ból i nowotwór często są określane jako synonimy – 2/3 chorych nowotworowych odczuwa ból. Według badań epidemiologicznych co najmniej 4 mln ludzi na całym świecie cierpi z powodu choroby nowotworowej i wielu z nich nie otrzymuje właściwego leczenia przeciwbólowego. Pacjenci jednocześnie mogą odczuwać kilka rodzajów bólu: 4/5 pacjentów odczuwa dwa lub więcej rodzaje bólu, 1/3 doznaje czterech lub więcej rodzajów bólu². Gdyby profesjonaliści leczyli pacjentów odczuwających ból według zasad opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), ten ból udałoby się uśmierzyć u około 90–95% chorych.

Przyczynami bólu w chorobie nowotworowej mogą być³:

- nowotwór (60–90%),
- diagnostyka i leczenie (10–25%),

* Dr n. med., Akademia Medyczna, Wrocław; Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.

** Mgr, Hospicjum Bonifratrów NFOZ we Wrocławiu.

*** Ks. dr, Fundacja Hospicyjna w Gdańsku.

**** Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu.

***** Prof. dr hab., Akademia Medyczna, Wrocław.

¹ *Zwalczanie bólów nowotworowych*. Red. J. Kujawska-Tenner, MZiOS, Warszawa 1994, s. 11, 36, 48–50.

² H.Ch. D i e n e r, Ch. M a i e r, *Leczenie bólu*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2005, s. 197, 200.

³ Ibidem.

- bóle współistniejące (5–20%),
- bóle niezwiązane z guzem i terapią przeciwnowotworową – np. zespoły bólowe (3–10%).

Na podstawie analiz ustalono także zależność częstości występowania bólu nowotworowego od rodzaju i lokalizacji nowotworu. Dla nowotworów zlokalizowanych w⁴:

- kościach – odsetek chorych odczuwających ból nowotworowy wynosi 85–100%,
- trzustce – odsetek chorych odczuwających ból nowotworowy wynosi 70–100%,
- jajniku, szyjce macicy – odsetek chorych odczuwających ból nowotworowy wynosi 40–100%,
- płucach – odsetek chorych odczuwających ból nowotworowy wynosi 45–85%.

Międzynarodowa Organizacja Badań nad Bólem (IASP) stworzyła definicję bólu, która jest powszechnie używana i stosowana:

Ból jest nieprzyjemnym odczuciem i przeżyciem emocjonalnym, związanym z istniejącym lub mogącym wystąpić uszkodzeniem tkanek, a także opisywanym przez chorego w kategoriach takiego uszkodzenia.

Z tej definicji wynika, że ból jest zjawiskiem psychosomatycznym, subiektywnym, jest tym, co opisuje i przedstawia chory, a nie tym, co wyobrażają sobie profesjonaliści opiekujący się pacjentem. W tej definicji nacisk jest także położony na przyczynę bólu – uszkodzenie tkanek, które już występuje lub takie, które może wystąpić (uszkodzenia może nie być, a pacjent może odczuwać ból) oraz silnie są zaznaczone mechanizmy psychologiczne warunkujące wystąpienie i przebieg odczucia bólu⁵. Na podstawie badań zauważono, że jest wiele czynników modyfikujących próg odczuwania bólu. Do najczęstszych czynników obniżających próg bólowy (takich, które powodują większe nasilenie doznań bólowych) zalicza się⁶: niewygodę, bezsenność, zmęczenie, niepokój, lęk, gniew, smutek, depresję, nudę (tzw. puste przebiegi), zamknięcie się w sobie, poczucie opuszczenia.

Dzięki badaniom stworzono teoretyczne modele procesu bólowego⁷:

- teoria właściwości psychologicznych – zakłada, że stałe cechy osobowości ukształtowane w procesie wychowania (socjalizacji) w dzieciństwie wpływają na zachowanie człowieka w różnych sytuacjach życiowych. Dlatego ustalenie

⁴ Ibidem.

⁵ R. T w y c r o s s, D. F r a m p t o n, *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*, Abedik, Bydgoszcz 1996, s. 15, 36, 59, 60, 89, 104, 107, 125.

⁶ R. T w y c r o s s, *Leczenie objawowe w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, Groningen 1991, s. 5–6, 8.

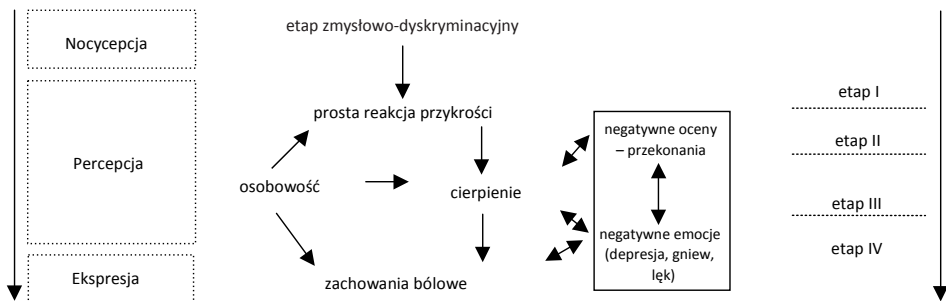
⁷ K. d e W a l d e n - G a ł u s z k o, M. M a j k o w i c z, *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego*, Akademia Medyczna, Gdańsk 2003.

wspomnianych właściwości psychologicznych pozwoli przewidzieć model reakcji osoby chorej na doświadczenie bólu;

- model bio-psycho-społeczny – na percepcję bólu składa się odczucie bólu przez chorego oraz jego wiedza i przekonania na temat bólu. Zachowanie bólowe to efekt kompilacji przekonań i reakcji osoby na ból, może być modyfikowane przez otoczenie. Badanie bólu w tym modelu uwzględnia jego podłoże biologiczne (badanie podmiotowe i przedmiotowe), psychologiczne (testy psychologiczne) oraz społeczne (określenie stopnia systemów wsparcia społecznego);

- model oparty na teorii społecznego uczenia się – zachowanie człowieka zależne jest od wydarzeń społecznych oraz jego schematów myślowych i przekonań. To, jak zachowują się inne osoby, może spowodować wzmocnienie zachowania osoby („nagroda”) lub może je wytłumić („kara”). Dużą rolę w tym modelu pełni naśladownictwo wzorów określonych zachowań z wytworzeniem własnych opinii;

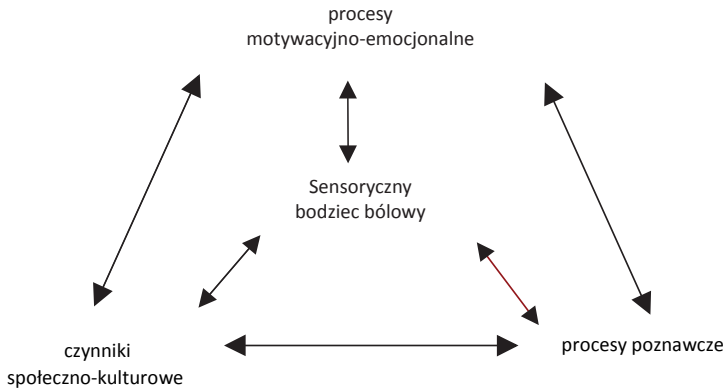
- systemowy model bólu – próbujący połączyć różne założenia teoretyczne bólu w jedną, spójną całość. Ból jest w tym modelu ujmowany jako proces, w którego skład wchodzi poszczególne elementy i etapy, tworzące jedną całość. Etap I stanowi doznanie zmysłowo-dyskryminacyjne wywołujące w następnym (II etapie) reakcję przykrości (prostą formę reakcji uczuciowej z niewielkim udziałem funkcji poznawczej). W etapie III cierpienie jest zjawiskiem bardziej złożonym – składa się z rozbudowanej części uczuciowej (depresja, gniew, lęk) ściśle związanej z przekonaniami osoby na temat bólu. Treści tego etapu są modelowane przez cechy osobowości oraz sposoby radzenia sobie z bólem i innymi sytuacjami. IV etap (ostatni) charakteryzuje się behawioralną ekspresją bólu zwaną zachowaniem bólowym (ryc. 1).



Ryc. 1. Schemat modelu bólu według Wade/Price

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowiak, *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego*, Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2003.

Na doznanie bólowe wpływają dwa komponenty: emocjonalny i sensoryczny. Komponent sensoryczny związany jest z przekazywaniem informacji do mózgu. Aspekt psychologiczny powiązany jest z poznawczym opracowaniem informacji sensorycznej oraz sposobem reakcji organizmu na bodziec. Biorą w tym udział: procesy motywacyjne, myślenie, emocje, pamięć i czynniki społeczne oraz uwarunkowania kulturowe. O wzorze reakcji na ból decyduje interakcja tych elementów. Te zależności przedstawia ryc. 2. Zmienne psychologiczne, pośredniczące między bodźcem a jego percepcją, sprawiają, że ból jest doświadczeniem wysoce subiektywnym i indywidualnym⁸.



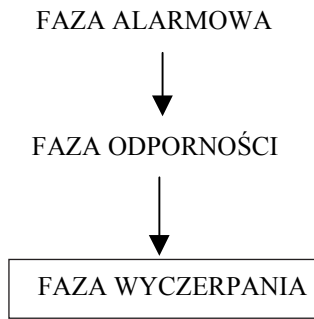
Ryc. 2. Ogólny model doznania bólu

Źródło: Na podstawie: *Ból i jego leczenie*. Red. J. Dobrogowski, M. Kuś, Springer – PWN, Warszawa 1996; J. Watt-Watson, M. Donovan, *Pain Management. Nursing Perspective*, Mosby-Year Book, St. Luis 1992, s. 72, 126–158.

Ból można także rozpatrywać jako zjawisko silnie stresogenne. Dzięki badaniom klinicznym stwierdzono, że pacjenci nowotworowi, którzy odczuwają ból, silniej doświadczają wrogości, depresji, niepokoju i somatyzacji (przeniesienie doświadczeń psychicznych na odczucia cielesne) w porównaniu z pacjentami nowotworowymi nieodczuwającymi bólu. Osoby odczuwające ból doświadczają więcej zaburzeń emocjonalnych, gorzej reagują na proces leczniczy i, niestety, szybciej umierają. Ból totalny o charakterze przewlekłym jest związany z odczuwaniem dużego stresu potęgującego tragiczne skutki choroby nowotworowej. Ból jako czynnik stresujący powoduje reakcję lawinową, którą schematycznie przedstawiono na ryc. 3⁹.

⁸ *Ból i jego leczenie*. Red. J. Dobrogowski, M. Kuś, Springer – PWN, Warszawa 1996.

⁹ J. Pyszowska, *Ból u chorych w okresie terminalnym*, [w:] *Służba człowiekowi u kresu życia*. Red. J. Pyszowska, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemię Częstochowskiej, Częstochowa 2004.



Ryc. 3. Ból jako czynnik stresujący

Źródło: J. Pyszowska, *Ból u chorych w okresie terminalnym*, [w:] *Służba człowiekowi u kresu życia*. Red. J. Pyszkowska, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2004.

Do zjawiska bólu możemy zastosować różne taksonomie, tutaj przedstawiamy niektóre z nich.

1) Ze względu na miejsce percepcji bólu można przyjąć następujący podział¹⁰:

- **ból zlokalizowany** – daje się dobrze umiejscowić w tkankach, np. głowa, kończyna, staw;

- **ból rzutowany** – promieniuje lub jest odczuwany w innym miejscu niż występuje źródło jego powstania. Uwrażliwienie neuronów rdzeniowych sprawia, że docierający do nich impuls może być wystarczający, aby powstała informacja dla wyższych ośrodków. Konwergencja informacji skórnych, somatycznych, trzewnych, nocycyptywnych lub innych, zachodząca w tych neuronach, wyjaśnia występowanie doznań bólowych odczuwanych z dala od ogniska uszkodzenia (np. ból łopatki w schorzeniach trzustki)¹¹.

- **ból uogólniony, wszechogarniającego, totalny (*total pain*)**. Opisuje się dwie koncepcje bólu totalnego. Koncepcja bólu Roberta Twycrossa opisuje dwie składowe bólu wszechogarniającego: źródła somatyczne oraz psychologiczne (depresję, agresję i lęk)¹². Cecyly Saunders bardziej holistycznie podchodzi do tego złożonego procesu, przedstawiając cztery składowe bólu totalnego: ból fizyczny, ból psychiczny (złość z powodu za późnej diagnozy lub niepowodzenia w leczeniu, lęk przed bólem, śmiercią, poczucie beznadziejności, zmiany wyglądu ciała), ból społeczny (lęk o rodzinę, finanse, utrata pracy, ważności, dochodów, utrata pozycji społecznej – ról i funkcji społecznych, poczucie opuszczenia, izolacji) i ból duchowy (próba odpowiedzi na py-

¹⁰ *Podstawy opieki paliatywnej*. Red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

¹¹ H.Ch. D i e n e r, Ch. M a i e r, *Leczenie bólu...*, op.cit., s. 197, 200.

¹² *Ból i jego leczenie...*, op.cit.

tania natury egzystencjalnej: dlaczego ja?, dlaczego Bóg pozwala mi cierpieć?, po co to wszystko?, czy życie ma jakiś sens?, czy będzie mi wszystko przebaczone?)¹³.

Porównanie tych dwóch koncepcji bólu totalnego znajduje się w tab. 1.

Tabela 1

Porównanie koncepcji bólu wszechogarniającego R. Twycrossa i C. Saunders

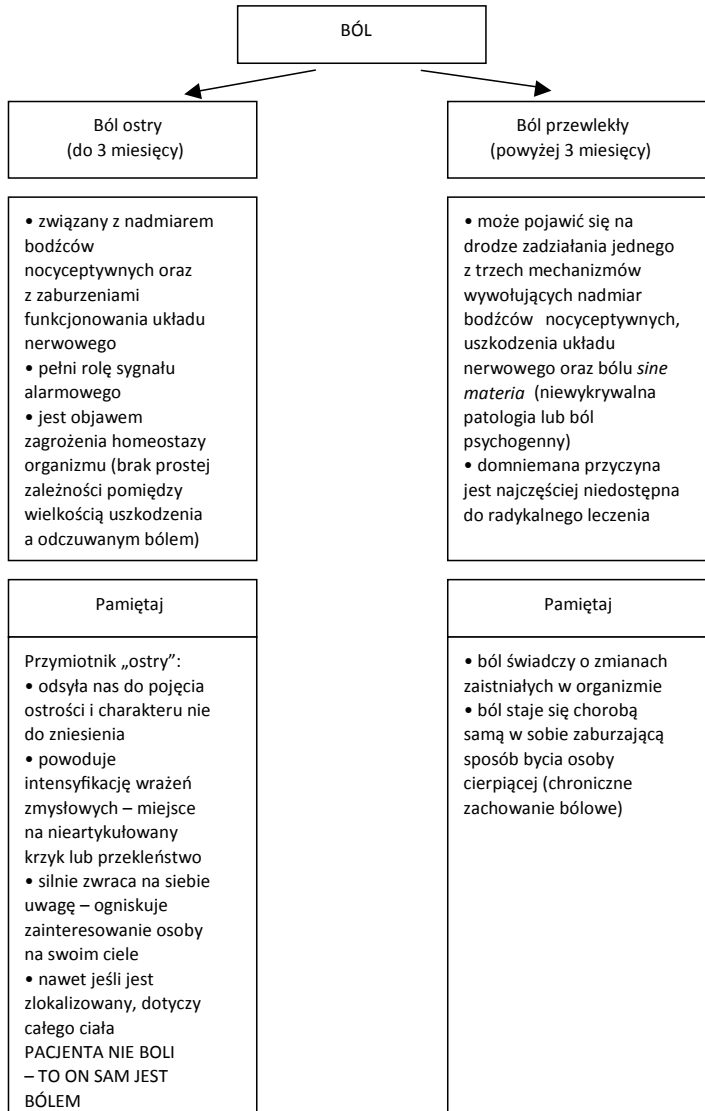
Koncepcja bólu wszechogarniającego według R. Twycrossa (dwie składowe)	Koncepcja bólu wszechogarniającego według C. Saunders (cztery składowe)
1. Źródła somatyczne związane z: <ul style="list-style-type: none"> • terapią • bólem • chorobami współistniejącymi • opóźnieniem rozpoznania 	1. Biologiczna: <ul style="list-style-type: none"> • inne objawy • uboczne objawy terapii • bezsenność • wyczerpanie i wyniszczenie
2. Źródła związane z psychiką: <ul style="list-style-type: none"> • depresja – przewlekłe zmęczenie i bezsenność – poczucie beznadziejności • agresja – niedostępność lekarzy – opóźnienie leczenia – faktyczne błędy medyczne • lęk – przed bólem – przed śmiercią i cierpieniem – przed utratą kontroli nad ciałem – niepewność przyszłości 	2. Psychologiczna: <ul style="list-style-type: none"> • złość z powodu za późnej diagnozy lub niepowodzenia w leczeniu • lęk przed bólem, śmiercią, cierpieniem • poczucie beznadziejności • zmiany w wyglądzie ciała 3. Społeczna: <ul style="list-style-type: none"> • lęk o rodzinę, finanse • utrata pracy, dochodów • utrata pozycji społecznej (pełnionych ról i funkcji społecznych) • poczucie opuszczenia i izolacji 4. Duchowa: <ul style="list-style-type: none"> • próba odpowiedzi na pytania natury egzystencjalnej • ból duchowy mogą odczuwać także osoby tzw. niewierzące, ponieważ dotyka on sfery egzystencjalnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Krainik, M. Rogiewicz, *Opieka paliatywna*, Akademia Medyczna, Bydgoszcz 1998, s. 15, 17–18, 21–24, 29, 59–61, 64–66, 69–70, 143, 148–149; *Zwalczanie bólów nowotworowych*. Red. J. Kujawska-Tenner, MZiOS, Warszawa 1994, s. 11, 36, 48, 49, 50.

2) Ból możemy podzielić ze względu na czas trwania; wyróżnia się: ból ostry i ból przewlekły. Według definicji książkowych ból ostry trwa do trzech

¹³ Por.: M. Krainik, M. Rogiewicz, *Opieka paliatywna*, Akademia Medyczna, Bydgoszcz 1998, s. 15, 17–18, 21–24, 29, 59–61, 64–66, 69–70, 143, 148–149; *Zwalczanie bólów nowotworowych...*, op.cit, s. 11, 36, 48, 49, 50.

miesiący, a ból przewlekły powyżej trzech miesięcy¹⁴. To rozróżnienie ilustruje ryc. 4.

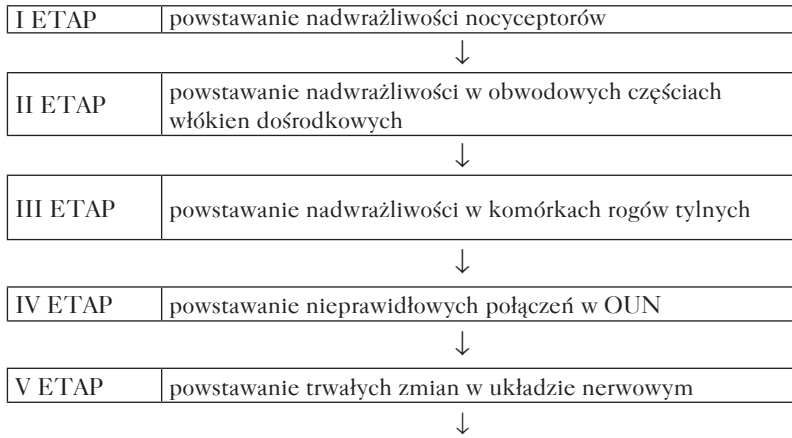


Ryc. 4. Taksonomia bólu ze względu na czas trwania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Podstawy opieki paliatywnej*. Red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; H.Ch. D i e n e r, Ch. M a i e r, *Leczenie bólu*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2005.

¹⁴ *Podstawy opieki paliatywnej...*, op.cit.

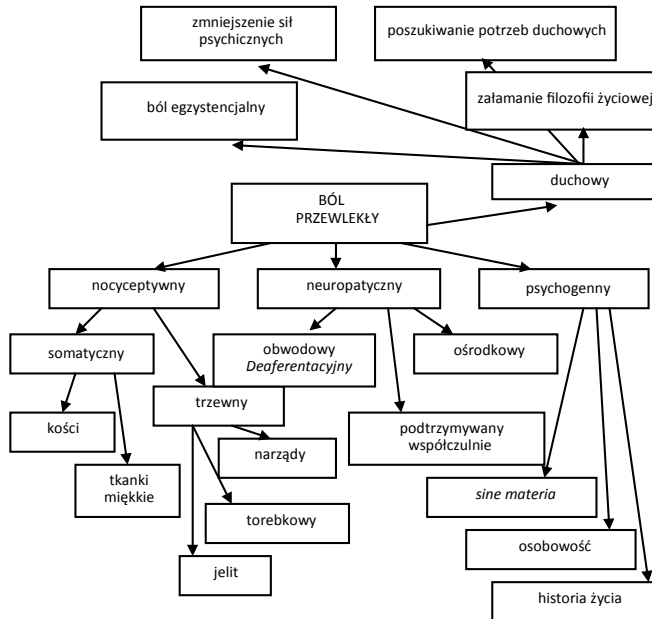
Zjawisko powstawania bólu przewlekłego w układzie nerwowym przedstawia ryc. 5.



Ryc. 5. Etapy powstawania bólu przewlekłego

Ź r ó d ł o: Na podstawie: *Podstawy opieki paliatywnej*. Red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

3) Ból możemy rozróżnić ze względu na patomechanizm powstania. Rycina 6 ilustruje ten podział.



Ryc. 6. Podział bólu przewlekłego ze względu na patomechanizm powstania

Ź r ó d ł o: Opracowanie własne.

A) Ból nocyceptywny (zwany bólem receptorowym, nocyceptorowym) – spowodowany jest uszkodzeniem lub podrażnieniem receptorów bólowych, które nazywają się nocyceptorami (podrażnienie lub uszkodzenie może być spowodowane przez guz nowotworowy lub stan zapalny wokół niego). W bólu nocyceptorowym rozróżnia się ból somatyczny i ból trzewny.

Ból somatyczny spowodowany jest uszkodzeniem lub podrażnieniem receptorów bólowych znajdujących w: skórze, tkance podskórnej, mięśniach, kościach. Ból ten przez pacjenta jest dość łatwo lokalizowany.

Ból trzewny spowodowany jest podrażnieniem lub uszkodzeniem nocyceptorów znajdujących się w narządach oraz/lub torebkach je otaczających (czasami zwany jest bólem torebkowym). Ból ten jest trudny do umiejscowienia, jego charakter jest bardziej rozlany, głęboki¹⁵.

B) Ból neuropatyczny – jest spowodowany podrażnieniem lub uszkodzeniem układu nerwowego. Należy pamiętać, że długotrwałe podrażnienie powoduje nieodwracalne uszkodzenie układu nerwowego. Ze względu na budowę układu nerwowego wyróżnia się ból neuropatyczny obwodowy (podrażnienie lub uszkodzenie obwodowego układu nerwowego – nerwów obwodowych) i ból neuropatyczny ośrodkowy (podrażnienie lub uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego – mózgu i rdzenia kręgowego). Warto także wspomnieć o bólu podtrzymywanym współczulnie – charakteryzuje się go jak ból neuropatyczny, przy czym dołączają się objawy pobudzenia układu współczulnego (objawy ze strony układu krążenia oraz miejscowe objawy: zwiększone wydzielanie gruczołów skóry, objawy stanu zapalnego, owrzodzenia). Bóle podtrzymywane współczulnie przeważnie występują przy naciekanii splotów nerwowych, przy przerzutach do węzłów chłonnych szyjnych i okołoaortalnych, w śródbroniaku opłucnej, w raku odbyticy i szyjki macicy¹⁶.

C) Ból psychogeny – ból, który często jest określany jako ból *sine materia* (bez uchwytniej przyczyny biologicznej). W określaniu tego rodzaju bólu należy brać pod uwagę osobowość pacjenta (osoby lękowe – neurotycy, z zaburzeniami kompulsywnymi, z obsesjami silniej i częściej odczuwają ból) oraz historię (linię życia) osoby, czyli połączenie bólu fizycznego z ciężkim, traumatycznym przeżyciem (np. obrazy pamięciowe)¹⁷.

D) Ból duchowy – często jest rozumiany jako cierpienie duchowe (wewnętrzne, wewnątrzpsychiczne). Może być także odbierane jako niedobór zasobów wewnętrznych (zmniejszenie sił psychicznych) lub problem z syste-

¹⁵ Por.: M. W a t s o n, C. L u c a s, A. H o y, I. B a c k, *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław, 2007; H.Ch. D i e n e r, Ch. M a i e r, *Leczenie bólu...*, op.cit.

¹⁶ Por.: J. P y s z k o w s k a, *Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu*, „Psychoonkologia” 1999, nr 4, s. 13–27; M. K r a j - n i k, M. R o g i e w i c z, *Opieka paliatywna...*, op.cit.

¹⁷ K. d e W a l d e n - G a ł u s z k o, M. M a j k o w i c z, *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego...*, op.cit.

mem poglądów – załamaniem filozofii życiowej. Niektórzy ból duchowy wiążą z poszukiwaniem religijnym – poszukiwaniem potrzeb duchowych¹⁸.

Ksiądz dr Zbigniew Pawlak – wieloletni kapelan Zespołu Opieki Paliatywnej w Katedrze i Klinice Opieki Paliatywnej w Poznaniu – podkreśla niepowtarzalność przeżyć człowieka w świadomym zbliżaniu się do śmierci (wchodzeniu w sytuację graniczną). Na podstawie własnych doświadczeń w kapłańskiej posłudze umierającym oraz refleksji filozoficznej wyodrębnia on następujące doznania pacjentów¹⁹: poczucie osamotnienia, poczucie bezsensu i pustki, poczucie niepokoju.

Towarzystwo duchowego ma pomóc pacjentowi w łagodzeniu jego cierpień duchowych, które często zwane są „bólem egzystencjalnym” (utajoną wewnętrzną walką)²⁰. Cierpienie moralne, duchowe nie zawsze związane jest z cierpieniem natury biologicznej, np. bólem. Cierpienie duchowe związane jest z utratą wartości duchowych i może się pojawić niezależnie od poczucia zdrowia fizycznego i psychicznego²¹. Obumieranie ciała drążonego przez śmiertelną chorobę jest procesem ogołacania, objawiającym się w wewnętrznej walce ludzkiego „ja” człowieka (tego, kim jestem) z jego ciałem (tym, co posiadam). Narastająca choroba i spowodowane nią cierpienie powoduje, że człowiek nie widzi żadnego miejsca, w którym mógłby się schronić, niejako uciekając przed ich konsekwencją – śmiercią. Pojawia się wewnętrzny (duchowy) skurcz i lęk przed tym, co nadciąga, ponieważ jest to zupełnie inne od tego, co już poznał. Ma także przeświadczenie, że ucieczka ta nie ma sensu, a spustoszenie przychodzi z zewnątrz. W znanej książce Smitta *Oskar i pani Róża*, Pani Róża mówi do Oskara: „Bo są dwa rodzaje bólu, Oskarku. Cierpienie fizyczne i cierpienie duchowe. Cierpienie fizyczne się znosi. Cierpienie duchowe się wybiera”²².

Omawiając ból przewlekły, ważne jest przedstawienie zagadnienia bólu przebijającego. Ból przebijający jest nagły, napadowy, ostry, przeszywający ciało człowieka i występuje pomiędzy regularnie podawanymi dawkami leków (niejako nakłada się na dotychczasowe stałe dolegliwości bólowe lub występujące podczas skutecznej terapii przeciwbólowej). Ten rodzaj bólu, ze względu na swoje nasilenie, może występować z dużym nasileniem lęku²³.

¹⁸ M. W a t s o n, C. L u c a s, A. H o y, I. B a c k, *Opieka paliatywna...*, op.cit., s. 625–633.

¹⁹ Z. P a w l a k, *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby*, „Nowa Medycyna” 2000, nr 1, s. 84–85.

²⁰ E. D u t k i e w i c z, SAC, *Zdjąć udrękę. Opieka duchowa nad umierającymi*, „Więź” 1999, nr 2, s. 84–91.

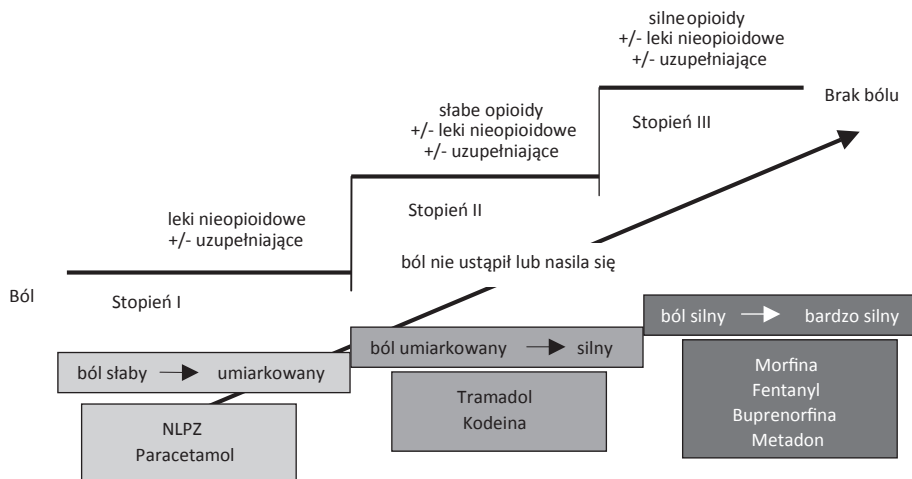
²¹ B. B l o c k, *Postawy wsparcia duchowego osób umierających otoczonych opieką holistyczną*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*. Red. J. Kolbuszewski, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 1999.

²² E. S m i t t, *Oskar i pani Róża*, Kraków 2004.

²³ M. W a t s o n, C. L u c a s, A. H o y, I. B a c k, *Opieka paliatywna...*, op.cit.

Celem leczenia przeciwbólowego jest doprowadzenie do stanu, w którym pacjent jest wolny od odczuwania bólu, nie jest zbyt senny oraz jak najdłużej zachowuje sprawność intelektualną oraz aktywność fizyczną. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) na podstawie wielośrodkowych badań i doświadczeń skonstruowała zasady leczenia bólu. Są one następujące:

1) Zasada leczenia bólu zgodnie z drabiną analgetyczną (ilustruje ją ryc. 7).



Ryc. 7. Drabina analgetyczna WHO

Źródło: Opracowanie na podstawie: M. Watson, C. Lucas, A. Hoy, I. Back, *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2007; H.Ch. Diner, Ch. Maier, *Leczenie bólu*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2005.

Ból o słabym i umiarkowanym natężeniu leczy się przeważnie podstawowymi analgetykami: niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi (NLZP) lub paracetamolem. Ból o nasileniu umiarkowanym i silnym leczy się słabymi opioidami oraz lekami z I szczebla drabiny analgetycznej i lekami uzupełniającymi. Ból silny i bardzo silny (tak silny, jak można sobie tylko wyobrazić) leczy się silnymi lekami opioidowymi oraz lekami z I szczebla drabiny analgetycznej i lekami wspomagającymi²⁴.

2) Zasada leczenia bólu zgodnie z jak najlepszą drogą podania mówi, że dobieramy drogę podawania leków najmniej uciążliwą dla pacjenta i niesprawiającą mu dodatkowego cierpienia²⁵.

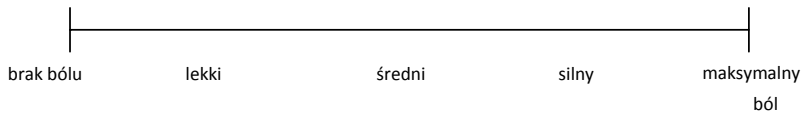
3) Zasada leczenia bólu zgodnie z „zegarem” – leki przeciwbólowe podaje się w regularnych odstępach czasu, aby było ich stałe wysycenie w organizmie

²⁴ M. Watson, C. Lucas, A. Hoy, I. Back, *Opieka paliatywna...*, op.cit.; H.Ch. Diner, Ch. Maier, *Leczenie bólu...*, op.cit.

²⁵ M. Krajnik, M. Rogiewicz, *Opieka paliatywna...*, op.cit.

człowieka, można powiedzieć, że leki podaje się niejako profilaktycznie, aby nie dopuścić do wystąpienia bólu²⁶.

4) Zasada monitorowania skuteczności leczenia – skuteczność każdego leczenia przeciwbólowego powinna być monitorowana, np. za pomocą prostego narzędzia, jakim jest skala wzrokowo-analogowa – *Visual Analogue Scale* (VAS). Jest to graficzny odcinek 10-centymetrowy, na którym pacjent zaznacza wielkość natężenia bólu aktualnie odczuwanego. Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się pozycje skrajne w ocenie bólu: punkt „0” oznacza – nie ma bólu (brak odczucia bólu), punkt „10” – ból maksymalny (ból tak silny, jak tylko jest to możliwe). Wzdłuż tej linii mogą znajdować się słowne określenia natężenia bólu (ból lekki, średni, silny)²⁷. Bóle umiarkowane są przeważnie akceptowane przez chorych i wskazują na prawidłową terapię przeciwbólową (mieszczą się w przedziale VAS 0–3). Bóle o nasileniu VAS 7–10 uznawane są jako bardzo silne (nie do wytrzymania) i wskazują na duże błędy w leczeniu, i wymagają natychmiastowej, prawidłowo prowadzonej interwencji terapeutycznej²⁸.



Ryc. 8. Skala VAS

Ź r ó d ł o: *Podstawy opieki paliatywnej*. Red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

5) Zasada profilaktyki działań niepożądanych stosowanych leków – leki przeciwbólowe mogą powodować wiele działań niepożądanych. Dla tego, oprócz monitorowania skuteczności terapii, warto monitorować i zapobiegać działaniom niepożądanym, które mogą być nieprzyjemne dla pacjenta (np. zaparcia, suchość w ustach) lub nawet groźne dla jego życia (depresja ośrodka oddechowego objawiająca się zmniejszeniem liczby oddechów do całkowitego bezdechu)²⁹.

6) Zasada zgodnie z pacjentem – postępowanie terapeutyczne nie powinno być rutynowe, do każdego pacjenta należy podejść bardzo indywidualnie (wiek, masa ciała, stan organizmu, np. zespół kacheksja-anoreksja-astenia)³⁰.

²⁶ *Leczenie bólu nowotworowego i opieka paliatywna nad dziećmi*, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Media Rodzina, Poznań 2001, s. 38–44; *Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna*, Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1994, s. 14.

²⁷ J. P y s z k o w s k a, *Możliwości oceny bólu przewlekłego...*, op.cit.

²⁸ *Podstawy opieki paliatywnej...*, op.cit.

²⁹ M. W a t s o n, C. L u c a s, A. H o y, I. B a c k, *Opieka paliatywna...*, op.cit.

³⁰ Ibidem.

Literatura

B l o c k B., *Postawy wsparcia duchowego osób umierających otoczonych opieką holistyczną*, [w:] *Problemy współczesnej tanatologii*. Red. J. Kolbuszewski, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 1999.

Ból i jego leczenie. Red. J. Dobrogowski, M. Kuś, Springer-PWN, Warszawa 1996.

D e W a l d e n - G a ł u s z k o K., M a j k o w i c z M., *Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego*, Akademia Medyczna, Gdańsk 2003.

D i e n e r H.Ch., M a i e r Ch., *Leczenie bólu*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2005.

D u t k i e w i c z E. SAC, *Zdjąć udrękę. Opieka duchowa nad umierającymi*, „Więź” 1999, nr 2, s. 84–91.

K r a j n i k M., R o g i e w i c z M., *Opieka paliatywna*, Akademia Medyczna, Bydgoszcz 1998.

Leczenie bólu nowotworowego i opieka paliatywna nad dziećmi, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Media Rodzina, Poznań 2001, s. 38–44.

Leczenie bólu w chorobach nowotworowych i opieka paliatywna, Fundacja Pomoc Krakowskiemu Hospicjum, Kraków 1994.

P a w ł a k Z., *Opieka duchowa w terminalnej fazie choroby*, „Nowa Medycyna” 2000, nr 1.

Podstawy opieki paliatywnej. Red. K. de Walden-Gałuszko, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.

P y s z k o w s k a J., *Ból u chorych w okresie terminalnym*, [w:] *Służba człowiekowi u kresu życia*. Red. J. Pyszkowska, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa 2004.

P y s z k o w s k a J., *Możliwości oceny bólu przewlekłego. Próba obiektywizacji oceny bólu za pomocą zmodyfikowanego arkusza oceny bólu*, „Psychoonkologia” 1999, nr 4, s. 13–27.

T w y c r o s s R., F r a m p t o n D., *Opieka paliatywna nad terminalnie chorym*, Abedik, Bydgoszcz 1996.

T w y c r o s s R., *Leczenie objawowe w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, Groningen 1991.

W a t s o n M., L u c a s C., H o y A., B a c k I., *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2007.

S m i t t E. *Oskar i pani Róża*, Kraków 2004.

W a t t - W a t s o n J., D o n o v a n M., *Pain Management. Nursing Perspective*, Mosby-Year Book, St. Luis 1992.

Zwalczanie bólów nowotworowych. Red. J. Kujawska-Tenner, MZiOS, Warszawa 1994.

Harry Duda*

Dzielenie się starościami – szukanie nowego paradygmatu

„Dźwigajcie wzajem ciężary swoje”
(z *Nowego Testamentu*)

Zdania wstępne

Przy pewnym uproszczeniu i przy wszystkich możliwych zastrzeżeniach, że nie zawsze i nie we wszystkim jesteśmy (czy też możemy być) kowalami własnego losu, twierdzę, że na naszą starość w wymiarze materialnym, psychicznym i moralnym pracuje całe nasze życie. A u podstaw każdego życia leży wychowanie – rodzinne, szkolne, społeczne, wreszcie też samowychowanie trwające aż do śmierci. Oczywiście mam na myśli wychowanie nierozzerwalnie związane – jak forma i treść – z przyswajaniem wiedzy, a więc edukację.

Jak napisał wielki lekarz, twórca teorii toksemii, dr John H. Tilden (1851–1940), m.in. w odniesieniu do dzieciństwa:

[...] Nauczenie dziecka równowagi i samodyscypliny – tak, by będąc same, również było zadowolone – jest procesem, który powinien zostać zapoczątkowany już od urodzenia. Dzieci nie potrzebują nieustannej rozrywki. Pozostawione same sobie znajdują rozrywkę w zajmowaniu się sobą. [...] Dziecko potrzebuje miłości i opieki, duchowego pobudzania i porządkującej, prowadzącej dłoni, która jednak zarazem wskazuje mu określone granice. [...] z drugiej strony nadmierne rozpieszczenie też jest szkodliwe [...] otaczanemu nadmierną opiekuńczością brakuje możliwości zbudowania swej siły duchowej – można to porównać z mięśniem, który ulega stałemu osłabieniu, jeśli w ogóle nie pracuje. Nie jest w stanie osiągnąć poczucia wewnętrznego zadowolenia i szczęścia z prawdziwie własnych dokonań. Jest słabe, niezadowolone i egoistyczne [...]¹.

A w innym miejscu napisał o starości:

[...] cóż pozostaje godnego kochania, gdy dusza jest zniszczona? Jeśli człowiek przez leniwość i nawyki niszczące zdrowie ześlizgnie się poniżej stanu, jaki oczekiwany jest przez jego przyjaciół, to czy można się dziwić, że odwróci się odeń plecami? Kim są ci starzy ludzie pozostawieni na pastwę samotności? To ci ludzie, którzy żyli samolubnie – którzy pożądali rozryw-

* Poeta, pisarz, mieszka w Opolu.

¹ J.H. T i l d e n, *Toksemia – przyczyna wszystkich chorób*, INTERSPAR b.r. i m.w., s. 115–116.

ki, zamiast zająć się samymi sobą. Zadowolenie i zajęcie muszą pochodzić z wnętrza – przez oddanie, pracę i książki. Jeśli tego źródła radości nie odnajdziemy przed starością, to czeka nas samotność. Nawet pośród tłumu ludzi będziemy samotni, na zawsze samotni. Cóż mogłoby być bardziej patetyczne?²

Im więcej za nami, a mniej przed nami, tym bardziej zasiedlamy naszą pamięcią przeszłość. Dokonujemy bilansów i ocen. Te zaś wypadają dobrze lub źle, zwykle są jednak mieszane – z przewagą tego, co dobre lub tego, co złe; rzadko obie strony tego równania są w miarę równe. Skoro jednak przeszłość jest „niecofalna”, o czym wiemy, pozostaje nam zwrot ku temu, co przyszłe, jakkolwiek zwykle to przyszłe jest niewiadomą zarówno co do czasu trwania (a więc i jego końca), jak też jakości tego trwania i realnych możliwości czynienia w pozostałym nam czasie lepiej i mądrzej niżli dotąd.

Biblijny Kohelet m.in. tak mówi o starości³:

[...]

Wspaniałością jest światło, miłe oczom słońce.
Lecz choćby kto żył długo i w radości, końce
dni powinien dostrzegać przed sobą: że zdarzą

się po dniach jasnych – ciemne i czas aż ponury,
kiedy światłość wszelaką przesłonią ci chmury,
a dni przeszłe marnością nawet się okażą.

Warto jednak zachować o dobrej przeszłości
pamięć, tej bowiem żadne i przyszłe zaszczyty
nie są w stanie odmienić i odebrać tobie.

[...]

Oddal gniew, przygnębienie odsuń, a ból ciała
zlekceważ i nie tęsknij, by ci się nie zdała
młodość dobrem najwyższym dla twego frasunku.

Bo dzieciństwo i młodość także są marnością –
tak samo przemijają jak dobro z zaciornością
i jak kolor twych włosów z czarnego na siwy [...]

Interakcje a dzielenie się

Zbiór większości interakcji zachodzących między ludźmi można określić jako rodzaj „wzajemnego dzielenia się sobą” (także w sensie ekonomicznym – dzielenie się pracą, organizacją pracy, kapitałem, zyskiem itp.), wynikającego z oczywistej i niepomijalnej współzależności jednostek w społeczeństwach. Takie określenie jest jednak opisowe i nie wnika w intencjonalność jedno-

² Ibidem, s. 19.

³ *Księga Koheleta czyli Eklezjastesa* 11,7 – 12,8, przekład własny.

stek, czyli w to, czy owe „dzielenie się” wynika z aktu ich świadomej woli (świadomego wyboru, intencjonalnej chęci), czy nie i w to, z czego ono wynika (z motywacji wychodzących od systemu wartości, z konieczności, z przymusu itd.). Czy tego chcą, czy nie – ludzie dzielą się sobą z innymi, wymieniając pomiędzy sobą swój czas, pracę, dobra materialne i niematerialne. Przy tym, albo zarazem, dzielą się więc między sobą w różnym stopniu i zakresie także swoim, najdosłowniej, życiem.

To dzielenie się w największym stopniu i zakresie istnieje w życiu rodzinnym. Uczestnicy interakcji niekoniecznie sobie tę prawdę uświadamiają, choć zapewne większość ją jakoś dostrzega.

Do skrajnej perfekcji „dzielenie się życiem” doprowadziły społeczeństwa mrówek, a skrajność tego ewolucyjnego rozwiązania winna być jednocześnie przestrożą dla nas – przestrożą przed wszystkim, co skrajne, skrajność bowiem to najczęściej ślepy zaułek, podobnie jak ten (tu: ewolucyjny), w który zabrnęły mrówki i termyty. Otóż żadna mrówka nie może samodzielnie skonsuować pokarmu, który zebrała. Musi zostać nakarmiona przez inną mrówkę pożywieniem tej mrówki, a sama musi nakarmić tę, która nakarmiła ją.

Interakcje, edukacja, stereotypy

Rodzaje i jakości interakcji międzyludzkich zawsze jednak nacechowane są intencjonalnie, nawet jeśli wynikają z konieczności czy przymusu. Podobnie czyjaś praca może być wykonywana wyłącznie z konieczności, a mimo to – zależnie od osoby – nosić cechy albo niedbalstwa, albo perfekcji, zależnie od posiadanego (lub nie) etosu pracy i nastawienia człowieka.

Taka czy inna intencjonalność jako składnik postawy człowieka wobec świata i innych ludzi zawsze posiada silne związki z edukacją. Jednakowoż owoc finalny wszelkiej edukacji to także – czy chcemy, czy nie – zespół określonych stereotypów: widzenia, pojmowania świata i rozumowania. Te stereotypy są niepomijalne, albowiem zawsze istnieją określone stopnie niewiedzy niemal w każdej sprawie i każdym poznaniu, a także obszary wątpliwe, niejasne, inne zaś uwarunkowane subiektywnie, w tym kulturowo, obyczajowo, religijnie itp., itd. A wtedy w miejsca te wchodzi stereotypy, w pewnym sensie „skrót myślowo-poznawczy”, rzadko uprawnione obiektywizmem czy też w nim osadzone. Na co dzień więc i na ogół, w stadiach reakcji niemal odruchowych, w tym również podczas interakcji z innym ludźmi, nieświadomie posługujemy się stereotypami – jesteśmy nimi powodowani trochę jak przez programy, które sterują komputerem i z których istnienia komputer przecież nie zdaje sobie sprawy. A od treści tych stereotypów i ich charakteru (do pewnego stopnia moralnego) zależy bardzo wiele.

Dodajmy, że tak w przeszłości, jak obecnie (dzisiaj już perfekcyjne) manipulowanie społeczeństwami i masami ludzkimi odbywa się właśnie przez two-

rzenie i propagowanie (rozmaitymi technikami) stereotypów. Hipokryzja, jaka temu towarzyszy, maskowana jest m.in. komunałami o reklamie i marketingu, najistotniejszym bowiem (obok korzyści ideologicznych i politycznych) celem tej manipulacji jest zysk finansowy. Na przykład włącza się w ludzkie głowy przekonanie, że „moda jest czymś wspaniałym, a poddawanie się jej wpływom jest rzeczą chwalebna”, że „kto jest niemodny, ten jest głupi, małowartościowy, przestarzały” (sic! – przymiotnik od „starości”), „biedak”. Efekt? Wiele nastolatek w imię sprostania wymogom mody skłonnych jest puścić z torbami rodziców albo oddawać się prostytutce. A dość powszechna, niestety, praktyka w szkołach to wzajemna uczniowska dyskryminacja (zwykle jawna i nawet wyrażana słownie) ze względu na stan zamożności. Nic dziwnego zresztą, skoro i w życiu dorosłych takie praktyki istnieją, jakkolwiek mniej są jawne i nikt ich oficjalnie nie wyraża. Przykładów można by przytaczać wiele.

Młodość i starość – stereotypy ekstremalne; wielopodmiotowość decyzji

Niekiedy może być nam trudno orzec, czy mamy do czynienia ze stereotypem, czy też z zanotowanym przez wielowiekowe obserwacje i doświadczenie opisem stanu faktycznego starości. Chyba najczęściej bywa i tak, i tak – to znaczy, że pewne twierdzenia, opisy, uogólnienia (zwłaszcza one!) itp. są po części prawdziwe (jako opisy zdarzających się stanów faktycznych), a po części stereotypowe, w tym zwykle nieprawdziwe albo tylko częściowo prawdziwe.

Przyjrzyjmy się dwom przykładom sprzed ponad stu lat, wziętym z twórczości dla dzieci – autorstwa Marii Konopnickiej. Oto w wierszu *Dziadek* poetka m.in. pisze: „[...] Dziadek dużo widział, / Dużo ziemi schodził; / Już sam nie pamięta, / Kiedy się urodził [...]”⁴. Z jednej strony mamy tu niejako pochwałę starości (kontynuowaną w dalszych strofkach wiersza), jako że ów dziadek dużo wie, bo dużo widział. Z drugiej jednak strony ów liryczny obiekt zdradza wszak cechy klasycznej demencji, skoro już nie pamięta, kiedy się urodził. Oczywiście przy założeniu, że w ogóle kiedykolwiek to wiedział – jako człowiek piśmienny, a nie analfabeta. Rzecz w tym, że w wierszu autorka dokonuje niejako uogólnienia ludzkiego typu „dziadka”; w wierszu ten dziadek staje się „dziadkiem w ogóle”, nie jest już konkretnym pierwowzorem tego typu „dziadka” (np. analfabety ze wsi), ponieważ tak właśnie działa na odbiorcę literatura... I teraz: przecież nie każdy dziadek zdradza cechy demencji – niektórzy dziadkowie mają demencję, a niektórzy jej nie mają. Natomiast łatwo utrwalone – bo uogólnione w wierszu – skojarzenie dziadka z demencją wiedzie do kostniejącego w podświadomości stereotypu, iż każdy dziadek = demencja. Mamy więc pomieszane: opis istniejącego niekiedy stanu faktycznego ze stereotypem.

⁴M. K o n o p n i c k a, *Utworthy dla dzieci*, t. 3, LSW, Warszawa 1988.

Przykład następujący. W wierszu *Wesoły Janek* mamy zwrotkę: „[...] Dosyć czasu, by się smucić, / Gdy już będę stary, siwy; / Czemu teraz nie mam nucić, / Gdy wesoły, gdy szczęśliwy [...]”⁵. No właśnie... Tu już autorka wykorzystuje (a przez to utrwala) stereotyp klasyczny: starości przystoi (i przynależy!) smutek. Jak będziesz stary – będziesz się smucił, więc teraz, jako młody, nie smuć się! Masz na to czas! Jak będziesz stary – dość się jeszcze nasmuczysz... Tymczasem przecie wiadomo, że nie każdy starzec zawsze się smuci i nie każdy młody zawsze się cieszy; są starcy, którzy się niemal nigdy nie smucą (choć zapewne nie jest ich zbyt wielu) i młodzi, którzy niemal nigdy się nie cieszą; życie zbyt jest złożone, by je można było zamknąć w stereotypach.

Skoncentrujmy się jednak na zespołach dwóch tylko, dość znamienych stereotypów. Jedne wynikają z przekonań pajdokratycznych, a drugie – gerontokratycznych (zaś co za tym idzie: pajdocentrycznych i gerontocentrycznych). Darujmy sobie słownikową ścisłość definicji tych pojęć i słów. Jakkolwiek dosłownie „pajdokracja” oznacza ‘rządy ludzi młodych i niedoświadczonych’, a „gerontokracja” także, ale pozytywnie z definicji nacechowane, rządy ludzi starych – nie o rządy nam idzie, lecz o pewien system wartości, który te pojęcia sygnalizują. Traktujmy zatem te pojęcia nieco przenośnie.

Wracając do punktu wyjścia i mówiąc najkrócej: młodość, krzepa, młode piękno, perspektywy wiekowe, dyspozycyjność, niechorowitość to najwyższe wartości pajdocentryczne. „To do was, młodych, należy przyszłość” – wypowiedzie te słowa (skądinąd trywialnie oczywiste) pajdokratycznie nastawiony osobnik, a często oszalały polityk. W domyśle: co stare, to brzydkie, to słabe i ma mniejszą wartość albo wcale jej nie ma, automatycznie sugeruje, że stare się już nie liczy i w tej przyszłości udziału mieć nie może. Zamiast powiedzieć: „Przyszłość należy do nas wszystkich, młodych i starych”.

Z kolei inni twierdzić będą, że tylko stare jest mądre, szacowne, wymaga wszelkich ofiar, wszystko mu się należy i o wszystkim winno decydować. W domyśle: młode głupie jest, nie ma nic do powiedzenia, winno słuchać starych i podporządkowywać się im we wszystkim.

Zauważmy, że – podobnie jak przy wielu innych stereotypach – mamy tu do czynienia z pewnym ekstremizmem myślowym, ponieważ pomiędzy treściami tych stereotypów właściwie nie ma punktów stykowych, jakiegoś *iunctim*, lub jakichś mniej lub bardziej łagodnych przejść od jednego do drugiego. Na odwrót – one się wzajem prawie wykluczają.

Ludzie wychowani w tym jednym lub drugim stereotypie będą nie tylko uważali, że są one dobre, ale także będą wedle nich postępowali. A zatem – to one, te stereotypy, będą kształtowały treść, kierunek i jakość (także moralną) interakcji nosiciela stereotypu z innymi ludźmi. Pół biedy, jeśli uczestnikami tych interakcji są niezależni, równorzędni partnerzy i mamy do czynienia

⁵ Ibidem.

z interakcjami równorzędnymi. Problem zaczyna się wówczas, gdy partnerzy tych interakcji są zależni od, powiedzmy – „dojrzałego” nosiciela stereotypu (lub są wzajemnie zależni od siebie w rozmaity sposób), czyli są np. zależni tylko z racji wieku, będąc dziećmi, młodzieżą albo starcami – we wszystkich możliwych do zaistnienia kierunkach zależności między nimi, zważywszy i to, że przecie wiek każdego człowieka nie jest *constans*, lecz postępuje w czasie.

Ponadto te interakcje determinowane wiekiem są powszechne także poza rodzinami, na wszelkich polach życia środowiskowego i społecznego. Tak więc w przebiegu czasowym, diachronicznie, wszyscy tak czy inaczej stajemy się po części podmiotami decyzji (naszych), a po części przedmiotami (cudzych) decyzji. Bywa, że my podejmujemy decyzje (i postępujemy) wobec innych i bywa, że inni podejmują decyzje (postępują) wobec nas, a niekiedy dzieje się to niemal równocześnie.

Młodość i starość jednakowo ważne

Myślę, że każdy, kto się odcina od myślenia ekstremalnego i stereotypowego, musi uznać, że wszystkie fazy biologicznego życia człowieka (najkrócej: młodość, dojrzałość, starość), ponieważ są one konieczne i niejako przedustawnie nam „zadane” (dla jednych przez naturę, dla drugich przez Boga) – są jednakowo dobre i jednakowo ważne. Dlatego należałoby wypierać z systemów wartości (drogą perswazji intelektualnych, edukacji i nowego obyczaju) zarówno tendencje pajo-, jak gerontokratyczne. Niech będzie analogią rozważenie dwóch twierdzeń: „Inni są ważniejsi ode mnie” i „Ja jestem ważniejszy od innych”. Już tylko zdrowy rozsądek winien nam podpowiadać, że bardziej sensowne będą twierdzenia: „Jestem tak samo ważny jak inni” i „Inni są tak samo ważni jak ja”.

Modna jest dzisiaj tzw. ekologia (słowo skrajnie nadużywane, ponieważ przede wszystkim jest to nazwa szacownej nauki), ale zarazem – jako wiedza i oparta na niej postawa – jest ona dzisiaj niepomiarne ważna. Pamiętam, że kiedy 42 lata temu odwiedziłem w Krakowie Stanisława Lema, czytał on w języku angielskim podręcznik ekologii. Po przywitaniu się Lem powiedział: „Czytam właśnie ekologię” – wskazał na odłożoną książkę. – „Zobaczy pan, ta nauka zawojuje XX i XXI wiek, stanie się nieodzowna”. I oczywiście – ten wielki myśliciel, artysta *science-fiction* i wizjoner miał rację...

Przywołajmy więc przykład poniekąd ekologiczny. Zdrowy las (naturalny lub do niego zbliżony) składa się z bardzo rozmaitych drzew i innych roślin zarówno co do gatunków, jak wieku i stanu zdrowotnego. Są w nim osobniki młode i stare, zdrowe i chore, gatunkowo „piękne”, a inne brzydaczne, pokręcone, kalekie. Las nie jest jedynie sumą drzew. Jest czymś więcej. Jest specyficzną jakością. I sumą nieprawdopodobnie złożonych wzajemnych zależności warunkujących życie lasu jako ekosystemu. Dokładnie to samo możemy po-

wtórzyc w odniesieniu do społeczeństw ludzkich i będzie to analogia w pełni uprawniona...

Egoizm

Przejawianie się egoizmu (w postawach, czynach, a najczęściej w zaniechaniach) jest o wiele łatwiejsze wobec słabszych i zależnych od nas niż wobec osób usytuowanych równorzędnie z nami albo silniejszych, od których to my jesteśmy uzależnieni. Ludzie starzy zaś zwykle bywają „słabsi” wobec młodszych i od nich właśnie zależni, toteż znacznie częściej spotykać się mogą z objawami egoizmu młodszych wobec siebie. Niekiedy, wcale jednak nie rzadko, stosunki młody–stary mają się tak jak między sprawcą (potencjalnym) przemocy a jej ofiarą. Pomocna w ich interpretacji może się więc okazać wiktymologia ogólna, badająca stany pokrzywdzenia i procesy krzywdzenia jednostek w społeczeństwie. Ostatecznie więc stosunek młodych czy młodszych wobec starszych jest niejako wypadkową ze składowych egoizmu tych pierwszych, tzn., upraszczając, zależy od osobniczego stopnia tego egoizmu.

Przewycięzanie egoizmu, postawa alterocentryczna

W postawach ludzi wobec ludzi zawsze ścierały się i będą ścierać dwie postawy niepotrzebnie ekstremalne w wyrazie (choć w praktyce oczywiście przemieszane): egoistyczna (towarzysząca egocentryzmowi) i altruistyczna. W skali mniejszej, rodzinnej, zwykle one najwyraźniej są widoczne i mają najbardziej kardynalne znaczenie. Ich rola w skali szerokiej, społecznej, do pewnego stopnia maleje, co nie znaczy, że znaczenie swe tracą. Tymczasem zauważmy, że istnieć może stan pośredni: obok interesowności i bezinteresowności – interesowny altruizm, czyli, paradoksalnie, egoistyczny altruizm.

Jeden z wielkich etyków medycyny profesor Julian Aleksandrowicz propagował taką postawę jako tzw. postawę alterocentryczną, co uzasadniał, a ja miałem zaszczyt także brać udział w tym uzasadnianiu. Z racji ułomności ludzkiej natury stan pełnego altruizmu jest niesłychanie rzadki, jeśli w ogóle możliwy, a z pewnością tak trudny do osiągnięcia, że zalecanie go innym (w dodatku nie osiągnąwszy go samemu) byłoby tyleż mało skuteczne, co obłudne i siłą rzeczy „podejrzone”. Jednak nabycie przekonania (przez własne doświadczenie i edukację) i przekazywanie go jako twierdzenia, że czynienie dobra dla innych jest działaniem w interesie jak najbardziej własnym, może prowadzić do wypierania z naszej podświadomości i świadomości stereotypów widzenia korzyści własnej, a w efekcie – prowadzić do zwiększania dobrostanu nas samych i ludzi wokół nas.

Nie idzie nawet o to, że inny stereotyp, pozytywny (a może nawet jest to przekonanie metafizyczne), mówi, że „Dobro uczynione przez nas innym zawsze do nas wróci” (takie przekonanie posiada też piszący te słowa). Idzie

o to, że przesłanie alterocentryzmu (nawet z najbardziej pragmatycznego i zarazem prakseologicznego punktu widzenia) najczęściej się sprawdza. Na przykład jeśli jesteśmy bardzo majątni, starajmy się, aby inni wokół nas także coś posiadali – aby i im żyło się dostatniej. Pomóżmy im, jeśli możemy. Jakież jest przeżywanie naszej sytości w otoczeniu ludzi bardzo głodnych?

Różniej nam śmiać się z tymi, co także się śmieją, a nie z tymi, co mają twarz porysowaną cierpieniem. Wszak i śpiewamy z tymi, co śpiewają, a nie z tymi, którzy milczą...

Zauważmy też, że bogacz w otoczeniu nędzarzy nie może czuć się bezpiecznie, bo wcześniej czy później nędzarz przyjdzie do bogacza zabrać mu to, co tenże ma, może nawet jego życie... Syty nie przyjdzie (na ogół) ukraść coś innemu sytemu, choć często nędzarz okrada też nędzarza, a syty umie jeszcze ograbić biednego...

W jakże wielu krajach ludzie bogaci i mądrzy (co nie musi iść w parze) zrozumieli powyższe prawdy. Uchronili przeto i siebie, i swoje kraje przed koszmarami rewolucji nędzarzy, bo w porę – i umiejętnie (to też trzeba umieć) – rozpoczęli alterocentryczny proces dzielenia się bogactwem i pomyślnością. Nie sądzę, aby w większości czynili to z pobudek, powiedzmy, miłości bliźniego, patriotyzmu itd. Robili to we własnym, najlepiej pojętym interesie.

Dla czynienia dobra intencja nie ma większego znaczenia; jeśli ktoś karmi głodne dziecko, czy ważne, że robi to ze względów religijnych, fiskalnych (podatki), emocjonalnego odruchu, wymogu sumienia, zapisu prawa, czy z innych powodów? Dobrze, że je karmi.

Jak się to wszystko ma do starości?

Być może wydaje się, że powyżej formułowane zdania niewiele mają wspólnego z problemem starości. Zapewniam jednak, że są z nim mocno powiązane, ponieważ muszą leżeć u podstaw takiego zespołu punktów widzenia starości, jakie chciałbym zawrzeć w holistycznej (całościowej) i zarazem idealistycznej wizji nowego paradygmatu.

Wydaje się, że stary człowiek nade wszystko pragnie zachować swą podmiotowość – pozostawać jeśli nie jedynym autorem decyzji wobec siebie, to w każdym razie znaczącym i rozstrzygającym, co przecie jest podstawowym warunkiem godności każdego człowieka i przysługującym mu prawem. Tymczasem sterowane stereotypem tendencje wielu osób z otoczenia ludzi starych prowadzą do praktycznego ograniczania lub usuwania tego prawa. Niszczący stereotyp zda się wtedy przyjmować postać poszerzonego porzekadła: „Ryby, dzieci i starcy głosu nie mają”. Ma się rozumieć – pomijam tu smutne konieczności związane z prawnym ubezwłasnowolnieniem danej osoby, jej demencją czy inną ciężką chorobą, stanem trwałej nieprzytomności itp.

Starość bowiem postrzegana bywa jako stan degradacji i obniżenia wartości (także, niestety, tej rynkowej czy ekonomicznej), co jest najzupełniej stereo-

typowe. W ślad za tym idzie milcząco domniemanie, że wobec tego człowiek stary jest jakoś „gorszy” od nas, młodszych, niższy w hierarchii ludzkiej, więc nie powinien mieć do gadania tyle, ile mamy lub możemy mieć my. To jeden z pierwszych etapów uprzedmiotowienia ludzi starych.

Jakże często właśnie z tym związany stres wiedzie ostatecznie do tego, że ludzie starzy to milcząco akceptują. Jednak powstałe na tym tle – i kompleks, i emocjonalna trauma składają się na niejedną „toksyczność” w zachowaniu starców wobec swego otoczenia.

Pozwólmy starości działać na rzecz samej siebie, niech przestanie być ona jedynie przedmiotem naszych zabiegów, świadczeń, nakazów, rozwiązań prawnych i organizacyjnych, rozważań itd.

Zwrot ku temu, co przyszłe oznacza w edukacji (od lat najwcześniejszych), że człowiek powinien, a zapewne może, myśleć i kształtować swe widzenie świata również na podstawie rzeczy tak kardynalnie pewnej jak sama śmierć, a mianowicie, że kiedyś – jeśli dożyje – będzie stary. Skoro odeszły w przeszłość domy wielopokoleniowe i związane z nimi autopsje w doświadczaniu starości i śmierci, skoro naturalne w tym względzie doznawanie rzeczywistości prawie już nie istnieje, w jego miejsce musi wejść zespół informacji i prawd formułowanych w takim czy innym zakresie werbalnie, jedynie wspieranych przez rozmaite pomoce audiowizualne czy ikonografię lub działania wolontariackie skierowane do ludzi starych. Starość powinna zatem, jak uważam, stać się jednym z ważnych tematów edukacji w XXI w.

Przy pewnym stopniu egoizmu choćby jednego (z dwóch) uczestnika interakcji proces dzielenia się i wymiany wszelakich najszerzej rozumianych dóbr albo ustaje całkowicie, albo staje się świadczeniem jednostronnym, zwykle wedle kierunku od słabszego do silniejszego.

Skoro nigdy nie możemy całkowicie uwolnić się od stereotypów i reakcji stereotypowych, spróbujmy wprowadzać w naszą mentalność stereotypy nowe, może – umownie biorąc – „lepsze” czy bardziej społecznie pożądane i uzasadnione. Parafrazując słowa Norwida, że „Jutro to jest dzisiaj, tylko trochę dalej”, przyjmijmy definicję: „Stary to jestem ja (jesteś ty) tylko trochę później”, a zatem to nie jakiś „on jest stary”, inny stary, ale w tym samym stopniu ja co on, on co ja. „W nim” jest cała jego młodość i starość, a „we mnie” – tylko moja młodość, w pewnym sensie jestem więc uboższy od starego.

Uwewnętrznione przekonanie, że młodzi i starzy jesteśmy co najmniej równoważni czy równorzędni, otwiera pole do postawy alterocentrycznej, stawiając jednocześnie w nowym świetle maksymę „Nie rób innemu, co tobie niemiłe”. Można ją bowiem odwrócić i mówić: „Rób innym to, co jest (lub będzie) miłe i dla ciebie”, a być może są to słowa lepiej przyswajalne.

Jak na razie problem starości niemal w skali całego świata (z wyjątkami) pozostaje jednym z problemów nierozwiązywalnych. Tymczasem, jak powiedział zmarły niedawno profesor Leszek Kołakowski, jeśli społeczeństwa

borykają się z problemami w praktyce nierozwiązywalnymi, to znaczy, że są to problemy natury filozoficznej. To stwierdzenie wielkiego filozofa ma swą podstawę w metametodologii, z której zdaje się wynikać, że każda formuła myślowa (a więc i filozoficzna czy matematyczna) im bardziej jest abstrakcyjna, tym większą posiada moc trafnego orzeczenia o rzeczywistości, jakkolwiek nie umiemy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego tak jest.

Nie jest w tym sensie problem starości ani problemem tylko socjologicznym, etycznym, biologicznym, medycznym itp., itd. Jego rozwiązanie możliwe jest jedynie pod warunkiem całościowego spojrzenia z lotu ptaka, czyli nadania mu stopnia uogólnienia, z którego dopiero następnie wywodzić trzeba poszczególne kierunki działań, a nade wszystko ustalić priorytety.

Przykład Jana Pawła II

Będąc na celowniku całego – najdosłowniej – świata, a zatem, niejako, „na scenie” świata, jako osoba stale i chyba najpilniej obserwowana ze wszystkich osób dotąd żyjących, papież Jan Paweł II pokazywał temu światu nie tylko przemożny blask człowieczeństwa w przejawach wiary, etyki, rozumu i emocji, charakteru, niespożytych sił ducha; nie tylko był przykładem triumfu jednostki – dowodem, że to ludzie, jednostki i ich zbioru, tworzą i zmieniają świat, a nie jakieś abstrakcyjne „masy”...

Jan Paweł II pokazywał też na przykładzie własnym wszelkie ograniczenia, jakie niesie ludziom biologia, przestrzegając niejako przed ludzką megalomanią czy pychą; pokazywał wymiar ludzkiej kruchości, jaką najbardziej widać w chorobie, starości i śmierci. Chorował bowiem, cierpiał, starzał się i w końcu umierał na oczach świata.

W przeszłości było nie do pomyślenia, aby świat osobę tak ważną jak papież mógł codziennie obserwować w chwilach słabości jego ciała; widok takiej słabości ukrywano również w przypadkach świeckich władców czy tylko dostojników.

Jan Paweł II dzielił się sobą całym – tak blaskiem, jak i cieniem ludzkiej egzystencji. Nie ulega wątpliwości, że tak właśnie chciał, że przyświecał mu w tym powszechny cel i zamysł edukacyjny. Papież mówił w ten sposób, że los nas wszystkich jednak jest; że wobec praw życia i biologii jesteśmy równi. Ale mówił sobą także to, że ani starość, ani choroba, cierpienie i słabość czy niepełnosprawność w żadnym calu nie naruszają godności osoby ludzkiej, że nie staje się ona w tych okolicznościach i etapach życia mniej ważna, mniej wartościowa, zdegradowana czy niezasługująca na szacunek – uwagę serca i rozumu.

Kilka kroków w kierunku „ziemi”

Spieszę w moich rozważaniach zejść z idealistycznego nieba na ziemię, ujmując to schodzenie w proste pytanie: Czy możliwe jest dzielenie się staro-

ścią – na podobieństwo, powiedzmy, dzielenia się sukcesami i radościami, jak smutkiem i cierpieniem, wreszcie jak wiedzą, chlebem czy innym dobrem. Oczywiście bowiem, że nikt nie przyjmie dzielenia się tym, co jest bezwartościowe.

Zmierzając do nowego paradygmatu, powinniśmy na początku przyjąć jakieś aksjomaty albo uzasadnione twierdzenia ogólne (niekoniecznie nowe, ale może dotąd ukryte lub niebrane pod uwagę).

Twierdząc, że starością nie tylko można, lecz także należy się dzielić, przyjmujemy tym samym milcząco założenie (tu jednak wyrażone), iż starość jest wartością o jakiejś cenie, jakkolwiek niewymiernej lub trudno wymiernej. W istocie nie ma w tym niczego nowego, bo przecież jeśli przyjmiemy za prawdziwe twierdzenie (dla innych jest to nakaz, jeszcze inni mają tu w szczególności różne wątpliwości), że ludzkiemu życiu należy się szacunek i ochrona od poczęcia po zgon albo twierdzenie równoważne, choć wyrażone prościej, że „życie ludzkie jest najwyższą wartością”, musimy też zarazem przyjąć implikację, że z określenia tej wartości nie może być wyjęta, usunięta, żadna faza tegoż ludzkiego życia. Tyle nam powie teoria i semantyczna gra myślowa, do takiego przekonania prowadzi nas etyka i często doświadczenie życiowe. Jest więc starość wartością dodatnią.

Aby nie popaść w hipostazę, a wyjść ze skrótu myślowego, powiedzmy od razu, że człowiek stary jest wartościowy z definicji tak samo jak młody, oczywiście pod warunkiem, że w ogóle jest on wartościowy jako człowiek – przy świadomości bardzo względnego wyważania czy definiowania, kto to jest (a kto nie jest) „człowiek wartościowy” (zarówno ten stary, jak i młody). Z konieczności jednak obracamy się w sferze pewnych modeli myślowych, które siłą rzeczy są i abstrakcyjne, i wyidealizowane.

Jednakowoż w świecie, który od najwcześniejszych pamiętanych przez historię czasów charakteryzował się w praktyce najzupełniej nikłym szacunkiem dla ludzkiego życia i jego wartości w ogóle, domaganie się jakiegoś szczególniejszego szacunku dla starości (lub np. dziecięctwa, macierzyństwa itp.) może być uważane za przejaw hipokryzji. Chcielibyśmy – jakaś część ludzkości by chciała – żyć w „cywilizacji miłości”. Ale na razie nadal żyjemy w „cywilizacji śmierci” i – dodajmy – nienawiści.

Przyznać wszakże trzeba, że świat ów przynajmniej w sferze teorii, propagandy i prawa (także międzynarodowego) poczynił pewne postępy i mozolnie wprowadza w życie pewien standard najogólniej nazywany prawami człowieka. I przynajmniej w tej perspektywie istota ludzka – traktowana integralnie – nie powinna doznawać jakiegokolwiek uszczerbku na swych prawach, bez względu na wiek. Oczywiście wiemy, jak często i w jak wielu miejscach, także w naszym kraju, te prawa są naruszane bądź lekceważone i w ogóle, i w szczególności, to znaczy – w stosunku do dzieci, ludzi starych, chorych i niepełnosprawnych, co jest domeną niechlubnej praktyki.

Pytajmy więc dalej – jeśli już się zgodziliśmy, iż starość jest wartością dodatnią – jakie warunki muszą być spełnione, aby tą starością można się było dzielić – tak w wymiarze jednostkowym, rodzinnym, jak społecznym. Dzielić się zaś po to, aby, zachowując naturalną łączność pokoleniową, dodawać dobro do wspólnego dobra, a nie ujmować niczego.

Próba podsumowania, składowe paradygmatu

Po pierwsze: za wszelką cenę, rzecz można, zachowywane musi być w praktyce niezbywalne prawo ludzi starych do wielostronnej (w tym decyzyjnej) podmiotowości.

Po drugie: potrzebne jest przekonanie, że młodzi potrzebni są starym, a starzy potrzebni są młodym. W tym celu konieczny jest wysiłek edukacyjny, od poziomu rodziny wychodząc, przez instytucje edukacyjne i całe życie społeczne. A jest to przekonanie dawno temu sprawdzone w praktyce i... zapomniane. Ostało się tu i ówdzie, niekiedy w społecznościach nazywanych przez nas z paskudną wyższością pierwotnymi czy plemiennymi. Oto w poddanej ludobójstwu Czeczenii pewien Czeczeniec ubolewa przed kamerą i retorycznie pyta: „Wymordowali nasze kobiety, dzieci i starców. A jak można żyć bez mądrości starców?”

Gdyby to zależało ode mnie, wprowadziłbym do szkół obowiązkowy przedmiot pn. wychowanie do starości (albo obowiązkowy temat w ramach podstawy programowej – „wychowania do życia w rodzinie”).

Po trzecie: obie strony tej interakcji (oczywiście ujmuję to w uproszczeniu) muszą być gotowe do dzielenia się, czyli spełniać warunki postawy alterocentrycznej. Wzajemna wymiana (dawanie i branie) wymaga partnerstwa, a przynajmniej obopólnego szacunku, i uznania autorytetu. Autorytet w życiu rodzinnym, środowiskowym i społecznym bywa rodzajem bieguna elektrycznego „plus” czy „minus”; bez takich biegunów nie istnieje różnica potencjałów, czyli nie płynie prąd (prąd myśli i innowacji). Niszczenie autorytetów (celowe czy nie) ostatecznie zawsze obraca się przeciwko nam samym. Ustanie prądu myśli sprzyja bowiem homogenizacji (jednakowe zlepki myślowe i językowe, ich powszechny standard – analogia do jednakowych wielkością i strukturą cząsteczek np. homogenizowanego serka), co wzmacnia stany entropijne prowadzące ostatecznie w entropii fizycznej do śmierci cieplnej, a w entropii społecznej i intelektualnej do rozbicia pozytywnych stereotypów zachowań i ustania ruchu myśli, a więc także do zapaści. Owocem tego procesu stają się ludzie o zhomogenizowanych umysłach, operujący na co dzień i od święta – bez jakiegokolwiek refleksji własnej – zbiorami stereotypów przejmowanych bezkrytycznie z najrozmaitszych źródeł i takimiż kierujący się w postępowaniu. Takie operowanie stereotypami ujawnia się przez język, który przybiera postać nowej nowomowy. Zauważmy, że u nas dzieje się tak mimo niemal

poligonowego, a zarazem laboratoryjnego doświadczenia społeczeństwa (nie tylko polskiego) z nowomową tzw. realnego socjalizmu. Najszczególniej wynaturzoną postać przyjmowała ona wcale nie w byłym ZSRR, lecz np. w NRD i dawnej Czechosłowacji, gdzie niemal każda wypowiedź „na szczeblu” wyższym niż we dwoje czy we dwóch musiała się zaczynać od magicznego zaklęcia „Jak mówi marksismus-leninismus...”

Po czwarte: cała infrastruktura społeczna (w tym moralna i prawna), sprzyjając wszystkim fazom życia człowieka i obywatela, musi w praktyce uznawać, że również starość jest tą fazą, która posiada swoje niezbywalne prawa, wymagania i wartości. Dopiero wtedy nastąpić może równowaga czynnikowa pomiędzy subiektywnymi postawami ludzi, uczestników wszelkich interakcji, a obiektywnym przystosowaniem warunków życia w ujęciu ogólnospołecznym i państwowym do stanu „dzielenia się starością” i „korzystania ze starości”. A taka równowaga może dać w efekcie korzystne dla wszystkich usytuowanie (miejsce) starości w życiu całego społeczeństwa.

Po piąte: ma się rozumieć – potrzebne jest wtedy bardziej szczegółowe określenie, co mianowicie w ramach pewnego dobra zwanego starością miałyby być, czy jest, tak cenne, aby mogło być „walutą” tej wymiany, a co zarazem nie poddaje się przecież jakiejś dekretacji, a nawet zdefiniowaniu czy skodyfikowaniu. Paleta barw tego, co potencjalnie i faktycznie starość może mieć do zaoferowania młodości (z wzajemnością od niej) jest bowiem praktycznie nieskończona.

Po szóste: starość jest rzeczą ludzką. I mimo że to stwierdzenie trywialne, wynika z niego konieczność – zatem – traktowania problemu również po ludzku, a więc w całej pełni humanistycznie (w tym humanitarnie), czyli etycznie. A nad treścią rozwiązań musi górować nie tylko priorytet, lecz także imperatyw moralny (etyczny). Dobro ludzi starych musi się znaleźć p r z e d intere- sem ekonomicznym (czy przesłanką ekonomiczną w rozumowaniu i decyzji) – chociaż jedno i drugie nie musi być ze sobą sprzeczne.

* * *

Przeciw powodzi, również niniejszej, słów o starości i młodości dobrze przywołać w obronie prostotę słów, że „człowiek powinien się starać żyć przyzwoicie”. W ramach tej maksymy – mimo wszystko (nic nie jest łatwe) – nie występują zasadnicze (kardynalne) trudności (problemy) w godzeniu starego i młodego. Jedno i drugie może respektować swe miejsce na arenie świata i wzajem się wspomagać – bez niezdrowych atrybutów konkurencji, wyścigu i sprzeczności. Mówiąc najprościej – bez k o n f l i k t u. Intuicja etyczna i zespół stereotypów tradycji i obyczaju jakoś nam przecież bez słów podpowiadają, co jest dobre, a co złe, co właściwe, a co nie. Wiemy więc, niemal każdy wie, jakkolwiek w ogólnych zarysach, co to znaczy „żyć przyzwoicie”.

Możliwe jednak, że piszący te słowa grzeszy naiwnością i bardzo się myli, albowiem ta „wiedza” dawno już przebrzmiała, a rzeczywistość współczesna to stan społecznej degeneracji znacznie głębszej niż mu się wydaje.

Być może również zasadne pozostaje pytanie, na ile konflikt pokoleń istnieje w realnej rzeczywistości, a na ile rysujemy go tylko w chorej (zbyt często) wyobraźni (sami go sobie wmawiamy i sami go przez to inspirujemy lub kreujemy w rozpasanej przestrzeni semantycznej). Warto jednak spostrzec, że jeśli nawet konflikt taki jeszcze realnie nie istnieje, to może być on realnie inicjowany, a potem potęgowany, przez rosnącą długowieczność ludzi (przynajmniej w krajach wysoko rozwiniętych).

Mówiąc obrazowo – „liczba miejsc jest ograniczona” (m.in. na rynku pracy, z którym ludzkość absolutnie sobie nie radzi w istniejących standardach ekonomiki praktycznej, podobnie jak nie znajduje ten problem rozwiązania w ekonomicznych teoriach). Jeśli z tego względu uniemożliwiony będzie pokoleniu młodemu normalny start w dorosłe życie i jego pokoleniowe przedłużanie, może się zdarzyć, że ów konflikt skutkować będzie wprowadzaniem pseudodarwinowskich, ale bestialskich w wyrazie, praktyk skrajnej walki o byt, w której pierwszymi i w szerokiej skali ofiarami staną się starsi, a zwłaszcza starzy. To kolejny problem z rodzaju aktualnie „nierozwiązywalnych”, a więc przystępując do niego, znowuż musimy postawić pytania natury filozoficznej. Dopiero odpowiedź na nie da nam szansę, byśmy ujrzeni rozwiązanie.

Donata Kurpas*

Kiedy starość nie jest równoznaczna z zależnością i samotnością – punkt widzenia lekarza rodzinnego

Analizy ekspertów są nieubłagane, pokazują rzeczywisty stan odbiegający od kreacji wymagającej najwyższej aktywności, atrakcyjności i reaktywności z otoczeniem. W roku 2001 osoby powyżej 65. roku życia stanowiły 11% populacji Irlandii i Słowacji, 17% – Szwecji, 18% – Włoch, a szacuje się, że do roku 2020 odsetek ten zwiększy się o dalsze 3–6%. Określa się, że liczba pacjentów powyżej 65. roku życia wymagających opieki długoterminowej wzrośnie o 50 do 120% między rokiem 1995 a 2025. Szacuje się także, że w roku 2020 jedna osoba na 44 będzie miała stwierdzone zaburzenie otępienne¹. W 2002 r. w Holandii 7% osób powyżej 65. roku życia przebywało w specjalistycznych instytucjach stałej opieki². W roku 1998 w Niemczech 2,4% ubezpieczonych korzystało z opieki długoterminowej³. Wydatki na opiekę zdrowotną chorych po 65. roku życia są siedem razy większe niż w przypadku przewlekle chorych poniżej tego progu wiekowego. Ustalono, że osoby po 75. roku życia wymagają 30% ogółu nakładów przeznaczonych na opiekę zdrowotną, stanowiąc jedynie 5% populacji⁴.

„Starzejąca się” populacja, wzrost liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi, opieka kompleksowa, opieka przede wszystkim w domu, promocja zdrowia i profilaktyka chorób wśród pacjentów w podeszłym wieku stanowią więc o przyszłości europejskiej opieki podstawowej⁵. Starość według większości lekarzy jest niestety równoznaczna z zależnością i samotnością ich pacjen-

* Dr n. med., Katedra Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

¹ M.W. R i b b e, *Care for elderly: the role of the nursing home In Dutch health care system*, „International Psychogeriatrics” 1993, No 5, s. 213–222.

² Ibidem; J.F. H o e k, B.W.J.H. P e n n i n x, G.J. L i g t h a r t, M.W. R i b b e, *Health care for older persons, a country profile: The Netherlands*, „Journal of the American Society” 2000, No 48, s. 214–217.

³ NHS Magazine, 2002, Extending care [http://www.nhs.uk/nhsmagazine/feat9.asp], 5 sierpnia 2007.

⁴ G.H. Brundtland, World Health Organization [http://www.who.int/director-general/speeches/2002], 26 maja 2006.

⁵ J.A. K n o t t n e r u s, *European primary care*, 2004.

tów, które są dolegliwościami budzącymi bezsilność, poczucie braku nadziei na pomoc zarówno u pacjenta, jak i lekarza. A przecież idee medycyny rodzinnej sprowadzają się do holistycznego ujęcia opieki nad pacjentem, zakładają radzenie sobie dopiero na kolejnym planie z jego trudnościami klinicznymi, w tym diagnostycznymi i terapeutycznymi, a na pierwszym psychospołecznymi. Wymaga to zreformowania relacji z pacjentem, porzucenia podejścia paternalistycznego, dominującego, narzucającego, na korzyść partnerskiego – dającego pacjentowi możliwość udziału w decyzjach – wspierającego.

Definicja medycyny rodzinnej i lekarza rodzinnego Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA) 2002 zakłada, że medycyna rodzinna jest dyscypliną akademicką i naukową, a także specjalnością medyczną, z programami badawczymi, bazą potwierdzonych danych (*evidence base*) i aktywnością kliniczną zorientowaną na opiekę podstawową. Lekarze rodzinni, zgodnie z założeniami WONCA, sprawują opiekę nad pacjentami w kontekście ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, uznając swoją zawodową odpowiedzialność. Lekarze rodzinni odgrywają swoją rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia i opieki, w tym opieki terminalnej⁶. Wiele lat trwało uzgodnienie na ogólnoswiatowym forum lekarzy rodzinnych płaszczyzn, którymi zajmuje się medycyna rodzinna/opieka podstawowa (nie we wszystkich krajach są to synonimy). Każda społeczność dodatkowo ma swą specyfikę kulturową, odmienne oczekiwania społeczne, charakterystyczne trudności kliniczne, społeczne, psychologiczne. W każdym systemie opieki zdrowotnej oczekiwania od opieki podstawowej będą więc swoiście odmienne, nie w ogólnym zarysie, ale w szczegółach wpisanych w codzienne życie pacjentów.

Współczesna opieka podstawowa koncentruje się na populacji pacjentów młodszych, aktywnych zawodowo, dbających o swe dorastające dzieci, nad którymi czuwa medycyna rodzinna. Niedobory tej opieki występują w stosunku do populacji pacjentów w wieku podeszłym, najbardziej „kosztotwórczych”, „czasochłonnych”, absorbujących największą część opieki podstawowej. Ta gorzka prawda ukrywana pod szczytnym hasłem medycyny rodzinnej niepowstrzymanie wymyka się spod kontroli, tracąc znamiona tabu, a zyskując na znaczeniu wobec współczesnych nieuniknionych zmian psychospołecznych. Coraz wyraźniej widzimy także, że o polskiej opiece podstawowej decydują nie lekarze rodzinni posiadający szerokie kompetencje, nie tylko kliniczne i przygotowani do rozwiązywania problemów psychospołecznych pacjenta, lecz lekarze ze specjalizacją z interny i pediatrii pracujący tylko w ramach opieki podstawowej, świetnie radzący sobie w warunkach oddziałów szpitalnych czy poradni specjalistycznych, ale jedynie klinicznie traktujący zaburzenia somatyczne pacjentów, bez kontekstu psychospołecznego.

⁶Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Europejskie definicje 2002. Medycyna rodzinna jako dyscyplina i specjalność.

Podkreśla się, że właśnie w populacji pacjentów w podeszłym wieku największe znaczenie mają główne cechy medycyny rodzinnej: prowadzenie ciągłej opieki w zdrowiu (profilaktyka, poradnictwo zdrowotne) i w chorobie (diagnostyka, leczenie, rehabilitacja) oraz że podstawę ich pełnej realizacji w diagnostyce i terapii ma stanowić relacja lekarz–pacjent. Nieunikniony jest silny subiektywizm w podejmowaniu decyzji, wpisany w profil medycyny rodzinnej. Nie zmienia to faktu, że powinna ona stanowić pole realizacji przede wszystkim działań z zakresu promocji zdrowia, prewencji chorób, w tym edukacji zdrowotnej, a dopiero kolejno: diagnostyki, terapii, rehabilitacji (zapobieganie/ograniczanie niepełnosprawności/usprawnianie) czy pielęgnacji. W każdym obszarze aktywności lekarza rodzinnego, zgodnie z założeniami, centralne miejsce zajmuje pacjent. Szczególne miejsce zajmuje pacjent w wieku podeszłym, wymagający kompleksowej i długotrwałej opieki.

Ale jaka jest rzeczywistość skrzętnie ukrywana pod sloganami opieki holistycznej? Codziennosc to mała dostępność do opieki podstawowej, nie wspominając o poradniach innych specjalności niż medycyna rodzinna czy dostępność do opieki szpitalnej; to niejasno określony zakres porad specjalistycznych i oczekiwań od lecznictwa szpitalnego; to kliniczne traktowanie objawów, „zapominanie” o profilaktyce, słabo akcentowane znaczenie tych najtrudniejszych, ale najbardziej efektywnych zmian stylu życia. Realność to zagubiony w labiryncie procedur pacjent („zagubiony” wprost proporcjonalnie do jego wieku), otrzymujący receptę, zażywający kolejny lek, nieinformowany, nieedukowany, stojący na rozdrożu wielokierunkowych, niejednokrotnie sprzecznych komunikatów z różnych poradni, od wielu lekarzy. Terażniejszość to informacyjny chaos, pozorny wpływ pacjentów na leczenie własnej choroby, wynikający z braku rzetelnego źródła tejże informacji. Przyszłość to koordynacja opieki i profesjonalne wsparcie.

Lekarz rodzinny ma do odegrania rolę koordynatora wysiłków różnych osób i służb. To sfera najwcześniej sprywatyzowana, która pokazała mocne i słabe strony gospodarki rynkowej, silną siłą swoich pacjentów, słaba nie zawsze zależną od niej koordynacją usług. Współczesne określenie „lekarz rodzinny” zawiera w sobie włączenie w struktury praktyki lekarza rodzinnego personelu pielęgniarskiego, a w dobrze funkcjonujących praktykach Europy Zachodniej m.in. fizjoterapeuty, psychologa, lepiej psychoterapeuty, informatyka, menedżera praktyki i ich asystentów.

Usługi pielęgniarskie mogą być wykonywane przez pielęgniarki praktyki lekarzy rodzinnych (zatrudniane przez lekarzy rodzinnych); pielęgniarki rodzinne/środowiskowe (zorganizowane w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej); pielęgniarki domowe (usługi odrębnie kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wyraźnie zdefiniowanych grup pacjentów). Nadal obserwujemy tendencje do niepodejmowania ryzyka indywidualnej realizacji świadczeń pielęgniarskich, o wiele bardziej popularne są listy pa-

cjentów przypisanych do danej pielęgniarki czy położnej w ramach praktyki lekarza rodzinnego⁷. Tak jak w całej Europie, tak i w Polsce opiekun rodzinny (inni członkowie rodziny: 82–96%, sąsiedzi i osoby wynajęte do opieki: 57–27%) przejmuje na siebie ciężar opieki nad pacjentem w domu. Z kolei najważniejsze dla opiekuna rodzinnego są: informacja o chorobie, na którą cierpi osoba pozostająca w opiece domowej (26,5% wskazań), informacje i rady o rodzajach pomocy/wsparciu, które są dostępne, oraz o tym, jak je uzyskać (14,2% wskazań), więcej środków finansowych, które pomogą zaopatrzyć się w rzeczy niezbędne do sprawowania dobrej opieki (13,9% wskazań)⁸.

Aktualnie najważniejsze deficyty w opiece podstawowej nad przewlekle chorym w wieku podeszłym według NHS (National Health Service, Wielka Brytania) dotyczą: nieprzestrzegania standardów postępowania, braku koordynatorów opieki nad przewlekle chorym, braku oceny działań długoterminowych (tym samym braku oceny efektywności opieki), niedostatecznej edukacji pacjentów⁹. Dostępne są analizy programów ukierunkowanych na poprawę opieki nad przewlekle chorymi w ramach systemu praktyk lekarzy rodzinnych. Na przykład program „Castlefields Health Centre” (Wielka Brytania) zakończył się: 15-procentowym zmniejszeniem hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym, skróceniem pobytu w szpitalu o 31%, zmniejszeniem całkowitej liczby dni pobytu w szpitalu o 41%. Podobne wyniki opisywano w przypadku implementacji programu „Evercare” (USA), w tym dodatkowo wykazano zmniejszenie o 50% nieplanowanych hospitalizacji, znamienne zmniejszenie zażywanych leków z poprawą stanu klinicznego pacjentów przy 97-procentowej satysfakcji pacjentów i profesjonalistów opieki zdrowotnej z samego programu. Rezultaty programu „Veterans Administration” (1994–1998, USA) również potwierdziły zmniejszenie długości hospitalizacji o 50% i redukcję przyjęć ostrożyżurowych o 35%¹⁰.

Poprawa opieki nad przewlekle chorymi w podeszłym wieku w opiece podstawowej w konsekwencji spowoduje zmniejszenie poziomu hospitalizacji i zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną, w tym skrócenie czasu oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych. Konieczne stanie się jednak rozbudowanie opieki socjalnej nad przewlekle chorym przebywającym przede wszystkim pod opieką domową. W zaleceniach WHO stwierdzono jednoznacznie, że instytucjonalna opieka jest dla chorego gorszą formą (mniej

⁷D. Kurpas, J. Drobnik, A. Steciwko, *Struktura zakładów i profil usług w ramach opieki podstawowej na Dolnym Śląsku*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008, Vol. 10, No 3, s. 468–471.

⁸B. Bień, H. Goroszkiewicz, *Opieka długoterminowa w geriatрії: dom czy zakład opieki?*, „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 10, s. 48–57.

⁹NHS, D. Colin-Thomé, G. Belfield, *Improving Chronic Disease Management* [<http://www.dh.gov.uk/organisation>], 5 sierpnia 2007.

¹⁰Ibidem.

efektywną klinicznie, społecznie, ekonomicznie) i wobec braku domowej powinna być traktowana jako ostateczna¹¹.

Opieka nad chorymi przewlekle będzie skuteczniejsza i sprawniejsza przy aktywnej roli pacjentów wspieranych przez profesjonalistów opieki zdrowotnej. W rezultacie dobrze funkcjonującej opieki zdrowotnej pacjenci przewlekle chorzy stają się najlepiej znającymi swą chorobę, w pełni świadomymi jej przebiegu, w partnerskiej relacji z profesjonalistami opieki zdrowotnej, którzy mają jedynie stwarzać środowisko dające szanse najlepszej kontroli choroby przewlekłej i redukcji jej następstw klinicznych, psychologicznych, społecznych, jak i ekonomicznych. Poprawa opieki nad przewlekle chorymi powoduje zmniejszenie zapadalności na inne choroby i śmiertelności, ograniczając w wymiarze klinicznym zaostrzenia chorób przewlekłych i zniwielając konieczność instytucjonalizacji, a w wymiarze ekonomicznym – obniżając wydatki wiążące się z terapią przewlekle chorych¹².

Pomoc i wsparcie przewlekle chorego i jego rodziny wymaga profesjonalnej wiedzy i umiejętności, a obejmuje przede wszystkim: informacje, konsultacje, doradztwo, przekazywanie wiedzy o chorobie i jej powikłaniach, doradztwo w sprawie adaptacji domu do zmieniających się potrzeb osoby chorej, doradztwo w sprawie wykorzystania sprzętu ortopedycznego i udogodnień ułatwiających samoobsługę, doradztwo w sprawie środków terapeutycznych i pielęgnacyjnych, nauczanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych i czynności higienicznych wykonywanych przy chorym leżącym, przekazanie umiejętności korzystania ze sprzętu, udogodnień i środków pielęgnacji osoby chorej, doradztwo w sprawie profilaktyki podstawowych powikłań somatycznych¹³.

W ramach lokalnych programów opieki nad przewlekle chorymi w Wielkiej Brytanii odchodzi się od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki w środowisku pacjentów¹⁴. Rozpoczyna się od identyfikacji wszystkich pacjentów z chorobą przewlekłą. Wskazuje się zasady promocji zdrowia poprzez organizowanie spotkań edukacyjnych. Dopiero kolejny etap kompleksowego postępowania w przypadku przewlekle chorych to terapia i regularna kontrola przebiegu choroby. Trzecim poziomem opieki jest zorganizowanie pomocy społecznej. W Wielkiej Brytanii działa 5,7 mln opiekunów domowych. Jedno na sześć gospodarstw domowych (ok. 17%) ma stały kontakt z takim opiekunem. W za-

¹¹ J. Derejczyk, *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*, [w:] *Jak żyć długo i w pełnym zdrowiu?* [http://www.filantropia.org.pl/publikacje/my_tez_rozdzial_6.pdf], 11 maja 2007.

¹² A. Steciwo, D. Kurpas, *Opieka nad chorymi przewlekle w praktyce lekarza rodzinnego*, „Służba Zdrowia” 2007, nr 68–71, s. 44–47.

¹³ Z. Kawczyńska - Butrym, *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Lublin 2001.

¹⁴ E. Dębińska, *Opieka długoterminowa w Unii Europejskiej*, „Magazyn Pacjenta Opieki Długoterminowej” 2004, nr 4 [www.dps.pl/recenzje/medi4-2004.php], 5 sierpnia 2007.

kresie stacjonarnej opieki długoterminowej funkcjonują zakłady pielęgnacyjne i domy dla pacjentów w wieku podeszłym. Oceny oczekiwań w zakresie opieki długoterminowej dokonuje wydział opieki społecznej. Pracownicy socjalni dobierają odpowiedni do potrzeb pacjenta pakiet opieki stacjonarnej bądź domowej¹⁵.

W Finlandii szpitale przy ośrodkach zdrowia zapewniają opiekę pacjentom przewlekle chorym, natomiast opieka długoterminowa sprawowana jest w warunkach stacjonarnych w oddziałach przy ośrodkach zdrowia i w domach opieki dla osób w wieku podeszłym. Konsultacje medyczne w domu opieki odbywają się 1–2 razy w tygodniu. Prowadzone są przez lekarzy ośrodka zdrowia, zwykle lekarzy rodzinnych. Gminy zapewniają także opiekę długoterminową poprzez organizację domowej opieki pielęgniarstwa (całodziennej lub przez część dnia), szpitali dziennych i innych ośrodków opieki dziennej¹⁶.

Wytyczne, zalecenia, dostęp do najnowszej wiedzy są domeną XXI wieku. Nie zmienia to faktu, że w USA odpowiednią opiekę medyczną otrzymuje mniej niż połowa pacjentów z nadciśnieniem, zaburzeniami depresyjnymi, cukrzycą i astmą oskrzelową¹⁷. W Polsce wśród pacjentów powyżej 85. roku życia ciągle korzystających z pomocy lekarskiej i właściwie leczonych jest zaledwie 20%, powyżej 70. roku życia 12% pacjentów trafia do szpitala z powodu ubocznego działania leków. Dla osób po 80. roku życia wskaźnik ten może przekroczyć 20%. Rozpoznawalność zaburzeń otępiennych w opiece podstawowej nie przekracza 10%¹⁸. Dane te pokazują skalę problemu, którego współczesny pacjent, coraz bardziej świadomy możliwości swych oczekiwań, nie może nie zauważyć.

Uznany w Europie model opieki nad chorymi przewlekle E. H. Wagnera opiera się przede wszystkim na efektywnej interakcji pomiędzy aktywnym pacjentem i proaktywnym zespołem profesjonalistów. Wskazuje się w nim na konieczność reorganizacji systemu opieki podstawowej z wypracowaniem: systemu określania i ewaluacji stanu klinicznego przewlekle chorych w ramach praktyki lekarza rodzinnego, godzin konsultacji dla przewlekle chorych i procesu edukacji ukierunkowanego na wykorzystanie zasobów własnych pacjentów¹⁹.

W modelu opieki nad przewlekle chorym dominują więc przede wszystkim płaszczyzny: edukacji pacjentów i ich rodzin z naciskiem na celowane

¹⁵ Education Alliance for Long Term Conditions [http://www.educationalliance.co.uk], 5 sierpnia 2007.

¹⁶ E. Dębińska, *Opieka długoterminowa w Unii Europejskiej...*, op.cit.

¹⁷ E.H. Wagner, B.T. Austin, C. Davis et al., *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action*, „Health Aff” (Millwood) 2001, No 6, s. 64–78.

¹⁸ J. Derejczyk, *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia...*, op.cit.

¹⁹ F.M. Gerlach, M. Beyer, C. Muth, K. Saal, J. Gensichen, *New perspectives in the primary care of the chronically ill-against the „tyranny of the urgent”*, „Z Arztl Fortbild Qualitatssich”. 2006, No 100 (5), s. 335–43, 345–52.

umiejętności w zakresie: danej choroby przewlekłej (np. pomiar PEF w astmie); tworzenia wielospecjalistycznych zespołów z wykorzystaniem spotkań pacjentów i profesjonalistów oraz wymianą doświadczeń i opieką nad wybranymi pacjentami z najcięższym przebiegiem choroby; systemu informacji klinicznych i wsparcia przy podejmowanych decyzjach z identyfikacją pacjentów chorych przewlekle, wypracowaniem systemu kontroli klinicznych i informacji zwrotnych na temat stanu pacjenta dla zespołu wielodyscyplinarnego²⁰.

Opieka nad chorymi w wieku podeszłym była zdominowana przez model postępowania z nagłymi zachorowaniami (medycyna oparta na objawach, dzielona i duplikowana). Rzeczywistość wymusza opiekę opartą na przyczynach schorzeń przewlekłych, czyli skoordynowaną, permanentną, partnerską i wskazującą na korzyści wynikające z monitorowania stanu pacjenta w domu²¹.

Obserwujemy efekt przedmiotowego traktowania zaburzeń, jakim jest wzrastająca śmiertelność na choroby przewlekłe wśród coraz młodszych dorosłych. Choroby przewlekłe określa się jako pandemię, z którą zmierzy się opieka zdrowotna XXI wieku. Medycyna zorientowana na lek nie zmniejsza częstości występowania schorzeń, ale nasila problem opieki nad wzrastającym odsetkiem chorych przewlekle. Podłożem nowego spojrzenia na opiekę zdrowotną ma być założenie, że choroby mają różnorodne objawy, ale przyczyny zaburzeń klinicznych można sprowadzić do wspólnych mianowników, czego konsekwencją ma być równoczesna analiza funkcjonowania somatycznego, psychicznego i społecznego pacjentów w wieku podeszłym²².

Starość nie będzie równoznaczna z zależnością i samotnością, kiedy przez pryzmat niechcianego upływu czasu nie będą patrzeć na dolegliwości swych pacjentów ich najbliżsi lekarze, kiedy starość nie będzie traktowana jako odmiana patologii klinicznej, lecz kolejny etap funkcjonowania nie tylko somatycznego, a wpływające lata pacjenta będą wspierane życzliwą, ale obiektywną, oceną codziennej aktywności mającą swe źródło w opiece podstawowej.

Literatura:

Bień B., Goroszkiewicz H., *Opieka długoterminowa w geriatrici: dom czy zakład opieki?*, „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 10, s. 48–57.

²⁰ L.P. Casali no, *Disease Management and the Organization of Physician Practice*, „Journal of the American Medical Association” 2005, No. 4, s. 485–488.

²¹ M. Meyer, R. Kob b, P. Ryan, *Virtually Healthy: Chronic Disease Management in the Home*, „Disease Management” 2002, No 5 (2), s. 87–94; Centers for Disease Control, Fact Sheet: Actual Causes of Death in the United States, 2000; Chronic Care Improvement How Medicare Transformation Can Save Lives, Save Money, and Stimulate an Emerging Technology Industry. An ITAA E-Health White paper: A Product of the ITAA E-Health Committee, May 2004.

²² S.J. Genu i, *Medical practice and community health care in the 21st Century: A time of change*, „Public Health” 2008, No 122, s. 671–680.

Brundtland G.H., World Health Organization [http://www.who.int/director-general/speeches/2002], 26 maja 2006.

Casaliño L.P., *Disease Management and the Organization of Physician Practice*, „Journal of the American Medical Association” 2005, No 4, s. 485–488.

Centers for Disease Control, Fact Sheet: Actual Causes of Death in the United States, 2000.

Chronic Care Improvement How Medicare Transformation Can Save Lives, Save Money, and Stimulate an Emerging Technology Industry. An ITAA E-Health White paper: A Product of the ITAA E-Health Committee, May 2004.

Derejczyk J., *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*, [w:] *Jak żyć długo i w pełnym zdrowiu?* [http://www.filantropia.org.pl/publikacje/my_tez_rozdzial_6.pdf], 11 maja 2007.

Dębińska E., *Opieka długoterminowa w Unii Europejskiej*, „Magazyn Pacjenta Opieki Długoterminowej” 2004, nr 4 [www.dps.pl/recenzje/medi4-2004.php], 5 sierpnia 2007.

Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce. Europejskie definicje 2002. Medycyna rodzinna jako dyscyplina i specjalność.

NHSMagazine, 2002, Extending care [http://www.nhs.uk/nhsmagazine/feat9.asp], 5 sierpnia 2007.

Education Alliance for Long Term Conditions [http://www.educationalliance.co.uk], 5 sierpnia 2007.

Genui S.J., *Medical practice and community health care in the 21st Century: A time of change*, „Public Health” 2008, No 122, s. 671–680.

Gerlach F.M., Beyer M., Muth C., Saal K., Gensichen J., *New perspectives in the primary care of the chronically ill-against the „tyranny of the urgent”*, „Z Arztl Fortbild Qualitätssich” 2006, No 100(5), s. 335–43, 345–52.

Hoek J.F., Penninx B.W.J.H., Ligthart G.J., Ribbe M.W., *Health care for older persons, a country profile: The Netherlands*, „Journal of the American Society” 2000, No 48, s. 214–217.

Kawczyńska-Butrym Z., *Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego*, Lublin 2001.

Knottnerus J.A., *European primary care*, 2004.

Kurpas D., Drobnik J., Steciwko A., *Struktura zakładów i profil usług w ramach opieki podstawowej na Dolnym Śląsku*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2008, Vol. 10, No 3, s. 468–471.

Meyer M., Kobb R., Ryan P., *Virtually Healthy: Chronic Disease Management in the Home*, „Disease Management” 2002, No 5 (2), s. 87–94.

NHS, Colin-Thomé D., Belfield G., *Improving Chronic Disease Management* [http://www.dh.gov.uk/organisation], 5 sierpnia 2007.

Ribbe M.W., *Care for elderly: the role of the nursing home In Dutch health care system*, „Internationale Psychogeriatrics” 1993, No 5, s. 213–222.

Steciwko A., Kurpas D., *Opieka nad chorym przewlekle w praktyce lekarza rodzinnego*, „Służba Zdrowia” 2007, nr 68–71, s. 44–47.

Wagner E.H., Austin B.T., Davis C. et al., *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action*, „Health Aff” (Millwood) 2001, No 6, s. 64–78.

Dorota Piechowicz*
Andrzej Marek Zemła**

Internet źródłem inspiracji życiowych dla ludzi w okresie późnej dojrzałości

W Polsce rocznie na emeryturę przechodzi kilkaset tysięcy Polaków. Bardzo często są to ludzie w pełni sprawni fizycznie i aktywni społecznie. Okazuje się, że ludzie ci z powodu braku na emeryturze stałego zajęcia tracą chęć do życia, bywa, że czują się odrzuceni, odstawieni na „boczny tor”, nikomu niepotrzebni. Na ten stan rzeczy nakłada się jeszcze lęk przed „pozostaniem w tyle”, ponieważ postęp technologiczny w dziedzinie środków informatycznych jest tak szybki, że ludzie okresu późnej dojrzałości obawiają się, iż niedługo nie będą umieli załatwić najprostszych spraw w urzędach. Nieumiejętność posługiwania się oprogramowaniem komputerowym pozbawia ich kontaktu z codziennym życiem – „zostają wykluczeni z społeczeństwa”¹. Tak więc rozwój technologii informacyjnych i natychmiastowe masowe jej wdrażanie powoduje, że „na naszych oczach” występują przeobrażenia we wszystkich obszarach egzystencjalnych większości współczesnych grup społecznych i zawodowych. Tworzące się społeczeństwo informacyjne wymaga od jego członków permanentnego doskonalenia się, gdyż nieustanne zmiany kanonu obowiązujących trendów, kompetencji oraz wiedzy determinowanych w znaczącym stopniu przez technikę mogą powodować – w przypadku jego zaniechania – uniemożliwienie swobodnego odnalezienia się w płynnej rzeczywistości².

Samotność bardzo często dotyka ludzi w podeszłym wieku. Dotyczy to również tych posiadających dzieci czy wnuki. Bardzo często narzekają, że dzieci czy wnuki widują ich tylko na niedzielnych obiadach i podczas świąt. Ludzie ci nie potrafią, nie mają czym wypełnić pozostałych dni w roku. Masowa emigracja młodych ludzi za granicę jeszcze bardziej utrudnia codzienne kontakty.

* Mgr, Opolski Fundusz Organizacji Socjalnych.

** Dr, Uniwersytet Opolski.

¹ Ł. T o m c z y k, *Technologia informacyjna w procesie kształcenia ustawicznego osób w wieku poprodukcyjnym*, [w:] *Technologie i systemy informatyczne w organizacjach gospodarki opartej na wiedzy*. Red. E. Ziemia, Poznań 2008.

² D. B a t o r s k i, *Uwarunkowania i konsekwencje korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007.

Ratunkiem dla starszych osób będących w takiej sytuacji mogą być nowoczesne komunikatory, przy pomocy których można niemal bezpłatnie rozmawiać z ludźmi z całego świata. Chcąc się zorientować, jakie czynniki decydują w życiu seniora o jego dążeniu do uczestnictwa w z informatyzowanym świecie, zapytano ich najpierw, jakie wartości życiowe preferują w swoim życiu. Seniorzy, jak wykazują badania, najczęściej wymieniają zdrowie (85,7%) i rodzinę (67,3%). W dalszej kolejności: szczęście, miłość, szacunek wobec siebie i innych ludzi, przyjaźń oraz poczucie bycia potrzebnym i tolerancję (30,6%), co ilustruje tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka wartości preferowanych przez seniorów

Preferowane wartości	N	[%]
Zdrowie	42	85,7
Rodzina	33	67,3
Miłość/szczęście	23	46,9
Przyjaźń	18	36,7
Wykształcenie	16	32,7
Praca	17	34,7
Pieniądze	10	20,4
Religia	9	18,4
Akceptacja otoczenia	10	20,4
Poczucie bycia potrzebnym	15	30,6
Szacunek wobec siebie i wobec innych ludzi	21	42,9
Tolerancja	15	30,6
Samoakceptacja	7	14,3
Wsparcie bliskiej osoby	13	26,5
Wygląd zewnętrzny	7	14,3
Nie wiem	0	0,0
Inne	1	2,0

Źródło: Badania własne.

Seniorzy, przyzwyczajeni do aktywnego życia zawodowego, po przejściu na emeryturę też pragną się rozwijać, tylko że według własnych planów, nie narzucanych przez karierę zawodową, i marzeń. Duża ilość wolnego czasu, jakim dysponują, dodatkowo sprzyja podejmowaniu nowych wyzwań. Nie powinno więc nikogo dziwić, że tak dużą popularnością wśród seniorów cieszą się wszelkiego rodzaju elektroniczne komunikatory.

Tabela 2

Rola internetu w opinii seniorów

Seniorzy preferują internet ponieważ:	[N]	[%]
Jest to najwygodniejsza dla mnie forma mediów	18	36,7
Pozwala mi się zrelaksować	13	26,5
Działa na moją wyobraźnię	9	18,4
Umożliwia mi kontakt z otoczeniem	25	51,0
Poszerza moje zainteresowania	26	53,1
Dostarcza mi wszelkich informacji	24	49,0
Jest łatwo dostępny	21	42,9
Ze względu na moją dysfunkcję jest on dla mnie najlepszy	0	0,0
Umożliwia mi rozwój intelektualny	9	18,4
Pozwala pokonać lęk w stosunku do otoczenia i ludzi	2	4,1
Stanowi mój kontakt ze światem	11	22,4
Uzyskuję doznania emocjonalne	2	4,1
Jest dla mnie najlepszą formą spędzania czasu	2	4,1
Nie preferuję internetu	3	6,1
Inne (uzasadnij swój wybór)	2	4,1

Źródło: Badania własne.

Przeprowadzone badania wskazały powody podjęcia przez seniorów trudu zgłębienia tajemnicy posługiwania się programami komputerowymi mającymi umożliwić im posługiwanie się internetem. Analiza uzyskanych wyników wyraźnie pokazuje, że seniorzy preferują internet jako elektroniczny komunikator przede wszystkim ze względu na szerokie kontakty (51%), jakie umożliwia on człowiekowi ze światem; zaspokaja ciekawość i własne zainteresowania (53,1%), co pokazuje tab. 2. A gdy senior pozna możliwości, jakie niesie internet, posługiwanie się nim jest dla niego prostą czynnością; codziennie spędza przed komputerem praktycznie tyle czasu, co znacznie młodsze osoby (42,9%).

Tabela 3

Uzasadnienie wyboru przez seniorów internetu jako środka komunikacji

Odpowiedzi	N	[%]
Służy mi to do wykonywania pracy	5	10,2
Robię to z przyjemności, a nie z powodu niepełnosprawności w poruszaniu się	23	46,9
Mając trudności z przemieszczaniem się, przez internet mogę rozmawiać ze znajomymi czy znaleźć potrzebne wiadomości	3	6,1

cd. tab. 3

Odpowiedzi	N	[%]
Jest to prawie że jedyna możliwość szerszego kontaktu ze światem	5	10,2
Z powodu moich trudności w przemieszczaniu się lepsza jest dla mnie praca w domu (zdalna)	0	0,0
Jestem osobą aktywną pod każdym względem i internet umożliwia mi poszukiwanie informacji, kupno, sprzedaż, multimedia itd.	19	38,8
Umożliwia mi kontakt z ludźmi, ułatwia załatwianie różnych spraw	15	30,6
Umożliwia relaks	9	18,4
Lubię takie sposoby komunikacji	10	20,4
Nie mam zdania na ten temat	2	4,1
Nie potrafię uzasadnić	3	6,1
Inne (uzasadnij swój wybór)	1	2,0

Źródło: Badania własne.

Seniorzy w sieci poszukują bardzo szerokiego wachlarza informacji, począwszy od aktualności z kraju i ze świata poprzez informacje i porady prawne oraz informacje poświęcone zmianom gospodarczym zachodzącymi w naszym kraju (tab. 3), ale przeglądają także strony poświęcone uprawianemu hobby, kulinariom, budownictwu i działkom rekreacyjnym oraz motoryzacji i turystyce (38,8%).

Starsi internauci raczej chętnie korzystają z poczty elektronicznej, natomiast w niewielkim stopniu aktywnie uczestniczą w różnych forach dyskusyjnych, inaczej mówiąc – nie biorą udziału w internetowych dyskusji (por. dane w tab. 4). Wyróżnia ich też inna, bardzo często obecnie zapomniana, umiejętność – wzorowa wręcz etykieta i znajomość zasad dobrego wychowania. Seniorzy łatwo zaakceptowali też internetowe pamiętniki – chętnie czytają i piszą na portalu Nasza Klasa (tab. 4).

Tabela 4

Formy wykorzystania internetu przez seniorów

Odpowiedzi	N	[%]
Strony internetowe	36	73,5
Poczta elektroniczna	25	51,0
Fora internetowe	4	8,2
Komunikator internetowy Skype	17	34,7
Komunikator internetowy Gadu-Gadu	9	18,4
Komunikator internetowy Tlen	1	2,0
Komunikator internetowy czaty	0	0,0
Blogi	2	4,1

Odpowiedzi	<i>N</i>	[%]
Portal Nasza Klasa	11	22,4
Grupy dyskusyjne	5	10,2
Gry sieciowe	5	10,2
Inne	1	2,0

Źródło: Badania własne.

W efekcie internet w dużej mierze pozwala przybliżyć zaspokojenie takich potrzeb jak:

- samokształcenie,
- poznawanie środowiska,
- poszerzanie wiedzy i umiejętności,
- wykonywanie społecznie użytecznych działań,
- bycia uznawanym za część społeczeństwa posługującą się elektronicznymi środkami informacyjnymi,
- wypełnienie wolnego czasu,
- utrzymywanie więzi towarzyskich,
- stymulacja psychiczna i fizyczna,
- a także możliwość realizacji młodzieńczych marzeń, które były dotychczas nie do pogodzenia z życiem zawodowym i obowiązkami wobec rodziny (tab. 5).

Tabela 5

Opinie seniorów o zastosowaniach internetu w ich życiu

Opinie	<i>N</i>	[%]
Tak, służy do komunikowania się	34	69,4
Informuje o świecie	32	65,3
Daje możliwość kształcenia	17	34,7
Integruje ze społeczeństwem	11	22,4
Rozwija zainteresowania	20	40,8
Pozwala znaleźć pracę	2	4,1
Stanowi doskonałą rozrywkę	10	20,4
Pozwala dokonać zakupów bez wychodzenia z domu	4	8,2
Nie	2	4,1
Inne	1	2,0

Źródło: Badania własne.

W tym miejscu warto ukazać doświadczenia zdobyte na zajęciach z informatyzacji seniorów w e-Akademii Seniora prowadzonych w Opolu.

Zajęcia Akademii e-Seniora odbywają się w 10 miastach w Polsce (Kraków, Szczecin, Gdańsk, Warszawa, Wrocław, Opole, Kielce, Lublin, Katowice,

Bydgoszcz), w których działa 11 pracowni internetowych firmy UPC. W Opolu pracownia komputerowa Akademii jest prowadzona przez Opolskie Forum Organizacji Socjalnych (OFOS) we współpracy z firmą UPC Polska oraz Akademią Rozwoju Filantropii w Polsce (inicjatorzy programu)³.

Akademia e-Seniora to specjalny program nauczania obsługi komputera i internetu dla seniorów. Powstała w odpowiedzi na bardzo duże zainteresowanie internetem osób starszych, czego przykładem była olbrzymia liczba zgłaszających się na kursy internetowe zorganizowane w 2006 i 2007 roku przez UPC Polska (na jedno miejsce zgłaszało się nawet 8–10 osób)⁴. W ten sposób burzony jest stereotyp seniora jako osoby niezainteresowanej nowoczesnymi narzędziami komunikacji.

Obecnie na 11 mln osób w wieku powyżej 50 lat, stanowiących 29% polskiego społeczeństwa, tylko 6% korzysta z internetu. Polscy seniorzy mają przy tym niewielkie możliwości zmiany tego stanu rzeczy z powodu ograniczonej oferty edukacyjnej⁵. Chociaż trzeba przyznać, że sytuacja ta z roku na rok znacząca się zmienia. Coraz więcej bowiem programów organizacji pozarządowych, ale też firm biznesowych, kieruje swoje oferty właśnie do omawianej grupy wiekowej. Poznanie obsługi komputera i internetu zbliża seniorów do ich rodzin, w szczególności do młodego pokolenia. Umożliwia kontakt z bliskimi i ze światem. Ułatwia życie – pozwala łatwo i szybko dotrzeć do praktycznych informacji⁶. Z doświadczeń programu realizowanego przez Opolskie Forum Organizacji Socjalnych wynika, że seniorzy bardzo mocno interesują się edukacją komputerową, a potrzeby w tym zakresie okazały się bardziej skomplikowane i skonkretyzowane przez osoby przystępujące do kursu, niż przewidywali to organizatorzy.

W trakcie blisko trzyletniej realizacji programu (2006–2009) w pracowni komputerowej kursy ukończyło 300 osób powyżej 50. roku życia. Grupy seniorów były zróżnicowane pod względem doświadczeń zawodowych i społecznych. Jednak wszystkich łączyła chęć poznania tajników komputera i internetu. Każdy uczestnik kursu podkreślał, że odczuwa strach przed podjęciem nauki, ale z drugiej strony motywacja do przełamania tych barier była silniejsza. Pełny kurs trwa 16 godzin zegarowych. Zajęcia prowadzą wyszkoleni instruktorzy. Uczestnicy kursów otrzymują profesjonalnie przygotowany i starannie wydany podręcznik z przykładami, ćwiczeniami oraz informacjami

³W opracowaniu tym wykorzystano doświadczenia OFOS – realizatora Akademii e-Seniora w Opolu oraz badania ankietowe prowadzone wśród absolwentów Akademii, tj. osób powyżej 50. roku życia [www.ofos.opole.pl].

⁴Strona internetowa firmy UPC Polska: [http://www.upc.pl/o_upc/zaangazowanie_spoleczne/e_akademia_upc/akademia_e_seniora/].

⁵Zob.: Akcja Społeczna „PRZEZ-POKOLENIA.PL” [http://przez-pokolenia.onet.pl/akademia-e-seniora/w-internecie-znajde-wszystko-52.html].

⁶Por.: P.K. M c B r i d e, *Internet po pięćdziesiątce*, Poznań 2009, s. 13.

dotychczasowymi. Program kursu został stworzony specjalnie z myślą o osobach starszych. Podczas kursu seniorzy poznają komputer i internet, uczą się m.in. wyszukiwania informacji na stronach internetowych, wysyłania e-maili, porozumiewania się za pomocą rozmaitych komunikatorów. Zapoznali się z takimi pojęciami, jak: czat, forum, grupa dyskusyjna, multimedia.

Efektom dodatkowym Akademii w Opolu jest powstały z inicjatywy samych kursantów Klub e-Seniora, którego celem jest dalsza edukacja, ćwiczenie umiejętności obsługi komputera, integracja, zakładanie internetowych for dyskusyjnych, a także wyrażanie i diagnozowanie dodatkowych potrzeb seniorów zainteresowanych udziałem w spotkaniach Klubu⁷.

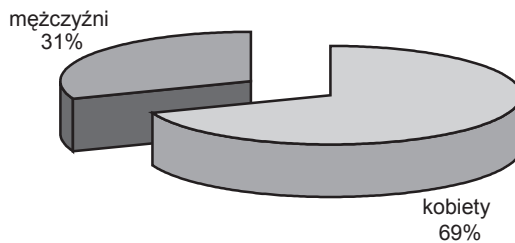
Wśród osób zgłaszających się na kurs znacząco przeważają kobiety – 71% w stosunku do 29% mężczyzn. We wszystkich miastach kobiety stanowią większość ankietowanych.

Tabela 6

Podział uczestników kursów pod względem płci

Płeć	N= 55	[%]
Kobiety	38	69
Mężczyźni	17	31

Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.



Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.

Wykres 1. Rozkład procentowy uczestników kursów w Opolu ze względu na płeć (N=55).

Rozkład uczestników w skali kraju pod względem wiekowym jest dosyć wyrównany, z przewagą grupy 61–65 lat i 56–60 lat (odpowiednio 29 i 25%). W porównaniu do dwóch poprzednich edycji kursów najmłodsza grupa wiekowa (50–55 lat) jest obecnie znacznie mniej reprezentowana, wzrosła liczba uczestników w wieku 61–65 lat.

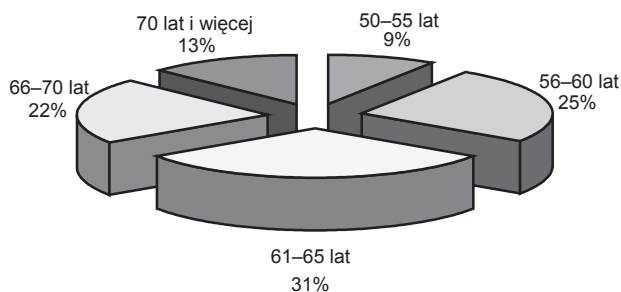
⁷ Opolskie Forum Organizacji Socjalnych [http://www.ofos.opole.pl/viewpage.php?page_id=11].

Tabela 7

Podział kursantów opolskiej Akademii ze względu na wiek

Lata	N = 55	[%]
50–55	5	9
56–60	14	25
61–65	17	31
66–70	12	22
70 lat i więcej	7	13

Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.



Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.

Wykres 2. Uczestnicy kursów opolskich – podział ze względu na wiek (N = 55)

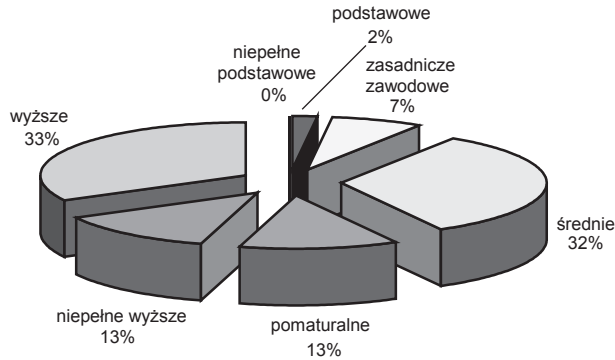
Najwięcej respondentów w skali kraju deklaruje wyższe wykształcenie (42%). Stosunkowo dużo ankietowanych posiada wykształcenie średnie (34%). Zaledwie dwie osoby zadeklarowały wykształcenie niepełne podstawowe, a jedynie 2% badanych wskazało na wykształcenie podstawowe. Uczestnictwo w kursach według wykształcenia praktycznie nie ulega zmianie we wszystkich dotychczasowych edycjach. Poziom wykształcenia wśród uczestników kursów Opolskiej Akademii e-Seniora prezentuje tab. 8.

Tabela 8

Podział kursantów ze względu na poziom wykształcenia

Wykształcenie	N = 55	[%]
Niepełne podstawowe	0	0
Podstawowe	1	2
Zasadnicze zawodowe	4	7
Średnie	18	32
Pomaturalne	7	13
Niepełne wyższe	7	13
Wyższe	18	33

Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.



Źródło: Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.

Wykres 3. Podział uczestników kursów pod względem wykształcenia ($N = 55$)

Głównym powodem wzięcia udziału w kursie komputerowym była chęć nauki obsługi komputera i posługiwania się internetem bądź poszerzenie już posiadanej wiedzy na ten temat. Respondenci dzięki umiejętności korzystania z komputera i internetu chcieli uzyskać dostęp do aktualnych wiadomości i poszerzać swoją wiedzę w różnych dziedzinach. Seniorzy tłumaczą swój udział w zajęciach potrzebą nadążania za postępem cywilizacyjnym i młodszym pokoleniem. Dużo osób wskazało, że nadal chcą się uczyć czegoś nowego, chętnie poszerzą swoją wiedzę i zdobędą nowe umiejętności. Komputer jest też istotnym narzędziem z punktu widzenia podtrzymywania relacji z bliskimi, znajomymi – możliwość rozmów za pośrednictwem internetu z rodziną i znajomymi jest dla seniorów również bardzo ważna.

Na pytanie o motywacje do wzięcia udziału w kursie komputerowym większość opolskich respondentów wskazała chęć zdobycia lub pogłębienia wiedzy na temat funkcjonowania komputera i internetu; duża liczba osób opowiedziała się za podążaniem za nowościami, dostosowaniem do wymogów XXI wieku oraz wykorzystywaniem współczesnych możliwości, które daje internet. W zdecydowanej większości respondenci wskazali ogólnie, że chcieliby się nauczyć podstaw, które pozwolą im na swobodne poruszanie się po internecie i obsługę komputera. Część osób wskazała bardziej szczegółowo na specyficzne programy czy możliwości, takie jak: wgrywanie zdjęć, obsługa internetowych kont bankowych, edycja tekstu czy tabel, komunikatory internetowe.

Spośród wszystkich ankietowanych osoby, które zaznaczyły, że wcześniej miały już kontakt z komputerem i/lub internetem, nauczyły się do tej pory kilku umiejętności, najczęściej obsługiwanie myszki i pisania tekstów, wyszukiwania informacji w internecie.

Nieliczni respondenci wskazali na umiejętność obsługi poczty elektronicznej. Na pytanie o wcześniejsze możliwości korzystania z komputera 50% ankietowanych przyznało, że w różnej formie miało już wcześniej możliwość korzystania i nauki obsługi komputera. Najwięcej (24%) respondentów próbowało samodzielnej nauki, 18% ankietowanych uczyła obsługi komputera rodzina lub znajomi, jedynie 2% uczestniczyło już w innym kursie komputerowym.

Jednocześnie drugie 50% badanych nigdy wcześniej nie miało możliwości korzystania z komputera; 54% respondentów przyznało, że nigdy wcześniej nie korzystało z internetu. Najwięcej (22%) respondentów próbowało uczyć się samodzielnie, 24% było uczonych obsługi internetu przez rodzinę lub znajomych, nikt nie uczestniczył w kursie internetowym.

Na pytanie o możliwości korzystanie w czasie kursu z komputera aż 61% respondentów odpowiedziało, że będzie miało możliwość korzystania z własnego komputera. Druga, najczęściej wybierana odpowiedź wskazywała na to, że w domu rodzinnym respondentów znajduje się komputer (dzieci, wnuków), do którego będą mieli łatwy dostęp (20%). Z trzeciej najczęściej udzielonej odpowiedzi wynikało, że respondenci będą mogli korzystać z komputera u rodziny, ale poza miejscem zamieszkania respondentów (11%). Jedynie 4% uczestników nie będzie miało możliwości korzystania z komputera poza kursem⁸.

Seniorzy, którzy uczestniczyli w kursach, mają już swoje ulubione formy wykorzystywania internetu, co przedstawione jest w tab. 4 i 9 zawierających wyniki badań przeprowadzonych wśród absolwentów wiosennej edycji (2009) kursów w Opolu.

Tabela 9

Obszary wykorzystania internetu przez ludzi późnej dorosłości

Obszary w internecie	N	[%]
c-mail	25	51,0
Przeglądarki, np.: Google	29	59,2
Komunikator GG	10	20,4
Portal Nasza Klasa	6	12,2
Skype	16	32,7
Internetowe strony informacyjne	25	51,0
Fora dyskusyjne	2	4,1
Nie korzystam	9	18,4
Inne	2	4,1

Źródło: Badania własne.

⁸ Wyniki badań ankietowych prowadzonych przez OFOS podczas rekrutacji na zlecenie UPC Polska.

Osoby starsze w ostatnim czasie spotykają się z coraz większym zainteresowaniem opinii publicznej. Media również nieco chętniej poświęcają swoją antenową uwagę tematom, które jeszcze dwa, trzy lata temu nie były dla odbiorców atrakcyjne. Obecnie coraz więcej tzw. kampanii społecznych poświęca się osobom starszym, ich warunkom życia, potrzebom, a także stereotypom, z jakimi kampanie te mają walczyć. Okres starzenia się czy też późna dorosłość nie musi oznaczać zamykania się na sprawy społeczne, wycofywania z życia towarzyskiego czy rodzinnego lub zaniechania wszelkiej aktywności, w tym uczenia się.

Coraz więcej osób będących na emeryturze stara się w tym czasie realizować swoje marzenia i plany, na które wcześniej nie było czasu, odwagi, a być może brakowało wiedzy i doświadczeń. Także coraz więcej seniorów ma poczucie siły, chce być ludźmi aktywnymi, rozwijającymi swoje zainteresowania i pasje. Młodsze pokolenie zauważa potrzeby seniorów i ich wciąż niegasnący potencjał, co również przyczynia się do budowania międzykulturowej platformy oraz łamania barier i stereotypów związanych z wiekiem. Młode pokolenie, nawiązując dyskurs z pokoleniem starzejącym się, może się wiele nauczyć o sobie, a także o tym, co nas czeka w przyszłości.

Odbyty kurs obsługi komputerów przez ludzi w okresie późnej dojrzałości może mieć istotny wpływ na ich jakość życia.

Jakość życia to pojęcie bardzo szerokie, o wielu znaczeniach. Można traktować je w sposób obiektywny bądź subiektywny i każdy człowiek indywidualnie pojmuje jego znaczenie. Rozważając problem, można opierać się na poziomie spełnienia normy bądź na bogactwie zdobytych doświadczeń i przeżyć. Z pojęciem „jakość życia” w sposób istotny łączy się proces oceny poznawczej jednostki. Choć każdy człowiek ma własny pogląd na ten temat, istnieją pewne kryteria dobrej jakości życia, wspólne dla wszystkich ludzi. Spośród wielu szczególnie warto zwrócić uwagę na: samodzielność, swobodne poruszanie się, dobre relacje społeczne, dobrą sytuację finansową w zakresie zaspokajania własnych potrzeb, zrozumienie otaczającego świata oraz wykonywanie satysfakcjonującego zajęcia⁹. Współcześnie o dobrej jakości życia seniora mówi się wówczas, gdy w pełni zaspokojone są jego potrzeby fizjologiczne, poczucie bezpieczeństwa i przebywania u siebie, autonomia i kontrola otoczenia, a także poczucie przynależności. Dotyczy to również godnego traktowania, akceptacji i odczuwania przyjemności, zrozumienie przez innych, zapewnienia realizacji potrzeb estetycznych oraz możliwość bycia kreatywnym¹⁰.

Przystępując do analizy oddziaływania internetu na seniorów, mamy świadomość tego, że wielu osobom po przejściu na emeryturę nie wystarczają zwykłe domowe obowiązki i dlatego coraz częściej zaczynają poszukiwać nowych

⁹Zdrowie seniorów [http://www.zdrowie.med.pl/seniorzy/alzheimer_5.html].

¹⁰Senior – człowiek jak wszyscy, [w:] *Sto sposobów na dobrą jakość życia seniora*, „Kwartalnik na temat – zeszyty dla profesjonalnie pomagających”, czerwiec 2005, s. 77.

dziedzin aktywności. Narastające poczucie samotności, lęk, pojawiające się pytania, na które nie są w stanie samodzielnie znaleźć odpowiedzi oraz potrzeba kontaktu z rówieśnikami prowadzą do poszukiwania możliwych wariantów kontaktów za pomocą internetu¹¹. Zdaniem respondentów internet przede wszystkim dostarcza seniorom informacji (87,8%), pozwala im na rozszerzanie swojej wiedzy (51,0%), daje szansę rozwoju w wielu dziedzinach, którymi interesują się badani (44,9%), ale również dostarcza rozrywki, niwelując samotność (28,6%); przedstawia to tab. 10.

Tabela 10

Wpływ internetu na życie seniora

Odpowiedź	N	[%]
Dostarcza informacji	43	87,8
Umożliwia zawarcie przyjaźni, dostęp do książek, kultury i sztuki	8	16,3
Daje szansę rozwoju w dziedzinach, które mnie interesują	22	44,9
Pozwala mi na rozszerzanie swojej wiedzy	25	51,0
Zmienia świat wartości	2	4,1
Świat staje się przyjazny	3	6,1
Dostarcza wiadomości na temat mojej choroby, sprawności	7	14,3
Jest formą rozrywki, niweluje samotność	14	28,6
Inne (uzasadnij swój wybór)	0	0,0

Źródło: Badania własne.

Tak więc sieć internetowa jest miejscem zawierania nowych znajomości, przyjaźni, a nawet znajduje się tam nową miłość; według danych popularnych serwisów randkowych średnia wieku ich użytkowników stale rośnie. Zawarte w internecie znajomości przenoszą się czasami do świata realnego, użytkownicy szczególnie serwisów społecznościowych (Nasza Klasa) organizują spotkania, wspólne wyjazdy i imprezy. Na forach tematycznych spotykają się przeróżni pasjonaci. Panie wymieniają się przepisami kulinarnymi i wzorami haftów, a panowie dyskutują o rybach, ogrodach i piłce nożnej. Internet zastępuje im niejako codzienne pogawędki sąsiedzkie, o które – niestety – w dzisiejszych czasach coraz trudniej (tab. 11).

Tabela 11

Analiza wykorzystania internetu przez seniorów

Odpowiedzi	N	[%]
Wyszukiwanie informacji	42	85,7
Komunikowanie się	22	44,9

¹¹ *Strategia rozwoju kształcenia ustawicznego do 2010*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2003, nr 3; „Edukacja i Kształcenie” 2010, 2008 (Raport Komisji Europejskiej – w wieku 25–64 lat: Polska – 4%, UE – 12%).

Odpowiedzi	N	[%]
Nauka	8	16,3
Praca	3	6,1
Rozrywka	15	30,6
Inne (uzasadnij swój wybór)	2	4,1

Źródło: Badania własne.

Innym problemem, jaki napotykać seniorzy podejmujący próby zapoznania się z internetem, są różnego rodzaju bariery związane z brakiem dostosowania sprzętu do ich sprawności i mentalności (tab. 12).

Tabela 12

Opinie seniorów o współzależności między wyborem rodzaju mediów a ich stanem zdrowia

Relacje	N	[%]
Tak, dlatego że gdy senior jest niepełnosprawny z powodu choroby narządu wzroku, to tylko korzysta z odbiornika radiowego	16	32,7
Tak, gdy senior jest niepełnosprawny z powodu zaburzeń słuchu, to czyta książki, czasopisma, ogląda telewizję	10	20,4
Tak, gdy senior jest niepełnosprawny z powodu upośledzenia narządu ruchu, to korzysta z internetu	18	36,7
Nie, nie widzę związku z rodzajem mediów, z jakich korzystają seniorzy a przyczyną ich niepełnosprawności	23	46,9
Inne (proszę wymienić)....	1	2,0

Źródło: Badania własne.

Problemem dla osób starszych bywa czasem zbyt mała czytelność niektórych stron: małe literki, zbyt duża ilość ozdobników, skomplikowana nawigacja. Aby uczynić serwis internetowy przyjazny starszym osobom, trzeba jednak niewiele. Wystarczy oddzielić warstwę treści i prezentacji, stosować krótkie akapity i większy rozmiar używanej czcionki. Można również zwiększyć kontrast wyświetlanych obrazów, zaostrić cyfrowe obrazy, zatrzymać animację oraz przepływające na ekranie teksty i ruchome obrazy.

Innymi barierami uniemożliwiającymi dostęp do nowoczesnych technologii, jakie napotykać seniorzy, są ograniczenia związane z drżeniem rąk, utrudniające korzystanie z klawiatury lub myszki. Pomagają w tym specjalistycznie dostosowane urządzenia i odpowiednie oprogramowanie, które umożliwi indywidualne dostosowanie funkcji i form ich wywołania w systemach komputerowych, np. sposobu pracy z klawiaturą¹².

¹² E. Musiał, Ludzie „trzeciego wieku” w Sieci [http://www.up.krakow.pl/kttime/ref2008/].

Tabela 13

Opinie seniorów o wpływie elektronicznych mediów na społeczną ich integrację

Opinie	N	[%]
Zdecydowanie tak	25	51,0
Raczej tak	13	26,5
Niezbyt	9	18,4
Bezużyteczne	1	2,0
Inne	1	2,0

Źródło: Badania własne.

W Polsce do tej pory, z wyjątkiem kilku niezwykle cennych, lecz mających ograniczony zasięg inicjatyw społecznych, nie było serwisów przeznaczonych dla seniorów. Tymczasem, jak wynika z badań, polscy seniorzy coraz częściej dostrzegają dobrodziejstwa wynikające z korzystania z globalnej sieci (tab. 13).

Skuteczne może okazać się tu wykorzystanie internetu – przykładem są pierwsze portale skierowane do starszych internautów [www.senior.pl]; [www.intersenior.pl]; [www.klubseniora.org].

Bardzo ważne zatem jest stworzenie warunków, w których osoby w wieku emerytalnym mogłyby zdobywać nowe umiejętności, celem przygotowania się do życia w społeczeństwie informacyjnym.

Należy mieć jednak świadomość, że z upływem lat i następstwem pokoleń potrzeby edukacyjne ludzi starszych będą się zmieniać. W perspektywie roku 2030 będą to osoby, które dzisiaj właśnie przekroczyły 40 lat – obyte z nowymi technologiami, mające doświadczenia i określone, zdecydowanie większe oczekiwania już nie będą zainteresowane kursami typu ABC komputera. Nie możemy zapominać także o tym, że my również kiedyś będziemy emerytami i większość z nas nie będzie chciała biernie spędzać czasu wolnego.

Poprzez portale internetowe dla seniorów można przynajmniej częściowo wypełnić lukę w serwisach adresowanych do seniorów i pokazać, że osoby w wieku dojrzałym również w Polsce są niezwykle ważną częścią internetowej społeczności. Jak zapewniają twórcy portali, misją serwisów jest przeciwstawianie się wykluczeniu osób starszych z jakiegokolwiek dziedziny życia i pokazanie, że seniorzy nie są „za starzy”, by realizować się zawodowo, żyć w szczęśliwych związkach czy spełniać swoje marzenia.

Kreatorzy portali internetowych dla osób późnej dojrzałości zmierzają do przywrócenia zanikającego w naszym świecie szacunku należnym osobom starszym, które z racji swojego wieku nie są już tak sprawne i „przydatne” jak kiedyś. Seniorom zaś chcą przybliżyć internet jako doskonałe narzędzie do realizowania swoich życiowych pasji i jako sposób na aktywne spędzanie życia.

Tabela 14

Wpływ internetu na poziom funkcjonowania seniorów w społeczeństwie

Odpowiedź	N	[%]
Tak	33	67,3
Tak, w niewielkim zakresie	10	20,4
Nie	3	6,1
Nie wiem	5	10,2
Uzasadnij swoją wypowiedź	1	2,0

Źródło: Badania własne.

Jak z przeprowadzonych badań wynika, internet w sposób istotny wpływa na poziom funkcjonowania seniorów (tab. 14). Mimo rosnącej z roku na rok ich aktywności, musi jeszcze upłynąć sporo czasu, zanim postrzeganie osób starszych w naszym kraju radykalnie się zmieni i zanim sami seniorzy uświadomią sobie swoją siłę wpływu – na polityków, pracodawców, przedsiębiorców. A siła ta jest ogromna – polscy seniorzy to z jednej strony zdyscyplinowany i wierny elektorat (marzenie każdego polityka), z drugiej – grupa społeczna posiadająca najbardziej stałe i przewidywalne dochody (marzenie wielu przedsiębiorców), ponadto okazuje się, że są sumienni, lojalni, doświadczeni i – znów wbrew stereotypom – otwarci na wiedzę pracownicy, częściej również lepiej wykształceni niż obecni absolwenci wyższych uczelni, zaś mniej wymagający.

Tabela 15

Internet w edukacji seniorów

Odpowiedź	N	[%]
Zapoznaje z najnowszymi informacjami o życiu społecznym, politycznym, gospodarczym	39	79,6
Zapoznaje z osiągnięciami technologicznymi	17	34,7
Zapoznaje z życiem i kulturą ludzi w innych krajach	23	46,9
Pozwala na dokończanie się za pomocą edukacji na odległość	11	22,4
Umożliwia zdobycie kwalifikacji pozwalających rozwinąć własną działalność	1	2,0
Pozwala na zdobycie zawodu zgodnego z aktualnymi możliwościami, zainteresowaniami, stanem zdrowia i potrzebami lokalnego rynku pracy	1	2,0
Pozwala odgrywać wiodącą rolę w rozpowszechnianiu idei akceptacji praw osób w podeszłym wieku, pomaga w przezwyciężaniu lęków, mitów i złych wyobrażeń	9	18,4
Powoduje, że istniejące bariery stają się mniej uciążliwe dla seniorów dotkniętych niepełnosprawnością	15	30,6
Stwarza warunki do aktywności artystycznej, sportowej, społecznej	12	24,5
Inne (uzasadnij swój wybór)	2	4,1

Źródło: Badania własne.

Tak więc internet w życiu seniora zaczyna odgrywać bardzo ważną rolę, przede wszystkim pozwala im na bieżąco zapoznawać się z najnowszymi informacjami o życiu społecznym, politycznym, gospodarczym. Tabela 15 ukazuje, w jak szerokim zakresie seniorzy, którzy ukończyli kurs obsługi komputera, wykorzystują go do poprawienia jakości swojego życia.

W dobie starzenia się społeczeństw oraz rozwoju cyfrowych technik komunikacyjno-informacyjnych, determinujących powstawanie e-gospodarki i społeczeństwa informacyjnego, warto podjąć gruntowną refleksję nad sytuacją seniorów w nowym, skomputeryzowanym świecie.

E-edukacja stała się jedną z naczelnych e-usług. Ten niepodważalny fakt został doceniony przez wiele instytucji, czego skutkiem jest pojawienie się w internecie wielu darmowych i płatnych kursów. Istnieje jednak potężna grupa społeczna osób w wieku późnej dojrzałości, dla których ten typ usług cyfrowych nie został wystarczająco rozwinięty. Dlatego, wprowadzając ideę edukacji przez całe życie, również w obszarze e-edukacji należy uwzględnić seniorów:

1. Niwelować różnice wykluczenia cyfrowego poprzez umożliwienie seniorom uczestnictwa w e-usługach jako czynnika warunkującego rozwój społeczeństwa informacyjnego.

2. Wspierać inicjatywy osób będących w okresie późnej dojrzałości przygotowujących się do posługiwania się technologiami informacyjnymi.

3. Propagować w społeczeństwie wiedzę na temat e-edukacji ze szczególnym uwzględnieniem seniorów, prowadzących zajęcia edukacyjne z podstaw obsługi komputera osobistego (trenerów, szkoleniowców, wykładowców) oraz kadry naukowo-dydaktycznej przygotowującej przyszłych gerontopedagogów do pracy zawodowej.

4. Kontynuować badania obejmujące związki pomiędzy edukacją seniorów a e-learningiem; inaczej mówiąc: propagować ideę edukacji przez całe życie przy wykorzystaniu e-learningu.

5. Tworzyć (przez fundacje, samorządy lokalne i centralne) odpowiednie warunki finansowe organizacjom zajmującym się opracowywaniem kursów e-learningowych dla ludzi późnej dojrzałości.

Literatura

B a t o r s k i D., *Uwarunkowania i konsekwencje korzystania z technologii informacyjno-komunikacyjnych*, [w:] *Diagnoza społeczna 2007. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2007.

M c B r i d e P.K., *Internet po pięćdziesiątce*, Poznań 2009.

M u s i a ł E., Ludzie „trzeciego wieku” w Sieci [http://www.up.krakow.pl/kttime/ref2008/].

N o w i c k a A., *Wybrane problemy ludzi starszych*, Kraków 2006.

[http://przez-pokolenia.onet.pl/akademia-e-seniora/w-internecie-znajde-wszystko-52.html].

[http://www.ofos.opole.pl/viewpage.php?page_id=11].

[http://www.upc.pl/o_upc/zaangazowanie_spoleczne/e_akademia_upc/akademia_e_seniora/].

T o k a r z B., *Jesień moja ulubiona pora roku*, Warszawa 2000 [www.ofos.opole.pl].

T o k a r z B., *My też – seniorzy w Unii Europejskiej*, Warszawa 2004.

T o m c z y k Ł., *Technologia informacyjna w procesie kształcenia ustawicznego osób w wieku poprodukcyjnym*, [w:] *Technologie i systemy informatyczne w organizacjach gospodarki opartej na wiedzy*. Red. E. Ziemia, WSB, Poznań 2008.

[http://www.zdrowie.med.pl/seniorzy/alzheimer_5.html].

Robert Rauziński*

Starzenie się ludności i jego konsekwencje społeczne w świetle procesów migracyjnych na Śląsku Opolskim w latach 2010–2035

Przedstawiony artykuł jest poświęcony analizie i ocenie procesu starzenia się ludności Śląska Opolskiego w latach 2010–2035 w świetle migracji stałych i sezonowych oraz ich wpływie na problem tzw. sieroctwa seniorów. „Sieroctwo seniorów” należy rozumieć jako osłabienie więzi rodzinnych, osamotnienie i często brak opieki zdrowotnej i pomocy społecznej ze strony rodziny i młodego pokolenia. W polityce regionalnej trzeba mieć dużą wyobraźnię sięgającą często 15–25 lat. Aktualne decyzje mogą rozwiązać problem (np. ubezpieczenie pielęgnacyjne) lub powiększyć znaczącą grupę osób wykluczonych społecznie. Już dzisiaj (2010 r.) „sieroctwem seniorów” jest objętych ponad 80 tys. rodzin w wieku 62 lat i więcej. Są to rodziny, w których dzieci stale mieszkają poza krajem.

Z badań demograficznych i prognozy demograficznej Głównego Urzędu Statystycznego z 2009 roku wynika, że do 2035 r. na Śląsku Opolskim będą zachodziły bardzo niekorzystne procesy ludnościowe, w tym proces starzenia się ludności według płci i miejsca zamieszkania (miasta–wsie). Rozwój demograficzny każdego społeczeństwa podlega pewnym prawom, które znajdują swoje uzasadnienie w teorii przejścia demograficznego. Silny proces starzenia się ludności występuje w fazie rozwoju nowoczesnych społeczeństw, charakteryzujących się spadkiem liczby urodzeń, dzietnością kobiet, liczbą zawieranych małżeństw, spadkiem liczby osób w rodzinie, wzrostem liczby rodzin niepełnych, brakiem zastępowalności pokoleń, wzrostem obciążeń ekonomicznych i społecznych ludności aktywnej zawodowo, zwiększającą się grupą ludności w wieku poprodukcyjnym, zmianom proporcji dzieci i seniorów.

Proces starzenia się społeczeństwa Śląska Opolskiego jest coraz intensywniejszy. Istotnym czynnikiem są tu masowe emigracje zagraniczne. W roku 2010 liczba seniorów w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) wynosiła w województwie opolskim 145 tys., a prognoza na 2035 r. wskazuje, że ich liczba przekroczy 226 tys. osób, czyli będą stanowić 25,2% populacji (tab. 1).

* Prof. dr hab., Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu.

Tabela 1

Prognoza starzenia się ludności Polski na 2035 rok według województw
(w odsetku ogółu ludności)*

Lp.	Województwa	Stosunek ludności w wieku 65+ do ogółu [%]	Lp.	Województwa	Stosunek ludności w wieku 65+ do ogółu [%]
	Polska	23,2			
1	Świętokrzyskie	26,2	9	Kujawsko-pomorskie	23,0
2	Opolskie	25,2	10	Lubuskie	23,0
3	Łódzkie	25,0	11	Podkarpackie	23,0
4	Podlaskie	24,8	12	Warmińsko-mazurskie	22,9
5	Śląskie	24,7	13	Małopolskie	22,1
6	Lubelskie	24,4	14	Mazowieckie	22,1
7	Dolnośląskie	23,8	15	Pomorskie	21,6
8	Zachodnio-pomorskie	23,3	16	wielkopolskie	21,6

* W wieku 65 lat i więcej.

Źródło: Prognoza ludności na lata 2008–2035, GUS, Warszawa 2009.

Jak ilustruje tab. 1, Śląsk Opolski należy do obszarów kraju zaliczanych do grupy zaawansowanej pod względem starości demograficznej. Można tu wymienić cały szereg miejscowości o dużym nasileniu procesu starzenia się ludności. Miernikiem intensywności procesu starzenia się ludności jest wskaźnik starości demograficznej oraz wskaźnik obciążenia ludności młodej (0–17 lat) ludnością starszą (65 lat i więcej). Ten pierwszy wynosił w 2010 r. 14,2%, a w 2035 r. wyniesie aż 25,2% ludności, czyli co piąty mieszkaniec województwa opolskiego przekroczy 65. rok życia. Analogiczny miernik dla mężczyzn wyniesie 21,8%, dla kobiet ponad 28,0%.

Zakres wzajemnych powiązań pomiędzy starzeniem się społeczeństwa a polityką społeczną jest wielostronny i wymaga wszechstronnej i wnikliwej analizy w czasie i przestrzeni. Na podstawie bardzo bogatego materiału statystycznego i badań PIN – Instytutu Śląskiego w Opolu można stwierdzić, że do 2035 r. silnie wzrastają i będą wzrastać potrzeby społeczne tej grupy osób. Problem „sieroctwa społecznego” (samotność, coraz dalsza odległość zamieszkania dzieci od rodziców i dziadków, rozbiecie migracyjne rodzin, choroby wieku starszego) wyłania się na czoło polityki społecznej na Opolszczyźnie, a szczególnie w obszarach przestrzennych starości demograficznej.

Analiza układu przestrzennego procesu starzenia się ludności na Śląsku Opolskim ma istotne znaczenie dla regionalnej i lokalnej polityki społecznej, gdyż każdy problem społeczny ma swój wyraz lokalny.

Tabela 2

Prognoza starzenia się ludności województwa opolskiego w latach 2010–2035

Wyszczególnienie	Lata					
	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ludność ogółem [tys.]	1023	1000	978	956	928	897
W wieku 65 lat i więcej [tys.]	145	162	186	208	221	226
W wieku 80 lat i więcej [tys.]	33	40	46	43	52	66
Ludności w wieku 65 lat i więcej [%]	14,2	16,2	19,0	21,8	23,8	25,2
Ludności w wieku 80 lat i więcej [%]	3,2	4,0	4,7	4,5	5,6	7,4

Źródło: *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009, s. 204–214.

Śląsk Opolski należy do województw, w których najszybciej przybywa seniorów. Z przytoczonej prognozy demograficznej do 2035 r. wynika, że za 15 lat będziemy obszarem kraju ludzi starych, osamotnionych, o słabych więziach społecznych z pokoleniem dzieci i wnuków mieszkających poza granicami kraju, głównie w Niemczech.

Skala i rozmiary emigracji stałej i czasowej jest tak duża, że stanowi istotne zagadnienie społeczne związane z nasileniem się problemów rodzin seniorów. Wyłania się więc kwestia sieroctwa migracyjnego nie tylko dzieci i młodzież (około 30 tys. sierot migracyjnych), ale również „sieroctwa seniorów” pozbawionych stałych więzi rodzinnych i aktywności społeczno-zawodowej.

W układach przestrzennych dotyczy to głównie obszarów objętych masową emigracją zagraniczną. Można uzasadnić tezę, że nie sprawy ekonomiczne, ale szeroko rozumiane zagadnienia społeczne i praca będą węzłowym problemem seniorów i rozbitych demograficznie rodzin. Polityka społeczna wymaga więc nowego podejścia – zmieniają się potrzeby społeczne seniorów, ale i mało liczebnych rodzin. Tylko systemowe spojrzenie na całe społeczeństwo i rodziny emigracyjne pozwoli na sformułowanie aktywnej regionalnej polityki społecznej. Seniorzy powinni stać się podmiotem polityki społecznej a nie przedmiotem. Inną miarą procesu starzenia się demograficznego ludności jest relacja między liczbą dzieci a liczbą ludzi starszych. Wskazuje ona, ilu ludzi w wieku 65 lat i więcej przypada na 100 dzieci w wieku do 14 lat.

Tabela 3

Relacje między liczbą dzieci i liczbą ludzi starych**
w województwie opolskim w latach 2010–2035*

Wyszczególnienie	Lata		
	2010	2020	2035
Liczba dzieci w wieku 0–14 lat	137 000	132 000	98 000
Liczba osób w wieku 65 lat i więcej	145 000	186 000	226 000
Na 1000 dzieci przypada osób w wieku 65 lat i więcej	1 058	1 409	2 306

* W wieku do 14 lat.

** W wieku 65 lat i więcej.

Źródło: *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, GUS, Warszawa 2009, s. 204–214.

Skalę poruszanych problemów starzenia się społeczeństwa opolskiego i jego społeczno-ekonomicznych konsekwencji oraz „sieroctwa seniorów” przedstawia nam tab. 3. Już w 2010 roku liczba osób w wieku 65 lat i więcej przekracza liczbę dzieci w wieku 0–14 lat. Zarysowujący się kryzys demograficzny jest wyraźny. Analogiczne dane dla 2035 r. wynoszą: 98 tys. dzieci w wieku 0–14 lat i 226 tys. seniorów w wieku 65 i więcej. W sumie na jedno dziecko do 14. roku życia przypadnie ponad 2,3 seniorów w 2035 r.

Problem drugiej fazy aktywności zawodowej to klucz do rozwiązywania problemu „sieroctwa społecznego”. Seniorzy to konsumenci, szczególnie w zakresie szeroko pojętych usług. Więż ze środowiskiem i zdrowie psychiczne zapewnia im w dużej mierze praca. Mało elastyczny rynek pracy już utrudnia wykorzystanie zasobów wśród młodych emerytów.

Za 10–15 lat seniorzy (dziś ludzie młodzi) znowu będą potrzebni na rynku pracy. Intensywnością procesu starzenia się demograficznego ludności jest wskaźnik starości demograficznej. Wskazuje on, że udział ludzi starszych w społeczeństwie już w 2020 roku wyniesie 19,0% (65 lat i więcej), a więc Śląsk Opolski znajduje się w fazie starości demograficznej.

Mierniki starości demograficznej będą szczególnie wysokie wśród kobiet 28,4% (2035 r.) oraz mieszkańców miast (26,2%) i wsi (24,4%). Proces starzenia się demograficznego będzie istotnie zróżnicowany przestrzennie i wpłynie w decydujący sposób na wzrost potrzeb społecznych.

Do najważniejszych problemów różnicujących sytuację społeczno-ekonomiczną seniorów w układzie przestrzennym województwa należą powiązania rodzinne z emigrantami z Niemiec. Masowa emigracja zagraniczna ludzi młodych (stała i czasowa) jest poważnym sprawcą „sieroctwa społecznego” seniorów zamieszkałych w gminach śląskich.

Skala emigracji była tak duża, że odsetek rodzin podzielonych emigracją, a więc dzieci i wnuków mieszkających stale poza granicami kraju, przekracza 90% ogółu rodzin. Należy tu wskazać, że w 2002 r. (NSP) 9,9% ludności województwa (105,2 tys.) przebywało czasowo za granicą; aktualnie (2010 r.) jest ponad 150,0 tys. Emigracja stała objęła od 1960 r. około 50% populacji ludności śląskiej.

Badania przeprowadzone w PIN – Instytucie Śląskim w Opolu wskazują, że istotnym czynnikiem różnicującym sytuację społeczno-ekonomiczną seniorów w układach przestrzennych województwa jest pomoc ekonomiczna z zagranicy. Stałą pomoc uzyskuje 52% seniorów wśród ludności śląskiej oraz 6,0% wśród pozostałej.

Wysoki też jest stopień zadowolenia z obecnej sytuacji materialnej wśród seniorów z rodzin śląskich, wynosi bowiem aż 68,0%. Rodziny seniorów śląskich są bardzo dobrze wyposażone w urządzenia gospodarcze i domowe. Największym obciążeniem dla rodzin seniorów z rodzin śląskich są koszty leczenia i lekarstw (35,0%) oraz opału, gazu i elektryczności (33,0%). Ponad

20% seniorów z gmin śląskich ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub przeciętny (45,0%).

Główną przyczyną niezadowolenia z życia i aktualnych problemów jest kwestia podziału rodzin. Przeprowadzone rozmowy i wywiady świadczą o tym, że węzłowym zagadnieniem śląskich rodzin i ich seniorów jest emigracja dzieci i wnuków do Niemiec i związana z tym rozłąka. „Sieroty migracyjne” i „sieroctwo seniorów” to nowe społeczne problemy XXI wieku. W sumie można wnioskować, że kwestie rodzinne i społeczne decydują o stopniu zadowolenia z życia i niosą nowe wyzwania pod adresem regionalnej polityki społecznej do 2035 r.

Wpływ migracji zagranicznych na „sieroctwo seniorów”

Migracje zagraniczne na Śląsku Opolskim mają swoje specyficzne uwarunkowania, niepowtarzalne w innych regionach kraju. Tkwią one w tradycjach historycznych związanych z pracą sezonową w Niemczech, migracjach powojennych łączących się z wysiedleniem ludności niemieckiej oraz migracjach stałych i sezonowych. Procesy migracyjne i silne powiązania rodzinne są czynnikami sprzyjającymi emigracji stałej i podejmowaniu pracy sezonowej w Niemczech, a tym samym wzrostu „sieroctwa seniorów”.

Lata transformacji gospodarczej były okresem wzrostu migracji zarobkowych (czasowych), które w konsekwencji przekształcają się w migracje stałe. Ten proces etapowych migracji ma swój wyraz w rozmiarach wymeldowań stałych ze Śląska Opolskiego do Niemiec w latach 1989–2010.

Tabela 4
Województwo opolskie – migracje zewnętrzne (zagraniczne)
w latach 1989–2009

Lata	Liczba osób
1989	5 959
1990	2 080
1991	2 930
1992	1 539
1993	2 430
1994	2 563
1995	3 218
1996	2 615
1997	2 180
1998	2 402
1999	2 742
2000	3 644
2001	4 244
2002	4 268
2003	3 695

Lata	Liczba osób
2004	2 976
2005	2 552
2006	3 961
2007	3 317
2008	2 896
2009	1 107
Razem	63 318

Źródło: Dane Urzędu Statystycznego w Opolu dotyczące migracji stałych w latach 2000–2002; „Rocznik Statystyczny Województwa Opolskiego” za lata 1989–2005.

Konkluzje

1. Społeczeństwo Śląska Opolskiego wchodzi w sferę starości demograficznej kształtującej wzrost potrzeb społecznych.
2. Masowe emigracje zagraniczne (stałe i czasowe) stwarzają nowe problemy społeczne związane nie tylko z „sieroctwem migracyjnym” dzieci i młodzieży, ale również seniorów.
3. Skala problemów społecznych i ekonomicznych starzenia się społeczeństwa, stanu zdrowia i niepełnosprawności wymaga nowych rozwiązań, głównie z zakresu wzrostu aktywności zawodowej tej grupy osób (powyżej 60 lat) i edukacji.

Rodzina w oczach dziadków i wnuków

Rodzina jest podstawowym środowiskiem rozwoju człowieka. Stwierdzenie to jest oczywiste. Jednak zachodzące w wyniku upływu czasu społeczne przemiany pokazują, że staje się ono już nawet nie „pobożnym życzeniem”, co raczej sloganem, który nie przekazuje żadnej treści. W niniejszej pracy zestawiono opinie na temat roli i kształtu rodziny prezentowane przez opolskich studentów i seniorów.

Często podawanym przykładem rozpadu więzi rodzinnych jest Szwecja. Przedstawione w reportażu Grzegorza Górnego pt. „Postęp po szwedzku”¹ dane wskazują, że 45% urn z prochami zmarłych nie jest odbierana przez rodziny; 70% gospodarstw domowych w Sztokholmie to gospodarstwa jednoosobowe. W Szwecji notuje się rocznie 38 tys. ślubów i 31 tys. rozwodów. Każdego roku w Szwecji państwo odbiera rodzicom od 10 do 12 tys. dzieci. W tym samym reportażu działaczka Młodzieżówki Zielonych Elina Aberg stwierdza:

Tradycyjny obraz rodziny nie przystaje zupełnie do dzisiejszych czasów. Istnieje potrzeba, by dać możliwość zaistnienia nowym konfiguracjom rodzinnym. W naszej partii rozmawialiśmy o zalegalizowaniu związków poligamicznych jako akceptowalnej formy współżycia w społeczeństwie.

Przedstawione w reportażu dane i opinie skłaniają do refleksji nad miejscem i modelem współczesnej rodziny w naszym społeczeństwie.

Rodzina należy do grup pierwotnych, czyli jest komórką społeczną, gdzie relacje i więzi są bliskie i bezpośrednie. Całą jej strukturę możemy rozpatrywać na trzech płaszczyznach²:

- psychologicznej – jest to układ więzi i relacji między poszczególnymi członkami rodziny;
- społecznej – bierze się tu pod uwagę pozycje społeczne, podział władzy;
- kulturowej – wzory regulujące życie rodzinne, wzory i normy ról społecznych.

* Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ „Raport Specjalny”, scenariusz i realizacja Grzegorz Górny, dla TV Polsat, 2005.

² *Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Red. A. Radziewicz-Winnicki, Katowice 1992, s. 271–272.

Jakkolwiek by tej struktury nie rozpatrywać, podstawą rodziny w naszej kulturze, niezależnie od mody i trendów przemian obyczajowych, jest małżeństwo. Relacja między dwojgiem osób płci przeciwnej stanowi punkt wyjścia do zakładania rodziny i jako taka jest pod ochroną państwa³.

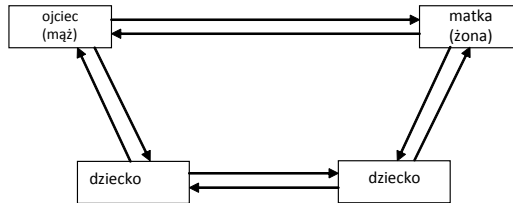
Jak to się dzieje, że spośród około dwóch do trzech tysięcy osób, z którymi kontaktujemy się w ciągu naszego życia, wybieramy tę jedną, jedyną. Pomimo naszej autonomii, niezależności wybór ten jednak bywa ograniczony poprzez zakres terytorialny, podobieństwo społeczne i kulturowe, podobieństwo zawodowe i wykształcenie, podobieństwo wiekowe, podobieństwo wartości, powinowactwo psychiczne, podobieństwo postaw, podobieństwo zainteresowań itp. Dostosowanie się do tych ograniczeń w żaden sposób nie gwarantuje powodzenia związku małżeńskiego.

Obiegowe opinie pozwalają wnioskować, że dziś rodzina traci na swej wartości i znaczeniu zwłaszcza wśród ludzi młodych — postępowych. Jednak z badań przeprowadzonych przez GfK Polonia dla „Rzeczypospolitej” wynika, że około 80% badanych w wieku 18–26 lat uważa, że małżeństwo ma i, co więcej, będzie mieć duże znaczenie w nowoczesnym społeczeństwie. Prawie wszyscy badani (98%) uważają także, iż rodzina to para osób płci przeciwnej wraz z potomstwem⁴.

Jak widzą zatem rodzinę osoby młode, które są na etapie przejściowym między rodziną pokoleniową a generacyjną, a jak widzą tę rodzinę ludzie starszy, którzy doczekali się swoich wnuków?

Czym jest rodzina i jakie pełni funkcje?

Rodzina przede wszystkim jest grupą społeczną i instytucją. W każdej grupie zachodzą pewne relacje. Tak samo i w przypadku rodziny relacje te mogą być wielokierunkowe i wzajemne: mąż–żona, matka–dziecko, ojciec–dziecko i dziecko–dziecko (ryc. 1.). Należy także zwrócić uwagę, że relacje te kształtują się nie tylko pod wpływem wzajemnych nastawień poszczególnych członków rodziny, ale także stosunki między jedną a drugą osobą wpływają na jakość relacji między pozostałymi członkami rodziny (ryc. 2.).

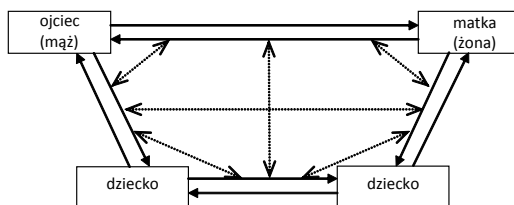


Źródło: Opracowanie własne.

Ryc. 1. Relacje między poszczególnymi członkami rodziny

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 2 kwietnia 1997, art. 18.

⁴ M. Szuldrzyński, *Rodzina silna poparciem młodzieży*, „Rzeczpospolita” 2010, nr 75, s. 2.



Źródło: Opracowanie własne.

Ryc. 2. Wpływ relacji między poszczególnymi członkami rodziny na pozostałe relacje

Franciszek Adamski uważa, iż rodzina jest o tyle instytucją, o ile realizuje podstawowe funkcje społeczne, niezbędne do istnienia społeczeństwa⁵.

Należy przy tym pamiętać, że rodzinę można uznać za małą grupę społeczną, ponieważ istnieją w niej bezpośrednie międzyludzkie kontakty społeczne. Stosunki między jej członkami są spontaniczne, bliskie i intymne oraz nasycone emocjami, a interakcja i związek osobowy przeważa nad organizacją. Ponadto ma ona poczucie swej odrębności, własne zdanie i cele życiowe⁶.

Rodzina w opinii studentów

Świat wartości dzisiejszej młodzieży akademickiej jest skierowany głównie na myślenie ku dorosłości, życiu rodzinnemu i pracy zawodowej.

Zaprezentowane przez Annę Krasnodębską wyniki badań wskazują, że najbardziej pożądane przez studentów wartości układają się w następującej kolejności: osiągnięcie szczęścia rodzinnego, praca zawodowa dająca satysfakcję, doskonalenie własnej osobowości, możliwość osiągnięcia niezależności osobistej. Natomiast wartości takie jak: zapewnienie sobie awansu społeczno-zawodowego, osiągnięcie wyższej pozycji materialnej od rodziców, prowadzenie własnego przedsiębiorstwa dochodowego, osiągnięcie wysokiej pozycji społeczno-politycznej czy zdobycie rozgłosu plasują się dopiero od 10. miejsca⁷.

W raporcie *Diagnoza Społeczna 2009 r. ...* możemy przeczytać, że Polacy w wieku powyżej 18 lat najczęściej jako wartość wskazywali zdrowie (67,8 proc. respondentów), a w dalszej kolejności udane małżeństwo, dzieci, pieniądze i pracę; najrzadziej wolność i silny charakter, wykształcenie i życzliwość oraz szacunek otoczenia (w tym ostatnim przypadku znaczący wzrost w stosunku do badań z poprzednich lat)⁸.

⁵ F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002, s. 30.

⁶ Z. Tysocka, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1976, s. 57.

⁷ A. Krasnodębska, *Orientacje aksjologiczne młodzieży akademickiej*, Opole 1997, s. 42.

⁸ *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2009, s. 199 [www.diagnoza.com], 15 kwietnia 2010.

Rodzina w opinii seniorów

Każdy okres naszego życia charakteryzuje się szczególnymi zmianami nie tylko w sferze biologicznej, ale także psychicznej, ekonomicznej i społecznej. W okresie późnej dorosłości takie wydarzenia jak przejście na emeryturę czy chociażby tzw. sytuacja „opuszczonego gniazda”, a także utrata bliskich (śmierć) wymuszają na głównych zainteresowanych weryfikację i zmianę w relacjach z najbliższym otoczeniem. Wiąże się to często ze zmianą grupy znajomych, zamianą rozkładu czasu w ciągu dnia, wchodzeniem w nowe role społeczne: emeryt, dziadek, babcia, a często także i pacjent.

Sytuacje takie, pomimo dość trudnych i nie zawsze pozytywnych przeżyć psychicznych z tym związanych, mogą służyć dalszemu rozwojowi człowieka, na co zwraca uwagę w swej teorii E. Erikson⁹. Niewłaściwe jednak wydaje się postrzeganie tego okresu głównie przez pryzmat niebezpieczeństw. Jeśli wcześniejsze relacje między małżonkami były oparte na miłości, przyjaźni i przywiązaniu, wiek senioralny może być drugim miesiącem miodowym¹⁰.

Badania prowadzone wśród dorosłych Polaków na temat więzi rodzinnych pokazują deklarację częstego widywania się międzypokoleniowego: 73% badanych respondentów widuje się co najmniej raz w tygodniu ze swoimi rodzicami, co szósty badany deklaruje taką samą częstotliwość kontaktów ze swoimi dorosłymi dziećmi, mieszkającymi oddzielnie. Co trzeci badany widuje się ze swoimi dziadkami raz na tydzień i w tej samej częstotliwości 69% badanych widuje się ze swoimi wnukami¹¹.

Prawie połowa badanych osób starszych deklaruje, że przynajmniej raz lub kilka razy w tygodniu widuje się z członkami rodziny spoza gospodarstwa domowego, a co trzeci badany widuje się przynajmniej raz w miesiącu¹².

Badania pokazują także, iż z wiekiem wzrasta deklaracja pozwalająca określać siebie jako osobę zdecydowanie rodzinną. Deklaracje takie składa 41% osób w wieku 18–24 lat, lecz pomiędzy 55. a 64. rokiem życia jest to już trzech na czterech badanych. Wśród osób powyżej 65. roku życia deklarację taką składa zdecydowana większość badanych (84 %)¹³.

⁹ Szerzej o ostatniej fazie polegającej na rozwiązaniu konfliktu integracja–rozpacz w teorii można przeczytać np. w: E. H. E r i k s o n, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000.

¹⁰ K. P. K a l e t a, A. J a ś k i e w i c z, *Miłość i bliskie związki w okresie późnej dorosłości*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 63–77.

¹¹ Więzy rodzinne. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008, s. 5 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.

¹² Obraz typowego Polaka w starszym wieku, CBOS, Warszawa 2010, s. 9 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.

¹³ Nie ma jak rodzina. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008, s. 4 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.

Wraz z wiekiem wzrasta też przekonanie o konieczności zawarcia ślubu przez osoby żyjące razem¹⁴.

Rodzina w percepcji studentów i ludzi w wieku 50+

Jako podsumowanie niniejszej pracy niech mi będzie wolno zestawić wyniki badań prowadzonych przez Agnieszkę Kowal w ramach pisania pracy magisterskiej na Uniwersytecie Opolskim¹⁵ z wynikami, jakie otrzymał autor w grupie wiekowej osób powyżej 50. roku życia.

Niektóre pytania z ankiety, opracowanej przez A. Kowal, według której badano opolskich studentów, zostały postawione także mieszkańcom opolskiego Domu Złotej Jesieni.

Respondenci, odpowiadając na pytanie: „Jak bardzo cenisz sobie w życiu wymienione wartości”?, oceniali je w trzystopniowej skali. Ludzie późnej dorosłości najbardziej cenią rodzinę i miłość oraz przyjaźń; studenci podobnie: miłość, rodzinę i przyjaźń.

Badane osoby w większości oceniają swoje rodziny generacyjne pozytywnie. Prawie co trzeci student (32,5%) i co piąty mieszkaniec Domu Złotej Jesieni (21,1%) uważają, że rodzina, w której się wychowali, była rodziną bardzo udaną, a mniej niż połowa respondentów uważa, że była rodziną udaną (studenci: 45,8%, starsze pokolenie: 42,1%). Jako przeciętną rodzinę ocenia prawie dwa razy mniej studentów niż osób starszych.

Osobom z pokolenia 50+ zadano także pytanie: „Jak oceniają swoją rodzinę pokoleniową”?. Z otrzymanych wyników można wnioskować, że tylko co 10. badany ocenia ją jako bardzo udaną, czyli dwukrotnie mniej tak wysokich ocen rodzin, z których pochodzą.

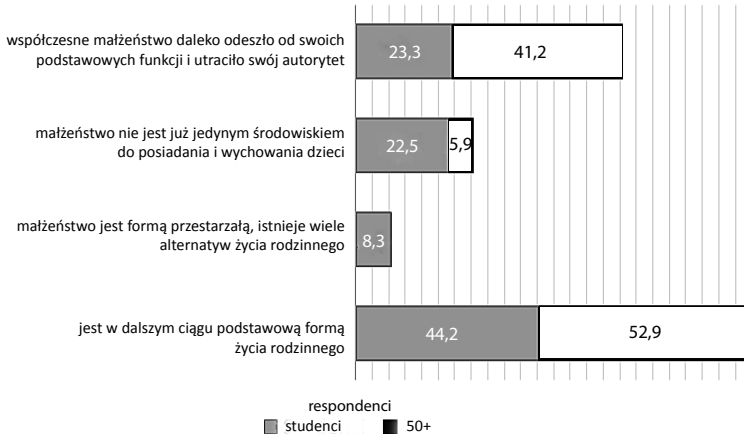
Na podstawie przeprowadzonych badań można zaobserwować różnicę w postrzeganiu współczesnych małżeństw. Ponad połowa (52,9%) osób starszych uważa, że małżeństwo jest w dalszym ciągu podstawową formą życia rodzinnego, podczas gdy tak samo uważa około dwóch na pięciu badanych studentów.

Jeszcze większe różnice występują w kolejnych opiniach. Co 10. student uważa małżeństwo za formę przestarzałą, wskazuje na istnienie wielu alternatyw życia rodzinnego, podczas gdy żadna osoba z drugiej grupy wiekowej tak się nie wypowiedziała. Studenci prawie czterokrotnie częściej niż osoby powyżej 50. roku życia stwierdzali, że małżeństwo nie jest już jedynym środowiskiem do posiadania i wychowania dzieci. Niemalże co czwarty student uważa także, iż współczesne małżeństwo daleko odeszło od swoich podstawo-

¹⁴ Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008, s. 8 [<http://www.cbos.pl>], 15 kwietnia 2010.

¹⁵ A. Kowal, Model rodziny w opiniach studentów Uniwersytetu Opolskiego [niepublikowana praca magisterska].

wych funkcji i utraciło swój prestiż. Taki pogląd podziela prawie dwukrotnie więcej osób starszych.

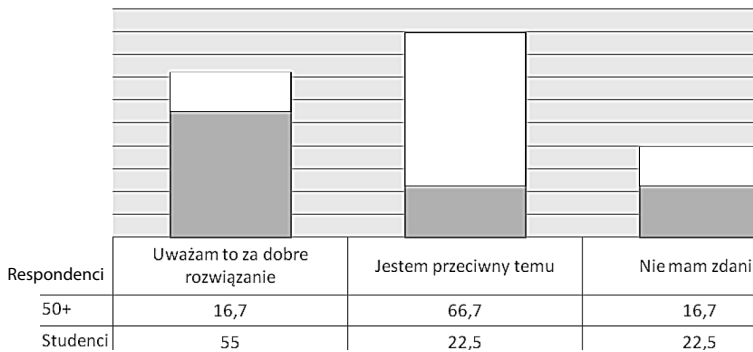


Źródło: Opracowanie na podstawie badań A. Kowal i M. Hanulewicza.

Ryc. 3. Odpowiedzi na pytanie: „Jakie jest według Ciebie współczesne małżeństwo?” [%]

Odmienne poglądy prezentują także w poszczególnych grupach wiekowych badani na temat wspólnego mieszkania przed ślubem, jak również współżycia seksualnego przed zawarciem związku małżeńskiego.

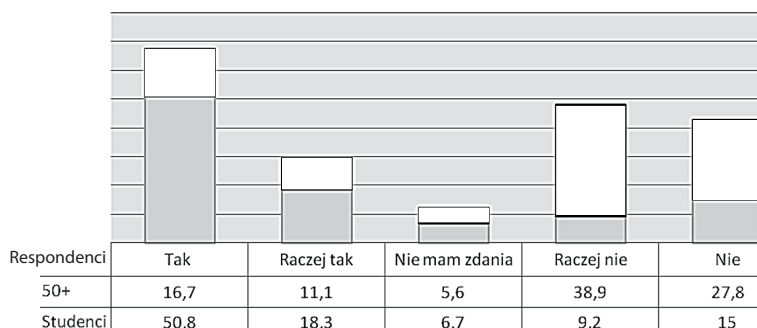
Ponad połowa studentów uważa, że wspólne mieszkanie przed ślubem jest dobrym rozwiązaniem, podczas gdy ten pogląd podziela tylko co szósty starszy człowiek. Natomiast 2/3 badanych osób w wieku 50+ jest przeciwna wspólnemu mieszkaniu przed ślubem i z tym zgadza się prawie co czwarty student.



Źródło: Opracowanie na podstawie badań A. Kowal i M. Hanulewicza.

Ryc. 4. Stosunek do wspólnego mieszkania przed ślubem [%]

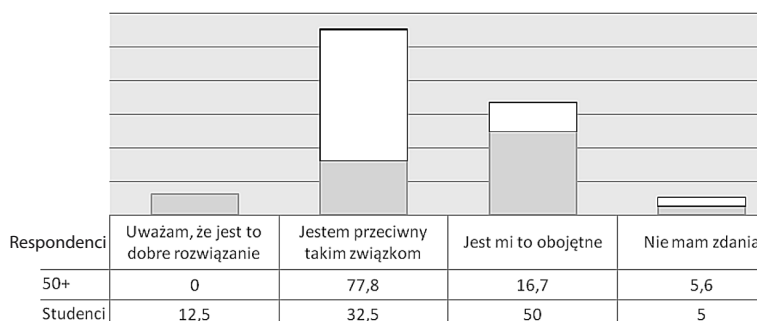
Większość studentów akceptuje przedślubne stosunki seksualne („tak”, i „raczej tak” odpowiedziało około 70% respondentów). Takie samo zdanie ma ponad co czwarty badany przedstawiciel grupy wiekowej powyżej 50. roku życia. Przeciwnych współżyciu przed ślubem jest 1/4 studentów i 2/3 osób starszych.



Źródło: Opracowanie na podstawie badań A. Kowal i M. Hanulewicza.

Ryc. 5. Odpowiedzi na pytanie: „Czy akceptujesz współżycie przed ślubem?” [%]

Tylko co ósmy student uważa związki nieformalne za dobre rozwiązanie, natomiast żadna z osób starszych nie podziela tej opinii. Co trzeci student oraz ponad 3/4 osób starszych jest przeciwna takim związkom.



Źródło: Opracowanie na podstawie badań A. Kowal i M. Hanulewicza.

Ryc. 6. Stosunek do związków nieformalnych [%]

Próbując zestawić poglądy studentów na wspólne mieszkanie przed ślubem z opinią na temat związków nieformalnych, można wnioskować, że studenci chcą zawierać związki małżeńskie, co potwierdzają wspomniane wcześniej badania GfK Polonia, a wspólne mieszkanie przed ślubem jest formą „przetestowania się”. Nie bez znaczenia są także doświadczenia wyniesione z domu rodzinnego: większość badanych w każdej grupie wiekowej pochodzi z rodzin, w których rodzice rozpoczęli wspólne życie równocześnie ze ślubem.

Na podstawie przedstawionych badań można wyciągnąć wnioski, że są niektóre wartości studentów i co najmniej dwukrotnie starszych od nich mieszkańców Domu Żłotej Jesieni do siebie zbliżone. Podobna jest także ocena rodziny, z której wywodzą się te dwie grupy wiekowe. Najistotniejsze różnice pojawiają się przy ocenie współczesnego małżeństwa i tego, jaką ono pełni dziś rolę, jak również poglądy dotyczące wspólnego zamieszkania przed ślubem czy też współżycia przed zawarciem małżeństwa. W deklaracjach wszystkim bliskie są podobne wartości, ale pokolenia różnią się sposobem ich realizacji.

Literatura

- A d a m s k i F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2009 [www.diagnoza.com], 15 kwietnia 2010.
- E r i k s o n E.H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000.
- K a l e t a K.P., J a ś k i e w i c z A., *Miłość i bliskie związki w okresie późnej dorosłości*, [w:] *Szansa rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A.I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 2 kwietnia 1997.
- Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.
- K o w a l A., Model rodziny w opiniach studentów Uniwersytetu Opolskiego [niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. J. Kosowskiej-Rataj].
- K r a s n o d ę b s k a A., *Orientacje aksjologiczne młodzieży akademickiej*, Opole 1997.
- Nie ma jak rodzina. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.
- Obraz typowego Polaka w starszym wieku, CBOS, Warszawa 2010 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.
- Pedagogika społeczna u schyłku XX wieku*. Red. A. Radziewicz-Winnicki, Katowice 1992.
- „Raport specjalny”, scenariusz i realizacja Grzegorz Górny, dla TV Polsat, 2005.
- S z u ł d r z y ń s k i M., *Rodzina silna poparciem młodzieży*, „Rzeczpospolita” 2010, nr 75.
- T y s z k a Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa 1976.
- Więzi rodzinne. Komunikat z badań, CBOS, Warszawa 2008 [http://www.cbos.pl], 15 kwietnia 2010.

Krystyna Łangowska-Marcinowska*

O ludziach trzeciego wieku i niezbędnym im społecznym wsparciu

Wzrost populacji ludzi starych coraz bardziej absorbuje uwagę świata, czego dowodem było ogłoszenie przez Organizację Narodów Zjednoczonych roku 1999 Międzynarodowym Rokiem Osób Starych. Starość demograficzna społeczeństw wykazuje tendencje stałego rozwoju i fakt ten obliguje do ustawicznego modyfikowania i wzmacniania działań polityki społecznej na szczeblach międzynarodowym, europejskim, państwowych oraz lokalnych. Starzenie się społeczeństw, wyznaczone zarówno spadkiem płodności, jak i wzrostem przeciętnej długości życia, wpływa na zmiany zachodzące w obrębie struktury społeczno-demograficznej poszczególnych krajów, generując szereg problemów ekonomicznych, medycznych, socjalnych, kulturowych.

Również i w Polsce sytuacja życiowa ludzi starych stanowi jeden z kluczowych problemów polityki społecznej. Jesteśmy społeczeństwem, w którym już ponad 10% ogółu ludności, czyli około 4 mln osób, liczy powyżej 65 lat. Prognozy przewidują, że do 2025 r. w kraju przybędzie około 2,5 mln ludzi w wieku emerytalnym. Apel ONZ o zwrócenie uwagi na człowieka starszego jest więc wyzwaniem dla nas i wszystkich narodów świata, aby poprzez intensyfikację wspólnych działań polityków, ekonomistów, socjologów, prawników, służb medycznych i socjalnych oraz całych społeczeństw zburzyć stereotyp starości nacechowanej różnymi formami wykluczenia społecznego oraz odpowiednio przygotować człowieka do schyłkowego etapu jego życia¹.

O potrzebie przygotowania do starości

Człowiek starzeje się od chwili przyjścia na świat; jest to naturalny proces biologiczny, którego nie można zatrzymać. Świadomość tej prawidłowości, wpajana od najmłodszych lat, powinna iść w parze z przygotowywaniem człowieka do każdego kolejnego etapu życia, w tym do starości. Niestety, edukacja do starości nie zyskała dotychczas ani w Polsce, ani też w większo-

* Dr, Uniwersytet Opolski.

¹ Por. szerzej w tych kwestiach m.in. E. T r a f i a ł e k, *Polska wobec apelu ONZ*, „Praca Socjalna” 2001, nr 4; K. D z i e n i o, *Konsekwencja zmian w strukturze wieku ludności Polski*, „Polityka Społeczna” 1995, nr 9; A. Z y c h, *Człowiek wobec starości*, Katowice 2001.

ści krajów, które przekroczyły próg starości demograficznej, należytej rangi. W systemach oświaty nadal z reguły istnieje „biała plama”, której wypełnienie odpowiednimi treściami jest jednym z najpilniejszych zadań każdego cywilizowanego społeczeństwa. Ale są też kraje rozwinięte, w których uważa się, że wychowanie do starości jest czynnikiem adaptacji ludności starszej do nowoczesnego społeczeństwa. Przygotowanie i adaptacja do starości to przede wszystkim zapobieganie skutkom starości. Mimo że starzenie się organizmów jest zjawiskiem nieodwracalnym, to możemy opóźnić ten proces i powstrzymać przedwczesne nadejście starości. Przygotowanie i adaptacja do starości oznacza także zapewnienie człowiekowi poziomu życia odpowiedniego do jego potrzeb oraz przeciętnego poziomu życia ogółowi społeczeństwa. Ale przygotowując do starości, nie wystarczy zapobiegać chorobom i niedostatkom. Trzeba również przeciwdziałać nieprzystosowaniu psychospołecznemu, które bardzo silnie daje się we znaki ludziom starym.

Aby nieuchronne nadejście starości stało się możliwie bezbolesne i bezkonfliktowe, do „spotkania z nią” trzeba zacząć się przygotowywać dużo wcześniej, gdyż godzenie się osób w każdym wieku ze starością jest dla nich sprawą ze wszech miar trudną. Wychowywanie do starości na ogół jednak nie bywa podejmowane, a w podręcznikach – począwszy od szkoły podstawowej, a na uczelniach wyższych kończąc – brakuje rzeczowych informacji i wskazań o nieuchronnym procesie starzenia. W celu uświadomienia społeczeństwu problemów ludzi starych konieczna jest reforma systemu oświatowego, który powinien uwzględniać w programach edukacyjnych problematykę wychowania do starości. Gerontolodzy społeczni zwracają uwagę, że nabywane od dzieciństwa umiejętności zagospodarowywania czasu wolnego, nawiązywania kontaktów międzyludzkich, organizacji imprez, uczestnictwa w życiu klubowym pomagają w kontynuowaniu tych kontaktów do późnej starości.

Przygotowanie do starości to przede wszystkim działanie na rzecz takiego poziomu życia, który zapewniałby człowiekowi na stare lata, kiedy już zaprzestanie pracy dochodowej, godziwe zaspokojenie wszystkich jego potrzeb bytowych – i tych materialnych, i psychicznych, intelektualnych. Niedostatek materialny stanowi najgłębsze źródło społecznego nieprzystosowania człowieka starego i rodzi w nim poczucie poniżenia. Ważne jest więc prowadzenie humanitarnej polityki zatrudnienia w stosunku do osób będących w tzw. trzecim wieku. Praca dla współczesnego człowieka jest wielkim walorem, a jej utrata bywa ciężkim przeżyciem. Emerytura oznacza często usunięcie człowieka starszego z czynnego życia zawodowego i społecznego, co doprowadza go do apatyczności, zubożenia, a z czasem wyzbycia się wszelkiej aktywności. Uczucie nieprzydatności niweczy w człowieku wiele złudzeń i wiarę we własną wartość; brak projektów i planów zabija w nim wiarę w przyszłość. Przygotowanie do starości polega zatem na niepozbawianiu ludzi starszych ich licznych funkcji, w których dzięki bogatemu doświadczeniu życiowemu

mogą być długo jeszcze przydatni społeczeństwu². Przygotowanie i adaptacja do starości to wyposażanie ludzi wchodzących w trzeci wiek w poczucie równowagi i pewności siebie, tak by mogli oni traktować ten etap życiowy nie jako nieunikniony schyłek, lecz jako dalszy postęp; bo przecież każdy wiek ma swoje własne wartości, swoje obowiązki, prawo do rozwoju i do własnych uczuć. Wychowywać do starości może rodzina, społeczność sąsiedzka, zakład pracy, związki, stowarzyszenia, placówki kulturalno-oświatowe oraz placówki pomocy społecznej. Ale najskuteczniejsze bywa samowychowanie się człowieka, świadomego swojej przyszłości.

Prawidłowe przygotowanie do starości to najlepszy sposób na godzenie ludzi ze starością, na aprobowanie jej przez nich, na dostrzeganie w niej interesującego nowego etapu, niosącego zupełnie inne niż dotąd doznania. Wychowanie do starości polega właśnie na pomaganiu ludziom w nabywaniu zainteresowań i aspiracji oraz umiejętności i przyzwyczajęń, które – gdy nadejdzie czas emerytury – dopomogą w realizowaniu trybu życia sprzyjającego przedłużeniu młodości i dającej satysfakcję aktywności. Użyteczna praca i szersze, pozaosobiste zainteresowania to dwa główne eliksiry wydłużające człowiekowi młodość poza sześćdziesiąty rok życia. Szczególnie, gdy towarzyszy temu zabezpieczenie materialne, skuteczne zabiegi zdrowotne, właściwa dieta i higiena³.

O sytuacji człowieka starego w rodzinie oraz osamotnionego

Świat ludzi młodych w pogoni za lepszym życiem przerzucił obowiązek opieki nad nestorami na barki państwa. Uznano, że człowiek w podeszłym wieku nie jest w stanie nadążyć za zmianami zachodzącymi w cywilizowanej rzeczywistości, preferując tym samym model rodziny małej, dwupokoleniowej (szczególnie uwidacznia się to w miastach), w której nie ma miejsca dla trzeciej generacji. Rzesza ludzi młodych w wyniku dokonujących się przemian uzyskała wyższą pozycję społeczną. W ten sposób wielu ludzi starych zostało oddzielonych nie tylko geograficznie, ale i społecznie od swoich dzieci, wnuków. To był początek pogłębiającej się z upływem lat alienacji dużego grona ludzi starszych, ich samotnienia, sytuowania na marginesie życia społecznego.

We współczesnym świecie więzi człowieka starego z jego środowiskiem rodzinnym są na ogół coraz słabsze. To rozluźnienie kontaktów międzypokoleniowych stanowi wynik właśnie zmian stylu życia, wczesnego usamodzielniania się młodych, ale także rozwoju rozmaitych form pomocy społecznej. Jednak rodzina spełnia jeszcze w życiu wielu ludzi starych znaczącą rolę.

² Szerzej: Z. Pietrasinski, *Rozwój człowieka dorosłego*, Warszawa 1999, s. 111 i nn.

³ Podkreśla to mocno m. in. K. Wiśniewska-Roszkowska, *Starość jako zadanie*, Warszawa 2000, s. 149 i inn.

Dzięki niej niejednen nestor ma zapewnione utrzymanie, dach nad głową, opiekę i serdeczne środowisko, w którym żyje. Wielu ludzi trzeciego wieku może też prowadzić życie samodzielne i zachować niezależność tylko dzięki temu, że rodzina dodaje im sił i uzupełnia środki oraz niesie pomoc w chorobie i potrzebie. Otoczenie rodzinne jest ważne dla człowieka starszego zwłaszcza po zaprzestaniu przez niego pracy zawodowej, kiedy następuje rozluźnienie lub zerwanie wielu jego stosunków społecznych związanych z pracą. W tym momencie jego życia, jeśli jest on w swoim domu otoczony bliskimi, potomstwem, nie pozostaje bezczynny. Natomiast cierpi moralnie, gdy czuje pustkę odsunięcia, izolacji, albowiem człowiekowi starszemu bardziej niż młodszemu potrzebne jest uznanie innych, przeświadczenie o własnej wartości, przydatności.

Dla osób starszych kontakty rodzinne są źródłem równowagi emocjonalnej, zdrowia psychicznego, stanowią podstawowy warunek umożliwiający przystosowanie się do zmian życia społecznego. Ludzie starsi bardziej nawet niż dzieci potrzebują ciepła wokół siebie. Doceniają każdy przyjazny odruch, podanie ręki, uśmiech, a więc gesty drobne, niekosztowne dla młodych, a przez starszych zawsze dostrzeżone. Ludzi młodzi i w pełni sił jakże często o tym nie wiedzą, bądź też nie chcą wiedzieć. Nierzadko przejawiają zniecierpliwienie, obojętność czy nawet złośliwość i niechęć wobec starszych.

Człowiek starszy pragnie być traktowany w rodzinie jako pełnoprawny członek wspólnoty pokoleniowej. W dobrze funkcjonującej rodzinie, w której osoba starsza jest akceptowana i w której często spełnia ważną rolę opiekuńczą wobec wnuków, zachowany pozostaje normalny układ symbiozy pokoleń i współdziałania we wszystkich dziedzinach życia⁴. Jednakże dziś wspólne gospodarstwa domowe i stosunki międzypokoleniowe nabierają charakteru jakościowo odmiennego od modelu wielkiej tradycyjnej rodziny. Z reguły rodzina jest teraz coraz bardziej związkiem indywidualnym, w którym wzajemne powinności i pomoc opierają się raczej na osobistych kontaktach i kalkulacji, a nie na normach obyczajowych. Istnienie jeszcze wspólnych gospodarstw domowych ludzi starych i młodych oraz pewien zakres świadczeń materialnych z ich strony to zjawiska przejściowe, wynikające z bieżących trudności, w tym głównie z określonych niedostatków mieszkaniowych. I wydaje się, że współczesne czasy to właśnie schyłek wspólnego mieszkania trzech generacji.

Warto w tym miejscu zauważyć – co podkreślają często badacze zjawisk społecznych – że życie rodzinne ma znaczenie nie tylko dla człowieka starego, bo przecież i w pokolenie młodzi i dzieci wnosi ono określone wartości kulturowe, obyczajowe, historyczne. W procesie wychowywania młodych ważne jest uczenie dzieci i młodzieży szacunku dla osób starszych, a przede wszystkim kształtowanie silnych z nimi związków uczuciowych. W stosunkach

⁴ Ibidem, s. 97.

międzypokoleniowych potrzebna jest duża kultura, takt, sztuka dyplomacji. Mądrość człowieka starego dopiero wtedy nabiera blasku, gdy umie on swoje długoletnie doświadczenie połączyć z dobrą znajomością nowych nurtów, idei i problemów ludzi młodych, i ustosunkowywać się do nich z krytyczną życzliwością. Taki stary człowiek tworzy cenny pomost między przeszłością i przyszłością, i właśnie dzięki temu jest bardzo wartościową jednostką, która może wiele dać młodym i najmłodszym⁵.

Socjologowie zwracają uwagę na to, że kiedyś ludzie samotni żyli na pustkowiu, gdzieś w kniei, z dala od osad ludzkich, a zwano ich pustelnikami. Dziś najwięcej osób samotnych można spotkać w wielkich aglomeracjach miejskich. Wśród nich zaś sporo jest ludzi starych⁶. Zwłaszcza w olbrzymich blokach mieszkalnych ludzie izolują się od siebie i żyją wyobcowani, nie utrzymując żadnych kontaktów z sąsiadami.

Prawdziwy dramat samotnych ludzi starych rozgrywa się w zupełnej pustce, izolacji i wymyka się spod czyjejkolwiek kontroli. Osoby samotne, pozostawione same sobie przez najbliższych, nie garną się do obcych. Często odrzucają obcą pomoc, nie chcą korzystać z opieki społecznej. Nierzadko choroba lub poważnie zakłócony przez rozwijającą się miażdżycę sposób ich myślenia odstręcza od nich bliźnich. A kiedy trafi się ktoś, kto wyciągnie do nich życzliwą dłoń, najczęściej nie zostaje mile potraktowany.

Psychologowie podkreślają, że samotność to nade wszystko dziwaczny stan ducha, brak zaufania i wiary w drugiego człowieka, a czasem nawet chorobliwa niechęć do obcowania z innymi. Prowadzone w wielu krajach badania udowodniły, że wspólną cechą ludzi samotnych jest patologiczny stosunek do drugiego człowieka, lęk przed okazaniem się gorszym od innych oraz zbyt wysokie wymagania w stosunku do innych⁷.

Wyjście człowieka z samotności jest niezwykle trudne. Niezbędna jest mu pomoc z zewnątrz oraz równoczesna zmiana jego własnego sposobu postrzegania świata. Z samotnością – zdaniem psychologów – jest podobnie jak ze szczęściem, które jest nie celem życia, lecz sposobem na życie. Trzeba wiele cierpliwości i psychologicznego talentu, aby dotrzeć do serca samotnika i móc mu pomóc. Szczególną trudność sprawia rozwiązywanie problemów samotnych ludzi starych i chorych. W obliczu swej niepełnosprawności, która wymaga pomocy innych, ludzie tacy często negują własne potrzeby i wręcz wrogo odnoszą się do życzliwych ofiarodawców pomocy.

Pragnienie zachowania przez starego człowieka reszty niezależności objawia się często niechęcią do zamieszkania w tzw. domu starców. Przeniesienie

⁵ Więcej na ten temat: S. J a ł o w i e c k i, *Przejsięcie na emeryturę jako proces zmian aktywności społecznej*, Wrocław 1973.

⁶ Szerzej: J. R e m b o w s k i, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa–Poznań 2000, s. 45 i nn.

⁷ Za: Z. Z a w a d z k i, *Samotność – osamotnienie*, „Praca Socjalna” 1999, nr 4, s. 39.

do takiego domu wydaje się symbolizować ostateczną utratę wszystkiego i to chyba tłumaczy, dlaczego tak wielu ludzi starych woli niedostateczne, wyizolowane warunki życia od zabezpieczającej im byt opieki nawet w najlepszym zakładzie opiekuńczym.

W domach pomocy społecznej, zwanych też domami starców, człowiek stary cierpi na samotność nie fizyczną, lecz psychiczną, gdyż otaczają go tam ludzie równie jak on samotni duchowo, obcy i obojętni. Instalując się w domu starców, człowiek pozostawia za sobą swą przeszłość, swe radości i złudzenia. Ma tu dość czasu na snucie czarnych myśli, z których powoli wynurza się kontur kresu życia, widmo śmierci. Przyczynia się do tego wyobcowanie ze środowiska, utrata przyzwyczajzeń, odosobnienie i brak kontaktu z młodszymi generacjami, przeświadczenie o odrzuceniu przez rodzinę, a ponad wszystko brak wszelkich trosk związanych z codziennym bytem – tu człowiek stary nie musi się o nic martwić, o nic zabiegać, nie ma więc żadnych bodźców motywujących go do jakiegokolwiek aktywności.

O opiece służb społecznych nad ludźmi starymi

Pomoc społeczna, mimo dostrzeganych w naszym kraju tendencji odchodzenia od modelu państwa opiekuńczego, pozostaje – w myśl prawa – nadal istotnym instrumentem polityki społecznej. Jest ona szczególnie ważna w trudnym okresie reform systemu gospodarczego, których skutki odczuwane są głównie przez słabsze ekonomicznie grupy społeczne. Odbiorcami świadczeń pomocy społecznej są – obok rodzin wielodzietnych, niepełnych, obok ludzi niepełnosprawnych – także stare osoby samotne, gdyż one właśnie potrzebują uwagi i wsparcia społeczeństwa w stopniu większym niż starszycy zamieszkali z rodzinami. Instytucjonalna pomoc społeczna na rzecz ludzi starych⁸ sprowadza się dziś głównie do organizowania podopiecznym pomocy domowej, umieszczania ich w domach pomocy społecznej, w zakładach opiekuńczo-leczniczych, załatwiania im spraw rentowych, alimentów czy zapewniania doraźnego wsparcia finansowego.

System świadczeń pieniężnych obejmuje zasiłki okresowe i zasiłki celowe, np.: na częściowe pokrycie kosztów leczenia, na zakup leków i środków opatrunkowych, środków przeciwdziałających zniekształceniom i kalectwu (protezy, okulary, laski, obuwie ortopedyczne), na zakup odzieży i obuwia, żywności, podstawowych urządzeń domowych czy na zakup opału. Świadczenia pieniężne uzupełniane są pomocą w naturze, która może też stanowić świadczenie samodzielne.

Owa pomoc w naturze sprowadza się w istocie do szeroko rozumianych usług opiekuńczych, w ramach których zaspokajane są elementarne codzien-

⁸ Por. w tych kwestiach: K. K a w c z y Ń s k a - B u t r y m, *Problemy opieki nad człowiekiem starszym – obszar pomocy i wsparcia*, „Praca Socjalna” 2000, nr 4.

ne potrzeby życiowe ludzi starych, zapewniana jest im podstawowa opieka higieniczna i zalecona przez lekarza pielęgnacja oraz, w miarę możliwości, realizowane są ich kontakty z otoczeniem. Osoby obłożnie i przewlekle chore, których stan zdrowia lub warunki socjalne nie pozwalają na zorganizowanie leczenia domowego, mogą zostać umieszczone w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub w domach pomocy społecznej dla przewlekle chorych. Są to placówki specjalnie przystosowane do obsługi i pielęgnacji takich ludzi. Także zaawansowana starość z objawami otępienia umysłowego lub z dużą bezradnością fizyczną może stanowić wskazanie do przyjęcia pensjonariusza do takiego domu. Chorzy otrzymują tam wyżywienie i ubranie, mają zapewnioną opiekę lekarską i pielęgniarzką, mogą brać udział w życiu wspólnoty domu. Ale pobyt starego człowieka w takim domu absolutnie nie zwalnia jego rodziny i przyjaciół z obowiązku odwiedzin i interesowania się jego losem. Domy pomocy społecznej mogą być spokojnym i bezpiecznym azylem dla starych i schorowanych ludzi, jednakże nie powinny być ośrodkami odizolowania ich od bliskich i społeczeństwa.

Zagadnienia instytucjonalnej pomocy społecznej na rzecz ludzi będących w trzecim wieku stały się przedmiotem zainteresowania grupy studentów seminarium licencjackiego na Wydziale Pedagogicznym w WSZiA w Opolu w latach 2007–2008. W celu zorientowania się, jak ludzie starsi postrzegają swoje potrzeby, jakich form społecznej pomocy oczekują i jaką pomoc otrzymują oraz jak oceniają działalność służb społecznych – podjęto odpowiednie procedury badawcze. Jako metodę badań wybrano sondaż diagnostyczny, zrealizowany za pomocą kwestionariusza ankiety. Badania przeprowadzono wśród 156 starszych mieszkańców (emerytów i rencistów) części powiatu strzeleckiego w województwie opolskim. Charakterystykę tej grupy badawczej obrazuje tab. 1.

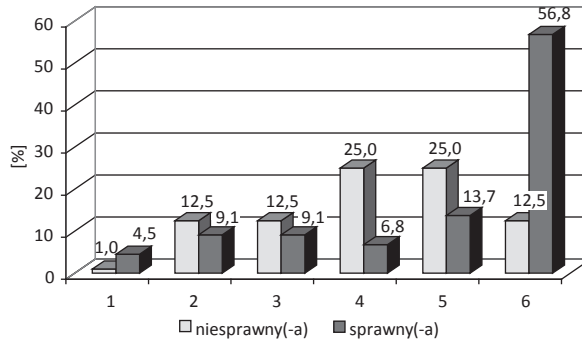
Tabela 1

Struktura badanej populacji [N=156]

Cechy populacji	Badani	
	liczba osób	[%]
Płeć:		
– kobieta	96	61,5
– mężczyzna	60	38,5
Środowisko zamieszkania:		
– miasto	54	34,6
– wieś	102	65,4
Stan sprawnościowy:		
– sprawni fizycznie	132	84,6
– niesprawni fizycznie	24	15,4

Źródło: Materiały z badań.

W związku z tym, że funkcje opiekuńcze państwa wobec spauperyzowanych grup społeczeństwa wymagających instytucjonalnego wsparcia realizują u nas odpowiednie służby społeczne, w badaniach naszych znalazły się pytania dotyczące zakresu, częstotliwości i jakości świadczonej ludziom starszym (emerytom i rencistom) pomocy przez pracowników socjalnych. Ponad połowa badanych osób sprawnych fizycznie odpowiedziała, że nigdy z taką sytuacją nie miała do czynienia, a ponadto – co musi budzić niepokój – brak zainteresowania służb socjalnych zgłosiło też 12,5% niepełnosprawnych (ryc. 1). Co drugi zaś emeryt lub rencista, z którym kontaktował się pracownik socjalny, stwierdził, że miało to miejsce co najmniej przed rokiem, a tylko nieliczni byli zdania, że kontakty, których doświadczyli, były dość częste (ryc. 2).

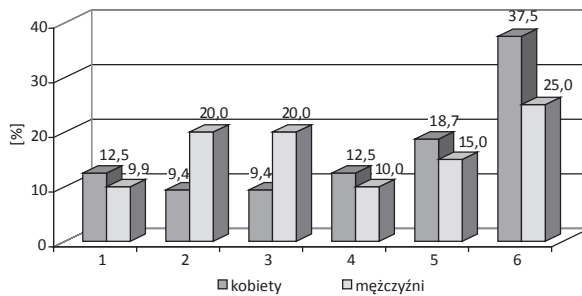


Przejaw zainteresowania: 1 – w ostatnim miesiącu; 2 – w ostatnim kwartale; 3 – pół roku temu; 4 – rok temu; 5 – wcześniej niż przed rokiem; 6 – nigdy.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 1. Doświadczenie zainteresowania ze strony pracownika socjalnego

Na pytanie o częstotliwość zainteresowania losem badanego emeryta lub rencisty w jakikolwiek sposób – niekoniecznie przez kontakt bezpośredni (ryc. 2) – co trzeci badany odpowiedział, że nigdy nie spotkał się z jakimkolwiek wyrazem zainteresowania ze strony pracowników służb socjalnych.

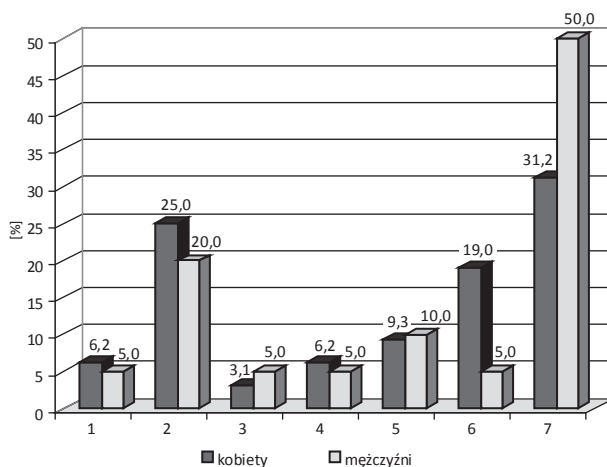


Częstotliwość: 1 – raz na miesiąc; 2 – raz na kwartał; 3 – raz na pół roku; 4 – raz na rok; 5 – rzadziej niż raz w roku; 6 – nigdy.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 2. Częstotliwość kontaktów z pracownikiem socjalnym

Odnotowano też pewną – dość mierną – obecność w środowisku ludzi starszych na badanym przez nas terenie przedstawicieli pomocowych instytucji pozarządowych i wolontariuszy, aczkolwiek połowa badanych mężczyzn i prawie jedna trzecia badanych kobiet (czyli łącznie około 40% respondentów – ryc. 3) oświadczyła, że nigdy do takich kontaktów nie doszło. Znacznie mniej emerytów i rencistów potwierdziło częste kontakty z wolontariuszami. Warto wszak zaznaczyć, że – jak wynika z wypowiedzi części respondentów – nieliczni wolontariusze odwiedzali swoich podopiecznych stosunkowo regularnie, bo raz na dwa tygodnie.



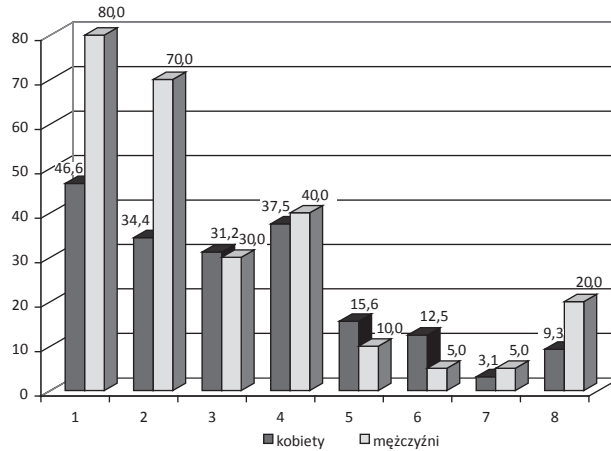
Częstotliwość: 1 – raz na dwa tygodnie; 2 – raz na miesiąc; 3 – raz na kwarta; 4 – raz na pół roku; 5 – raz na rok; 6 – rzadziej niż raz w roku; 7 – nigdy.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 3. Częstotliwość kontaktów z przedstawicielem organizacji pozarządowych

Ustaliwszy niski poziom zainteresowania pracowników socjalnych emerytami i rencistami, prześledźmy dalej, jak się ma ów problem w stosunku do oczekiwania badanych. Wyniki dotyczące zgłaszanego zapotrzebowania na różne rodzaje społecznego wsparcia ilustruje ryc. 4.

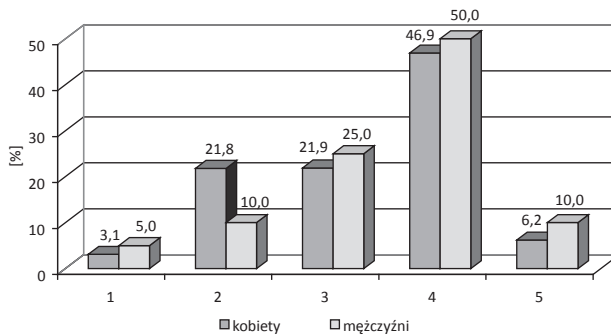
Najliczniejsza grupa badanych mężczyzn wyraziła potrzebę uzyskania pomocy finansowej lub, ogólnie biorąc, materialnej (80% i 70%); podobne oczekiwania miała liczna grupa kobiet. Co trzecia emerytka czy rencistka biorąca udział w badaniach i nieco więcej mężczyzn (40%) wyrazili wolę uzyskania usług opiekuńczych. Kontaktów z innym człowiekiem oczekiwało łącznie około 10% respondentów. Nieco więcej starszych kobiet (prawie 16%) niż mężczyzn (10%) przyjąłoby chętnie pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, natomiast żadnej pomocy służb społecznych nie oczekiwali głównie mężczyźni (20% tej grupy badanych).



Oczekiwana pomoc: 1 – finansowa; 2 – materialna; 3 – wykonanie usług gospodarczych; 4 – wykonanie usług opiekuńczych; 5 – załatwianie spraw administracyjno-urzędowych; 6 – zapewnienie kontaktów międzyludzkich; 7 – inne; 8 – żadna.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 4. Oczekiwane formy pomocy



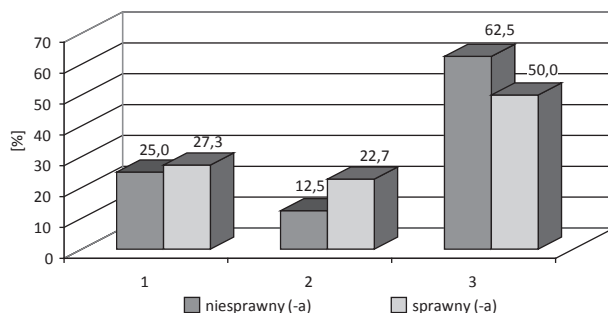
Stopień oceny: 1 – bardzo wysoki; 2 – wysoki; 3 – nieokreślony; 4 – niski; 5 – bardzo niski.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 5. Ocena rozmiaru pomocy otrzymanej ze strony służb społecznych rządowych

Ponad połowa badanych oceniła nisko lub bardzo nisko zakres pomocy otrzymanej od służb rządowych – tak sądziły zarówno kobiety, jak i mężczyźni (ryc. 5). Tylko co piąty badany ocenił rozmiar tej pomocy wysoko lub bardzo wysoko – tu przeważały kobiety (prawie 25%) w stosunku do mężczyzn (15%). Według badanych osób sprawnych i niesprawnych fizycznie (ryc. 6) również niskie notowania miały służby pomocowe rządowe oraz pozarządowe. Okazało się, że – ogólnie biorąc – najwięcej emerytów i rencistów (52%) oceni-

ło najwyżej pomoc otrzymywaną od osób prywatnych, przy czym w grupie tej przeważali starsi ludzie niesprawni fizycznie (62,5% odpowiedzi). Dodajmy, że pomoc osób prywatnych sprawowana była najczęściej przez kogoś z rodziny, a także przez wolontariuszy obcych. Otrzymywane wsparcia z organizacji rządowych docenił w należyтым (wysokim) stopniu zaledwie co czwarty niesprawny fizycznie oraz mniej więcej co czwarty respondent. Wysokie oceny pomocy uzyskanej z organizacji pozarządowych były jeszcze rzadsze.



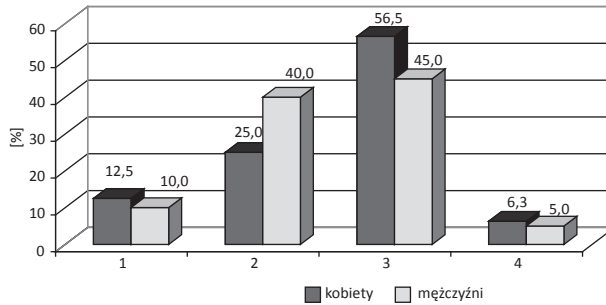
Dawcy pomocy: 1 – służby rządowe; 2 – służby pozarządowe; 3 – osoby prywatne (wolontariusze)

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 6. Najwyżej oceniane źródło otrzymanej pomocy

Przy ogólnie niskiej ocenie działalności służb społecznych, zarówno rządowych, jak i pozarządowych (ryc. 7), równie nisko zostały sklasyfikowane starania pracowników socjalnych o zaspokajanie potrzeb zarówno materialnych, jak i niematerialnych badanych emerytów i rencistów. Korzystniej w opinii respondentów wypadło udzielanie pomocy niematerialnej. Co czwarta osoba (23%) oceniła pozytywnie te starania, mimo że więcej emerytów i rencistów miało na ten temat negatywne zdanie (ocenę niską i bardzo niską wystawiło służbom 44% badanych). Poza tym mężczyźni bardziej pozytywnie niż kobiety odbierali instytucjonalne starania o zaspokajanie ich potrzeb niematerialnych.

Jeszcze surowsze były opinie o staraniach pracowników socjalnych w zaspokajaniu potrzeb materialnych badanej populacji. Nisko i bardzo nisko oceniło owe wysiłki prawie 60% badanych, i takie zdanie prezentowały zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Pozytywnie wypowiedziało się w tym przedmiocie tylko 11,5% respondentów, przy czym żaden z nich nie wystawił służbom socjalnym cenzury bardzo wysokiej za realizacją ciężących na nich zadań opiekuńczych.



Stopień oceny: 1 – wysoki; 2 – nieokreślony; 3 – niski; 4 – bardzo niski.

Źródło: Materiały z badań.

Ryc. 7. Ocena pracy pracowników służb socjalnych

Konkluzja

Wprawdzie omówione badania były wycinkowe i zostały zrealizowane na niewielkiej próbie analitycznej, to wszakże dobitnie podkreślają (a w pewnym stopniu i dokumentują) istotę i wagę problemu społecznego wspierania ludzi starszych. Z uwagi na ograniczoną wydolność finansową i kadrową służb socjalnych, a także ze względu na ograniczenia prawne określone w ustawie o pomocy społecznej – która zawęża krąg osób uprawnionych do korzystania ze społecznych świadczeń – emeryci i renciści pozostają niejako na marginesie zainteresowań instytucji pomocowych. Tymczasem w sytuacji stopniowego, permanentnego ubożenia emerytów i rencistów jest to zjawisko brzemiennie w negatywne skutki społeczne; powiększa się bowiem armia ludzi starszych o słabnącej kondycji nie tylko fizycznej, ale i bytowej. Kiedy w przeszłości budowano system pomocy społecznej, osoby starsze były jedną z ważniejszych uwzględnianych w nim grup i stanowiły znaczny odsetek odbiorców świadczeń. Natomiast dzisiaj nie jest to już takie oczywiste. A przecież starość powinna być nie tylko ceniona i poważana, lecz także otaczana społecznym zrozumieniem, troską i wsparciem, nie zaś naznaczana piętnem kłopotliwego ciężaru i bezużyteczności.

Dodajmy na koniec, iż do lepszego rozumienia potrzeb starych ludzi i odpowiedniego ich zaspokajania konieczne jest ciągle pogłębianie naszej wiedzy o tych problemach, a więc niezbędne jest m.in. rozwijanie możliwości i zakresu kształcenia i doskonalenia szeroko pojętych „opiekunów starości” – zarówno tych profesjonalnych, jak i wolontariuszy.

Literatura

Dziwno K., *Konsekwencja zmian w strukturze wieku ludności Polski*, „Polityka Społeczna” 1995, nr 9.

Jałowicki S., *Przejście na emeryturę jako proces zmian aktywności społecznej*, Wrocław 1973.

Kawczyńska-Butrym K., *Problemy opieki nad człowiekiem starszym – obszar pomocy i wsparcia*, „Praca Socjalna” 2000, nr 4.

Pietrasinski Z., *Rozwój człowieka dorosłego*, Warszawa 1999.

Rembowski J., *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa–Poznań 2000.

Trafiątek E., *Polska wobec apelu ONZ*, „Praca Socjalna” 2001, nr 4.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Starość jako zadanie*, Warszawa 2000.

Zawadzki Z., *Samotność – osamotnienie*, „Praca Socjalna” 1999, nr 4.

Zych A., *Człowiek wobec starości*, Katowice 2001.

Sławomir Śliwa*

Postawy osób młodych (studentów) wobec starzejących się osób

Wstęp

Młodość i starość w potocznym myśleniu stoją do siebie w opozycji. Z pewnością dzieli je kilkadziesiąt lat różnicy. Różnice między osobami w tych odmiennych stadiach życia są zasadnicze: stan zdrowia i sprawność fizyczna, stan umysłu, doświadczenie, nastawienie wobec świata, a także oczekiwania wobec niego.

W Polsce zmienia się struktura wieku społeczeństwa. Różne agendy rządowe i pozarządowe (Bank Światowy, Ministerstwo Gospodarki, UNDP, Age Concern) ostrzegają o zagrożeniach wynikających z procesu starzenia się społeczeństwa. Bank Światowy w raporcie z 2007 r. ostrzegał przed ukrytym niebezpieczeństwem starzenia się społeczeństw w Europie Środkowej¹. Najtrudniejsze wyzwania, z jakimi mamy się zmierzyć, to pewien rodzaj presji wywieranej przez starzejące się społeczeństwo na wydatki publiczne, w szczególności w zakresie emerytur i długoterminowej opieki medycznej.

W artykule tym zostaną poruszone zupełnie inne kwestie. Autor chce ukazać, jakie postawy wobec starości prezentują ludzie młodzi, studenci.

Opinie o ludziach starszych w literaturze przedmiotu

Z Komunikatu CBOS z 2007 pt.: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?², wynika, że od 2000 r. utrzymują się pozytywne opinie o postawach, jakie wobec osób starszych zajmują ludzie z najbliższego otoczenia ankietowanych – 19% określa ich stosunek jako zdecydowanie życzliwy, a 55% jako raczej życzliwy. Co czwarty badany uważa, że w jego środowisku ludzie starzy spotykają się z brakiem zainteresowania i obojętnością (21%) lub niechęcią (3%). Jednak stosunek do osób starszych nacechowany życzliwością, obojęt-

* Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ [<http://wiadomosci.ngo.pl/wiadomosci/291156.html>], 1 marca 2009.

² Komunikat CBOS: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?, Warszawa 2007, s. 2–7.

nością czy też niechęcią uzależniony jest od środowiska i sytuacji społecznej. Za najbardziej życzliwe wobec seniorów uważane są trzy kręgi społeczne, tj. rodzina (79%), sąsiedzi (68%) i wspólnota parafialna (64%). W pozostałych środowiskach i sytuacjach (w sklepach, w placówkach służby zdrowia, w urzędach, na ulicy, wśród młodych, w środkach komunikacji) ankietowani dostrzegają znaczną przewagę postaw negatywnych. Charakteryzuje się to przede wszystkim obojętnością wobec osób starszych, ale i pewną dozą niechęci. Przewaga negatywnego nastawienia widoczna jest w placówkach służby zdrowia oraz urzędach. Natomiast wyraźnie dominuje w środkach komunikacji i na ulicy, a także w postawach młodzieży. Prawie połowa respondentów (49%) dostrzeżga u młodych ludzi obojętność, a co szósty badany (17%) niechęć.

Tabela 1

Postawy ludzi wobec osób starszych

Ludzie bardzo różnie traktują osoby starsze, w podeszłym wieku. Jak Pan(i) sądzi, na podstawie swoich obserwacji, czy osoby starsze na ogół spotykają się:	Z życzliwością	Z obojętnością, brakiem zainteresowania	Z niechęcią	Trudno powiedzieć
	[%]			
– w swojej rodzinie	79	14	3	4
– wśród sąsiadów	68	23	2	7
– w swojej parafii	64	20	2	15
– w sklepach	46	39	6	9
– w byłym miejscu pracy	41	23	6	30
– w placówkach służby zdrowia	39	36	13	12
– w urzędach	32	38	11	19
– na ulicy	25	58	8	9
– ze strony ludzi młodych	25	49	17	9
– w środkach komunikacji	20	53	14	14

Źródło: Komunikat CBOS: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?, Warszawa 2007, s. 5.

Wniosek nasuwa się sam. Jeśli chodzi o osoby starsze z nami spokrewnione lub nam znane, to nasz stosunek jest raczej pozytywny. Inaczej jest, gdy chodzi o seniorów, którzy są dla nas anonimowi. Warto się zastanowić, z czego to zjawisko wynika. Badacze problemu wskazują, że jest to związane ze stereotypami; do najczęściej wymienianych należą³:

- wszyscy seniorzy wymagają opieki;
- ludzie starsi już się niczego nie uczą;
- senior to nie klient;

³M. B o r o w s k a, B. T o k a r z, *Siedem mitów o seniorach*, „Gazeta.ngo.pl”, Warszawa 2007, nr 9, s. 8–9.

- już się nażyli;
- pewnych rzeczy nie wypada osobom starszym;
- z ludźmi starszymi nie można się dogadać;
- osoba starsza nie może już niczego nauczyć.

Dzisiejsza kultura zdominowana jest przez wszechobecny kult młodości. Rzadko możemy spotkać się z wizerunkiem osoby starszej, która ma wiele do zaoferowania innym i sama może czerpać z życia wiele radości. Negatywny wizerunek seniorów wiąże się przede wszystkim z dziedzinami: zdrowie, emerytury, kondycja finansowa, a także dyskryminacja i marginalizacja⁴.

Można więc zadać pytanie: „Czy w Polsce mamy do czynienia z gerontofobią?” Według P. Szukalskiego gerontofobia to irracjonalna obawa przed ludźmi starymi, przed kontaktem z nimi, a także procesem starzenia się rozumianym jako przemijanie. Gerontofobia jest patologiczną, niekonstruktywną formą lęku, która powoduje chęć izolacji od wszystkich czynników, które ją wywołują. Lęk ten jest już dość stary; występował już w przeszłości w różnych kulturach i społeczeństwach⁵.

Młodzi ludzie często tworzą sobie obraz starości nie tylko na podstawie stereotypów społecznych, ale także według własnych doświadczeń, przemyśleń i ocen. Liczne badania (przytoczone także w tym artykule) wskazują, że młodzi ludzie mają negatywne skojarzenia związane z podeszłym wiekiem. Wśród negatywnych cech starości młodzież wymienia: mniejszą sprawność fizyczną, choroby, smutek, osamotnienie, biedę, bezradność oraz śmierć. Młodzi ludzie rzadko także znajdują jakiegokolwiek pozytywy w życiu ludzi starszych. Przejawiają oni także ambiwalencję uczuć wobec seniorów. Mimo że deklarują pozytywny stosunek wobec swoich dziadków, to niechętnie przebywają w towarzystwie ludzi starych i źle się z nimi czują. Młodzi ludzie odpowiadają, że czują zakłopotanie lub znudzenie, nie mają czasu oraz tematów do rozmów, przebywając z seniorami. Ludzie starsi nie są postrzegani przez młodych jako interesujący towarzysze i partnerzy do rozmów. Odwrotnie jest u seniorów, którzy chętnie nawiązują rozmowy ze swymi wnukami. Zazwyczaj to właśnie oni dążą do częstych spotkań i podkreślają swoją gotowość do pomocy⁶.

Raport sporządzony przez TNS OBOP dla Forum 50+ Seniorzy XXI wieku na temat: *Dziadkowie i wnuki o sobie, wzajemnych relacjach i ludziach starszych*⁷ wskazuje, że zarówno dziadkowie, jak i ich wnukowie twierdzą właśnie,

⁴ A. Kozdroń, E. Kozdroń, P.F. Nowak, *Osoby starsze w opinii studentów*, [w:] *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Red. J.T. Kowalewski, P. Szukalski, Łódź 2008, s. 205.

⁵ E. Miszcza, *Czy w Polsce występuje gerontofobia?*, [w:] *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych...*, op.cit., s. 157.

⁶ Ibidem, s. 161–162.

⁷ *Dziadkowie i wnuki o sobie, wzajemnych relacjach i ludziach starszych*, TNS OBOP, Warszawa 2007, s. 25–26.

że brak czasu jest przyczyną tego, że młodzi nie spotykają się z dziadkami zbyt często. Ponadto osoby w wieku 60–80 lat wskazały takie odpowiedzi, jak: „młodzi nie lubią słuchać tego, co starsi mają im do powiedzenia”, „młodzi niedoceniają starszych” czy też „starsi nie rozumieją współczesnego świata, nie mają wspólnych tematów z młodymi” oraz „starsi nie rozumieją młodego pokolenia”. Natomiast u respondentów w wieku 15–30 lat pojawiały się takie odpowiedzi: „młodzi nie doceniają starszych”, „starsi nie rozumieją młodego pokolenia”, „młodzi nie lubią słuchać tego, co starsi mają im do powiedzenia”, „starsi nie rozumieją współczesnego świata” czy też „starsi zbyt wiele oczekują od młodych”.

Gerontofobia w znacznym stopniu przyczynia się do powstawania stereotypów związanych ze starością i ludźmi starymi. Z kolei stereotypy przyczyniają się do utrwalenia negatywnych opinii o starości, wywołują niechęć wobec osób starych, zachowania agresywne, dyskryminację i w efekcie marginalizację ludzi starych. Szeroko rozpowszechniony stereotyp człowieka starego określa go jako osobę niezdolną do samodzielnego życia, skazanego na opiekę lekarską i pomoc innych osób, będącego ciężarem dla rodziny i całego otoczenia. Ponadto człowiek stary przejawia postawę roszczeniową wobec młodych ludzi. Często też stereotyp podkreśla nieatrakcyjność fizyczną seniorów: zmarszczki, siwe włosy, braki w uzębieniu, niekształtna sylwetka, otyłość, obrzęki itp. A. Zych podkreśla, że we współczesnym świecie mamy do czynienia z następującymi formami dyskryminacji:

- dystansowanie się, czyli unikanie bliskich kontaktów z ludźmi starymi;
- dewaluowanie, czyli upowszechnianie przekonań o dominacji negatywnych cech starości i seniorów;
- delegitymizacja – utrwalenie w postaci przepisów prawa nieprzychylnego w stosunku do ludzi starych, przez co faktycznie sytuuje się ich w kategorii osób pozbawionych określonych praw;
- segregacja polegająca na świadomym i celowym izolowaniu starszych członków społeczności od otoczenia poprzez np. tworzenie enklaw czy swobodnych gett;
- eksterminacja, czyli biologiczne wyniszczenie ludzi poprzez np. wymuszoną eutanazję, zaniedbanie podstawowej opieki itd.

Polscy seniorzy na co dzień odczuwają dyskryminację w różnych środowiskach. Wiedzą, że są oszukiwani, zbywani, uważani za natrętnych, za osoby mające bardzo dużo czasu wolnego i nieumiejące go zagospodarować⁸.

W badaniach na temat potrzeb ludzi starszych przeprowadzonych przez M. Strzelec respondenci wśród najważniejszych potrzeb ludzi starszych wymieniali najczęściej zapewnienie opieki i pomoc⁹. Jak widać, na ich opinie

⁸E. M i s z c z a k, *Czy w Polsce występuje...*, op.cit., s. 163–164.

⁹M. S t r z e l e c, *Potrzeby ludzi starszych i ich zaspokojenie w Polsce w opiniach studentów*, [w:] *Pomyślnie starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych...*, op.cit., s. 230.

także mogły mieć wpływy stereotypy związane z „niepełnosprawnością” ludzi starszych.

E. Wysocka twierdzi, że przy rozpatrywaniu sytuacji człowieka starego w społeczeństwie należy uwzględnić wpływ, jaki mają nań następujące czynniki¹⁰:

- brak przygotowania ludzi starych do momentu wyłączenia się z aktywnego życia zawodowego wraz z niedostatkami w zakresie możliwości reorientacji życiowej;
- rozpad rodziny wielopokoleniowej i ograniczenie jej do tzw. nuklearnej, co powoduje, iż przyszłość człowieka starego skazana jest w dużej mierze na samotność w procesie adaptacji do starości;
- funkcjonujący w naszym kręgu kulturowym negatywny stereotyp wieku starczego, ograniczający jego możliwości.

Badania przeprowadzone przez Fundację Ja-Kobieta w ramach projektu „Wizerunek osób starszych w mediach”¹¹ pokazują, że ponad 75% respondentów negatywnie ocenia przekaz w mediach osób starszych oraz dobór i sposób prezentacji tematyki z nimi związanej. Media ponadto pokazują „obraz jednostronny – biedę, przemoc, choroby, marginalnie tylko pojawiają się przykłady kreatywnego życia”. Ponad 70% respondentów uważa, że wizerunek seniorów jest niezgodny z ich doświadczeniem. Nie dostrzega się nowego pokolenia seniorów. Media ustawicznie preferują człowieka, który powinien być ciągle młody, piękny, sprawny i zdrowy. Sporadycznie przedstawiane są osoby starsze w dobrym świetle. A. Szmajke¹² twierdzi, że w opiniach ludzi to, co jest oceniane jako „brzydkie”, jawi się również jako „stare” i „chore”.

Refleksja z badań własnych

Badania zostały przeprowadzone wśród słuchaczy studiów stacjonarnych. Grupa liczyła 43 osoby w wieku 20–27 lat. Kobiety stanowiły 88,4% badanych osób, mężczyźni 11,6%. Badana młodzież zamieszkiwała odpowiednio: w mieście – 48,8% i na wsi – 51,2%.

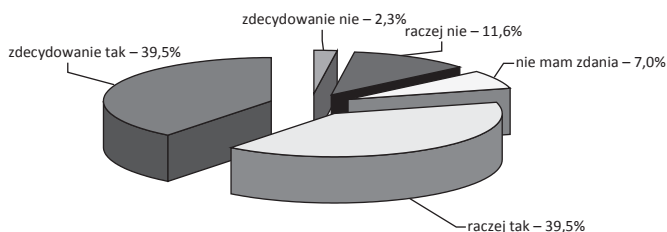
Z przeprowadzonych badań można wyciągnąć ciekawe wnioski. Badani studenci twierdzą, że ludzie starsi zbyt często mieszają się do spraw innych osób i nieproszeni dają rady (79%). Jednak ci sami respondenci uważają, że ludzie starsi posiadają mądrość życiową i powinno pytać się ich o zdanie (73,8%). Takie wyniki wskazują na to, że młodzi ludzie nie lubią, kiedy chce się im

¹⁰ E. Wysocka, *Obraz starzenia się, postawy wobec starości i ocena jakości życia osób starszych w percepcji młodzieży szkół średnich*, [w:] *Edukacja i animacja społeczno-kulturalna dorosłych (diagnoza – potrzeby – prognozy)*. Red. A. Horobowski, J. Potoczny, Rzeszów 2007, s. 258.

¹¹ *Wizerunek osób starszych w mediach. Raport*. Forum 50+, Warszawa 2007.

¹² A. Szmajke, *Czy stare jest brzydkie? Czy brzydkie jest stare? Anatomiczne cechy sylwetki jako wyznaczniki spostrzegania atrakcyjności, młodości oraz stanu zdrowia kobiet i mężczyzn*, [w:] *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008, s. 111.

coś zasugerować, zaproponować lub nawet wręcz narzucić. Jednak zdają sobie z tego sprawę, że mogą dużo nauczyć się od starszego pokolenia i czerpać rady z ich mądrości życiowej. Oburzają się, kiedy ktoś ich poucza, lecz w wypadku nagłej pomocy chcą mieć kogoś blisko siebie, kogoś, kto może udzielić im praktycznych rad.



Źródło: Badania własne.

Wykres 1. Starsi ludzie zbyt często mieszają się do cudzych spraw i nieproszeni dają rady

Tabela 2

Starszych ludzi powinno pytać się o zdanie w różnych sprawach, ponieważ posiadają mądrość życiową

Odpowiedzi	Liczba	[%]	Ważne [%]
Raczej nie	1	2,3	2,4
Nie mam zdania	10	23,3	23,8
Raczej tak	24	55,8	57,1
Zdecydowanie tak	7	16,3	16,7
Ogółem	42	97,7	100,0
Brak danych	1	2,3	
Ogółem	43	100,0	

Źródło: Badania własne.

Ponadto badani twierdzą, że osoby starsze zachowują się zupełnie inaczej niż oni (90,7%) oraz że źle oceniają zachowanie młodych ludzi (72,1%). Być może takie wyniki wskazują na to, że osoby starsze, generalizując, przypisują młodzieży zachowania prowokacyjne, niestosowne, a nawet chuligańskie. Młodzież czuje się w ten sposób dotknięta uogólnionymi opiniami na jej temat i z tego powodu wydaje się jej, że jest postrzegana w zupełnie innym świetle. Może to wynikać ze stereotypów, według których młodzież widziana oczami osób starszych jest nieuprzejma, niegrzeczna i źle wychowana. A przecież ta sama młodzież ma swoich dziadków, dla których jest bardzo cenna i pomocna. Aż 41,9% młodzieży twierdzi, że ich dziadkowie różnią się od innych osób starszych. Dlatego można wnioskować, że młodzież zupełnie inaczej będzie postrzegać swoich dziadków, a inaczej innych ludzi starszych, z którymi nie jest związana. Ten sam wniosek nasuwa się z badań CBOS¹³, które były już

¹³ Komunikat CBOS: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?..., op.cit.

przedstawiane; 37,2% osób odpowiedziało także, że seniorzy są przyjaźnie nastawieni do młodych ludzi.

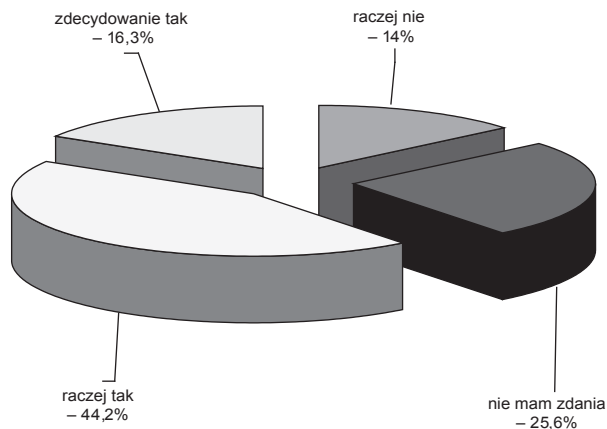
Tabela 3

Starsi ludzie źle oceniają zachowanie młodych

Odpowiedzi	Liczba	[%]	Ważne [%]
Nie mam zdania	12	27,9	27,9
Raczej tak	26	60,5	60,5
Zdecydowanie tak	5	11,6	11,6
Ogółem	43	100,0	100,0

Źródło: Badania własne.

Osoby starsze nie są już postrzegane stereotypowo, jeśli chodzi o aktywność związaną z nauką. Fałszywe przeświadczenia związane z rolą osób starszych w społeczeństwie, tj. wycofanie, nieprzydatność, oporność na zmiany, niewielka aktywność, korzystanie z pomocy a nie pomaganie, zaczynają się zmieniać¹⁴. Tylko 16,3% respondentów stwierdziło, że ludzie starsi nie są w stanie nauczyć się nic nowego; 60,5% osób uważa, że seniorzy potrafią cieszyć się z życia. Może być to związane z coraz częstszymi opiniami o aktywności osób starszych, sprawnym funkcjonowaniu ich w społeczeństwie i angażowaniu się w różne przedsięwzięcia, np. wolontariat 50+. Liczna grupa respondentów (72,1%) odpowiedziała także, że ludzie starsi nie są mniej inteligentni niż młodzi.



Źródło: Badania własne.

Wykres 2. Starsi ludzie potrafią cieszyć się z życia

¹⁴ Por.: D. Piechowicz, *Wolontariusze 50+ – wzniosła idea czy realna rzeczywistość*, [w:] *Spółeczna empatia a ludzie starsi*. Red. S. Rogala, Opole 2009, s. 80.

Niezmiennie wśród osób między 20. a 30. rokiem życia panuje pogląd, że osoby starsze wciąż narzekają na różne sprawy. Odpowiedziało tak 69,8% badanych.

Tabela 4

Ludzie starsi wciąż narzekają na różne sprawy

Odpowiedzi	Liczba	[%]	Ważne [%]
Raczej nie	7	16,3	16,3
Nie mam zdania	6	14,0	14,0
Raczej tak	23	53,5	53,5
Zdecydowanie tak	7	16,3	16,3
Ogółem	43	100,0	100,0

Źródło: Badania własne.

Ponadto ponad połowa badanych stwierdziła, że ludzie życzliwie odnoszą się do osób starszych (60,5%). Związane jest to z postrzeganiem osób starszych jako tych, które poznały mądrość życiową (tab. 2). Mądrość życiowa i doświadczenie oraz rozwaga, wyrozumiałość, cierpliwość i czułość w kontaktach z młodym pokoleniem powodują nieraz, że młodzież obdarza starszych miłością, zaufaniem, a także autorytetem¹⁵. W opinii respondentów seniorzy mają swoje nawyki i nie potrafią się ich pozbyć. Takiej odpowiedzi udzieliło 81,4% badanych. Jednak jeśli chodzi o nawyki, można zadać tu pytanie, kto tak naprawdę nie posiada żadnych nawyków?

Tabela 5

Ludzie życzliwie odnoszą się do osób starszych

Odpowiedzi	Liczba	[%]	Ważne [%]
Zdecydowanie nie	1	2,3	2,3
Raczej nie	8	18,6	18,6
Nie mam zdania	8	18,6	18,6
Raczej tak	24	55,8	55,8
Zdecydowanie tak	2	4,7	4,7
Ogółem	43	100,0	100,0

Źródło: Badania własne.

Literatura

Borowska M., Tokarz B., *Siedem mitów o seniorach*, „Gazeta.ngo.pl”, Warszawa 2007, nr 9.

Dziadkowie i wnuki o sobie, wzajemnych relacjach i ludziach starszych, TNS OBOB, Warszawa 2007.

¹⁵ Por.: S. Śliwa, *Czy dziadkowie są potrzebni*, [w:] *Wybrane problemy ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008, s. 116.

Komunikat CBOS: Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?, Warszawa 2007.

Kozdroń A., Kozdroń E., Nowak P.F., *Osoby starsze w opinii studentów*, [w:] *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Red. J.T. Kowalewski, P. Szukalski, Łódź 2008.

Miszczak E., *Czy w Polsce występuje gerontofobia?*, [w:] *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Red. J.T. Kowalewski, P. Szukalski, Łódź 2008.

Piechowicz D., *Wolontariusze 50+ – wzniosta idea czy realna rzeczywistość*, [w:] *Spółeczna empatia a ludzie starsi*. Red. S. Rogala, Opole 2009.

Strzelec M., *Potrzeby ludzi starszych i ich zaspokojenie w Polsce w opiniach studentów*, [w:] *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Red. J.T. Kowalewski, P. Szukalski, Łódź 2008.

Szmajka A., *Czy stare jest brzydkie? Czy brzydkie jest stare? Anatomiczne cechy sylwetki jako wyznaczniki spostrzegania atrakcyjności, młodości oraz stanu zdrowia kobiet i mężczyzn*, [w:] *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008.

Śliwa S., *Czy dziadkowie są potrzebni*, [w:] *Wybrane problemy ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008.

Wizerunek osób starszych w mediach. Raport, Forum 50+, Warszawa 2007.

Wysocka E., *Obraz starzenia się, postawy wobec starości i ocena jakości życia osób starszych w percepcji młodzieży szkół średnich*, [w:] *Edukacja i animacja społeczno-kulturalna dorosłych (diagnoza – potrzeby – prognozy)*. Red. A. Horobowski, J. Potoczny, Rzeszów 2007.

Katarzyna Błońska*

„Duch tańca w duchu starości” – o znaczeniu tańca w życiu seniora

„Ja sobie nie wyobrażam życia bez tańca – ludzie, którzy nie tańczą, chyba muszą być z życia niezadowoleni” – Irena, lat 65. „A mnie się wydaje, że jak ktoś nie umie i nie lubi tańczyć, to jest to kalectwo życiowe” – Janina, lat 68. „Taniec to całe życie. To wolność, powietrze, oderwanie się od rzeczywistości, zapomnienie o ciężkich chwilach” – Stasiu, lat 62. „A w niedzielę to tańczę w kuchni przy garach, jak koncert życzeń w radiu nadają. I w ogóle to lubię wariackie tańce” – Helena, lat 72. „Taniec to dla mnie sposób na wyrażenie uczuć. W tańcu czuję, jakbym unosiła się ponad ziemią, powyżej tych wszystkich trudności życia. To jest relaks duszy i ciała. Kiedyś będę tańczyć z Aniołkami” – Zosia, lat 80¹.

Taniec to rzadka dziedzina – w nią człowiek angażuje równocześnie ciało, umysł i duszę. To nieograniczona kreacja ruchu, ekspresja duszy, gimnastyka ciała i umysłu, algorytm radości i recepta na samotność. To sposób na młodość i starość. Sposób, który już dawno nabrał wielkiego znaczenia w terapii i leczeniu. Choć w skuteczność tańca jako metody odstraszenia dzumy, wypędzania złych demonów, wywoływania deszczu czy jako antidotum na ugryzienie tarantuli możemy dzisiaj powątpiewać, pewne jest, że przyspiesza okres rekonwalescencji i wpływa pozytywnie na emocje. Mimo zapisu biblijnego, że „gdzie się tańczy, tam na pewno jest diabeł”², a sam Cyceron był zadnia, że „człowiek trzeźwy nigdy prawie nie tańczy, chyba że od rozumu odejdzie” (acz jego postawę usprawiedliwiają ograniczające ruch żyłki nóg) – taniec jest elementem ludzkiego istnienia zwiększającym fizyczną i psychiczną integrację³.

Ruch taneczny to umysłowa brama do twórczego potencjału oraz do swobodnego, kreatywnego i wyzwolonego z cywilizacyjnych więzów myślenia.

* Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji. Autorka jest też instruktorem rekreacji ruchowej i tańca.

¹ Uczestnicy zajęć w Domu Złotej Jesieni. Sondaż na temat znaczenia tańca w życiu seniora. Imiona osób biorących udział w badaniach zostały zmienione.

² Słowa św. Jana Chryzostoma.

³ J. M a s e l l i a, *Życie to taniec*, „Zwierciadło” 2002.

To ukryte pragnienia, emocje, uczucia, do których poznania potrzeba swobody ruchu, poddania się własnemu ciału i posłuszeństwa wobec wewnętrznych impulsów⁴. Wiadomo, że taniec pozwala zachować kondycję, spala kalorie, wydziela endorfiny, pogłębia oddech, poprawia krążenie krwi i zmniejsza napięcie mięśniowe⁵. Dlatego też taniec stał się tajemną receptą na szczęśliwą starość bywalców Domu Żółtej Jesieni w Opolu.

Roztańczonego towarzystwo

Uczestnikami sondażu było 20 seniorów w wieku od 61 do 80 lat (2 mężczyzn i 18 kobiet), stałych mieszkańców lub uczestników zajęć w ramach domu dziennego pobytu. Seniorzy w miarę swoich zdrowotnych i czasowych możliwości uczestniczą w różnych formach zabaw tanecznych – cotygodniowe bale lub dancingi w Domu Żółtej Jesieni, imprezy dla seniorów organizowane przez lokalne dyskoteki czy programowe zajęcia taneczne, gdzie pod okiem wychowawców przygotowują choreografie do tanecznych pokazów na okolicznościowe imprezy, na przykład na dni seniora. Sześciu badanych w młodości uczyło się tańczyć w profesjonalnych szkołach (balet, taniec towarzyski, gimnastyka artystyczna, tańce ludowe), a dwóch z nich brało udział w turniejach tańca. Czterech seniorów przyznało się, że wcześniej nie tańczyli w ogóle lub sporadycznie, głównie ze względu na brak czasu lub niechęć do tańca. Większość badanych doświadcza różnego rodzaju dolegliwości zdrowotnych, a niektórzy wspominali o niedawno przebytych poważnych zabiegach chirurgicznych.

Celem sondażu było poznanie miejsca, jakie zajmuje taniec w życiu seniorów, jakie ma znaczenie w kontekście ich psychicznego, fizycznego i społecznego życia.

Taniec to aktywność

„Tańczę, bo kocham ruch. Bo taniec to ruch, gimnastyka” – Janina, lat 68.
 „Przychodzę na tańce, bo to dla mnie dodatkowy ruch. To dobre szczególnie po zimie – bo to człowieka tam kłuje, tu łamie, więc tańczę żeby kości rozruszać” – Leokadia, lat 62.

Starość to nieprzesuwalny i nieunikniony okres życia każdego człowieka. To czas, którego przebieg determinowany jest wieloma czynnikami, a stan zdrowia somatycznego i samopoczucie w 50% zależą od stylu życia⁶.

⁴ Por.: E. K o z d r o Ń, *Program rehabilitacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2008; J. T o r ł o p, *Proces kreatywny w psychoterapii tańcem i ruchem – nośnik zmiany i integracji*, [w:] *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. M. Siemień, Wrocław 2008; A. B r u d n o w s k a, M. C y l k o w s k a - N o w a k, *Kobiety, zdrowie i choreoterapia – w świetle badań własnych*, [w:] *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka...*, op.cit.

⁵ J. M a s e l l i a, *Życie to taniec...*, op.cit.

⁶ T. S o c h a, S. S o c h a, *Aktywność a proces starzenia się*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*. Red. S. Rogala, Opole 2007.

Aktywność fizyczna stanowi elementarny składnik tego zdrowego stylu życia. Taniec jako forma ruchu i rekreacji to nie tylko radość wynikająca ze swobody wyboru, ale sposób na kształtowanie optymalnego stylu życia oraz konieczność determinowana nawykami higieny psychicznej i fizycznej⁷. Ruch jest naturalną potrzebą człowieka. Jest zapisany w nośniku genetycznym mówiącym o poruszaniu się w celu zdobywania pożywienia. Dziś zdobywanie jedzenia wymusza na nas co najwyżej konieczność poruszania się między sklepowymi regałami, a telewizyjno-komputerowy styl życia usypia biologiczny rytm człowieka. Ale „ruch jest życiem, a życie jest ruchem”⁸ i prędzej czy później przypomni człowiekowi o konsekwencjach swego niedoboru.

Ograniczenie ruchu u osób starszych, i nie tylko, może prowadzić do wielu chorób cywilizacyjnych, takich jak: nadwaga, miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby układu ruchu czy osteoporoza⁹. Starzenie się niesie za sobą zmiany czynnościowe ustroju, te natomiast powodują zanik mięśni, a w ślad za tym utratę siły, zmianę postawy i sposobu poruszania się. W starości powstają zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej oraz ogólnie spada odporność organizmu na oddziaływanie szkodliwych czynników, w tym stresów. U osób starszych zmniejszają się również zdolności regulacyjne i adaptacyjne. Wszystkie te zaburzenia potęgowane są brakiem dostatecznej ilości ruchu¹⁰.

Niestety, rekreacja osób starszych kojarzona jest głównie z zabiegami rehabilitacyjnymi, a głęboko zakorzenione stereotypy i nawyki utrudniają uczestnictwo w zajęciach ruchowych. Z ogólnopolskich badań wynika, że ponad połowa ankietowanych osób w wieku 60–64 lat wyraża potrzebę i chęć spędzania czasu w ruchu, a jedynie 7% regularnie podejmuje taką aktywność¹¹. Wydajność fizyczna osób starszych nie jest wynikiem procesów starzenia się, ale psychologicznie, socjologicznie i ekonomicznie (choć taniec w bogactwie swych form daje możliwość uprawiania go bez nakładów finansowych) uwarunkowanej skłonności do ograniczania wraz z wiekiem codziennego wysiłku fizycznego. Na szczęście czynny styl życia seniorów od końca XX w. staje się swoistą modą, głównie za sprawą aktywizujących programów uniwersytetów trzeciego wieku.

Zaprogramowana adekwatnie do indywidualnych predyspozycji i możliwości oraz regularnie uprawiana aktywność fizyczna prowadzi do korzystnych zmian zdrowia i poprawia jakość życia¹². Aktywność fizyczna to swoiste le-

⁷ M. D e m e l, *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980.

⁸ W. D e g a, A. S i n g e r, *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1983.

⁹ E. K o z d r o Ń, *Program rehabilitacji ruchowej...*, op.cit.

¹⁰ D. T y s z k o w s k a, *Aktywność fizyczna czynnikiem podtrzymującym zdrowie w procesie starzenia się*, [www.modn.elk.edu.pl/publikacje/2003/tyszkowska_akfiz.doc].

¹¹ Ibidem.

¹² T. S o c h a, S. S o c h a, *Aktywność a proces starzenia się...*, op.cit.

karstwo na choroby cywilizacyjne i forma profilaktyki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia w 1996 r. nawoływała do promowania aktywności fizycznej seniorów, argumentując tym, że zredukuje to wydatki na leczenie oraz przedłuży im możliwość pracy zawodowej. Pozytywny wizerunek aktywnego seniora sprzyjałby też ich społecznej akceptacji i tym samym lepszemu wykorzystaniu ich wiedzy i doświadczeń¹³.

Taniec to zdrowie

„Ja cierpię na niewydolność kończyn dolnych i nogi mi puchną. A jak wracam z zabawy, to moje nogi są szczuplutkie jak u modelki i żadną maścią nie trzeba smarować. Więc tańczę dla zdrowia” – Aleksandra, lat 67. „Taniec w duszy gra. To jest rozprężenie, rozluźnienie. Ja w tańcu czuję się lekka, niestety tylko w tańcu. Trochę mi się przytyło. Ale w tańcu zgubię kilogramy” – Teresa, lat 63.

Regularne uprawianie aktywności ruchowej, w tym spontanicznego, energicznego tańca pozwala na utrzymanie kondycji fizycznej oraz funkcji ustrojowych do sędziwego wieku na poziomie warunkującym zdrowe i długie życie.

W tańcu pracują mięśnie nóg, kręgosłupa, brzucha i ramion. Dzięki czemu tkanka mięśniowa staje się bardziej elastyczna i silniejsza. Energiczny taniec przyspiesza akcję serca, poprawia krążenie i spalanie tkanki tłuszczowej. Wydzielają się enzymy wpływające na samopoczucie – adrenalina i noradrenalina oraz endorfiny – enzymy młodości i radości uśmierzające ból oraz warunkujące dobry nastrój po zakończeniu wysiłku fizycznego. Taniec jest jak smar dla stawów – zwiększa zakres ich ruchu oraz elastyczność i sprężystość, a to przeciwdziała schorzeniom reumatycznym. Taniec wzmacnia kręgosłup i poprawia jego zasięg ruchomości, wpływa na ukrwienie i uwapnienie kości, gwarantuje lepsze ich odżywienie oraz podnosi ogólną sprawność ustroju. Warunkuje wydajniejsze oczyszczenie organizmu, również poprzez wydalanie toksyn. Lepsze dotlenienie może poprawiać sprawność umysłową. Oddziaływanie rekreacji ruchowej na układ nerwowy pozwala na poprawę percepcji wzrokowej i koordynacji psychoruchowej, a usprawnienie przewodnictwa korzystnie wpływa na poprawienie pamięci¹⁴.

Zgodnie z badaniami Jean Krampe terapia tańcem pomaga osobom starszym w lepszym utrzymaniu równowagi, co niweluje ryzyko upadków i urazów¹⁵.

¹³ [<http://www.who.int/about/en/>].

¹⁴ Por.: A. R o n i k i e r, *Aktywność fizyczna w profilaktyce zdrowia*, [w:] *Aktywność fizyczna potrzebą twórczego życia*, Olsztyn 2004; A. O m e l a n, *Aktywność ruchowa potrzebą życia*, [w:] *Aktywność fizyczna potrzebą twórczego życia...*, op.cit.; E. K o z d r o Ń, *Program rehabilitacji ruchowej...*, op.cit.

¹⁵ J. Krampe [www.zdrowie.senior.pl].

Trzydziestominutowy, wykonywany kilka razy w tygodniu, w umiarkowanym tempie taniec pełni nieocenioną rolę w profilaktyce chorób serca i krążenia. Aktywność ruchowa obniża ciśnienie krwi, zwiększa pojemność serca, zaopatruje tkanki w tlen oraz gwarantuje wzrost czerwonych krwinek i hemoglobiny. Dzięki aktywności fizycznej pogłębia się oddech i wzrasta pojemność płuc, usprawnia się czynność oddechowa przepony, wzmacniają się mięśnie i ruchomość klatki piersiowej. W układzie trawiennym można zaobserwować takie pozytywne zmiany, jak: zmniejszenie poziomu cukru we krwi, obniżenie tłuszczu we krwi, zwiększone zużycie glukozy, obniżenie masy ciała u osób otyłych, lepszą przemianę węglowodanów, białek i tłuszczów¹⁶.

Regularne uprawianie rekreacji ruchowej pozwala utrzymać wiele funkcji ustroju ludzkiego w dobrej kondycji. To nie tylko skuteczny środek profilaktyczny, ale też leczniczy. Jest istotny zarówno z punktu widzenia zdrowia somatycznego, jak i psychicznego.

Taniec to psychoterapia

„Lepiej się czuję, jestem zdrowsza i sama siebie doceniam, to dla mnie gimnastyka, czuję się lżejsza” – Leokadia, lat 62. „Dla mnie taniec to jest porcja ruchu, to jest wyrażanie siebie, swoich emocji. Zarówno taniec, jak i śpiew przenosi człowieka w trochę inną rzeczywistość. W taki inny świat i człowiek odrywa się wtedy od tej szarej codzienności, tworzy sobie niecodzienne ujście dla codziennych trosk” – Elżbieta, 61 lat. „Taniec to oderwanie się od rzeczy smutnych” – Ewa, 68 lat. „Taniec daje mi pewność siebie, zapomnienie i wytchnienie. Taniec ma się w duszy, ciele, sercu, umyśle” – Jadwiga, 66 lat. „Dla mnie taniec ma takie działanie psychologiczne. Jak człowiek idzie na zabawę, to musi się ładnie ubrać, zrobić fryzurę i makijaż – a to już jest «coś» dla samotnej kobiety. A potem tylko trzeba znaleźć odpowiedniego partnera” – Grażyna, 65 lat.

Psychoterapeutyczne oddziaływanie tańca oparte jest na psychofizycznej jedności, obustronnej relacji ciała i psychiki. Metoda leczenia tańcem, nazwana choreoterapią czy leczeniem tańcem (*choreios* – taneczny), jest formą wykorzystującą ekspresję ruchową i muzykę do zwiększenia reintegracji psychofizycznej. To technika należąca do szerokiego nurtu terapii wykorzystującej sztukę¹⁷.

Stany psychiczne uwidaczniane są w napięciach mięśniowych, dynamice ruchu, postawie ciała i sposobie oddychania. Taniec bazujący na swobodnej, naturalnej improwizacji, nieograniczony wyuczonymi schematami i ruchami, pozwala odnaleźć rytm własnego organizmu, wyrazić emocje i uwolnić się od codziennych napięć. Choreoterapia, wykorzystując techniki pracy, takie jak:

¹⁶ D. T y s z k o w s k a, *Aktywność fizyczna czynnikiem...*, op.cit.

¹⁷ [www.choreoterapia.ptt-poznan.pl].

relaksacja, praca z oddechem, odgrywanie ról, trening kreatywności, daje sposobność do identyfikacji i zintegrowanej eksploracji organizmu człowieka¹⁸.

Przez wiele lat terapia tańcem kojarzona była z zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi oraz ograniczała się do działań leczniczych. Obecnie koncentruje się również na poprawie obszarów funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, i coraz częściej orientowana jest na pracę z seniorami¹⁹.

Choreoterapię wykorzystuje się w leczeniu nerwic, schizofrenii, depresji, uzależnień od alkoholu i narkotyków czy anoreksji. Istnieją ośrodki wspomagające tańcem pracę z dziećmi z zaburzeniami emocjonalnymi i ADHD. Taniec zalecany jest w terapii małżeństw, w pracy nad rozwojem osobistym oraz jako sposób na rozładowanie agresji, stresu, napięć psychicznych i stresu²⁰.

Terapia tańcem dla seniorów jest swoistą profilaktyką gerontologiczną. Zaspokaja wiele psychofizycznych potrzeb. Taniec podnosi wiarę we własne siły, odpręża psychicznie, daje poczucie zadowolenia i satysfakcji. Jest przede wszystkim sposobem na konstruktywne i wartościowe zagospodarowanie wolnego czasu. Spotkanie z tańcem to oderwanie od rzeczywistości oraz lekarstwo na samotność, depresję i przygnębienie²¹.

Muzyka, która jest nieodłącznym elementem choreoterapii, podnosi ogólną atrakcyjność zajęć. Dzięki niej zajęcia traktowane są w kategoriach rozrywki i zabawy. Dodatkowo muzyka intensyfikuje emocje, organizm staje się bardziej wydolny, i odraczają się efekty zmęczenia. Połączenie tańca i muzyki motywuje do dalszej aktywności²².

Terapia tańcem dzięki swej wielowymiarowości daje sposobność do pobudzenia sfer emocjonalnych, poznawczych, estetycznych a nawet erotycznych. Dla seniora taniec ma szczególne znaczenie, nie tylko podtrzymuje sprawność fizyczną czy relaksuje, ale też daje okazję do bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem.

Taniec to afrodyzjak i kontakt z drugim człowiekiem

„Taniec to przede wszystkim świetna gimnastyka dla ciała i ducha. A jeżeli do tego partner jest szczególnie miły, daje to człowiekowi bardzo przyjemne połączenie” – Helena, 70 lat. „Taniec to rehabilitacja dla serca, we dwoje, przytuleni, głębokie spojrzenia” – Stasiu, lat 62. „W tańcu można wiele wy-

¹⁸ Por.: D. K o z i e ł ł o, *Psychoterapia tańcem*, Poznań 2002; Z. A l e s z k o, *Główne aspekty choreoterapii klinicznej w psychiatrii (refleksje na podstawie studiów literatury przedmiotu)*, [w:] *Sztuka w edukacji i terapii*. Red. M. Knapik, W. Sacher, Kraków 2004.

¹⁹ O. K u ź m i ń s k a, *Terapia tańcem i ruchem na uniwersytecie trzeciego wieku*, 2009 [http://olgak.awf.poznan.pl].

²⁰ Dane uzyskane w toku własnej analizy internetowych ofert ośrodków zajmujących się terapią tańcem.

²¹ D. K o z i e ł ł o, *Psychoterapia tańcem...*, op.cit.

²² B. M e e k u m s, *Dance Movement Therapy*, London 2005.

razić – bo to uścisk, dotyk, w oczy można sobie popatrzeć, za rączkę złapać, a jeszcze jak za plecki chwyci. Ale w choreografii nie lubię tańczyć, bo nie ma się do kogo przytulić” – Marta, lat 66. „W dawnych latach taniec to był wyraz bliskości, jedyna sposobność, żeby się do kogoś przytulić – serce zawsze w tańcu drgnie” – Zosia, lat 67.

Taniec to profilaktyka samotności – daje nieocenioną możliwość nawiązania kontaktu z drugim człowiekiem. Samotność człowieka starszego nieodłącznie wiąże się z okolicznościami towarzyszącymi jego życiu, a szczególnie z topniejącym kręgiem osób bliskich – śmierć współmałżonka, zmniejszające się grono dawnych przyjaciół i znajomych, odizolowanie od środowiska pracy zawodowej związane z przejściem na emeryturę. Trudności w nawiązywaniu kontaktów oraz pogarszająca się kondycja fizyczna i zdrowie, niejednokrotnie utrudniające poruszanie się, powodują dodatkowe źródło izolacji społecznej. Poczucie samotności może zagrażać trwałymi obniżeniami nastroju, depresją i znaczącym obniżeniem dobrostanu psychicznego²³. Samotność to przykra, lecz bardzo duża i trudna sfera życia człowieka. Dlatego wszelka sposobność aktywizacji towarzyskiej, a taką właśnie jest taniec, daje szansę na przezwyciężanie utrapień wieku starczego.

Kontakt z drugim człowiekiem w tańcu pełni funkcję integracyjną, rozumianą jako współzycie z drugim człowiekiem oraz socjalizacyjną, za pośrednictwem której seniorzy czują się pełnoprawnymi członkami lokalnych społeczności.

Taniec to też swoista metoda prezentacji swojej atrakcyjności fizycznej. Zarówno w świecie zwierząt, jak i ludzi może mieć wyraz zachowania godowego. Kobiety tańcząc, romansują – zmysłowymi ruchami bioder, ramion, piersi przykuwają uwagę partnera²⁴. Niestety, mężczyźni nie zawsze potrafią odpowiedzieć na taneczne gody kobiet.

„O, jak ja mam tańczyć ze swoim mężem, to wolę w ogóle nie tańczyć. Z nogi na nogę mi się nie chce przystępować” – Jadwiga, lat 66.

Mężczyźni są generalnie mniej skłonni do tańca, z większą trudnością przychodzi im zapamiętanie kroków i wycucie rytmu. Są też bardziej skrupowani, rzekomo przekonani, że taniec jest niemęski. Dlatego rzadziej widoczni są na parkiecie²⁵. „Panie tańczą same, panów jest jak na lekarstwo. Więc same szalejemy na parkiecie. Ktoś kto patrzy z boku, nigdy by nie powiedział, że my mamy tyle lat, co mamy” – Grażyna, lat 69.

Jak się okazuje, zdolności taneczne mężczyzn mogą być wykorzystywane przez kobiety do oceny ich siły oraz prokreacyjnych możliwości. Badania N. Hugill i B. Fink z Uniwersytetu w Getyndze pokazały, że tańczący męż-

²³ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Poznań 2000.

²⁴ B. Meekums, *Dance Movement...*, op.cit.

²⁵ Ibidem.

czyżni oceniani przez kobiety jako bardziej atrakcyjni i pewniejsi siebie okazywali się również silniejsi fizycznie od tych ocenianych jako mało atrakcyjni i niepewni siebie²⁶. Można więc wnioskować, że dobrzy tancerze to też dobrzy kandydaci na męża. A jak stara mądrość ludowa głosi – w tańcu można wyrazić temperament, również seksualny. Więc dobrzy tancerze są też dobrymi kochankami.

Taneczna forma aktywności wykorzystywana w Domu Złotej Jesieni w Opolu jest przykładem profilaktyki i leczenia z wykorzystaniem rozrywki i zabawy. Seniorzy zaangażowani w różne formy zajęć muzycznych przeciwdziałają negatywnym somatycznym i psychologicznym oznakom starości. Taniec daje im radość, satysfakcję, poczucie siły i bliskości drugiego człowieka. Bez wątplenia taniec stanowi dla seniorów wartościową formę realizacji swoich pasji, marzeń, wyrażania emocji, daje upust negatywnej energii, ale przede wszystkim taniec to czas dobrej zabawy.

„Dla mnie to szczęście, że jestem w ruchu, w tańcu, w muzyce. Człowiek w tańcu jest lepszy, weselszy. Starsze osoby świetnie się bawią, My robimy sobie takie piękne imprezy, to daje radość życia – człowiekowi aż się chce... Jak mnie córki zobaczyły na parkiecie, to powiedziały, że mama zwariowała. Po prostu drugie życie. Druga młodość” – Halina, lat 65.

Literatura

A l e s z k o Z., *Główne aspekty choreoterapii klinicznej w psychiatrii (refleksje na podstawie studiów literatury przedmiotu)*, [w:] *Sztuka w edukacji i terapii*. Red. M. Knapik, W. Sacher, Kraków 2004.

B r u d n o w s k a M., C y l k o w s k a - N o w a k, *Kobiety, zdrowie i choreoterapia – w świetle badań własnych*, [w:] *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. M. Siemiń, Wrocław 2008.

D e g a W., S i n g e r A., *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1983.

D e m e l M., *Pedagogika zdrowia*, Warszawa 1980.

H u g i l l N., F i n k B., *Personality and Individual Differences* [<http://jejpsyche.pl>].

J. Krampe [www.zdrowie.senior.pl].

K o z d r o j E., *Program rehabilitacji ruchowej osób starszych*, Warszawa 2008.

K o z i e ł o D., *Psychoterapia tańcem*, Poznań 2002.

K u ź m i ń s k a O., *Terapia tańcem i ruchem na uniwersytecie trzeciego wieku*, 2009 [<http://olgak.awf.poznan.pl>].

M a s e l l i a J., *Życie to taniec*, „Zwierciadło” 2002.

M e e k u m s B., *Dance Movement Therapy*, London 2005.

O m e l a n A., *Aktywność ruchowa potrzebą życia*, [w:] *Aktywność fizyczna potrzebą twórczego życia*. Red. J. Czerwiński, Olsztyn 2004.

R o n i k i e r A., *Aktowość fizyczna w profilaktyce zdrowia*, [w:] *Aktywność fizyczna potrzebą twórczego życia*. Red. J. Czerwiński, Olsztyn 2004.

S o c h a T., S o c h a S., *Aktywność a proces starzenia się*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się*. Red. S. Rogala, Opole 2007.

S t u a r t - H a m i l t o n I., *Psychologia starzenia się*, Poznań 2000.

²⁶N. Hugill, B. Fink, *Personality and Individual Differences* [<http://jejpsyche.pl>].

T o r ł o p J., *Proces kreatywny w psychoterapii tańcem i ruchem – nośnik zmiany i integracji*, [w:] *Arteterapia w edukacji i rozwoju człowieka*. Red. M. Siemić, Wrocław 2008.

T y s z k o w s k a D., *Aktywność fizyczna czynnikiem podtrzymującym zdrowie w procesie starzenia się* [www.modn.elk.edu.pl/publikacje/2003/tyszkowska_akfiz.doc].

[www.choreoterapia.ptt-poznan.pl].

[http://www.who.int/about/en/].

Roman Kolek*
Kazimierz Łukawiecki**
Ewa Baucz***

Leczenie pacjentów w starszym wieku chorujących na nadciśnienie tętnicze w województwie opolskim w roku 2009 według analizy OOWNFZ

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze ma niezwykle cichą cechę – występuje dostatecznie często, aby stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, ale jego kontrola jest wciąż wyzwaniem z uwagi na powszechne w świecie zjawisko nieprzestrzegania zaleceń lekarskich. Kontrola ciśnienia krwi zmniejsza zachorowalność i śmiertelność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, a więc regularność stosowania leków hipotensyjnych oraz zmiana stylu życia odgrywają ważną rolę w kontroli nadciśnienia tętniczego¹. Częstość nadciśnienia tętniczego w populacji Polski według badania WOBASZ² wynosiła około 36%, co stanowi wartość pośrednią pomiędzy rozwiniętymi krajami Europy (Niemcy – 55%, Finlandia – 49%, Hiszpania – 47%, Anglia – 42%, Szwecja – 38%, Włochy – 38%) a krajami Ameryki Północnej (USA – 28%, Kanada – 27%)³.

* Lek. med., Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

** Dr n. med., Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

*** Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹ S. Perreault et al., *Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension*, „Ann Pharmacother” 2005, No 39(9), s. 1401–1408; G. Mazzaglia et al., *Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients*, „Circulation” 2009, No 120(16), s. 1598–1605.

² A. Tykarski, A. Posadzy-Małaczyńska, B. Wyrzykowski, M. Kwaśniewska, A. Pająk, M. Tendera, S. Rywik, G. Broda, T. Zdrojewski, *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, t. 64, Supl. 4.

³ K. Wolf-Maier, R.S. Cooper, H. Kramer, J.R. Banegas, S. Giampaoli, M.R. Joffres, N. Poulter, P. Primatesta, B. Stegmayr, M. Thamm, *Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States*, „Hypertension” 2004, No 43, s. 10.

Tylko 59% osób z nadciśnieniem tętniczym jest leczonych. Według badań pochodzących z USA z 2009 r., 83% pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze zrealizowało receptę w terminie 30 dni od daty jej wystawienia. Badania pacjentów w wieku powyżej 65 lat w programach Medicaid pokazują, że tylko 20% pacjentów przestrzega zaleceń regularnego zażywania leków (określanego jako 80% dni lub więcej, w których pacjenci stosowali leki przeciwnadciśnieniowe)⁴. Średnio jedna trzecia do połowy pacjentów nie stosuje się do ustalonych schematów leczenia⁵. Dodatkowo, spośród wszystkich przyjęć do szpitala powodowanych nieprawidłowym leczeniem, od jednej trzeciej do dwóch trzecich jest przypisywanych nieprzestrzeganiu zaleceń lekowych⁶.

Koszty leczenia to kolejna bariera w przestrzeganiu zaleceń leczenia farmakologicznego. Mimo że wysokie koszty zakupu leku mogą być przeszkodą w stosowaniu się do zaleceń, wyniki przekrojowych badań wykazują negatywny wpływ nawet niewielkiego współpłacenia na odsetek realizowanych recept. Pacjenci oceniający swój stan zdrowia jako dobry, mieszkańcy państw, które wymagają współpłacenia recept, o 40% rzadziej realizowali recepty na leki przeciwnadciśnieniowe niż ich odpowiednicy w państwach, gdzie nie występuje współpłacenie za leki tej grupy.

Innym czynnikiem ekonomicznym, mogącym prowadzić do nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, jest obecność w systemach ubezpieczeniowych restrykcyjnych receptariuszy, które mogą wymagać przejścia na tańsze, ale gorzej tolerowane leki w tej samej klasie terapeutycznej⁷. Wykazano, że systemy monitorowania zdarzeń medycznych mogą być wykorzystane do poprawy skuteczności wypełniania zaleceń lekarskich i są użytecznym narzędziem do zarządzania problemami zdrowotnymi⁸. W licznych badaniach potwierdzono addycyjny efekt hipotensyjny terapii złożonej z kilku leków przeciwnadciśnieniowych o różnych mechanizmach działania oraz wyliczono, że jest ona około pięciokrotnie skuteczniejsza od podwojenia dawki leku w monoterapii. Preparaty złożone mogą także zwiększyć skuteczność leczenia — poprzez lepsze wykorzystanie odmiennych mechanizmów działania różnych klas leków

⁴M. Monane, R.L. Bohn, J.H. Gurwitz, R.J. Glynn, R. Levin, J. Avorn, *Compliance with antihypertensive therapy among elderly Medicaid enrollees: the roles of age, gender, and race*, „American Journal of Public Health” 1996, No 86, s. 1805–1808.

⁵J. Dunbar-Jacob, J.A. Erlen, E.A. Schlenk, C.M. Ryan, S.M. Serika, W.M. Dossell, *Adherence in chronic disease*, „Annual Review of Nursing Research” 2000, No 18, s. 48–90.

⁶P.J. McDonnell, M.R. Jacobs, *Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions*, „Ann Pharmacother” 2002, No 36, s. 1331–1336.

⁷J. Wilson, K. Axelsen, S. Tang, *Medicaid prescription drug access restrictions: exploring the effect on patient persistence with hypertension medications*, „American Journal of Managed Care” 2005, No 11, s. SP27–SP34.

⁸D.E. Brunenberg et al., *Cost effectiveness of an adherence-improving programme in hypertensive patients*, „Pharmacoeconomics” 2007, No 25(3), s. 239–251.

oraz dzięki uproszczeniu schematu farmakoterapii, który przyczynia się do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych⁹. U starszych pacjentów wykazano skuteczność stosowania przynajmniej jednego przedstawiciela kilku grup leków, takich jak: diuretyki, leki B-adrenolityczne (LBA), antagoniści wapnia, inhibitory ACE i antagoniści receptora angiotensyny¹⁰.

W Opolskim OOWNFZ podjęto działania mające na celu oszacowanie leczenia nadciśnienia tętniczego w populacji ubezpieczonych pacjentów regionu oparte na danych sprawozdawczych.

Materiał i metoda

Na podstawie danych sprawozdawczych świadczeniodawców województwa opolskiego realizujących świadczenia na podstawie umowy z OOWNFZ z lat 2006–2009 dokonano próby oceny częstości występowania nadciśnienia tętniczego. Analizę oparto na danych pochodzących ze wszystkich zrealizowanych świadczeń zarejestrowanych w Rejestrze Usług Medycznych (RUM), podczas których pacjentowi korzystającemu ze świadczeń systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego postawiono rozpoznanie nadciśnienia tętniczego (I10-I15 według ICD-10). Biorąc pod uwagę sprawozdawczość ze wszystkich rodzajów świadczeń, liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń ewidencjonowanych w OOWNFZ, wynosiła w tym czasie łącznie 202 446, co stanowi 21,42% ubezpieczonej populacji regionu.

Tabela 1

Porównanie częstości występowania nadciśnienia tętniczego w badaniu populacji USA¹¹ w latach 2003–2004 oraz w województwie opolskim według danych OOWNFZ za lata 2006–2009

Populacja [lata życia]	USA [%]	Badanie OOWNFZ [%]
18–39	7,3	3,47
40–59	32,6	25,31
Powyżej 60 lat	66,3	64,52
Średnio	29,3	21,42

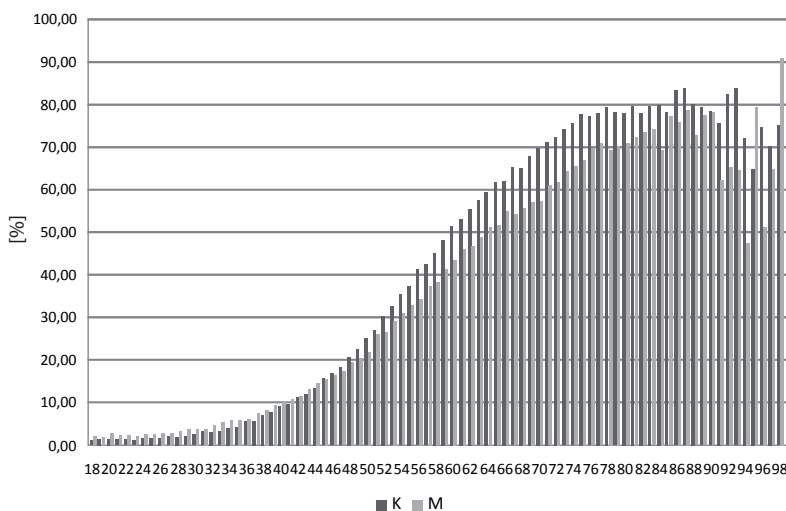
W wieku powyżej 80 lat odsetek pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze przekracza 80%. Obserwuje się wyraźnie większy odsetek korzystania ze świadczeń zdrowotnych z powodu nadciśnienia tętniczego w grupie kobiet (24,65%) w porównaniu do mężczyzn (17,98%). Częstość występowania tej

⁹M. Cwynar, T. Grodzicki, *Rola preparatów łączonych w terapii nadciśnienia tętniczego u osób w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska” 2008, No 17(2), s. 55–63.

¹⁰S.E. Kjeldsen, A.E. Stenehjem, I. Os, T. Hedner, G.T. McInnes, *Leczenie nadciśnienia tętniczego u osób w podeszłym wieku*, „Choroby Serca i Naczyń” 2008, Nr 5(1), s. 1–5.

¹¹K. Wolf-Maijer et al., *Hypertension Treatment...*, op.cit.

choroby w populacji województwa opolskiego w poszczególnych rocznikach oraz w zależności od płci oceniona na podstawie badań OOWNFZ obrazuje ryc. 1.



Ryc. 1. Populacja kobiet i mężczyzn według wieku chorujących na nadciśnienie w województwie opolskim [%]

Według danych sprawozdawczych ze świadczeń zrealizowanych w umowach szpitalnych oraz świadczeniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z nadciśnieniem tętniczym (I10–I15) jako rozpoznaniem głównym lub współistniejącym udzielono świadczeń 72 896 pacjentom, co stanowi 7,71% populacji ubezpieczonych w regionie. W celu przeprowadzenia analizy farmakoterapii grupy pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze dokonano oceny ilości opakowań leków przeciwnadciśnieniowych poszczególnych grup ATC, które były refundowane w roku 2009, stosowanych w leczeniu tej jednostki chorobowej u pacjentów żyjących, w wieku powyżej 18. roku życia, zakwalifikowanych do grupy określonej na podstawie rozpoznań I10–I15 postawionych podczas hospitalizacji lub wizyt w poradniach specjalistycznych w latach 2006–2009 (61 502 pacjentów). Obejmowała więc pacjentów, u których rozpoznanie tej choroby zweryfikowane zostało podczas leczenia w szpitalu i wizyt u lekarzy specjalistów.

Wyniki

Pacjenci realizowali recepty na leki według wszystkich możliwych kombinacji w pięciu grupach stosowanych w chorobie nadciśnieniowej. Zestawienie liczby pacjentów stosujących różne schematy leczenia przedstawiają tab. 2 i 3.

Tabela 2

Zestawienie liczby pacjentów według ilości grup leków, które stosowano w terapii nadciśnienia tętniczego w OOWNFZ w roku 2009

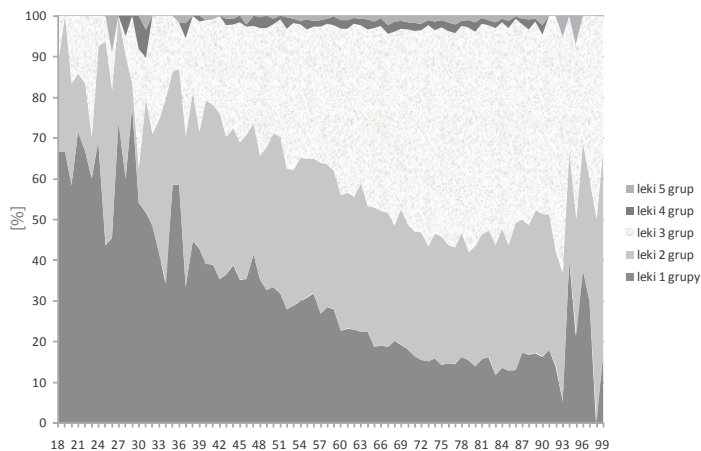
Liczba grup leków stosowanych w terapii	Liczba pacjentów	Badana populacja [%]
Brak leków refundowanych	6 908	11,23
Monoterapia	11 937	19,41
Terapia lekami dwóch grup	17 283	28,10
Terapia lekami trzech grup	16 839	27,38
Terapia lekami czterech grup	7 534	12,25
Terapia lekami pięciu grup	1 001	1,63
Łącznie pacjentów	61 502	

Tabela 3

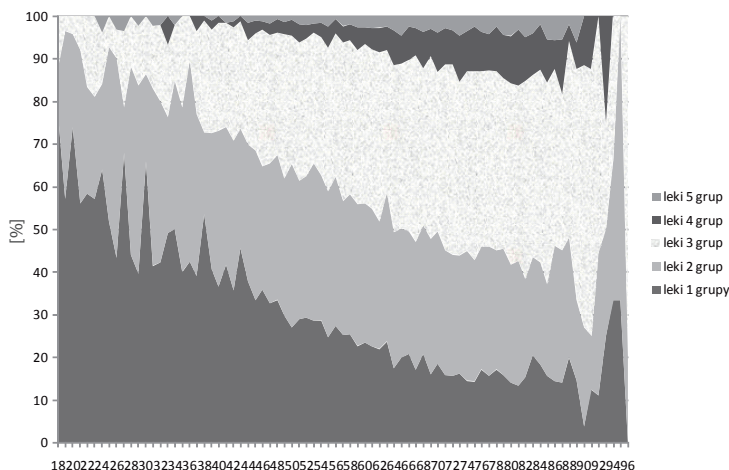
Najczęściej stosowane skojarzenia leków w leczeniu nadciśnienia tętniczego w populacji województwa opolskiego według danych OOWNFZ z roku 2009

Terapia	Liczba pacjentów
Monoterapia lekami działającymi na układ Renina-Angiotensyna	7 029
Moczopędne, leki B-adrenolityczne (LBA) oraz działające na układ Renina-Angiotensyna	7 007
Moczopędne oraz działające na układ Renina-Angiotensyna	6 735
Moczopędne, działające na układ Renina-Angiotensyna oraz antagoniści wapnia	5 937
LBA oraz działające na układ Renina-Angiotensyna	3 868
Działające na układ Renina-Angiotensyna oraz antagoniści wapnia	3 182
Monoterapia – LBA	1 977
LBA, działające na układ Renina-Angiotensyna oraz antagoniści wapnia	1 918
Monoterapia – leki moczopędne	1 385
Moczopędne oraz LBA	1 277
Monoterapia – antagoniści wapnia	1 234

Ryciny 2 i 3 przedstawiają procentowy udział ilości grup leków przeciwnadciśnieniowych w terapii w populacji kobiet i mężczyzn w zależności od wieku. O ile w młodszym wieku dominuje schemat monoterapii, w wieku powyżej 60 lat monoterapia stosowana jest przez mniej niż 20% pacjentów, natomiast zwiększa się w wieku starszym grupa pacjentów stosujących równocześnie leki trzech grup terapeutycznych. W terapii mężczyzn znacznie większa grupa pacjentów powyżej 60. roku życia stosuje leki należące do czterech lub pięciu grup (do 10% populacji).



Ryc. 2. Udział ilości grup leków przeciwnadciśnieniowych stosowanych w terapii pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w roku 2009 w populacji kobiet według wieku w OOWNFZ [%]

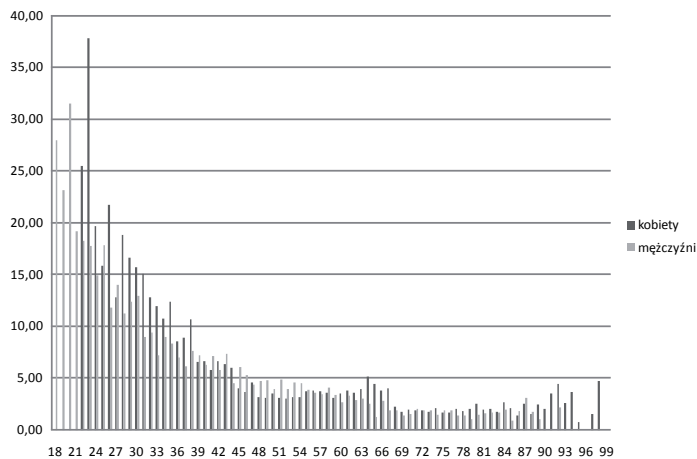


Ryc. 3. Udział ilości grup leków przeciwnadciśnieniowych stosowanych w terapii pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w roku 2009 w populacji mężczyzn według wieku w OOWNFZ [%]

We wszystkich analizowanych schematach leczenia obserwuje się olbrzymią nieregularność w realizacji recept na leki przeciwnadciśnieniowe, nie wspominając o częstym dokonywaniu zmian preparatów leczniczych przez pacjenta. Zaobserwowano, iż maksymalnie do 30% pacjentów realizuje recepty na taką ilość leku, która zapewnia regularność stosowania. Pozostaje oczywiście nieznanie stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich i pobieranie tych leków.

Niepokojące jest, iż 6908 pacjentów (średnia wieku 53 lata), którzy w latach 2006–2009 pojawili się w systemie sprawozdawczym OOWNFZ z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, nie miało w roku 2009 refundowanego ani jednego opakowania leku spośród analizowanych grup. Odsetek pacjentów w poszczególnych rocznikach w zależności od płci, którzy w roku 2009 nie zrealizowali ani jednej recepty na leki przeciwnadciśnieniowe, a według danych OOWNFZ w trakcie ich leczenia w szpitalu lub w poradniach specjalistycznych postawiono u nich rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, przedstawia ryc. 4. W młodszych grupach wiekowych znaczna część pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego nie stosuje leków przeciwnadciśnieniowych. Odsetek populacji powyżej 40. roku życia nie realizującej w aptekach leków zmniejsza się, w grupie powyżej 65. roku życia średnio 2–3% pacjentów nie stosuje tych leków.

Zidentyfikowanie przyczyn tego zjawiska, szczególnie w młodszych grupach wiekowych, będzie przedmiotem dalszych działań OOWNFZ oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej województwa opolskiego.



Ryc. 4. Pacjenci dorośli chorujący na nadciśnienie tętnicz niebiorący leków przeciwnadciśnieniowych w roku 2009 według płci i wieku [%]

Wnioski

Najregularniej stosowanymi przez pacjentów lekami w nadciśnieniu tętniczym, według danych refundacyjnych OOWNFZ, są leki działające na układ Renina-Angiotensyna; przyjmuje się, że około 30% pacjentów regularnie zaopatruje się w leki. W przypadku leków moczopędnych oraz LBA około 25% pacjentów ma szansę na skuteczne leczenie choroby nadciśnieniowej. Niski odsetek pacjentów regularnie zaopatrujących się w leki przeciwnadciśnieniowe oraz wysoki odsetek nie stosujących w ogóle leków nakazuje podjęcie dalszych działań wyjaśniających przyczyny tego zjawiska. Około 11% pacjentów

stosuje w terapii łącznie LBA, leki moczopędne, blokery konwertazy oraz antagonistów wapnia, co może świadczyć o dużej skali występowania opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego lub zbyt częstym stosowaniu przez pacjentów leków zalecanych równocześnie przez kilku lekarzy. Zjawisko zażywania leków z kilku grup terapeutycznych w grupie starszych pacjentów jest zbieżne z danymi z piśmiennictwa, co wskazuje na stosowanie optymalnych, nowoczesnych modeli leczenia w naszym regionie. Stosowanie dużej ilości leków z czterech lub pięciu grup leków stosowanych w terapii nadciśnienia tętniczego przez mężczyzn powyżej 60. roku życia wobec dużej nieregularności w zaopatrywaniu się w te leki wskazuje na potrzebę interwencji w tej grupie pacjentów. Wykorzystanie tych informacji do poziomu powiatu zamieszkania pacjenta oraz świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, do którego zaoptowani są pacjenci chorujący na nadciśnienie tętnicze, pozwoli na poprawę skuteczności i jakości leczenia tej jednostki chorobowej. Ocena regularności realizacji recept na leki przeciwnadciśnieniowe całej populacji pacjentów z nadciśnieniem tętniczym dostarczy zapewne nowych informacji, gdzie już dziś można podejrzewać, iż dane te wskażą na olbrzymi problem niestosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Ustalenie przyczyny tego zjawiska i wprowadzenie interwencji poprawi możliwość skuteczniejszego leczenia nadciśnienia tętniczego.

Literatura

Brunenberg D.E. et al., *Cost effectiveness of an adherence-improving programme in hypertensive patients*, „Pharmacoeconomics” 2007, No 25(3), s. 239–251.

Cwynar M., Grodzicki T., *Rola preparatów łączonych w terapii nadciśnienia tętniczego u osób w wieku podeszłym*, „Gerontologia Polska” 2008, No 17(2), s. 55–63.

Dunbar-Jacob J., Erlen J.A., Schlenk E.A., Ryan C.M., Sereika S.M., Doswell W.M., *Adherence in chronic disease*, „Annual Review of Nursing Research” 2000, No 18, s. 48–90.

Kjeldsen S.E., Stenehjem A.E., Os I., Hedner T., McInnes G.T., *Leczenie nadciśnienia tętniczego u osób w podeszłym wieku*, „Choroby Serca i Naczyń” 2008, Nr 5(1), s. 1–5.

Mazzaglia G. et al., *Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients*, „Circulation” 2009, No 120(16), s. 1598–1605.

McDonnell P.J., Jacobs M.R., *Hospital admissions resulting from preventable adverse drug reactions*, „Ann Pharmacother” 2002, No 36, s. 1331–1336.

Monane M., Bohn R.L., Gurwitz J.H., Glynn R.J., Levin R., Avorn J., *Compliance with antihypertensive therapy among elderly Medicaid enrollees: the roles of age, gender, and race*, „American Journal of Public Health” 1996, No 86, s. 1805–1808.

Perreault S. et al., *Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension*, „Ann Pharmacother” 2005, No 39(9), s. 1401–1408.

Tykowski A., Posadzy-Małaczyńska A., Wyrzykowski B., Kwaśniewska M., Pajak A., Tendera M., Rywik S., Broda G., Zdrojewski T., *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, t. 64 Supl. 4.

Wilson J., Axelsen K., Tang S., *Medicaid prescription drug access restrictions: exploring the effect on patient persistence with hypertension medications*, „American Journal of Managed Care” 2005, No 11, s. SP27–SP34.

Wolf-Maier K., Cooper R.S., Kramer H., Banegas J.R., Giampaoli S., Joffres M.R., Poulter N., Primatesta P., Stegmayr B., Thamm M., *Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States*, „Hypertension” 2004, No 43, s. 10.

Psychologiczne uwarunkowania oczekiwań ludzi starszych i przewlekle chorych wobec rodziny

Starość nie jest chorobą, ale implikuje pewne stany i objawy, które w połączeniu z chorobą, szczególnie przewlekłą, wywołują znaczące zmiany *in minus* zachowania i wydolności psychofizycznej człowieka, a w konsekwencji – dyskomfort życia jego oraz bardzo często także jego bliskich. Każda dolegliwość ogranicza bowiem samodzielność jednostki, a dolegliwości większe czy poważniejsze wymuszają konieczność świadczenia chorym pomocy i opieki, czyli wspierania ich, przede wszystkim ze strony rodziny lub osób z najbliższego środowiska albo – ostatecznie – personelu medycznego.

Okres przewlekłej choroby starszych osób może zastać je w domu i w otoczeniu rodzinnym, tak samo jak w samotności czy w domu pomocy społecznej. Każdy z towarzyszących tym sytuacjom warunków socjalno-bytowych w inny sposób i w innym zakresie determinuje możliwości rozwiązania problemów natury medycznej, psychologicznej i ekonomicznej. Truizmem jest podkreślenie w tym miejscu, że każda choroba nie tylko zmniejsza wydolność biologiczną organizmu, lecz także powoduje cierpienie (fizyczne i psychiczne), a w ślad za nim narusza psychiczną równowagę (normę) bytowania, stwarzając poczucie zagrożenia oraz oczekiwanie wsparcia i opieki.

Biorąc pod uwagę tylko kilka chorób i zaburzeń psychicznych o znamionach przewlekłości, jakie występują w wieku starszym, łatwo można ustalić typologię oczekiwań, które z tymi stanami korespondują. Przykładowo, specyficzne oczekiwania mamy przy schizofrenii, kiedy to:

„[...] oderwanie się od rzeczywistości umożliwia realizację tych struktur czynnościowych, które normalnie zostają odrzucone jako nierealne. Działanie staje się niepotrzebne, wystarcza sama myśl (podobnie jak w „eksperymentach myślowych” fizyków teoretycznych). Świat zewnętrzny zapełnia się twarzami ze świata wewnętrznego, fantazji, uczuć, myśli, one stają się rzeczywistością”¹.

Oto inny przykład niektórych zachowań i nastawień jednostki w stanie otępienia starczego, kiedy to człowiek:

* Dr hab., prof. Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Warszawa 1979, s. 58.

Nie jest natomiast zdolny pojąć treści nowych zagadnień i tutaj otępienie jego ujawnia się w całej pełni. Wydarzenia bieżące nie pociągają go. Nie ma on dla nich zrozumienia albo potępia w czambuł wszystko, co nowe (*neophobia*) i co terazniejsze, chwając przeszłość (*senex laudator temporis acti*). Sądom tych starców towarzyszy poczucie nieomylności (tzw. mądrość starcza). Są oni przeświadczeni o znaczeniu długoletniego doświadczenia i swojego własnego, i innych starców, którzy już dawno wszystko najlepiej wiedzieli².

Psychicznym stanem charakterystycznym dla starości (nawet tej niezdominowanej przez choroby przewlekłe) jest również tzw. smutek starości:

Na smutek starości składa się wiele przyczyn. Ze starością wiąże się zniedołężnienie fizyczne i psychiczne, które w dużej mierze wynika z obniżonej w podeszłym wieku dynamiki życiowej, ponieważ między dynamiką życiową a zasadniczym nastrojem, który jest jak gdyby jej subiektywnym wyrazem, istnieje dość ścisła korelacja, więc obniżenie nastroju w starości jest zrozumiałe³.

Wydaje się tym samym za właściwe przyjęcie tezy, że każda choroba w okresie starości, a szczególnie choroba przewlekła, zwiększa stopień pogarszania się ogólnego psychicznego nastroju. Każda bowiem dodatkowa dolegliwość zdrowotna, socjalna czy interakcyjna w okresie starości niewspółmierne zwiększa intensywność ich przeżywania (w stosunku do normalnej skali), a więc pomnaża i tak już ciągle występujące poczucie egzystencjonalnego zagrożenia.

W okresie starości przyczyny potęgujące złe psychologiczne czynniki bytowania poniekąd się sumują, jednak:

Kwestie zdrowotne stanowią zaledwie część problemów, z którymi muszą radzić sobie osoby starsze. Równie ważne okazują się trudności natury psychologicznej. Utrata możliwości zaspokajania kontaktów interpersonalnych, ograniczenie aktywności zawodowej, choroby somatyczne oraz towarzyszące im zaburzenia nastroju sprawiają, iż trudno jest mówić o zadowalającym poziomie jakości życia osób starszych. W wielu źródłach podaje się informacje o zaburzeniach depresyjnych u osób starszych. Ich liczba powiększa się wraz z wiekiem badanych. Chon i Chi ustalili, że wśród 65-latków zamieszkujących Hongkong 15% kobiet oraz 1% mężczyzn cierpi na depresję. Wśród 70-latków wskaźniki te są znacznie wyższe i wynoszą: 29% u mężczyzn i 41% u kobiet. Jak wykazały dalsze analizy, 10% populacji powyżej 65. roku życia żyje samotnie, 15% ze swoimi partnerami⁴.

Można więc przyjąć, że starcze poczucie osamotnienia czy wręcz ostracyzmu interakcyjnego może stanowić poważne źródło przyczyn dysfunkcji psychicznej u osób w starszym wieku.

Stopień spełniania oczekiwań osób starszych i chorych wydaje się uwarunkowany wieloprzyczynowo. Stosunkowo często wiąże się to z jakością zaspokajania potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych, a w tym m.in. z częstotliwością i przychylnością bezpośrednich, osobistych kontaktów. I co naj-

²T. B i l i k i e w i c z, *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1969, s. 365.

³A. K ę p i ń s k i, *Melancholia*, Warszawa 1985, s. 49.

⁴A. G ł ę b o c k a, *Problemy osób starszych wyzwaniem XXI wieku*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*. Red. S. Rogala, Opole 2007, s. 46–47.

ważniejsze: gdzie się opieka odbywa – w domu rodzinnym czy np. w domu opieki społecznej. Wyniki badania jednoznacznie dowodzą, że jakość życia ludzi starszych ulega zdecydowanej poprawie w sytuacji szerokiego wsparcia społecznego – rodziny, znajomych, przyjaciół oraz instytucjonalnego⁵.

Obecnie w Polsce zaczyna się proces dramatyczny, a stosunkowo głęboko skrywany, który dotyczy miejsca pobytu osób starych, schorowanych i niepełnosprawnych. Statystyki dotyczące tego problemu społecznego odnotowują, że obecnie sieć domów opieki – które powinny gwarantować godne warunki przeżywania starości – należałoby zwiększyć o ogromną liczbę miejsc, bo z ok. 30 tys. docelowo do ok. 300 tys.⁶.

Instytucjonalizacja opieki nad osobami starymi i niepełnosprawnymi w pewnym zakresie wydaje się w Polsce konieczna i nieunikniona. Choć nie jest to stan rzeczy być może powszechnie oczekiwany, zwłaszcza przez samych ludzi starych, to jednak ze względów mieszkaniowych, socjalnych i rodzinnych doświadcza się go w miarę często w różnych krajach świata. Najkorzystniejszym rozwiązaniem według różnych podmiotów zainteresowanych opieką nad ludźmi starymi wymagającymi opieki ciągłej wydaje się propozycja Balcerzak-Paradowskiej, która sądzi, że opieka nad osobą starszą w środowisku domowym i rodzinnym wydaje się przyszłością polityki społecznej na rzecz osób starszych. Pomoc w miejscu zamieszkania ma wielkie znaczenie psychologiczne. Stary człowiek unika stresu związanego ze zmianą miejsca zamieszkania. Za formami tymi przemawiają także względy ekonomiczne. Pomoc w miejscu zamieszkania jest na ogół mniej kosztowna niż pomoc w wyspecjalizowanych placówkach, temu celowi może służyć rozwój usług opiekuńczych w domach pacjenta, co może wiązać się również z koniecznością odpowiedniego przystosowania mieszkania, ale również z odpowiednim zagospodarowaniem przestrzeni najbliższego osiedla (rozwój usług medycznych, rehabilitacyjnych lub transportowych, pozwalających na dowiezienie pacjenta do odpowiednich ośrodków)⁷. Można taki model opieki nad osobami starszymi projektować jako korzystny ekonomicznie i pożądanym przez część niesamodzielnych ludzi starych. Zdaniem autora, istnieje jednak ważki problem dodatkowy (zarówno psychologiczny, jak i moralny), który leży gdzie indziej, a mianowicie w empatii, przychylności, możliwości i gotowości rodziny do sprawowania opieki nad bliską osobą, która tej pomocy potrzebuje. Wcale nierzadko można przecież spotkać sytuacje wyrażające się gotowością ponoszenia nawet wysokich kosztów finansowych, byle móc się uwolnić od konieczności bardzo trudnej i ciągłej opieki pielęgnacyjnej nad przewlekle chorą osobą starą.

⁵ Ibidem, s. 47.

⁶ A. K a r p i ń s k i, *W poszukiwaniu syntezy i programu działania*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Kancelaria PAN, Warszawa 2008, s. 232.

⁷ B. B a l c e r z a k - P a r a d o w s k a, *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa...*, op.cit.

W polskiej tradycji kulturowej i obyczajowej niegdyś wręcz obowiązywała norma, że starego, chorego człowieka nie oddaje do jakiegoś przytułku, lecz powinien on znaleźć godne życie (do swych ostatnich godzin) w rodzinie, w kontakcie z bliskimi. Jednak czasy i możliwości się zmieniają, a ponadto opieka nad niektórymi chorymi starcami niekiedy przekracza fizyczne, psychiczne, sprawnościowe (skala odporności na wyczerpania), a nawet materialne możliwości opiekunów.

Przykładowo, sprawowanie opieki nad osobami z chorobą Alzheimera jest niewątpliwie ogromnym obciążeniem i wpływa na odczuwaną przez opiekunów jakość życia. Jej trudność po części wynika z tego, że najczęściej opiekę nad chorym sprawują współmałżonkowie (ponad 60% opiekunów), którzy borykają się z różnymi problemami związanymi z wiekiem⁸. W 75% opiekunami są kobiety, żony, córki i synowie. Obciążenie opiekuna objawia się odczuwalnymi przez niego problemami fizycznymi, psychologicznymi, społecznymi i materialnymi⁹.

Trudno przecież potępiać osoby, które obiektywnie (z różnych powodów – choćby swej własnej niesprawności) nie mają praktycznych możliwości radzenia sobie z ciężko chorymi członkami rodzin i szukają rozwiązania lub choćby wsparcia w profesjonalnej opiece pielęgniacyjnej.

Autor jest przekonany, że perspektywa pożądanego, skutecznej opieki i wsparcia oraz terapii osób starych, szczególnie tych przewlekle chorych, polegać powinna na łączeniu świadczeń rodzinnych, profesjonalnych i środowiskowych – w zależności od indywidualnych potrzeb podmiotu, możliwości rodziny i profesjonalnych usług środowiskowych. Nikt nie może jednak zwolnić rodziny z troski o godną starość najbliższych, a cywilizowanego (miejmy nadzieję) środowiska – ze świadczenia profesjonalnych w tym zakresie usług, sprzyjających też podejmowaniu właściwych, a przecież brzegowych, decyzji życiowych.

Praktyczna różnorodność spełniania oczekiwań niepełnosprawnych, przewlekle chorych starszych ludzi – w zależności od środowiska, w którym przebywają – nie wyklucza jednak istnienia jednego (uniwersalnego) i spójnego profilu ich oczekiwań. Ludzie starzy, kierując się samooceną swoich wartości, zasług i dokonań, tworzą pewien kanon oczekiwań wobec swoich dzieci, bliskich i innych młodych osób.

W jednym z badań autora (na próbie celowej) ponad połowa ludzi starych deklarowała (wyrażała chęć, godziła się z faktem) samodzielne przeżywanie starości poza rodziną. Przyczyny takich ewentualnych opinii wymagają jednak

⁸ H. Brodaty, A. Green, *Family carers for people with dementia*, [w:] *Dementia*. Red. J. O'Brien, D. Annes, A. Burns, New York 2000, s. 193–205.

⁹ K. Ober-Łopatką, *Obciążenie psychospołeczne opiekuna osób chorych na alzheimera*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A.J. Brzezińska, K. Ober-Łopatką, R. Stec, K. Ziłkowska, Poznań 2007, s. 177–188.

głębszych badań. Jedną z przyczyn takiej postawy może być zwiększająca się obecnie liczba ofert opieki socjalnej pod adresem osób starszych¹⁰.

Jeżeli przyjmiemy za *Słownikiem psychologii*, że oczekiwanie jest stanem wewnętrznym, postawą lub nastawieniem organizmu prowadzącym do antycypacji (lub oczekiwania) danego zdarzenia¹¹, wówczas powinniśmy być świadomi, że starość, niepełnosprawność i przewlekła choroba stwarzają stany psychiczne oraz nastawienia do ludzi, rzeczy i zdarzeń stosunkowo odmienne od typowych z okresu pełni zdrowia.

Z pełnym przekonaniem można wszakże założyć, że absolutna większość ludzi starych, a szczególnie chorych, oczekuje, że będzie przebywać w otoczeniu rodzinnym wśród osób bliskich. Oczekiwanie to stanowi dominującą potrzebę w sytuacji pobytu chorego w jakimś zakładzie opiekuńczo-leczniczym, szpitalu czy domu opieki społecznej. Pragnienia częstego kontaktu z rodziną nie obniża nawet ewentualny wysoki standard świadczonych tam usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych czy nawet warunków materialno-socjalnych. Czynniki te mają większe znaczenie dla opiekunów (którzy zadbali o to, aby ich bliscy mieli dobre warunki przebywania poza domem rodzinnym) niż tych starych ludzi.

Oczekiwania ludzi starych i chorych to zwykle życzenia jednostronne, natomiast równie ważna wydaje się gotowość rodziny i osób bliskich do spełniania tych tak bardzo ważnych form wsparcia w chwilach cierpienia, osamotnienia, apatii itp. Doświadczona, wieloletnia kierowniczka ZOL w Opolu tak klasyfikuje rodziny mające swoich bliskich w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicych:

Z mojego doświadczenia i obserwacji wynikających z kontaktów z członkami rodzin (w sytuacjach czasami niezbyt przyjemnych) mogę wytypować niejako cztery grupy rodzin [...]. Pierwszą grupę stanowią rodziny bardzo związane emocjonalnie z podopiecznym, które przeżywają swoją porażkę, że nie mogą lub nie są w stanie zaopiekować się najbliższym w domu. Mają duże poczucie winy, a zarazem zdają sobie sprawę, że decyzja umieszczenia w ZOL-u była jedynym rozwiązaniem. Te osoby odwiedzają swych najbliższych codziennie, a jeśli nie mogą przybyć w danym dniu, to telefonują [...]. Do drugiej grupy zaliczyłam rodziny (osoby) odwiedzające swoich bliskich dwa czy trzy razy w miesiącu – „bo tak trzeba”. Sprawdzają, czy wszystko jest w porządku, czy czegoś nie brakuje [...]. Trzecia grupa sporadycznie odwiedza swoich bliskich – średnio raz w miesiącu i najczęściej w celu odebrania przekazów pocztowych z emeryturą. Ograniczają się do rozmowy z personelem, a nie z członkiem rodziny, prosząc jedynie personel o przekazanie pozdrowień [...]. Czwarta grupa to sami podopieczni, którzy są samotni, opuszczeni przez najbliższych. Jeżeli mają odwiedziny, to bardzo rzadko jakaś sąsiadka sobie przypomniła i przyszła zaciekawiona lub rodzina z zagranicy, dalecy krewni. Dla tej grupy osób to personel, osoby często odwiedzające innych podopiecznych, są jedyną pomocą czy wsparciem¹².

¹⁰ S. R o g a l a, *Postrzeżenie ludzi starszych i ich oczekiwań*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*. Red. S. Rogala, WSZiA, Opole 2007, s. 109–110.

¹¹ A. S. R e b e r, E. S. R e b e r, *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholra, Warszawa 2008.

¹² M. S y b i l s k a, *Oczekiwanie i możliwości realizacji wsparcia psychicznego podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Lecznicych w Opolu (osobiste spostrzeżenia i opinie)*, [w:] *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008, s. 88–90.

Poczynione spostrzeżenia na temat rzeczywistych kontaktów członków rodzin z osobami starszymi przebywającymi w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Opolu znacząco odbiegają od wyników badań, jakie autor przeprowadził wśród ludzi młodych, które dotyczyły gotowości pomocy ludziom starym. Autor napisał wówczas: „Zjawiskiem społecznie pożądanym wydaje się deklaracja około 70% badanych kobiet i blisko 60% mężczyzn gotowości niesienia systematycznej pomocy ludziom starszym w trakcie opieki”¹³. Potwierdza się także zasada, że łatwiej przychodzą nam deklaracje potrzeby wspierania ludzi starszych i chorych niż realizacja tych chęci.

W tym miejscu godne zauważenia wydaje się kulturowo-obyczajowe formowanie się tradycji związków, opieki i wsparcia, jakie można zauważyć w różnych krajach świata. Przykładowo, badania prowadzone w Izraelu¹⁴ wskazują, że chęć opiekowania się chorym małżonkiem w domu (mimo że istnieje możliwość zinstytucjonalizowanej opieki) w niewielkim stopniu wynika z poczucia obowiązku i moralnej odpowiedzialności, a raczej pozwala zaspokoić potrzeby opiekuna – daje bowiem poczucie bycia potrzebnym, oddala lęk przed samotnością i pozwala na zagospodarowanie czasu¹⁵. Zdaniem autora polską dobrą tradycję stanowi tu wartościowanie danej rodziny rzeczywistym stanem opieki nad osobami starszymi i chorymi pełnionej w ich miejscu zamieszkania (bez względu na warunki mieszkaniowe, możliwości pielęgnacyjne oraz stopień niesprawności czy inwalidztwa). Jednakowoż współcześnie wydaje się to tradycją z różnych powodów bardzo już trudną do podtrzymywania.

Należy mieć świadomość obiektywnie wydłużającego się przeciętnego wieku życia ludzi, co generuje wiele problemów społecznych, m.in. zwiększającą się liczbę zaburzeń i patologii psychicznych. Wydłuża się tym samym czas opieki nad osobami niesamodzielnymi, niepełnosprawnymi, niedołączonymi, które nadto często mają bardzo ograniczony kontakt umysłowy bądź fizyczny ze światem. Niedołączający umysł – m.in. poprzez narastającą demencję, częstotliwość powtarzania się objawów nerwowego niepokoju, błędzenie, zaburzenia snu, nieufność i podejrzliwość, wybuchy emocji itp. – sprawia olbrzymie problemy zarówno samemu podmiotowi zaburzeń, jak i jego opiekunowi, zwykle nierozumiejącemu patologii ludzkiej psychiki. A przy tym:

[...] wszystkie emocje są równie silnie odczuwane w demencji, jak w normalnym życiu – emocjami rządzi nie to, jaka jest rzeczywistość, ale to, co o niej myślimy. Cóż znaczy, że stan emocjonalny osoby w demencji pozostaje taki sam jak u osoby bez demencji? Znaczy to tyle, że np. wyimaginowani włamywacze są dla twojego rodzica tak samo przerażający jak dla ciebie prawdziwi włamywacze¹⁶.

¹³ S. Rogala, *Postrzeżenie ludzi starszych i ich oczekiwań...*, op.cit., s. 111.

¹⁴ L. Navon, N. Weinblatt, *The show must go on: behind the scenes of elderly spousal caregiving*, „Journal of Aging Studies” 1996, No 10, s. 329–343.

¹⁵ K.P. Kaleta, A. Jaśkiewicz, *Miłość i bliskie związki w okresie dorobności*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie dorobności*. Red. A.J. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, Poznań 2007, s. 69.

¹⁶ K.P. Scilippi, *Jak zaopiekować się rodzicami, którzy kiedyś opiekowali się Tobą*, Warszawa 2008, s. 79.

Tym samym zrozumienie wewnętrznej rzeczywistości niedołączniejącego umysłu i jego oczekiwań jest dla zdrowego, normalnego umysłu opiekuna takiej osoby prawie niemożliwe, a przynajmniej bardzo trudne. Nie zawsze więc można oczekiwania ludzi starych i chorych traktować z całą dosłownością, ponieważ przynajmniej w części mogą być one (i bywają) następstwem przebywania (obracania się, postrzegania) w rzeczywistości li tylko urojonej.

Oczekiwania ludzi starych i przewlekle chorych w większości charakteryzują się więc różnego rodzaju zaburzeniami i psychozami. Pożądana jest wówczas troskliwa opieka – nie tylko pielęgnacyjna, ale również ta wynikająca z empatii wobec chorego. Chory powinien ponadto czuć się potrzebny, mieć swój plan dnia, wykonywać prace, których sens i pożytek sam widzi. Nie należy naruszać jego stereotypów zachowania się, utrwalonych przez lata przyzwyczajęń i nawyków¹⁷.

Dobry kontakt emocjonalny, poczucie bezpieczeństwa, przydatności rozumianej tak jak ją widzą ludzie starzy może znacząca zaspokoić ich oczekiwania, bowiem „[...] poczucie niepotrzebności automatycznie izoluje człowieka od kontaktów i interakcji z otoczeniem społecznym. Jeśli jestem niepotrzebny, to nie mam co w danym środowisku robić”¹⁸.

Literatura

Balcerzak-Paradowska B., *Warunki życia i mieszkaniowe osób starszych*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Kancelaria PAN, Warszawa 2008.

Bilikiewicz T., *Psychiatria kliniczna*, Warszawa 1969.

Brodaty H., Green A., *Family carers for people with dementia*, [w:] *Dementia*. Eds. J. O'Brien, D. Annes, A. Burns, New York 2000, s. 193–205.

Głębocka A., *Problemy osób starszych wyzwaniem XXI wieku*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*. Red. S. Rogala, Opole 2007.

Kaletka K.P., Jaśkiewicz A., *Miłość i bliskie związki w okresie dorobkości*, [w:] *Szans rozwoju w okresie dorobkości*. Red. A.J. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Sted, Poznań 2007.

Karpiński A., *W poszukiwaniu syntezy i programu działania*, [w:] *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Kancelaria PAN, Warszawa 2008.

Kępiński A., *Melancholia*, Warszawa 1985.

Kępiński A., *Schizofrenia*, Warszawa 1979.

Navon L., Weinblatt N., *The show must go on: behind the scenes of elderly spousal caregiving*, „Journal of Aging Studies” 1996, No 10, s. 329–343.

Ober-Łopatka K., *Obciążenie psychospołeczne opiekuna osób chorych na alzheimera*, [w:] *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorobkości*. Red. A.J. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Sted, K. Ziłkowska, Poznań 2007.

Reber A.S., Reber E.S., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Schola, Warszawa 2008.

Rogala S., *Postrzeganie ludzi starszych i ich oczekiwań*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka*. Red. S. Rogala, WSZA, Opole 2007.

¹⁷ A. Kępiński, *Melancholia...*, op.cit., s. 47.

¹⁸ Ibidem, s. 51.

Scileppi K.P., *Jak zaopiekować się rodzicami, którzy kiedyś opiekowali się Tobą*, Warszawa 2008.

Sybilska M., *Oczekiwania i możliwości realizacji wsparcia psychicznego podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu (osobiste spostrzeżenia i opinii)*, [w:] *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*. Red. S. Rogala, Opole 2008.