

koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Starość Między diagnozą a działaniem

Remigiusz J. Kijak
Zofia Szarota

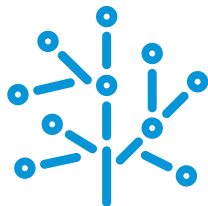


KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Starość Między diagnozą a działaniem

Remigiusz J. Kijak
Zofia Szarota

Warszawa 2013



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja powstała w ramach projektu „Koordynacja na rzecz aktywnej integracji” w ramach Działania 1.2 „Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej” Program Operacyjny Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Recenzent naukowy: dr hab. Jerzy Halicki, prof. Uniwersytetu w Białymstoku

Redaktor merytoryczny: dr Joanna Staręga-Piasek

Korekta: Agnieszka Rozpłochowska-Boniatowska

© Copyright by Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013

ISBN 978-83-61638-66-7

Wydanie I

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

00-697 Warszawa, Aleje Jerozolimskie 65/79, Tel.: 22 237 00 00, Faks: 22 237 00 99

Kopiowanie i rozpowszechnianie może być dokonane z podaniem źródła.

Publikacja jest dystrybuowana bezpłatnie.

Skład i druk: www.transdruk.pl

Spis treści

Wprowadzenie	5
Rozdział I	6
Spółeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa	6
1.1. Proces starzenia się społeczeństwa – wybrane zagadnienia demograficzne ..	6
1.2. Biologiczny wymiar procesu starzenia się i starości	12
1.3. Sytuacja materialna jako składnik jakości życia	16
1.4. Wiek społeczny, role społeczne i zakres kontaktów społecznych	18
Rozdział II	23
Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości	23
2.1. Istota wsparcia społecznego	23
2.2. Polityka społeczna wobec problemu starzenia się społeczeństwa	24
2.2. Ekonomia społeczna wobec ludzi starych – silver economy	30
2.3. Życie społeczno-kulturalne	33
2.4. Modele pomocy instytucjonalnej	35
Rozdział III	41
Specyfika pracy socjalnej z seniorami – wybrane aspekty	41
3.1. Pracy socjalna z i na rzecz osób starszych	41
3.2. Klasyczne metody pracy wykorzystywane w środowisku i w placówkach pobytowych	42
3.3. Kwalifikacje kadr gerontologicznych	47
Rozdział IV	52
Życie intymne ludzi starych	52
4.1. Starość a życie seksualne	52
4.2. Jesienna miłość – trudności w badaniach seksualności osób starszych	53
4.3. Teorie przystosowania się do starości a seksualność	54
4.4. Przekwitanie	56
4.5. Aktywność seksualna seniorów	64
4.6. Seksualność w instytucjach pomocowych dla ludzi starszych	69
4.7. Seksualność ludzi starych z niepełnosprawnością intelektualną	70
Rozdział V	77
Przemoc wobec ludzi starszych	77
5.1. Przemoc wobec człowieka w podeszłym wieku jako problem społeczny	77
5.2. Rozumienie pojęcia przemocy wobec ludzi starszych	81
5.3. Przemoc wobec osób starszych niepełnosprawnych intelektualnie	84
Rozdział VI	86
Spółeczne doświadczanie starości – postawy wobec ludzi starszych i ich jakość życia	86
6.1. Postawy ludzi starych wobec własnej starości	86
6.2. Aktywność i style życia osób w wieku podeszłym	92



6.3. Postawy społeczne wobec ludzi starych	95
6.4. Jakość życia seniorów.....	98
6.5. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną wobec własnej starości.....	102
Zakończenie	106
Źródła i netografia	107
Bibliografia	110
Spis rycin i tabel	119

Wprowadzenie

Etymologia słowa ‘gerontologia’ wywodzi się ze starożytnej greki¹. Do piśmiennictwa naukowego termin ten wprowadził w 1903 roku Ilia Miecznikow (Woźniak, 2012), laureat nagrody Nobla z zakresu medycyny, jako pojęcie obejmujące rozmaite dziedziny wiedzy zajmujące się starzeniem się i starością. W wersji współczesnej gerontologia ma charakter inter- i multidyscyplinarny, czerpiąc obficie z dorobku innych nauk (medycznych, filozoficznych, pedagogicznych, wreszcie – ekonomicznych i informatycznych) i konstruując własną teorię o charakterze aplikacyjnym. W społecznym i humanistycznym wymiarze gerontologia rozważa warunki i poziom życia osób starszych: styl wypoczynku, formy rekreacji, organizację wolnego czasu oraz problemy psychologiczne i społeczne (adaptacyjne, normalizacyjne etc.), toteż jej ustalenia powinny być brane pod uwagę przez konstruktorów i koordynatorów programów polityki społecznej kierowanych do najstarszych z obywateli. Gerontolog społeczny powinien pełnić rolę nie tylko diagnosty czy doradcy, lecz także pomocnika i duchowego przewodnika, wspomagając tym samym rozwój fizyczny i duchowy swych podopiecznych oraz zapobiegając ryzyku marginalizacji społecznej seniorów i ich problemów.

Nie tylko w Polsce, ale i na świecie wciąż rośnie liczba osób starszych (obywateli korzystających ze statusu emeryta), dlatego należy bezzwłocznie podjąć trud identyfikacji problemów osób współcześnie przeżywających własną starość i odejść od stereotypów, wyznaczających seniorom peryferyjną pozycję społeczną. Należy poddać redefinicji starość w jej społecznym wymiarze oraz jako fazę życia. Jakie skutki przyniesie to naszemu społeczeństwu? Starzejąca się populacja i natężone procesy depopulacyjne są najważniejszym czynnikiem demograficznych przekształceń XXI wieku. Jakie działania należy podjąć, by sprostać nowemu, o nieznanym dotąd ludzkości rozmiarach zjawisku demograficznemu, ekonomiczno- i społeczno-kulturowemu? W prezentowanej publikacji staramy się udzielić odpowiedzi na przynajmniej niektóre z tych pytań.

1 Gerontologia – nauka zajmująca się starzeniem organizmów (grec. *Gēras* – jeden z greckich bogów - uosobienie starości; *gērōn* – starzec, mędrzec; *logos* – nauka).



Rozdział I

Zofia Szarota

Spółeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa

Obserwowana współcześnie dynamika globalnych procesów demograficznych wymusza głęboki namysł nad nowym kształtem polityki społecznej, uwzględniającej – w szerszym niż dotychczas zakresie – potrzeby i oczekiwania osób starszych, a także tworzenie konkretnych narzędzi zapobiegania potencjalnemu wykluczeniu społecznemu seniorów. Zmiana demograficzna implikuje szereg konsekwencji ekonomicznych, społecznych, kulturowych i edukacyjnych, w tym – z uwagi na wzrastający udział seniorów w życiu społecznym – konieczność zawodowego kształcenia specjalistów w zakresie gerontologii pojmowanej interdyscyplinarnie oraz stworzenie systemu wsparcia osób w podeszłym wieku. Dla zrozumienia powagi problemu konieczne jest przedstawienie informacji, ułatwiających prognozowanie na podstawie analiz demograficznych.

1.1. Proces starzenia się społeczeństwa – wybrane zagadnienia demograficzne

Sytuacja demograficzna świata mocno się skomplikowała. Jeszcze w latach 60. i 70. XX wieku ostrzegano przed skutkami zachwiania równowagi demograficznej, będącej efektem nadmiernej płodności; mówiono więc o „bombie demograficznej” lub „metastazie ludzkości” oraz podejmowano starania, służące wyhamowaniu zbyt wysokiego przyrostu naturalnego i oddaleniu groźby przeludnienia Ziemi², a zaledwie kilkadziesiąt lat później mamy do czynienia z konsekwencjami zjawiska, określonego przez Dirka van de Kaa i Rona Lesthaeghe jako „drugie przejście demograficzne” (za: Matysiak, Baranowska, 2003). Na istotę i charakterystykę drugiego przejścia demograficznego składają się procesy i skutki: 1) znacznego obniżenia płodności i spadku dzietności (poniżej poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń); 2) spadku umieralności (przede wszystkim niemowląt); 3) świadomego opóźniania wieku prokreacji; 4) rosnącej preferencji związków niesformalizowanych, upowszechnienia się alternatywnych wzorów życia rodzinnego; 5) wydłużenia się okresu trwania jednostkowego życia; 6) nasilenia migracji (ze zmianą kierunku: od emigracji do imigracji).

Do listy zjawisk, wpływających na przemiany w życiu społecznym krajów wysoko rozwiniętych, dołączyć należy dbałość jednostek i społeczeństwa o wysoki poziom i jakość życia oraz wzrost aspiracji edukacyjnych jednostki, co, w efekcie, wydłużyło oficjalny czas pobierania edukacji, tym samym ustanawiając społeczne przyzwolenie na „prolongatę” młodości. Postęp cywilizacyjny, rozwój medycyny, profilaktyki zdrowotnej oraz higieny, a także wspomniane wcześniej czynniki kształtują nieznany dotąd ludzkości układ pokoleniowy społeczeństw, w którym ubywa dzieci, rośnie natomiast kohorta osób w po-

2 M.in. w ówczesnych Chinach, odznaczających się w skali światowej jednym z najwyższych wskaźników przyrostu demograficznego, wprowadzono restrykcyjną, a zarazem mocno kontrowersyjną kontrolę urodzeń.

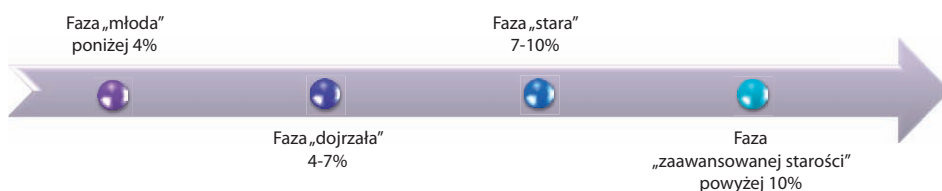
deszłym i zaawansowanym wieku (por. Szukalski, 2012, s. 11). Obserwując tempo przemian, trzeba pamiętać, że, zgodnie z danymi Banku Światowego (*Life expectancy at birth*, 2013), w roku 1700 średnia długość ludzkiego życia wynosiła 35 lat, w roku 1900 – 46 lat, w roku 2011 – 72 lata. W roku 1900 tylko 13% osób w wieku 65 lat dożywało 85 lat – współcześnie już połowa 65-latków dożywa tego wieku. W roku 2010 oczekiwana długość życia (life expectancy)³ wyniosła 69 lat, w tym dla mężczyzn: 67, a dla kobiet – 71 (Dane socjalne i demograficzne dotyczące populacji świata 2010, 2010). Najprawdopodobniej równocześnie (choć w różnym czasie historyczno-kulturowym, właściwym dla indywidualnych biografii) będą żyli przedstawiciele czterech pokoleń – wnuczeta, rodzice, dziadkowie i pradiadkowie.

Proces starzenia się nie jest jednolity we wszystkich regionach świata. Aby ustalić, w której fazie demograficznej znajduje się dane społeczeństwo, do obliczeń wprowadza się proporcje, określane jako tzw. stopa czy też iloraz starości. Pojęcia te, wyrażane w procentach, rozumiane są jako:

- udział w populacji generalnej osób w wieku 60 lat i więcej – miara WHO;
- udział w populacji generalnej osób w wieku 65 lat i więcej – miara ONZ (Eurostat);
- udział w populacji generalnej osób w wieku emerytalnym (poprodukcyjnym) – skala GUS (Szarota, 2010, s. 45-56).

Aby ułatwić analizę i uczynić jednoznacznymi późniejsze ustalenia, w niniejszym opracowaniu iloraz starości będzie rozumiany zgodnie z treścią punktu 2 (patrz ryc. 1).

Ryc. 1. Fazy procesu starzenia się społeczeństwa (ONZ) ze względu na udział w populacji osób w wieku 65+



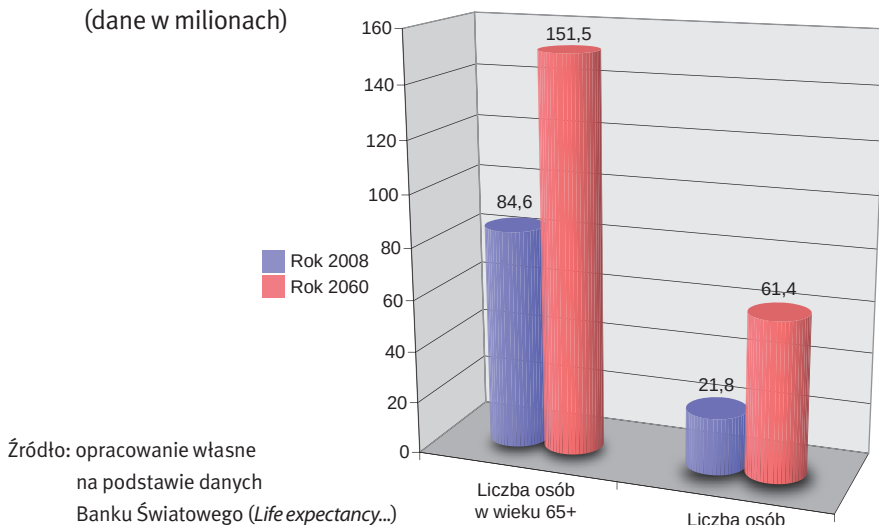
Źródło: opracowanie własne

Ludność świata w połowie roku 2010 wynosiła 6,892 mln osób, z czego osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły 8% zbiorowości generalnej. Oznacza to, że ludzkość znajduje się obecnie w fazie starości demograficznej (Dane socjalne i demograficzne...). Jak zostało przedstawione na ryc. 2, liczba mieszkańców Ziemi w wieku 65+ wzrosła z 17,1% w roku 2008 do 30% w roku 2060 (tzn. z 84,6 do 151,5 mln, w tym liczba osób w wieku 80+ wzrosła trzykrotnie: z 21,8 do 61,4 mln).

3 Wielkość statystyczna równa średniej liczbie lat życia, jakie pozostały do przeżycia dla statystycznego noworodka.



Ryc. 2. Rzeczywista i prognozowana liczba osób w wieku 65+ oraz osób w wieku 80+ (dane w milionach)



Okolo roku 2050 w krajach wysoko rozwiniętych liczba osób w wieku 60+ po raz pierwszy w dziejach przewyższy liczbę dzieci i młodzieży do lat 15 (World Population Policies 2009, 2010). Z takim fenomenem ludzkość nie miała do czynienia nigdy dotąd. Według danych z 1 stycznia 1985 roku na ogół obywateli w państwach, należących obecnie do Unii Europejskiej⁴, składało się m.in. 12,8% osób w wieku 65+ (59,3 mln), natomiast 1 stycznia 2010 r. wartość ta osiągnęła poziom 17,4% (87 mln osób) (Eurostat, 2012). – Europa jest więc kontynentem o zaawansowanej starości demograficznej. Przygotowana przez Eurostat prognoza (Giannakouris, 2010) przewiduje dalszy wzrost mediany wieku Europejczyków (EU27) z 40,4 lat w roku 2008 do 45,4 lat w roku 2030, co będzie skutkowało jeszcze większym nasileniem analizowanych procesów demograficznych. Zacierają się dotychczasowe kulturowe, społeczne i ekonomiczne „granice” starości, przesuwając fazę późnej dorosłości i starości właściwej w głąb ludzkiego życia – odpowiednio: 50-75 lat oraz powyżej 75 lat (zob. Rembowski, 1986, s. 57). Ze względu na wydłużanie się trwania ludzkiego życia i, w konsekwencji, przesuwanie granicy przejścia na emeryturę, być może już niedługo wprowadzone zostaną inne miary, służące demografom i ekonomistom.

Naukowcy⁵ wyróżniają trzy struktury wieku ludności:

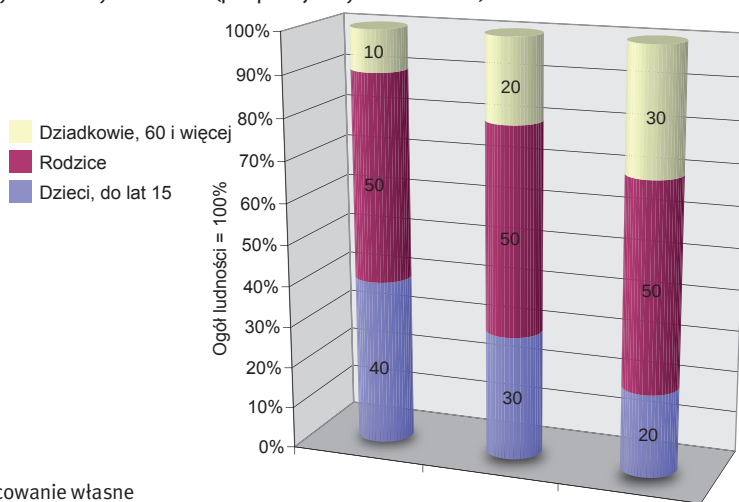
1. Typ progresywny, gdzie osoby w wieku przedprodukcyjnym (dzieci) stanowią 40% ogółu społeczeństwa, osoby w wieku produkcyjnym (rodzice) 50%, a dopełniające 10% stanowią emeryci, czyli osoby w wieku poprodukcyjnym (dziadkowie). Jest to społeczeństwo młode, z wysokim wskaźnikiem przyrostu naturalnego; występuje w nim tzw. reprodukcja rozszerzona. Graficznym obrazem struktury jest piramida wieku w kształcie trójkąta równoramiennego.

⁴ Z wyjątkiem Chorwacji, która przystąpiła do Unii w 2013 roku.

⁵ Jako pierwszy podziału dokonał G. Sundbärg w pracy *Grunddragen of Befolkningensläran* (Sztokholm 1894 r.).

2. Typ stacjonarny, dla którego pokoleniowe proporcje rozkładają się następująco: 30% – 50% – 20%, zachowuje tzw. reprodukcję prostą (roczna liczba zgonów równa jest rocznej liczbie urodzeń). Graficznym obrazem tej struktury jest piramida wieku, przypominająca kształtem dzwon.
3. Typ regresywny, w którym układ pokoleń wyznaczony jest przez proporcje: 20% – 50% – 30%; występuje tu zwężona reprodukcja: liczba dzieci jest niższa od liczby rodziców, a społeczeństwo kurczy się. Graficznym obrazem struktury jest piramida wieku w kształcie wrzeciona – wąska podstawa, rozszerzająca się w osi wzrostu wieku pokoleń środkowych, by ponownie zwężyć się dla grup wiekowo najstarszych (por. Szarota 2010, s. 50).

Ryc. 3. Typy struktury ludności (proporcje wyrażone w %)



Źródło: opracowanie własne

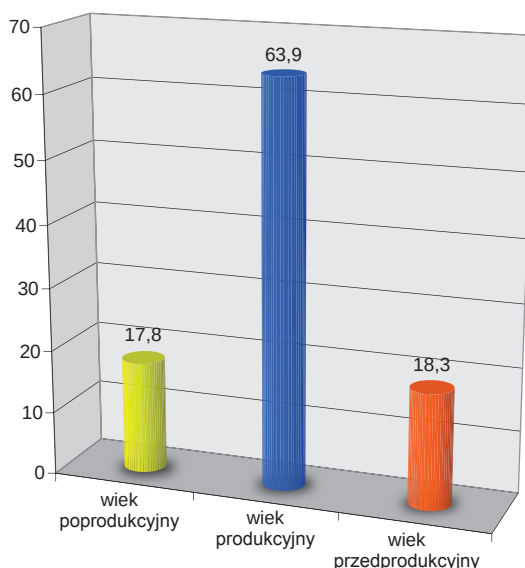
Problem demograficznej starości w szczególny sposób dotyczy Polski. Wyliczenia Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) informują, że w roku 1950 Polaków w wieku 65+ było nieco ponad 5% w skali populacji generalnej, 50 lat później – 12,4%, a w 2012 r. – już 14% (Rocznik Demograficzny 2010, 2011, s. 52 i 153). W tym samym roku zmarło 200 tys. osób, podczas gdy urodziło się zaledwie 180 tys. – co w konsekwencji przyniosło zjawisko ujemnego przyrostu naturalnego. Aby zastępowalność pokoleń była zagwarantowana, powinno się rodzić minimum 2,1 dziecka na 100 kobiet w wieku rozrodczym (czyli między 15 a 49 rokiem życia). Tymczasem rodzi się tylko 1,32 dziecka (co oznacza, że na 100 kobiet przypada zaledwie 130 dzieci). Zgodnie z danymi za rok 2013 ze wszystkich państw Unii Europejskiej jedynie w Rumuni, Czechach i na Litwie rodziło się mniej dzieci niż w Polsce (odpowiednio: 1,31; 1,29; 1,28) (The World FactBook 2013, 2013). Spośród pań w wieku rozrodczym 36% zostaje matkami między 25. a 29. rokiem życia, 28% – mając 30-34 lata. Przesuwa się także wiek, w którym kobiety rodzą pierwsze dziecko: w latach 90. XX wieku średni wiek rodzącej po raz pierwszy Polki wynosił 23 lata. Po upływie trzech dekad, w roku 2012, statystyczna Polka rodziła po raz pierwszy, mając 27 lat.



Jak obliczono, przeciętna długość życia w roku 2011 wynosiła 77 lat. Rośnie mediana wieku, czyli wartość poniżej i powyżej której znajduje się po połowie ludności. W 2011 roku mediana wieku wynosiła w Polsce niemal 39 lat, przy czym statystyczna Polka miała wówczas nieco ponad 40 lat, a statystyczny Polak – prawie 37 (Statystycznie mówiąc, 2013). Mediana wieku Polaków w roku 2035 wyniesie prawdopodobnie 47,9 lat (w tym dla kobiet: 49,7, a dla mężczyzn: 46 lat, dla mieszkańców miast: 48,6 lat, podczas gdy mieszkańcy terenów wiejskich osiągną medianę równą 46,9). Prognozy wskazują, że około roku 2060 Polacy staną się najstarszym demograficznie (po Słowacji) narodem Europy, z medianą wieku przekraczającą 54 lata (por. Błędowski 2012, s. 12-15).

Jako naród znajdujemy się w tzw. depresji demograficznej. W roku 2012 w Polsce 18,3% ludności stanowiły osoby w wieku przedprodukcyjnym (poniżej 15 lat), 64% – osoby w wieku produkcyjnym (kobiety do 60. i mężczyźni do 65. roku życia), natomiast dopełniające 17,8% to osoby w wieku poprodukcyjnym (ryc. 4). Systematycznie maleje liczba osób w wieku przedprodukcyjnym, rośnie za to w dwóch następnych kohortach. Wyrażenie widoczny jest proces wyrównywania się podstawy i wierzchołka piramidy demograficznej, która przyjmuje teraz kształt wrzeciona.

Ryc. 4. Struktura ludności w społecznym podziale pracy (udział w %) – stan z roku 2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie Statystycznie mówiąc (2013, s. 16)

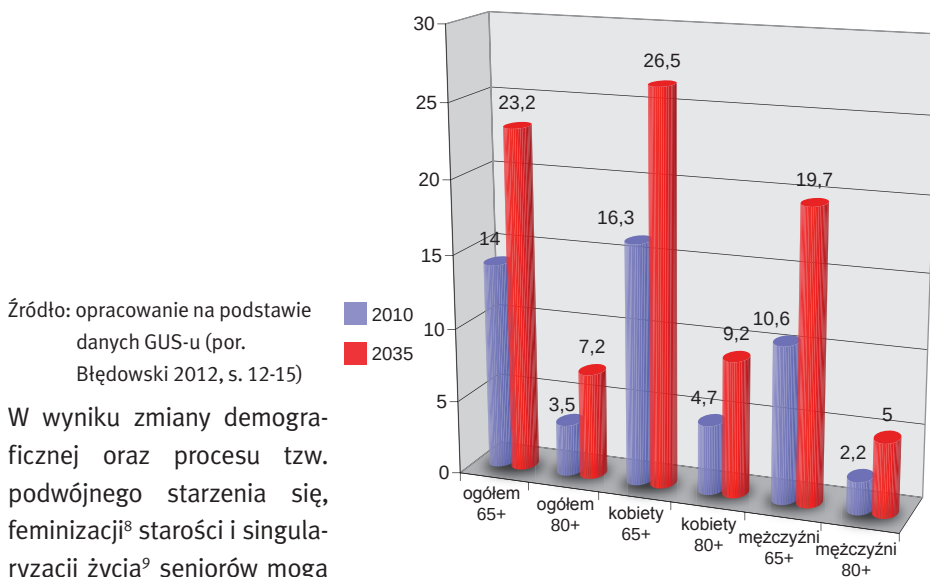
Niezwykle niepokojące dla gospodarki są prognozy, dotyczące danych ulokowanych w nieodległej przyszłości: zgodnie z szacunkami

demografów w roku 2035 odsetek osób w wieku emerytalnym osiągnie poziom 23,5%, czyli 8,358 mln osób (za: Rocznik Demograficzny 2010, 2011), przy zmniejszonej liczbie ogółu Polaków⁶, co zrodzi problem znacznego obciążenia dla narodowej gospodarki: „Po roku 2013 większe będzie ekonomiczne brzemień starości niż ciężary związane z zapewnieniem wychowania dzieciom i młodzieży” (Szukalski 2012, s. 25).

6 Demografowie ONZ prognozują, że w roku 2100 Polaków będzie zaledwie 18 mln, o połowę mniej niż współcześnie (Rocznik demograficzny..., 2011).

Dynamicznie będzie rosła liczba najstarszych pośród starych – jest to zjawisko tzw. podwójnego starzenia się⁷. Sędziwa starość staje się „dostępna” dla mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, w tym Polski. Zjawisko wielopokoleniowości przybiera na sile. Postęp starzenia się zilustrowano za pomocą ryciny 5.

Ryc. 5. Diagnoza – prognoza demograficzna z uwzględnieniem płci i tzw. podwójnego starzenia się (dane dla Polski wyrażone w %)



W wyniku zmiany demograficznej oraz procesu tzw. podwójnego starzenia się, feminizacji⁸ starości i singularyzacji życia⁹ seniorów mogą powstawać zjawiska nie tylko obciążające gospodarkę narodową, lecz będące także przyczyną poważnych przemian społeczno-kulturowych.

Młodsze rocznikowo grupy emerytów, dopiero wstępujące w wiek podeszły, są zdecydowanie lepiej wykształcone (zob. Przejście z pracy na emeryturę w 2012 r., 2013, s. 32) i swobodniej poruszają się w problemach świata współczesnego, co może i powinno

7 Przyrost liczby osób w wieku zaawansowanej starości, starzenie się seniorów.

8 Niemal na całym świecie w starszych grupach wiekowych kobiety są większością. Wynika to z faktu zdeminiowanego biologicznie dłuższego życia kobiet (i, jak niektórzy badacze twierdzą, społecznie-kulturowo, ze szczególnym uwzględnieniem roli babci). Na stu polskich mężczyzn przypada współcześnie sto siedem kobiet, przy czym im starsza grupa wiekowa, tym więcej w niej kobiet, czyli współczynnik feminizacji rośnie. Odsetek kobiet wśród osób w wieku 40-59 lat, 60+, 80+ oraz 100+ wynosił w 2009 roku odpowiednio: 50-, 54-, 63- i 81% (*World Population Ageing 2009*, 2010, s. 30). Na 100 mężczyzn w wieku od 60 do 64 lat przypadają 122 kobiety, natomiast na 100 stułatków aż 372 panie w tym samym wieku. Uwzględniając przeciętną długość życia w Polsce dla obu płci oraz demograficzny (ekonomiczny) początek starości, obowiązujący do 2012 roku i wyznaczony na 60. rok życia dla kobiet i 65. rok życia dla mężczyzn, można stwierdzić, że starość jako faza obejmuje 1/4 życia współczesnej Polki (które, według GUS, w roku 2011 statystycznie trwało ok. 81 lat) i zaledwie 1/10 życia współczesnego Polaka (73 lata).

9 Przez pojęcie to rozumiane są jednoosobowe gospodarstwa domowe. Zgodnie z doniesieniami CBOS (*Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, 2010, s. 2) tylko 11% osób starszych żyje w rodzinach wielopokoleniowych. W roku 2030 gospodarstwa jednoosobowe stanowią będą 53,3% wszystkich gospodarstw osób w wieku 65+, z czego 17,3% złożonych będzie z osób w wieku 80 i więcej lat (Błędowski 2012, s. 18).



stać się przyczyną zmiany najczęściej negatywnego lub pseudo pozytywnego stereotypu starości. Współcześni dorośli (a tym bardziej dzieci) mają szansę na długowieczność mniej obciążoną chorobami (tzw. polipatologią, czyli wielochorobowością), z zachowaną sprawnością i samodzielnością funkcjonowania, co może się przyczynić do zwiększonej aktywności osób starszych i przejmowania bardziej wyrafinowanych wzorów konsumpcji i stylu życia. Z drugiej jednak strony, bez podjęcia wymaganych reform w zakresie polityki społecznej, szczególnie profilaktycznych, charakteryzujących nurt optymalizacyjny lokalnej polityki społecznej (Błędowski 2002, s. 200), może dojść do niekorzystnych i niepożądanych zjawisk społecznych, takich jak ubóstwo, dotkliwe poczucie osamotnienia, zły stan zdrowia czy wykluczenie społeczne. Postęp procesu starzenia generuje już odczuwalne, szczególnie w Polsce, skutki dla finansów publicznych, dla systemu świadczeń emerytalnych, świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych.

1.2. Biologiczny wymiar procesu starzenia się i starości

Nie tylko pod względem struktury demograficznej, ale i w biologicznym wymiarze procesu starzenia zaszły zmiany. Postęp medycyny, rozwój technologii służących zdrowiu, społeczna świadomość konieczności podejmowania działań profilaktycznych i dobre nawyki higieniczne spowalniają postępy starzenia się, czyniąc starość sprawniejszą.

Czym jest starzenie się? Jest to wielowarstwowy i wielowymiarowy proces, zależny od wielu współwystępujących czynników, wewnętrznych i zewnętrznych (genotyp i fenotyp, czyli wpływ środowiska), właściwy całemu światu ożywionemu – wszystkim żywym organizmom. Jest to także naturalna faza rozwojowa w cyklu życia. W wymiarze biologicznym polega na zmniejszaniu się zdolności regeneracji ustroju, spadku zdolności samoodnawiania się komórek i tkanek, wreszcie – osłabieniu zdolności adaptacyjnych organizmu. Procesy inwolucyjne dominują nad ewolucyjnymi. W przypadku ludzi proces ten nie przebiega u wszystkich jednakowo: występują znaczące indywidualne różnice w tempie starzenia się, obejmujące wszystkie wewnętrzne organy, które pod wpływem stylu życia oraz czynników zewnętrznych mogą u różnych osób starzeć się („zużywać”) w innym tempie. Bywa, że narządy wewnętrzne osoby trzydziestoletniej ocenić można na znacznie starsze niż wynika to z metryki organizmu. Bywa też, że organizm osoby 80-letniej zachowuje sprawność i witalność właściwą jednostkom młodszym o pół wieku. Bez wątpienia wpływ na ten stan rzeczy mają czynniki genetyczne, ale równie ważne są tutaj warunki egzystencji jednostki i preferowany przez nią styl życia, jej nawyki i przyzwyczajenia.

Jakkolwiek udało się rozwikłać wiele zagadek starości i poznać znaczną część jej mechanizmów (jak się starzejemy?), wciąż stosunkowo mało o niej wiemy, zwłaszcza nie ma zgody w kwestii: dlaczego się starzejemy? Dociekając przyczyn starzenia, sformułowano kilkaset hipotez, jednak żadna z nich nie zyskała jednoznacznego uznania. Za Dennisem D. Bromleyem można przyjąć, że biologiczne teorie starzenia generalnie dzielą się na dwie grupy. Są to tzw. teorie stochastyczne oraz teorie deterministyczne.

Teorie stochastyczne zakładają, że starzenie się jest pochodną czynników losowych,

efektem kumulujących się uszkodzeń i urazów, zachodzących we wcześniejszych fazach życia, w wyniku których w organizmie gromadzą się szkodliwe substancje, będące pochodną przemiany materii i rozkładu komórek.

Deterministyczne (genetyczne) teorie starzenia się przyjmują, że długość życia, tempo tego procesu oraz jego jakość regulowane są zadatkami genetycznymi. Długowieczność jest dziedziczna (Kołodziejczyk, 2007, s. 50). O trwaniu życia danego osobnika decyduje współdziałanie wielu genów zaangażowanych w różnorodne procesy życiowe, zachodzące w organizmie od momentu poczęcia. Starzenie się to proces celowy, zaprogramowany przez naturę: jest zależny od zegara biologicznego, regulują go geny. W trakcie życia dochodzi do licznych uszkodzeń materiału genetycznego (chromosomów). Komórkowe teorie starzenia się zakładają, że liczba podziału komórek jest ściśle określona. Przyczyną starzenia się i, w konsekwencji, śmierci komórki jest utrata zdolności dalszego dzielenia się, wywołana skróceniem końcówek chromosomów zwanych telomerami.

Wielokrotnie analizowano czynniki, które zdają się spowalniać postępy starzenia się. Znamienne są doniesienia geriatrów, informujące, że osoby długowieczne rzadko kiedy „niepokojone” są przez choroby i, tym samym, interwencje medyczne. Wciąż dyskutowane są tajemnice długiego życia. Zakładając wzmocnienie genów wpływem czynników środowiskowych, badaniom poddawano subpopulacje z terenów Gruzji, basenu Morza Śródziemnego, ekwadorskiej doliny Vilcabamba oraz kraju Hunzów (region Pakistanu), by ustalić przyczyny zachowywania przez ich mieszkańców dobrego zdrowia i wysokiej sprawności w bardzo podeszłym i zaawansowanym wieku. Marzeniem wielu jest „za-trzymanie się” w młodości, ale marzenie to wciąż nie jest możliwe do spełnienia.

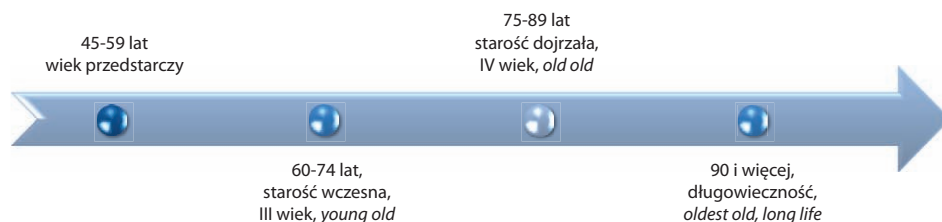
Badania naukowe przyczyniają się do dostrzeżenia trzech wymiarów starzenia się i starości: fizjologicznego, optymalnego i patologicznego. W przypadku starzenia się fizjologicznego można mówić o naturalnych procesach biologicznych, z przewagą inwolucyjnego charakteru przemian organizmu. Wszelkie zmiany postępują zgodnie z typowym obrazem biologicznego zegara. Współcześnie nadal analizowane są warunki, przyczyniające się do „pomyślnego” starzenia się, bowiem bez ich spełnienia długie życie nie zawsze jest dobrodziejstwem losu. Warunkiem pomyślnego starzenia (successful aging) jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności oraz zachowana aktywność życiowa, wyrażająca się w wysokim poziomie sprawności fizycznej i umysłowej (por. Baltes, Smith, 2003, s. 123–135). Czynniki optymalizującymi fizjologiczne starzenie się są nie tylko zadatki genetyczne, bowiem ich wpływ można zaprzepaścić w wyniku niewłaściwego trybu życia bądź – poprzez profilaktykę - uprzedzić niekorzystny dla organizmu rozwój chorób i czynników stresogennych. Istotny w pomyślnym starzeniu się jest dobry stan zdrowia, dobra kondycja psychiczna i fizyczna, zachowana samodzielność funkcjonalna, dogodne warunki życiowe (bytowe), sprzyjające czynniki środowiskowe, dobre stosunki rodzinne, mocna sieć wsparcia społecznego, a także dobre wykształcenie jednostki, prawidłowe nawyki, zachowana aktywność życiowa i społeczna, poczucie szczęścia, doznanie satysfakcji życiowej, pozytywny bilans życia (zob. Błędowski, 2012,



s. 11-23; Szarota, 2010, s. 34-38 i 127-135 oraz: Halicki, 2010, s. 14-43, 62; Zych, 2010, s. 180-183). Ze wskaźnikami tymi korelują czynniki definiujące tzw. dobrostan jednostki. Można hamować postępy starzenia się, można i przyspieszyć własną starość. Zły stan zdrowia jest najważniejszym czynnikiem ograniczającym sprawność i samodzielność funkcjonalną jednostki. Złe starzenie się i starość patologiczna obciążone są cierpieniem, będącym skutkiem przewlekłych chorób, doznanych w przeszłości urazów, złą jakością stosunków społecznych czy negatywnym bilansem życia. Ryzyko wielochorobowości, czyli jednoczesnego występowania kilku schorzeń i utraty sprawności, wyraźnie rośnie w grupie osób w wieku 75+.

Czym jest starość? Biologia i medycyna określają tę fazę biologicznego rozwoju osobniczego jako okres życia ustroju po wieku dojrzałym, charakteryzujący się obniżeniem funkcji życiowych i szeregiem zmian zachodzących w poszczególnych układach i narządach. W ujęciu tym podkreślona jest konieczność odróżnienia postępującego procesu starzenia się od fazy starości długotrwałej. Kiedy zaczyna się starość? Odpowiedź na to pytanie można rozważać w wielu aspektach. Naukowcy mówią o wieku kalendarzowym, biologicznym, psychicznym, społecznym, prawnym, ekonomicznym i socjalnym (Szarota, 2010, s. 24-44). Każdy z nich ma swoją cezurę i cechy charakterystyczne, na podstawie których społeczeństwo uznaje daną jednostkę za osobę w podeszłym lub sędziwym wieku. Przyjęto, że najdogodniejszą miarą początku starości będzie wiek 60 lub 65 lat. Z uwagi na długość tej fazy życia niezbędne stało się wprowadzenie wewnętrznego podziału; wyodrębniono więc cztery grupy wiekowe: tzw. „młodych starych” (60-69 lat), starych w średnim wieku (70-79 lat), „starych starych” (80-89 lat) i, po ukończeniu 90. roku życia, sędziwych starych (zob. Stuart-Hamilton, 2000, s. 20). Najczęściej jednak wyróżnia się (za WHO) trzy fazy starości: tzw. young old, czyli „młodzi starzy” (III wiek: 60-74 lata), od old – „starzy starzy”, „starość dojrzała” (IV wiek: 75-89 lat) oraz oldest old, long life – „długowieczni” (powyżej 90 lat) (ryc. 6).

Ryc. 6. Wewnętrzny podział starości z uwzględnieniem fazy starzenia się – koncepcja WHO



Źródło: opracowanie własne

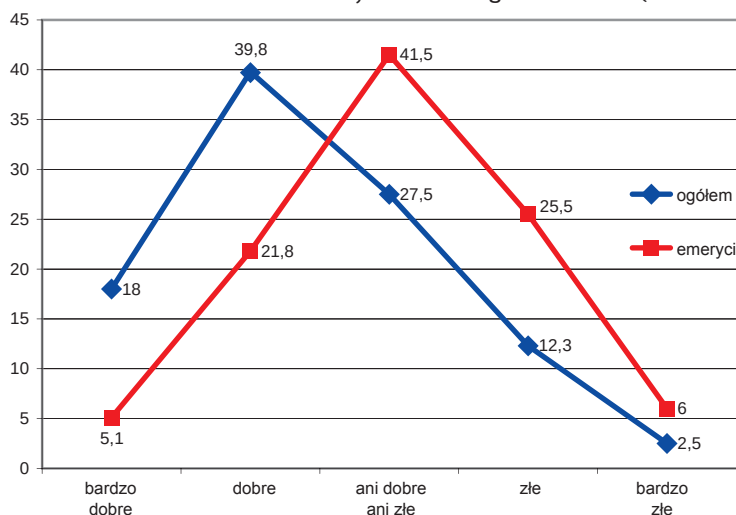
Ludzie mogą dożywać 120 lat – na tyle natura zaprogramowała funkcjonowanie naszych organizmów. Łatwo więc wyliczyć, że, zgodnie z przyjętym przez WHO początkiem starości (60 lat), ostatnia faza rozwojowa ludzkiego życia obejmuje połowę potencjalnego trwania naszej egzystencji. Z tej przyczyny nauka zwana gerontologią intensywnie się rozwija, prowadząc inter- i multidyscyplinarne badania nad fenomenem procesu starzenia się i starości.

Osiągnięcia gerontologii dowodzą potrzeby różnicowania działań, przy jednoczesnej próbie diagnozowania i zaspokajania potrzeb członków tej grupy wiekowej. Każdy inaczej przeżywa własną starość (por. Halicki, 2010), można wyróżnić osobnicze style starzenia się, rozmaite oblicza starości. Inaczej funkcjonujemy, gdy mamy 65 lat i jesteśmy zdrowi, a inaczej, gdy trapią nas choroby czy nawet niepełnosprawność. Starość przeżywana jest indywidualnie. Jest pochodną wcześniejszego stylu życia, jednostkowej biografii. Wszelkie generalizacje są w przypadku analiz gerontologicznych nieuprawomocnione.

Ważnym elementem kształtującym poczucie satysfakcji życiowej i jakości życia jest zdrowie. Jak oceniają stan swojego zdrowia seniorzy? Czy ich samoocena koreluje z opiniami ogółu Polaków na temat własnej kondycji zdrowotnej? Dane zgrupowane w wykresie (ryc. 7) przynoszą odpowiedź i na to pytania.

Samoocena stanu zdrowia maleje wraz z wiekiem. Niemal 27% emerytów deklaruje, że czuje się dobrze i bardzo dobrze, źle i bardzo źle ocenia swój stan zdrowia 31,5% tej samej grupy. Można więc przyjąć, że dla 1/3 osób w podeszłym wieku niezbędna jest opieka zdrowotna.

Ryc. 7. Samoocena stanu zdrowia emerytów na tle ogółu Polaków (dane z roku 2011)



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS: Emerytury i renty w 2011 roku, s. 90.

Tymczasem brakuje w Polsce specjalistów z zakresu geriatrii i średniego personelu medycznego, wyposażonego w kompetencje, służące optymalnej pielęgnacji pacjentów tego wymagających. W tej grupie specjalistów odnotowuje się wieloletni zastój, czy nawet – regres. Zgodnie z opinią prof. Tomasza Grodzickiego, krajowego konsultanta do spraw geriatrii, w Polsce w roku 2007 było 120 lekarzy geriatrów, w 2013 roku liczba ta wzrosła zaledwie do 300, co oznacza, że w roku 2007 jeden geriatra przypadał na ok. 54 tys. potencjalnych pacjentów w podeszłym i starszym wieku (65+), a w roku 2013, dzięki wdrożonemu procesowi kształcenia lekarzy, jeden na ok. 22 tys. (Grodzicki, 2007; 2013).

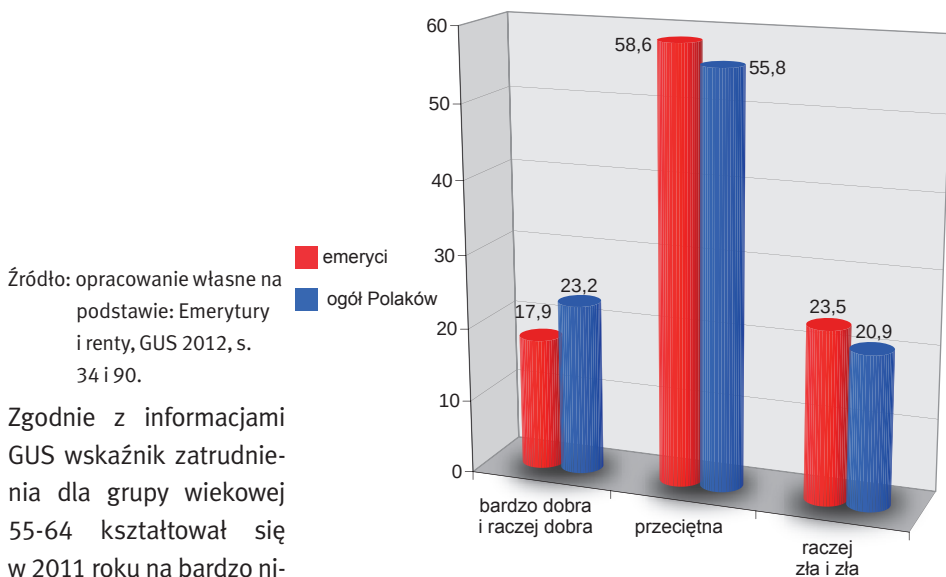


1.3. Sytuacja materialna jako składnik jakości życia

Kolejnym czynnikiem, stanowiącym o jakości życia seniora, jest sfera materialna. Potoczne opinie łączą egzystencję emeryta z doświadczeniem ubóstwa. Osoby starsze są grupą szczególnie podatną na wykluczenie społeczne, jednak – co dotyczy także polskich emerytów – nie ze względu na zagrożenie biedą. Zaskakująco dobrze na tle innych krajów europejskich przedstawia się sytuacja ekonomiczna starszych wiekiem Polaków, bowiem zaledwie kilka procent spośród nich jest zagrożonych ryzykiem ubóstwa. Jest to wartość najniższa w Europie (zob. The Social Situation In the European Union 2007, 2008; Monitor Europejski 2010, 2010). Przy wyciąganiu wniosków należy jednak pamiętać o bardzo dużym zróżnicowaniu dochodów i poziomów życia społeczeństw poszczególnych państw. Poniżej poziomu, wyznaczającego minimum egzystencji, żyło w roku 2011 4,6% emerytów, a dochód kolejnych 3,6% sytuował się poniżej ustawowej granicy ubóstwa. Problem biedy dotyczy więc, zgodnie z ustaleniami GUS (Emerytury i renty, s. 36), ok. 8% starszych wiekiem obywateli Polski.

W przypadku niemal 6,3 mln emerytów przeciętny miesięczny dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym (Emerytury i renty, s. 18) był w 2011 roku o prawie 50 zł wyższy od przeciętnego dochodu statystycznego polskiego gospodarstwa domowego. Opinie emerytów na temat własnej sytuacji materialnej (ryc. 8) nie różnią się zasadniczo od opinii pozostałych Polaków. Mniej więcej 18% emerytów twierdzi, że ich sytuacja jest bardzo dobra lub dobra. Niemal 60% ocenia ją jako przeciętną. Niezadowolonych ze swojego statusu materialnego jest 23,5% ogółu.

Ryc. 8. Samoocena sytuacji materialnej emerytów (dane w %)



Zgodnie z informacjami GUS wskaźnik zatrudnienia dla grupy wiekowej 55-64 kształtował się w 2011 roku na bardzo niskim poziomie: 36,9% (w tym 47,8% dla mężczyzn i 27,3% dla kobiet). Niemal 1/3 (czyli 30,4%) świadczeniobiorców ubezpieczenia społecznego, nie osiągając wyznaczonego

prawem pracy wieku, skorzystało z dostępnego przywileju wcześniejszego porzucenia aktywności zawodowej (Przejście z pracy na emeryturę, 2013, s. 44). Jest to bez wątpienia przyczyną obniżenia siły nabywczej ich emerytalnych świadczeń, bowiem wpływ na wysokość emerytury ma liczba lat pracy i związane z nią comiesięczne składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych.

Świadczenia emerytalne wypłacane są najczęściej (80%) przez Zakład Ubezpieczenia Społecznego (ZUS) oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)¹⁰. Istotną kwestią jest relacja przeciętnej emerytury do tzw. średniej płacy krajowej (tab.1).

Tabela 1. Relacja przeciętnej emerytury brutto do przeciętnego wynagrodzenia (dane w %)

Zakład ubezpieczeniowy	Rok			
	2000	2005	2010	2011
ZUS	63,7	66,6	62,0	62,0
KRUS	40,2	40,5	35,3	34,6

Źródło: opracowane na podstawie Rocznika demograficznego 2011 (2012, s. 29 i 30)

Istnieją mocne ekonomiczne przesłanki nakazujące przypuszczać, że – z uwagi na wzrastającą liczbę pobierających świadczenia emerytalne – relacje te będą się różnicować na niekorzyść przyszłych emerytów. Podniesienie wieku przejścia na emeryturę jest ekonomiczną koniecznością.

Różnice w wyposażeniu domostw emerytów w porównaniu z pozostałymi gospodarstwami domowymi dotyczą przede wszystkim komputerów, dostępu do Internetu oraz posiadania sprzętu elektronicznego, wykorzystującego nowoczesne technologie, a także, w mniejszym stopniu, pralki automatyczne czy kuchenki mikrofalowe. Mieszkania emerytów wyposażone są w lodówki i odkurzacze itp., na poziomie niemal identycznym jak w gospodarstwach młodszych generacji (tab. 2).

Tabela 2. Wyposażenie gospodarstw domowych w niektóre urządzenia i sprzęty trwałe (stan z roku 2011)

Wyposażenie	Gospodarstwa ogółem	Gospodarstwa emerytów
Wodociąg	99,1	98,8
Łazienka	95,0	93,7
Ciepła bieżąca woda	94,7	93,7
Lodówka	98,3	98,3
Odkurzacz	94,4	94,2
Pralka automatyczna	91,1	86,6
Telefon komórkowy	90,3	76,1

¹⁰ Płatnikami świadczeń emerytalnych dla swoich byłych pracowników lub funkcjonariuszy, obok dwóch najważniejszych funduszy ubezpieczeniowych, są także Ministerstwo Obrony Narodowej (106,2 tys.), Ministerstwo Sprawiedliwości (21,3 tys.) oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (136,6 tys. osób – dane na 2011 r.).



Komputer osobisty	66,7	32,7
z dostępem do Internetu	62,3	29,0
Kuchenka mikrofalowa	53,3	36,5
Cyfrowy aparat fotograficzny	50,0	21,8
Zmywarka do naczyń	17,7	8,6
Samochód osobowy	60,2	38,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rocznika demograficznego 2011 (s. 85 i 88)

1.4. Wiek społeczny, role społeczne i zakres kontaktów społecznych

Wiek społeczny określa się na podstawie analizy ról społecznych jednostki, odgrywanych w grupach pierwotnych i wtórnych, w grupach nieformalnych i zinstytucjonalizowanych. Wiek społeczny jest także wyrazem społecznych oczekiwań, dotyczących przejawów zachowywania się przedstawicieli danej generacji, jest wiekiem zwyczajowym. Jest to zarazem kompleks praw i obowiązków, wynikających z przypisanej lub osiągniętej pozycji społecznej (np. rola kobiety młodej vs. rola kobiety starej, rola syna naprzeciw roli ojca lub dziadka, rola pracownika albo emeryta). Każda rola jest normatywnie wyznaczana przez system społecznej kontroli, posiada przypisane jej nakazy, zakazy, przywileje lub powinności i wyznacza zakres wolności jednostki oraz ograniczenia podyktowane dobrem ogółu.

W perspektywie dziejów ludzkości można wyróżnić dwa naprzemiennie występujące i przeciwstawne style traktowania osób starszych. Obawa przed doświadczaniem starości i niechęć wobec ludzi starych (gerontofobia) przeplatały się z uznaniem dla mądrości, będącej wynikiem długiego życia, połączonym z prestiżem i pełnieniem najważniejszych społecznie funkcji (gerontokracja). Znamienne, że, w ślad za dualnością stylów traktowania starości, podążyły dwie społeczne teorie starzenia się z połowy XX wieku.

Jedna z nich, koncepcja redukcjonistyczna, opiera się na przyjęciu tezy o postępującej degradacji starzejącego się organizmu, psychiki i intelektu oraz „naturalnej” redukcji aktywności jednostki i jej interakcji z otoczeniem (teoria wyłączenia się, teoria wycofania – disengagement – Cumming, Henry 1961). Na charakterystykę tej teorii składają się założenia o narastającym procesie separacji społecznej starzejących się jednostek, jako warunku koniecznego, służącego zachowaniu dobrostanu emocjonalnego, ich zwiększonej refleksyjności oraz skupieniu na sobie i swoim wnętrzu, rezygnacji z zainteresowań i zaangażowania w sprawy świata zewnętrznego, niechęci do podejmowania nowych ról i obowiązków, a także redukcji już istniejących. Sądzę, że teoria ta nie ma obecnie zastosowania wobec pokolenia tzw. „młodych starych”, może natomiast wyjaśniać mechanizmy regulujące funkcjonowanie społeczne osób z kohorty tzw. „starych starych”, w wieku ponad 75 lat. Ich obecność w życiu społecznym, w międzygeneracyjnym przekazie wartości i w procesie wychowania przez starość, jest, niesprawiedliwie, prawie niedostrzegana. Bez wątpienia seniorzy są nośnikami bezcennych dóbr kulturowych i moralnych, dlatego warto podjąć dialog międzypokoleniowy czy zachęcać do obecności w społecznych wydarzeniach, by ocalić ponadczasowe wartości uniwersalne.

Druga koncepcja, zwana teorią aktywności (activity theory – Cavan, Burgess, Goldhamer, Havighurst, 1949), za warunek dobrostanu emocjonalnego jednostki uznaje jej zaangażowanie, jako społecznie najwyżej cenioną wartość. By utrzymać pozytywny obraz siebie, jednostka podejmuje nowe rodzaje aktywności, utracone role zastępując nowymi. Jej dobre samopoczucie jest rezultatem rosnącej aktywności w nowo zdobytych rolach. Społeczna, fizyczna i intelektualna vitalność prowadzą do większej satysfakcji życiowej (Halicki, 2010, s. 14; Szarota, 2010, 34-38 i 127-135; Zych, 2010, s. 180-183).

Współcześni „młodzi-starzy”, urodzeni w okresie drugiej wojny światowej i kilka lat po niej, wychowywali się i zakładali rodziny w warunkach postępu cywilizacyjnego i technologicznego oraz narastającej swobody obyczajowej. Niesie to określone implikacje dla ich obecnych upodobań (np. kulturalnych) i przyzwyczajęń, związanych z organizacją czasu wolnego. Te osoby i ich styl życia zmieniają wizerunek starości. Śmiało przenoszą własne preferencje i priorytety na szerokie kręgi społecznych interakcji, włączając się w kreowanie jakości własnej przestrzeni życiowej. Coraz dłużej utrzymują sprawność funkcjonalną, niezależność decyzyjną i ekonomiczną. Odrzucając konwenanse, wyznaczone stereotypem społecznym, cieszą się życiem wolnym od rodzinnych i zawodowych obowiązków. Uczestniczą w procesie wychowania w starości, stając się budującymi wzorami wychowania przez starość. Jaki repertuar ról społecznych wyznaczony został dla osób starszych i w sędziwym wieku? Przedstawiona niżej propozycja jest autorską typologią ról społecznych typowych dla seniorów (por. Szarota, 2010, s. 38-43):

I. Role nieformalne, związane z przynależnością do grupy pierwotnej

1. Role rodzinne – wynikają z pokrewieństwa: córka/syn, matka/ojciec babcia/dziadek, brat/ siostra itp. oraz wynikające ze spowinowacenia: żona/mąż, teściowa/teść, bratowej/ szwagra itd. Od starszego wiekiem członka rodziny oczekiwana jest rozważa, mądrość w rozstrzyganiu sporów, łagodna wyrozumiałość oraz pomoc psychiczna w trudnych dla rodziny chwilach. Zmiana w układzie ról rodzinnych to właściwie ich specyficzne odwrócenie: starsi ludzie, funkcjonujący do niedawna jako opiekunowie, żywicieli, mentorzy i wychowawcy, teraz sami zaczynają potrzebować wsparcia i opieki dotychczasowych podopiecznych. Częstokroć wiąże się to, niestety, z utratą szacunku i zainteresowania ze strony rodziny oraz postępującą marginalizacją życia seniora. Dorosłość dzieci i ich usamodzielnienie się, wyprowadzka z domu czy doświadczenie rozvodu/wdowieństwa determinują konieczność głębokiej modyfikacji rodzinnych ról. Niekiedy następuje wzmocnienie zaniedbanych we wcześniejszych fazach życia ról rodzinnych pełnionych wobec dalszych krewnych. Osoby, które nie założyły własnej rodziny bądź doznały utraty współmałżonka, silniej łakną kontaktu z rodziną, mogą też odczuwać udrękę osamotnienia. Osoby stanu wolnego mogą zawierać nowe małżeństwa lub zawiązywać nowe związki partnerskie, jednak w Polsce rzadko do tego dochodzi.
2. Role związane z przynależnością do nieformalnych grup społecznych i szerszych społeczności:



- a) Role koleżeńskie, towarzyskie, przyjacielskie – w życiu dorosłym dominują znajomości z osobami spośród własnego kręgu zawodowego, ale intensywność tych kontaktów słabnie lub zanika po przejściu na emeryturę. Jednym z wrogów starości jest samotność i osamotnienie, warto więc nawiązywać nowe znajomości i otwierać się na szeroko rozumiane kontakty społeczne.
 - b) Role sąsiedzkie (członków społeczności lokalnych, wspólnot mieszkaniowych itd.) – starsze osoby mogą z powodzeniem pełnić funkcje doradców, mentorów, mediatorów. Społeczności lokalne czy sąsiedzi oczekują od nich wiedzy, płynącej z doświadczenia życiowego. Ten rodzaj aktywności pozwala zaspokoić potrzebę uznania i szacunku ze strony innych osób, podkreśla też własne znaczenie.
 - c) Role związane z przynależnością i poczuciem tożsamości narodowej/etnicznej, wyznaczone kulturą, tradycją, obrzędem i obyczajem. Starsi ludzie pełnią częstokroć rolę „strażników obyczaju” – przechowując świadectwa przeszłości, są nosicielami pożądanых i traconych wartości patriotycznych. Bywają jednak nadmiernie konserwatywni.
 - d) Role członka wspólnoty wyznaniowej, wyznaczone normą religijną i obyczajową. Zmiany psychiczne, związane ze starzeniem się, pozostają w wyraźnym związku ze zmianami biologicznymi, zdrowotnymi i społecznymi. Inwolucyjne zjawiska zachodzące w sferze psyche i soma mają przemożny wpływ na duchowość człowieka starszego, często silnie zaangażowanego w praktyki religijne.
- II. Role instytucjonalne, związane z przynależnością do grup sformalizowanych (wtórnych)¹¹
1. Rola społecznika, wolontariusza, członka stowarzyszenia, organizacji, uczestnika forum dyskusyjnego, komentatora wydarzeń, aktywisty w radzie parafialnej czy wspólnocie mieszkaniowej. Część seniorów jest bardzo aktywna na niwie działalności prospołecznej, realizując się w rozmaitych stowarzyszeniach, grupach wsparcia, akcjach charytatywnych, wolontariacie. Większość jednak nie podejmuje aktywności społecznikowskiej.
 2. Rola obywatela, zaangażowanego obserwatora, członka społeczeństwa obywatelskiego, związana z aktywnością obywatelską i polityczną (np. uczestnictwo w wyborach, referendach, manifestacjach, wiecach, protestach, członkostwo w radach seniorów, w kolegiach eksperckich, doradczych, aktywność partyjna itd.). Seniorzy stanowią liczną i ważną grupę społeczną. Mogą i powinni walczyć o swoje prawa poprzez przedstawicielstwa w Radzie do spraw Polityki Senioralnej przy Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej oraz w Obywatelskim Parlamencie Seniorów¹².

¹¹ Za Jerzym Modrzewskim można je nazwać rolami retrogresywnymi, występującymi w aspekcie „charakteryzującym sytuację osób starszych, wyłączonych z aktywności zawodowej, lecz zaangażowanych i czynnych społecznie” (zob. Kawula, 2007, s. 57).

¹² W roku 2013 przy samorządach terytorialnych w Polsce funkcjonowało zaledwie 27 rad seniorów, w tym historycznie pierwsza, 9-osobowa Miejska Rada Seniorów w Poznaniu – uchwała Rady Miasta z 25 X 2007 r.

3. Rola uczącego się, uczestnika instytucji kulturalnych i edukacyjnych nurtu pozaformalnego, konsumenta dóbr kultury: członka klubów seniora, słuchacza uniwersytetów trzeciego wieku, wszechnicowych form edukacyjnych (np. uniwersytetów otwartych, powszechnych, akcji odczytowych, letnich lub zimowych szkół seniorów), czytelnika np. dzielnicowej lub gminnej biblioteki, uczestnika amatorskich zespołów artystycznych i sekcji zainteresowań w domach kultury, członka klubów dyskusyjnych), internauty. Należy pamiętać o propozycjach podnoszących poczucie bezpieczeństwa osobistego, np. zorganizowanych kursach samoobrony, treningach asertywności, kursach obsługi karty miejskiej i korzystania z bankomatów czy poradach, dotyczących umów kredytowych. W późną dojrzałość wstępują roczniki osób dobrze wykształconych, z rozbudowanymi potrzebami poznawczymi, aktywnych intelektualnie, obeznanych z nowoczesnymi technologiami, posiadających rozmaite pasje, którym poświęcają swój czas i siły. Dzięki permanentnej edukacji stają się świadomymi konsumentami dóbr nowoczesnej gospodarki, opartej w znacznej mierze na usługach.

III. Role determinowane wiekiem podeszłym

1. Rola zawodowa: pracownika lub emeryta, podwładnego lub przełożonego, nieaktywnego zawodowo, bezrobotnego, zatrudnionego na etacie lub jego części, w oparciu o różne rodzaje umów. Należy pamiętać, że w niektórych zawodach w tę rolę można wejść o wiele wcześniej niż wynikałoby to z wieku metrykalnego jednostki (np. w przypadku funkcjonariuszy Policji emerytura przysługuje już po 25 latach służby). Pracę zarobkową kontynuuje 8% spośród uprawnionych do otrzymywania świadczeń emerytalnych. Zmiana roli zawodowej częstokroć wiąże się ze zmianą stylu życia, często z obniżeniem statusu ekonomicznego.
2. Rola użytkownika (nadmiaru) wolnego czasu, odbiorcy oferty tzw. przemysłu czasu wolnego (w wymiarze pasywnym i aktywnym – bierny wypoczynek lub rekreacja). Seniorzy mogą przyjąć role podróżników, uczestników ruchu krajoznawczo-turystycznego, osób uprawiających sport, członków sekcji w klubach sportowych, rowerowych, wędkarskich, Polskiego Związku Działkowców itd. Niestety, bardzo duża grupa osób w ogóle nie odczuwa potrzeby lub chęci zagospodarowania uwolnionego od obowiązków zawodowych czy rodzinnych czasu.
3. Rola podopiecznego – wraz z utratą sił, niezależności ekonomicznej oraz autonomii decyzyjnej, człowiek starszy może stać się podopiecznym, korzystającym z usług członków własnej rodziny lub instytucji służby zdrowia lub opieki i pomocy społecznej. Zgodnie ze stanowiskiem Kingi Wiśniewskiej–Roszkowskiej (1986, s. 94–105), nawet przy sprostaniu kolejnym wyzwaniom rozwojowym, zaawansowanej starości nieuchronnie towarzyszy zwiększająca się zależność od otoczenia i wynikająca stąd zmiana postaw i zachowań. Ze względu na osłabienie własnych rezerw (witalnych, finansowych) zwiększa się również nasilenie potrzeby bezpieczeństwa. Zmiany zachodzące w ciele oraz stopniowe wycofywanie się z wcześniejszych form



aktywności mogą wywołać nasilenie egocentryzmu. W takiej sytuacji niezwykle trudno jest przyjąć i zaakceptować rolę podopiecznego.

Z rolami społecznymi korelują szeroko opisywane w literaturze przedmiotu postawy seniorów wobec starości: różnorodne style życia (Czerniawska, 1998), odmienne oblicza starości (Makiełło-Jarża, 2004), portrety – obrazy starości (Halicki, 2010). Można być aktywnym na wszystkich polach lub przynajmniej wielu, można skupić się na jednej wiodącej roli, można także wycofać się niemal ze wszystkich funkcji społecznych, trwając w bezczynności, gniewie, rozgoryczeniu, rozpacz.

Starość przynosi zmianę w dotychczas pełnionych rolach społecznych, zmianę dotychczasowej pozycji seniora oraz zmianę relacji społecznych. Sprostanie tej reorganizacji jest jednym z zadań rozwojowych stawianych starości. Redukcja zakresu ról społecznych, pełnionych w przeszłości, może przynieść jednostce oczekiwane wytchnienie, ale i rozgoryczenie. Podjęcie nowej roli może być satysfakcjonującym wyzwaniem, ale i upokarzającym obciążeniem, bowiem w efekcie zmiany ról starszy człowiek przesuwa się z pozycji dominującej w kierunku peryferyjnym, bo tak określa się role społeczne pełnione w tym okresie życia.

Zdecydowanie należy podkreślić różnice wpływające na odmienną charakterystyki fazy trzeciego wieku („późnej dojrzałości”, „młodych starych”) od kolejnych faz starości. W miarę upływu lat sieć kontaktów społecznych może ulec zawężeniu. Osoby znajdujące się na przedpolu starości i tzw. młodzi starzy raczej zachowują sprawność i samodzielność na dotychczasowym poziomie – może ich cechować bardzo wysoka aktywność poznawcza, kulturalna, społeczna, zawodowa – dopiero tzw. czwarty wiek charakteryzuje się spadkiem sił witalnych, ograniczeniem mobilności i potęgującą się zależnością od wsparcia zewnętrznego. Jednostka musi się mobilizować do pokonywania obciążeń, które przynosi wiek sędziwy. Osoby te cechuje transcendentja, skupienie się na wnętrzu, namysł, emancypacja tożsamości, refleksyjność, rozwój duchowy, rozważa, zrozumienie, akceptacja, mądrość pojmowana jako uporządkowane doświadczenia życiowe. Odczuwają potrzebę poszukiwania ładu wewnętrznego, integracji osobowości, samoświadomości, wreszcie – tracą zainteresowanie dobrami materialnymi (zob. Halicki, 2007, s. 19-22; Dubas, 2009, s. 128-129).

Kryteria, wyznaczające początek starości oraz społeczne postrzeganie ról właściwych dla człowieka starszego, będą się zmieniać wraz z przekształceniami wynikającymi z postępu cywilizacji. Powszechne tuszowanie zewnętrznych oznak starzenia, spowolnianie tempa starzenia się (tzw. retardacja) oraz zmiany w strukturze czasu wolnego przyczynią się do przemiany społecznego odbioru starości i zniesienia negatywnych stereotypów, a także umożliwią pełne uczestnictwo wraz z normalizacją społeczną seniorów.

Rozdział II

Zofia Szarota

Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości

Zmieniły się nie tylko wskaźniki demograficzne, ale i społeczne granice starości: w chwili obecnej jest ona osiągalna dla większości osób. Obowiązkiem państwa i społeczeństwa jest stworzenie każdemu człowiekowi optymalnych warunków do pomyślnego życia i starzenia się. Dzięki umiejętnie realizowanej polityce społecznej minimalizowane jest ryzyko marginalizacji społecznej seniorów, oddala się ryzyko senilizmu.

2.1. Istota wsparcia społecznego

Wsparcie społeczne (łac. *auxilium sociale*) oznacza interakcję prowadzącą do podjęcia działania pomocowego na rzecz jednostki znajdującej się w sytuacji trudnej lub kryzysowej, niemożliwej do samodzielnego przezwyciężenia. Działanie to umożliwia zaspokojenie potrzeb osób borykających się z problemami poprzez kontakty z innymi osobami. Jest konsekwencją przynależności człowieka do sieci społecznych: nieformalnych i formalnych grup odniesienia oraz instytucji. Do zasobów wsparcia społecznego należą: zasoby rodzinne i pozarodzinne – grupy nieformalne (sąsiedzi, przyjaciele, znajomi, współpracownicy, członkowie grupy wyznaniowej), czyli pierwotne grupy wsparcia oraz wtórne grupy wsparcia czyli struktury formalne (instytucje, stowarzyszenia, doradcy oraz osoby zawodowo przygotowane do niesienia pomocy, grupy samopomocowe) (por. Grotowska-Leder, 2006, s. 158).

Istnieją różne rodzaje wsparcia: a) emocjonalne – polegające na okazywaniu przez innych pozytywnych emocji i uczuć, które są przyczyną podwyższenia samooceny, uwolnienia się od lęków oraz zwiększenia poczucia bezpieczeństwa; b) informacyjne (poznawcze) – związane z przekazywaniem informacji, udzielaniem porad, dzieleniem się doświadczeniami przez osoby przeżywające podobne problemy, dzięki czemu osoba potrzebująca może lepiej zrozumieć swoje aktualne położenie czy sytuację życiową; c) instrumentalne – polegające na otrzymywaniu od innych pomocy w postaci instruktażu, dyrektywy do postępowania; d) rzeczowe – dostarczające pomocy materialnej, pieniędzy, przedmiotów, usług lub – daru czasu; e) wartościujące (oceniające) – polegające na okazywaniu uznania, szacunku, akceptacji, potwierdzaniu znaczenia i wartości; f) duchowe – ułatwiające zrozumienie istoty i sensu ponoszonych wyrzeczeń, cierpienia, niepełnosprawności, choroby, ukazujące sens tych doświadczeń (zob. Szymańska, Sienkiewicz, 2011, s. 550-553).

Jednym z wyznaczników jakości życia społecznego jest sprawność funkcjonowania instytucji społecznych. Nauki społeczne terminem 'instytucja' określają organy państwa (np. parlament, rząd, sądy), samorządu terytorialnego (np. rada gminy, starostwo, urzędy), instytucje edukacyjne i kulturalne, organizacje pozarządowe (stowarzyszenia i fundacje, partie polityczne, związki zawodowe), które pełnią określone funkcje w społeczeństwie. Działalność instytucji i przynależność do niej są sformalizowane, czyli określone przepisami prawa lub normami statutowymi, ale przez 'instytucję' rozumie się także zespół



koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

praw i norm obyczajowych, sankcjonujących życie społeczne (np. funkcje społeczne i osobowe rodziny). Ze względu na spełniane funkcje wyróżnia się różne typy instytucji społecznych: wychowawcze, ekonomiczne, polityczne, religijne, kulturalne i in.. (zob. Smolski et al., 1999).

W każdej z tych instytucji osoba w podeszłym i/lub starszym wieku może poszukiwać informacji, porady, pomocy, opieki bądź ratunku. Wobec słabnącej roli rodziny ciężar zapewnienia pomocy potrzebującym w zaawansowanym wieku być jest w coraz większym stopniu przenoszony na instytucje zarządzane przez państwo i organy samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe (NGO`s) i prywatne (niepubliczne) podmioty gospodarcze. Opieka instytucjonalna jest wielokrotnie droższa od kosztów ponoszonych w związku z opieką nad seniorem pozostającym we własnym środowisku. Polityka społeczna musi zostać skierowana na rozszerzanie sieci wsparcia środowiskowego, wsparcia społecznego, dialog międzypokoleniowy, włączenie społeczne seniorów, ich aktywizację.

2.2. Polityka społeczna wobec problemu starzenia się społeczeństwa

‘Polityka społeczna’ interpretowana jest jako działalność państwa na rzecz podnoszenia poziomu życia obywateli oraz jako strategia rozwiązywania kwestii socjalnych społeczności lokalnych, narodów, państw i społeczności międzynarodowej. Jest to kształtowanie warunków godnej egzystencji ludności, warunków pracy, edukacji, kultury, zdrowia oraz stosunków ogólnospołecznych, opartych o zasady sprawiedliwości i równości społecznej.

Z polityką społeczną sprzężone są podstawowe prawa człowieka. Tzw. prawa nienaruszalne i niezbywalne można zaklasyfikować do pięciu kategorii: praw i wolności osobistych, politycznych, ekonomicznych oraz praw socjalnych i praw kulturalnych. Każda starsza osoba jest równoprawnym podmiotem praw ustalonych w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (1950) i w obu Międzynarodowych Paktach Praw (1966). ONZ w 1991 roku ogłosiła katalog praw starszego człowieka. Umieszczono w nim prawo do niezależności, współuczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. Prawa te nabierają szczególnego znaczenia w przypadku seniorów, którzy, zwłaszcza w późnej starości, w zdecydowanej większości odczuwają problemy związane z nieumiejętnością odnalezienia się w aktualnych warunkach życia społecznego i gospodarczego, czyli w globalnej cywilizacji cyfrowej. Problemy te są pochodną niskiej jakości wykształcenia i nieobecności nowej generacji mediów w czasach ich młodości i dojrzałości, co decyduje o cyfrowym wykluczeniu.

W staraniach o przestrzeganie praw człowieka starego szczególnie aktywna jest Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). Zgodnie z postanowieniami Międzynarodowego Planu Działania WHO, dotyczącego Aktywnego Starzenia się (Madryt 2002), ramy polityki społecznej w zakresie starzenia się społeczeństwa powinny opierać się na trzech filarach: zdrowie, uczestnictwo i bezpieczeństwo. Międzynarodowy Plan Działania wyznaczył

priorytety i postulaty, dotyczące konkretnych działań z zakresu promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, powszechnego i równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz spójnego systemu opieki w zakresie zdrowia psychicznego, niepełnosprawności, a także utrzymania maksymalnej samodzielności funkcjonalnej. Cele tej polityki nakierowane są także na uczestnictwo społeczne, możliwe dzięki całożyciowemu uczeniu się, zdobywaniu niezbędnych umiejętności, społecznej edukacji prozdrowotnej, partycypacji na rynku pracy i w społecznym podziale dóbr. Ważną kwestią są działania służące bezpieczeństwu socjalnemu (szczególnie starszych kobiet), przeciwdziałające przemocy (Active Ageing Policy Framework 2002, s. 45-53).

W Polsce instytucją publiczną najsilniej związaną z ochroną praw, poza sądami powszechnymi i administracyjnymi, jest Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Trybunał Konstytucyjny. Problemy społeczne (kwestie socjalne) są następstwem niedostosowania sposobu, w jaki funkcjonuje społeczeństwo i państwo, do poziomu podstawowych potrzeb indywidualnych i zbiorowych. Tym samym są one depriwowane. Najbardziej istotne z tej perspektywy są prawa do: zabezpieczenia społecznego i opieki zdrowotnej, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, domu i korespondencji, wreszcie – prawo zakazujące tortur i niehumanitarnego lub poniżającego traktowania (Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich, Materiały nr 72, 2012, s. 18).

Kwestie społeczne należą do skrajnie trudnych sytuacji, w których brak możliwości zaspokojenia swych potrzeb urasta do wielkiego problemu. Brak przeciwdziałania doprowadza do marginalizacji i wykluczenia społecznego jednostek, grup i całych społeczności (Marynowicz-Hetka, 2006, s. 308-309). Brak wsparcia ze strony rodziny lub społeczności lokalnej, w połączeniu z niemocą instytucjonalną może doprowadzić do sytuacji dramatycznie trudnej, w której młodsze warstwy społeczeństwa będą musiały przyjąć na siebie całkowite konsekwencje wykluczenia społecznego i ekonomicznego seniorów. Wykluczenie społeczne (ekskluzja), do którego prowadzą stygmatyzacja i marginalizacja, traktowane jest jako podstawowa bariera integracji społecznej. Dodatkowym obszarem, generującym uprzedzenia i upośledzające sytuację seniorów w społeczeństwie, są negatywne stereotypy, dotyczące ludzi w tej fazie życia, oraz ageizm, czyli wykluczenie ze względu na wiek. Rynek pracy, opieka zdrowotna oraz rynek dóbr i usług stwarzają szereg sytuacji, w których osoby starsze czują się dyskryminowane i szykanowane (zob. Szukalski, 2012, s. 22-41).

W sytuacji starzenia się ludzkości ważne są działania zorientowane na ustalanie priorytetów i kierunków polityki senioralnej. Jak podaje Adam A. Zych: „Pierwsza koncepcja zintegrowanej i perspektywicznie planowanej <polityki starości> pojawiła się we Francji na początku lat 60. XX wieku, gdy powołana przez rząd francuski Komisja Studiów Problemów Starości opracowała raport pt. *Politique de la vieillesse* (1962), uznający decydującą rolę państwa jako kreatora polityki wobec starości” (Zych, 2012, s. 124-125).

Zadania polityki społecznej wobec osób starszych nie są uregulowane w szczegółowy sposób w żadnym z dokumentów Wspólnoty. Standardy unijne wskazują na potrzebę



gwarancji minimalnego poziomu świadczeń dla tej grupy ludności. W grupie instrumentów, służących realizacji bieżącej polityki społecznej, znajdowało się i znajduje wiele programów Unii Europejskiej, Komisji Europejskiej oraz Rady Europy. Są się wśród nich: Europejski Fundusz Społeczny – EFS (1957), Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (1975) oraz programy intensywnie realizowane w latach 2007-2013 ze środków EFS, m.in. Program Operacyjny Kapitał Ludzki czy program „Lifelong Learning”. Wiele uwagi poświęcono zdrowiu (program „Zdrowie publiczne”, 2008-2013). W wymienionych programach sformułowano cele i wyznaczono działania, służące pośrednio lub bezpośrednio społecznej inkluzji osób starszych.

Aktualnie realizowane programy zgrupowane są wokół społeczeństwa równości; forsuje się tu ideę przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu oraz podejmuje inicjatywy, służące realizacji postulatów aktywnego starzenia się i niezależnej starości. Polityka społeczna wobec osób starszych koncentruje się na organizowaniu pomocy dla osób niepełnosprawnych i najuboższych ekonomicznie, na instytucjonalizacji przedstawicielstw starszych mieszkańców na poziomie lokalnym, na organizacji systemów monitorowania poziomu zaspokojenia potrzeb starszych osób oraz organizacji procesu kształcenia kadr, działających w obszarze polityki wobec seniorów. Celem unijnej polityki społecznej wobec osób starszych jest: zapewnienie emerytom środków utrzymania, nienaruszalny i wydolny system zabezpieczenia społecznego, właściwa organizacja pielęgnacji i opieki zdrowotnej, zapewnienie samodzielności, zorganizowanie mieszkalnictwa z infrastrukturą przystosowaną do potrzeb seniorów, stworzenie warunków do integracji starszego pokolenia z pozostałymi członkami lokalnej społeczności – poprzez partycypację społeczną, projekty edukacyjne, kierowane ku seniorom, samopomoc, partycypację polityczną, partycypację na rynku pracy oraz stworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej.

Szczególnie intensywnie problematykę gerontologiczną eksponowano z okazji Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej (2012). Unia Europejska wyznaczyła podstawowe kierunki działań wraz z towarzyszącymi im postulatami: podniesienie poziomu społecznej świadomości znaczenia udziału osób starszych w życiu społecznym i gospodarczym, stymulowanie debaty, wymiany informacji i wzajemnego uczenia się pomiędzy krajami uczestniczącymi w programie, stworzenie ram współpracy i podjęcie konkretnych działań w celu opracowania innowacyjnych rozwiązań, wyznaczenia nowych, długoterminowych celów politycznych, zwalczanie dyskryminacji wiekowej (ageizm), szczególnie w kwestii zatrudnienia (European Year for Active Ageing, 2012). Uwagę skoncentrowano na następujących, szczególnie istotnych obszarach:

Zatrudnienie – wraz z wydłużaniem się średniej długości życia, podnoszony powinien być również wiek emerytalny. Należy zapewnić osobom starszym większą możliwość uczestnictwa na rynku pracy, przy uwzględnieniu bardziej elastycznych form zatrudnienia.

Udział w życiu społecznym – wkład starszych osób w życie społeczne powinien być bardziej doceniany. Należy tworzyć seniorom sprzyjające warunki aktywności. Stanie się tak

dzięki braniu pod uwagę opinii przedstawicieli najstarszych obywateli w kreowaniu polityki lokalnej i krajowej.

Samodzielne (niezależne) życie – usprawnianie funkcjonowania osób starszych tak, by mogły pozostać niezależne tak długo, jak to możliwe (Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady ..., 2012).

Krajowa polityka społeczna wobec osób starszych i starości skierowana jest na obszar wzmacniania spójności społecznej, przeciwdziałając w ten sposób wykluczeniu społecznemu. Szczególną uwagę skupiono na budowie systemu środowiskowego wsparcia (Strategia polityki społecznej na lata 2007–2013, 2005, s. 21). Aby powstał model integracji ludzi starszych i wymagających pomocy, konieczne jest opracowanie standardów i rozwój środowiskowych form opieki i usług wspomagających, przy jednoczesnym podnoszeniu ich efektywności i dostępności. Należy wygenerować rozporządzenia prawne, umożliwiające godzenie pracy zawodowej opiekunów nieformalnych (rodzinnych) z opieką sprawowaną nad członkiem rodziny. Należy wesprzeć opiekunów rodzinnych (Bocheńska-Seweryn, Kluz, 2011, s. 43-54), m.in. poprzez ich okresowe wyręczanie (np. turnusy rehabilitacyjne dla przewlekle chorych członków rodziny) lub wprowadzenie elastycznych form zatrudnienia, umożliwiającego łączenie pracy (lub opieki nad przewlekle chorym członkiem rodziny) z częściową emeryturą. Istotną kwestią jest likwidacja barier w dostępie do informacji oraz barier urbanizacyjnych. Należy podjąć starania o dostosowanie zasobów mieszkaniowych i infrastruktury otoczenia do potrzeb i możliwości starszych i niepełnosprawnych osób. Należy wzmocnić opiekę zdrowotną (m. in. geriatry, okulistyka, ortopedia), wspierać seniorów w ich aktywności i mobilności, podnosić jakość ich życia. Istotne jest także dostrzeżenie potrzeby edukowania pielęgniarek oraz formalnych opiekunów środowiskowych, zwielokrotnienia procesu i efektywności kształcenia (doksztalcania, doskonalenia zawodowego) profesjonalnych kadr, zajmujących się pomocą i opieką środowiskową oraz stacjonarną.

W 2011 r. Rzecznik Praw Obywatelskich powołał Komisję Ekspertów do spraw Osób Starszych, powstał także Parlamentarny Zespół do spraw Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz Parlamentarny Zespół do spraw Osób Starszych. W 2012 r. w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej (MPIPS) utworzono Departament Polityki Senioralnej. W tym samym roku powstał Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013 (ASOS). Od 2013 r. działa Rada do spraw Polityki Senioralnej. W poszczególnych gminach i regionach powstają rady seniorów z głosem doradczym i opiniotwórczym. Narodziła się koncepcja stworzenia obywatelskiego parlamentu seniorów. Inicjatywy te należy ocenić pozytywnie. Dzięki wymienionym zespołom i gremiom proponowane są działania, służące aktywizacji osób w wieku poprodukcyjnym, wykorzystaniu ich potencjału w środowisku lokalnym poprzez promowanie projektów służących integracji społecznej, wzmacnianie lokalnych wspólnot sąsiedzkich i ruchu samopomocy (w tym wolontariatu), wspieranie różnych form samoorganizacji, samodzielności i uczestnictwa w życiu społecznym, ukazywanie wartości osób starszych



dla życia społecznego, zachęcanie do przyjęcia rzecznictwa interesów osób starszych (w szczególności przez organizacje pozarządowe, ale też osoby powoływane z urzędu), rozwój działań wzmacniających więzi międzypokoleniowe, zachęcanie osób starszych do aktywności edukacyjnej, zwiększenie udziału organizacji pozarządowych w realizacji programów, których beneficjentami są osoby starsze, tworzenie warunków pełniejszego uczestnictwa osób w podeszłym wieku w kulturze i wypoczynku. Niezwykle ważną kwestią jest zapewnienie minimalnego poziomu godziwych świadczeń oraz ochrona ich wartości, prócz tego rozwój form dodatkowych ubezpieczeń, wdrożenie systemu emerytur pomostowych dla osób, które z obiektywnych przyczyn (stan zdrowia, rodzaj czynności zawodowych) nie mogą kontynuować dotychczasowej aktywności zawodowej do osiągnięcia wieku emerytalnego – w założeniach cel ten ma być realizowany przez stopniowe podnoszenie wieku emerytalnego kobiet, aż do zrównania z wiekiem emerytalnym wyznaczonym dla mężczyzn (począwszy od 2013 r.). Istotnym elementem diagnozy, a zarazem projektem działań na najbliższe lata, jest opracowanie powstałe w ramach prac Komisji Ekspertów do spraw Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie Tezy i rekomendacje (Biuletyn RPO 2013, Źródła nr 5, 2013).

W wielu sferach przestrzeni życiowej seniorzy narażeni są na ryzyko marginalizacji społecznej. Głównymi przyczynami są pogarszający się stan zdrowia, niepełnosprawność i przewlekłe choroby, mały dostęp do specjalistów z zakresu geriatry, spadek sił witalnych, brak aktywności (a nawet pasywność sporej grupy seniorów), słaba jakość wykształcenia, brak orientacji w bieżących wydarzeniach, upośledzona rola konsumenta usług i dóbr, a także poczucie osamotnienia i analfabetyzm cyfrowy dużej części spośród starszych osób.

Aby zminimalizować czynniki zagrożenia, należy zadbać o wzmocnienie opieki geriatrycznej, rozwój ośrodków wsparcia i opieki dziennej oraz krótkoterminowej, lepszą dostępność rehabilitacji czy usług pielęgnacyjnych, edukację opiekunów rodzinnych, opiekunów środowiskowych i asystentów osób starszych. Istotna jest integracja społeczna poprzez wzmacnianie klubów seniora, kół emerytów, integrację wewnątrzdzienną oraz między- i wewnątrzpokoleniową, wolontariat, budowanie lokalnych sieci wsparcia. Dzięki wzmocnieniu oferty edukacyjnej (np. uniwersytetów trzeciego wieku) można kształtować poczucie odpowiedzialności za własną przyszłość. Ważna jest e-inkluzyja, przybliżenie ICT (technologii informacyjno-komunikacyjnych) – zapobiegnie to wykluczeniu cyfrowemu najstarszego pokolenia. Potrzebne jest wzmocnienie w programach społecznych funkcji adaptacyjnej, niezbędna jest właściwa organizacja procesu kształcenia kadr pomocy społecznej. W przypadku najstarszych ekonomicznie seniorów należy zadbać o właściwy poziom doradztwa życiowego, pracy społecznej i zapewnienie stabilnych, nie naruszających środków utrzymania.

Dzięki przyjęciu proponowanych rozwiązań można osiągnąć zadowalający poziom uczestnictwa seniorów w życiu społecznym.

W aspekcie gerontologicznym należy rozróżnić dwie perspektywy lokalnej polityki społecznej (Błędowski, 2002). Pierwszy typ polityki – interwencyjny - nastawiony jest na działania kompensacyjne, adresowane do podmiotów znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji ekonomicznej i życiowej. Realizowane zadania ograniczają się do instrumentalnego wykonywania wymogów administracji rządowej poprzez zadania własne gminy. W ujęciu tym człowiek starszy traktowany jest jako konsument drogich usług, za które płaci podatnik. Podejmowane w tym przypadku działania służą zaspokajaniu podstawowych i zarazem najważniejszych potrzeb człowieka (egzystencji, materialnych), główną sferą jest opiekuńczość. Są to działania doraźne, krótkoterminowe, odsuwające zasadniczy problem na nieodległą perspektywę kolejnej interwencji. Drugi typ lokalnej polityki społecznej wobec ludzi starych – optymalizacyjny - nastawiony jest na maksymalne zaspokajanie potrzeb osób starszych, należących do różnych grup społecznych i ich otoczenia, intensyfikację ich możliwości. W tym celu budowana jest w środowisku lokalnym materialna i społeczna infrastruktura, służąca zaspokajaniu potrzeb wyższych (rozwojowych) osób starszych i ich rodzin. Przykładem może być inwestowanie samorządów terytorialnych w bazę uniwersytetów trzeciego wieku, klubów seniora, klubów samopomocy, dziennych domów pobytu, domów kultury, obiektów służących rekreacji fizycznej i innych tego typu placówek. W dłuższej perspektywie czasowej drugi typ okazuje się być tańszym od pierwszego, generuje bowiem sprawność i aktywność osób starszych, utrzymuje w zdrowiu psychicznym i fizycznym, oddala ryzyko starości zależnej.

Najistotniejsza jest integracja społeczna seniorów, wdrożenie regulacji, które przyczynią się do poprawy uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym poprzez m.in.: dostęp do bezpłatnych usług prawnych, projekt ustawy o zmianie ordynacji wyborczej, który umożliwi niesprawnym seniorom głosowanie korespondencyjne lub za pomocą pośrednika, a także zmianę regulacji dotyczących samorządu terytorialnego i większego udziału organizacji seniorskich w kształtowaniu polityk lokalnych. Przewidywany jest silniejszy patronat nad organizacjami seniorskimi, zwłaszcza ruchami samopomocowymi. Poprawie ma ulec wskaźnik uczestnictwa osób starszych w edukacji (poprzez szerszy dostęp do kształcenia na poziomie wyższym – wolny słuchacz – i wsparcie finansowe uniwersytetów trzeciego wieku).

Należy promować i wspierać zdrowe i aktywne starzenie się, aby coraz dłuższy czas, jakim dysponują współcześnie i przyszli seniorzy, mógł być efektywnie i satysfakcjonująco wykorzystany. Istotne jest także, by polityka ta uwzględniała także młodsze pokolenia, przygotowując ich przedstawicieli do własnej starości oraz do międzypokoleniowego dialogu, koegzystencji w społeczeństwie otwartym dla wszystkich generacji. Trzeba wspomnieć także o dwóch celach, kształtujących politykę społeczną wobec ludzi starszych. Pierwszym jest prawo do samostanowienia i decydowania o swej przyszłości, formowania hierarchii potrzeb. Drugi mówi o współodpowiedzialności za swój los, za jego ukształtowanie. Przy formułowaniu celów należy uwzględniać obiektywne potrzeby, a także finansowe możliwości ich realizacji (Auleytner, 2002, s. 346-347). Należy jednak,



pomimo uzasadnionej ekonomicznie i społecznie zdecydowanej przewagi pod względem efektywności polityki nurtu optymalizującego nad nurtem interwencyjnym (Błędowski, 2002, s. 200), pamiętać o najstabszych i wdrażać programy osłonowe, opiekuńcze i ratownicze. Dla osób zależnych, chorych, niesamodzielnych i cierpiących muszą sprawnie funkcjonować opiekunowie środowiskowi, placówki pomocy społecznej i służby zdrowia, których kadry zobowiązane są do posiadania rozległej wiedzy gerontologicznej. Prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starszych wymaga skierowania programów rządowych w stronę ochrony interesów seniorów oraz działań zachęcających do włączania się w struktury społeczeństwa obywatelskiego, a także zachęcania do współdziałania i współdecydowania. Należy podejmować działania służące realizowaniu międzynarodowych zobowiązań dotyczących ludzi starszych i starości, przeciwdziałaniu ageizmowi, zapobieganiu patologizacji starości. Konieczne jest kształcenie kadr gerontologicznych, propagowanie idei przygotowania się do starości w szkolnictwie i poprzez inne formy upowszechniania wiedzy; konieczne jest także podjęcie starań o zmianę negatywnych stereotypów towarzyszących starości poprzez organizowanie społecznych kampanii edukacyjnych, inicjowanie programów lokalnych podmiotów i koalicji prosenioralnych, wspieranie, wreszcie – promocję tychże (por. Strategia polityki społecznej..., s. 34-36).

2.2. Ekonomia społeczna wobec ludzi starych – silver economy

W opinii Guillaume Wunscha starzenie się może mieć pozytywny wpływ na gospodarkę, pobudzając rozwój nowych produktów i usług lepiej dostosowanych do potrzeb starszych osób (Wunsch, 2009, s. III). Nowe wyzwania i możliwości tworzy tzw. „srebrna gospodarka” (silvereconomy), czyli strategia ekonomiczna, generująca usługi skierowane do starszych wiekiem obywateli¹³. Jej rozwój niesie określone wyzwania, konieczności, konsekwencje dla konsumenckiego rynku i gospodarki opartej na usługach. Bez względu nie należy przygotować jednostki i społeczeństwo do zmierzenia się z niespotykanymi dotąd rozmiarami obecności seniorów na rynku pracy i w roli konsumentów dóbr oraz usług.

Tymczasem z analizy zleconych przez ONZ wyników badań porównawczych z uwzględnieniem trzynastu kryteriów (m.in. opieka zdrowotna, dochody, zatrudnienie, środowisko naturalne) wynika, że polscy seniorzy mają najniższą w Europie jakość życia – nasz kraj zajął ostatnie miejsce w UE i 62. wśród 91 zbadanych państw świata („Gazeta Wyborcza”, 2 października 2013 r.). Najgorzej oceniono jakość opieki zdrowotnej (87. miejsce). Dlaczego tak się dzieje?

Przyczyn jest wiele. Bardzo mała liczba geriatrów, oddziałów oraz ambulatoriów geriatrycznych, utrudniony dostęp do porad i leczenia specjalistycznego (np. okulistycznego, ortopedycznego, urologicznego, psychiatrycznego) przyczynia się do pogorszenia stanu

¹³ W marketingu kategoria „starszy konsument” obejmuje osoby w wieku powyżej 50 lat.

zdrowia emerytów. W miastach brakuje „gero(nto)architektury” – publicznej przestrzeni przyjaznej seniorom i osobom niepełnosprawnym (Kresl, Daniele, 2010), czyli choćby bezpieczne tereny zielone, równe chodniki, dostępne publiczne toalety, windy, ruchome schody, poręcze, podjazdy, ławki, na których można odpocząć; potrzebna jest także likwidacja zbyt wysokich stopni i stromych schodów, dostępność środków komunikacji publicznej¹⁴, bardziej przyjazna i empatyczna obsługa klientów różnego typu usług. Producenci zdają się wciąż nie dostrzegać siły nabywczej emeryckich portfeli. Brakuje na rynku sprzętu AGD sprofilowanego pod kątem sprawności, możliwości i ograniczeń starszego człowieka¹⁵. Producenci wyposażenia łazienek zapominają o wymogach bezpieczeństwa projektowanych przez siebie urządzeń służących higienie osobistej. Kąpiel w wannie stanowi potencjalne zagrożenie dla seniora, o wiele bezpieczniejsze jest korzystanie z prysznica. Trzeba także pomyśleć o montowaniu specjalnych uchwytów w toalecie i łazience. Przy konstruowaniu sprzętu elektronicznego warto pamiętać o dużych przyciskach sterujących, wyraźnych ekranach itp. a przy dystrybucji – o napisanej przystępnie instrukcji obsługi. Pewien pozytywny trend da się zauważyć u producentów telefonów komórkowych, czas więc na pozostałe urządzenia, gadżety oraz, na przykład, przyjazne gry komputerowe, pobudzające aktywność poznawczą, trenujące umysł. Dostosowanie urządzeń cyfrowych do możliwości poznawczych i motorycznych seniorów może stać się czynnikiem włączenia cyfrowego tej kohorty. Gero(nto)technologia powinna jak najszybciej stać się paradygmatem naukowo-badawczym i wdrożeniowym (Klimczuk, 2011, s. 57-75).

W srebrnej gospodarce starsi ludzie są traktowani jako aktywna, produktywna i przydatna społecznie grupa. Należy korzystać z kapitału doświadczenia starszych wiekiem pracowników. Trzeba wspierać rodzinne przedsiębiorstwa, w których często wykorzystywana jest aktywność seniorów. Silver economy łączy interesy producentów i biznesu z sektorem opieki nad seniorami. Przykładem mogą być telemedycyna, teleopieka, firmy świadczące usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, domy opieki. Proces starzenia się społeczeństwa wpływa na rozwój nowych segmentów rynku usług. Wystarczy wskazać na wszelkie usługi zlecane telefonicznie, firmy sprzątające, doradców prawnych i finansowych poważnie traktujących kontrahenta. Gdy starszy wiekiem konsument usług wchodzi np. do banku, instynktownie kieruje się ku najstarszemu pracownikowi licząc, że zostanie potraktowany jak równoprawny klient. Handel skorzysta już wtedy, gdy we wnętrzach sklepów będą szerokie przejścia pomiędzy półkami a ceny towarów będą napisane dużą czcionką. Także kreatorzy mody powinni przyjrzeć się dojrzałym sylwetkom – domy mody zyskałyby niemal nieograniczony rynek zbytu. Podobnie ma się rzecz

¹⁴ Warto w tym miejscu przypomnieć zarzuconą ideę asystenta na przystankach, realizowaną czasowo i z wielkim sukcesem w Krakowie (zob. Szarota 2011, s. 45-46).

¹⁵ Przykładem mogłyby być piekarniki, kuchenki mikrofalowe, których nie trzeba otwierać w sposób nakazujący cofanie się i niosący ryzyko niebezpiecznego w konsekwencjach upadku. Wystarczy zaprojektować drzwiczki podnoszące się do góry i ryzyko upadku jest zminimalizowane.



z producentami obuwia, bowiem trudno oczekiwać od starszych kobiet, że będą kolekcjonerkami pantofelków na niebotycznych obcasach z wąskimi noskami a starsi panowie będą spacerowali w butach sportowych marek. Rynek produktów i usług kosmetycznych najszybciej zareagował na potrzeby starszych wiekiem konsumentów, proponując dbającym o urodę klientkom i klientom stosunkowo szeroką ofertę specyfików opatrzonych etykietą „50+” i „60+”. Kliniki medycyny estetycznej wychodzą naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, chcących podnieść komfort swojego życia poprzez retusz, korektę mankamentów urody.

Elementem gospodarki stale zyskującym na znaczeniu jest tzw. przemysł czasu wolnego (leisure industry). Emeryci są dysponentami niemal niewyczerpanych zasobów czasu wolnego. Trzeba więc zwrócić szczególną uwagę na tę grupę konsumentów, bowiem ich zasoby finansowe nie są małe. Kreatywnie zagospodarowany czas wolny to przede wszystkim, poza ofertą instytucji kultury i edukacji, turystyka¹⁶ (szczególnie poza sezonową), agroturystyka i rekreacja oraz usługi gastronomiczne¹⁷. Należy pamiętać o wykorzystaniu zasobów pensjonatów, hoteli, uzdrowisk i sanatoriów. Trenerzy ruchu fizycznego mogą towarzyszyć seniorom na basenach, w klubach fitness, przy gimnastyce rekreacyjnej i rehabilitacyjnej, podczas nordic walking i np. narciarstwa biegowego. Media powinny wreszcie dostrzec zainteresowania osób w podeszłym wieku i zwrócić się z ofertą ku tej grupie odbiorców, np. poprzez kanały tematyczne lub szeroką dystrybucję audiobooków. Bez wątpienia reklamy emitowane w przerwach atrakcyjnych programów „złotej telewizji”, „złotego radia” podniosłyby zyski stacji i rozgłośni oraz producentów. Należy w jak najszerszym zakresie wykorzystywać narzędzia edukacyjne, służące edukacji do starości (ogół społeczeństwa), dla starości (kadry gerontologiczne), w starości (seniorzy) i przez starość (młodsze pokolenia). Kształcenie całościowe jest obowiązkiem współczesnego człowieka – wykorzystując nurt edukacji pozaformalnej i rozbudzając motywację do samokształcenia (edukacja nieformalna) można znacząco przyczynić się do podniesienia poziomu kompetencji seniorów i całego społeczeństwa. Aby dostępnymi uczynić zasoby otwartej edukacji i wolnego oprogramowania konieczna jest jednak alfabetyzacja cyfrowa starszych osób, tych, „co się boją myszy” komputerowej.

Dla zoptymalizowania tempa reform politykom, kreującym jakość społecznego życia i zarządzającym podmiotami gospodarczymi, należałoby zalecić uczestnictwo w eksperymencie „skafander starości”, polegającym na założeniu na siebie specjalnego uniformu nurka lub skafandra z obciążonymi otworem podeszwami butów, usztywnionymi częściami obejmującymi okolice stawów, narciarskimi rękawicami, goglami zniekształcającymi obraz i nausznikami tłumiącymi naturalne zewnętrzne odgłosy. Ewentualnie zaprosić polityka do skorzystania z wózka inwalidzkiego. Tak wyposażonych należałoby skłonić do zrobienia podstawowych zakupów w pobliskim sklepie lub do skorzystania

¹⁶ np. niżkowe senior ski-passy na narciarskich stokach

¹⁷ np. kawiarnie, w których podczas towarzyskiego spotkania można wypić kawę lub zjeść ciastko za symboliczną złotówkę

z ogólnodostępnej infrastruktury urbanistycznej i obserwować ich strategie przystosowawcze, służące swobodnemu korzystaniu z handlu detalicznego i usług urzędów, banków, zbiorowej komunikacji, ośrodków zdrowia i leczenia zamkniętego etc. Bardzo wiele do życzenia pozostawia mieszkalnictwo i przestrzeń publiczna (bez barier architektonicznych i komunikacyjnych, z właściwą infrastrukturą i zasobami mieszkaniowymi, uwzględniającymi potrzeby i możliwości seniorów). Konieczne są projekty kształtujące przestrzeń publiczną przyjazną dla seniora i osoby niepełnosprawnej, ale też rodziców z małymi dziećmi.

2.3. Życie społeczno-kulturalne

Raport o kapitale intelektualnym Polski (2008) wskazuje na bardzo niski poziom kapitału właściwego seniorom (w tym przypadku analizowano osoby w wieku powyżej 50 lat). Indeks dla kapitału intelektualnego polskich seniorów osiągnął wartość zaledwie 8 punktów, przy 68 punktach Szwecji, lidera szesnastu krajów biorących udział w badaniach. Poziom kapitału społecznego jest także bardzo niski, bowiem analizowana grupa wiekowa (50+) nie angażuje się w wolontariat, w działania służące społeczności lokalnej, nie uczestniczy w ruchu fizycznym czy kulturalnym. Zaledwie 20% spośród nich obdarza zaufaniem drugie osoby, jednak już 30% starszych osób wspomaga swoje rodziny, opiekując się wnukami, pomagając w prowadzeniu gospodarstwa domowego (s. 126-128). Zdaniem Małgorzaty i Jerzego Halickich „jedynie 14% ludzi starszych jest zaangażowanych w działalność jakiejś organizacji czy stowarzyszenia na zasadzie przynależności członkowskiej, [...] przynależność jest większą domeną mężczyzn (19%) niż kobiet (11%). [...] Odsetek osób starszych zaangażowanych w działalność społeczną oscyluje – według różnych źródeł – pomiędzy 9% a 23%” (2002, s. 190, 199-200).

Seniorzy dysponujący wolnym czasem, niekiedy ofiarowują go innym potrzebującym pomocy, zainteresowania, wsparcia. Wyniki badań własnych, przeprowadzonych w 2008 r. wśród 182 słuchaczy UTW w Chrzanowie, wskazują, że zaledwie 5% spośród ogółu badanych było w przeszłości wolontariuszem. Natomiast 34% chętnie podjęłoby tę aktywność, w tym: 29% najchętniej zajmie się chorymi i starszymi osobami, 20% - zorganizuje imprezy okolicznościowe, a 15% badanych wolontariat wyobraża sobie jako pracę z dziećmi i młodzieżą. Pracą biurową oraz organizacją czasu wolnego dla małych dzieci zainteresowanych jest równo po 9% respondentów. Udzielaniu pomocy osobom niepełnosprawnym, pomaganiu dzieciom w lekcjach oraz kwestowaniu przypadło po 6% wyborów.

Największą sieć kół senioralnych tworzy Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Bogatą tradycję mają kluby seniora. Działają one w środowiskach lokalnych, przy bibliotekach, domach kultury, przy parafiach, przy dziennych domach pomocy, lecz nie występują już właściwie przy zakładach (byłej) pracy, jak było to powszechne jeszcze 20 lat temu. Wśród różnorodnych kierunków i form działalności klubów seniora występują m.in.: upowszechnianie różnych form oświatowych, kół zainteresowań i hobbystycznych, prelekcji, kursów edukacyjnych, studiów oświatowych (z nurtu oświaty bezinter-



sownej), konkursów, propagowanie czytelnictwa, organizowanie wypoczynku i rekreacji, działanie na rzecz uprawiania amatorskiej działalności artystycznej, ułatwianie korzystania z oferty instytucji kulturalnych. Również ośrodki i centra kultury przynoszą podobną ofertę. Coraz częściej Internet staje się forum wymiany poglądów i myśli, cyberprzestrzeń zaczyna być zagospodarowywana przez osoby w starszym wieku. Odwiedzane nie są wyłącznie portale informacyjne czy @kluby seniora. Dowodzą tego wyniki bardzo interesujących badań przeprowadzonych przez Joannę Wnęk-Gozdek i Joannę Łaszyn (2013, s. 106-126), które dokonały analizy treści anonsów matrymonialnych, zamieszczanych na portalach randkowych dla seniorów¹⁸. Ważniejsze jednak dla przedstawianych rozważań są dane dotyczące rozmiarów aktywności seniorów w cyberprzestrzeni: dla dużej części spośród nich nie jest to już terra incognita.

Najpowszechniejszą formą aktywizującą seniorów są uniwersytety trzeciego wieku. Istnieją od 1973 roku, w Polsce od 1975. Ich masowy rozwój w kraju przypada na pierwszą dekadę nowego stulecia. Początkowo funkcjonowały przy uczelniach wyższych, obecnie stanowią poważny ruch społeczny, działając najczęściej poprzez formułę stowarzyszeń. Najwięcej UTW powstało w latach 2006-2008. W roku akademickim 2013/14 było ich w Polsce ponad 420 i zrzeszały ok. 100 tys. Słuchaczy, a liczby te stale rosną. Znamienne jest i to, że 11% UTW działa w środowiskach wiejskich (ZOOM na UTW 2012, s. 7 i 9), do niedawna zupełnie pozbawionych propozycji kulturalno-oświatowych dla osób w podeszłym wieku.

W roku akademickim 2011/2012 w UTW odbyło się ponad 18 tys. wykładów i ponad 10 tys. różnego rodzaju imprez. Uniwersytety realizują program dydaktyczny, będący odpowiedzią na potrzeby intelektualne aktywnych seniorów. UTW realizują ambitne programy edukacyjne, służąc profilaktyce gerontologicznej, pojmowanemu holistycznie zdrowiu, integracji, aktywizacji, rozwijając i zaspokajając zainteresowania słuchaczy. Ma w nich miejsce silna ekspozycja funkcji społecznej, funkcji włączającej, socjalizacyjnej, normalizacyjnej. Uczestnictwo w UTW służy umożliwieniu zrozumienia świata, zaspokojeniu potrzeby bycia użytecznym, prowadzi ku przejściu kontroli nad własnym życiem (edukacja ukierunkowana na niezależność – por. Fabiś, 2005, s. 153-164), kształtuje postawy odpowiedzialności oraz umiejętności rozwiązywania problemów ponowoczesnej codzienności, m.in. poprzez przybliżenie nowoczesnych technologii. Badania prowadzone dla raportu „ZOOM na UTW” wykazały, że dla ich uczestników najistotniejsze są cele nakierowane na poszerzanie wiedzy, kształcenie (85%), rozwój osobisty, rozwój zainteresowań i umiejętności (65%), możliwość aktywnego spędzania czasu wolnego (65%), upowszechnianie zdrowego stylu życia (41%). Mniej dostrzegane są cele nakierowane na zaangażowanie seniorów w aktywność społecznie użyteczną (12%), rzecznictwo interesów seniorów wobec władz lokalnych i państwowych (3%) oraz stworzenie sieci wsparcia, ruchy samopomocy – zaledwie 1%.

¹⁸ Najstarsza ich użytkowniczka miała 78 lat, najstarszy użytkownik – lat 87. Autorki wyodrębniły kilka typów seniorów poszukujących szczęścia w miłości. Dla kobiet były to Ateny i Hestie, w przypadku mężczyzn Odyseusze oraz Epimeteusze.

Treściami wykładów są najczęściej zagadnienia z zakresu medycyny i zdrowia (88%), historii (70%), turystyki i geografii (69%), literatury (67%), kultury i religii (66%), psychologii/psychoedukacji (63%), tradycji, historii i kultury lokalnej (59%), ekonomii (52%) oraz historii sztuki (50%). Poza wykładami ogromną popularnością cieszą się kursy komputerowe (88%), językowe (87%), zajęcia sportowe i ruchowe (85%), plastyczne (np. rysunek, malarstwo – 65%), zajęcia i sekcje turystyczne / krajoznawstwo (63%), kursy tańca / zajęcia taneczne (56%), rękodzieło (52%). Ponadto organizowane są spotkania klubów, grup i kół zainteresowań, sekcji, specjalne warsztaty, kursy itp. Nazwa omawianych placówek sugeruje, że są one przeznaczone przede wszystkim dla kategorii wiekowej 60-74 lata („młodzi starzy”), o rozwiniętych potrzebach poznawczych. W praktyce sporą grupę słuchaczy stanowią osoby po 50. roku życia.

Jakie są propozycje edukacyjne i kulturalne dla grupy „starych starych” (75 lat i więcej)? Jeżeli stan zdrowia im na to pozwala, mogą kontynuować edukację w UTW. Jednak brakuje, jak dotąd, pomysłu na instytucjonalne zagospodarowanie przestrzeni edukacyjnej osób w bardzo późnej starości, cieszących się dobrą kondycją psychofizyczną. Wydaje się, że sposobem na intelektualne i poznawcze ożywienie aktywności osób w sędziwym wieku jest edukacyjne zagospodarowanie środowisk im najbliższych – rodziny (dialog międzypokoleniowy), sąsiedztwa, wspólnoty wyznaniowej. Nie trzeba wiele – wystarczy rozmowa, dar czasu uzyskany od drugiego człowieka. Dzięki sprofilowanej ofercie mediów (radio, telewizja, fonografia, audiobooki, Internet) możliwa jest edukacja nieformalna, samokształcenie oparte o wewnętrzny dialog, zasoby własnej biografii, odnajdywanie sensu, (auto)refleksję. Osoby borykające się z kłopotami zdrowotnymi, z ograniczoną sprawnością, jako beneficjenci świadczeń pomocy społecznej mogą korzystać z oferty ośrodków wsparcia dziennego (np. dzienne domy pobytu). Osoby niesamodzielne, osamotnione czy przewlekłe chore mogą stać się użytkownikami usług domu pomocy społecznej. Placówki te proponują tzw. usługi wspierające, w skład których wchodzi bogata oferta kulturalno-edukacyjna (zob. Szarota, 2010).

2.4. Modele pomocy instytucjonalnej

Konstytucyjnie zagwarantowana pomoc państwa ma na celu zabezpieczenie społeczne swych obywateli (ubezpieczenie społeczne, pomoc i opieka, ochrona zdrowia, pomoc rodzinie). W życiu każdego człowieka może nadejść moment, gdy będzie chwilowo lub trwale, częściowo lub całkowicie zależny od pomocy otrzymywanej od osób trzecich. Ustawa o pomocy społecznej (2004 z późn. zm.) gwarantuje świadczenia dostępne nieodpłatnie osobom doświadczającym przejściowego lub trwałego kryzysu. Należy do nich praca socjalna, poradnictwo specjalistyczne, interwencja kryzysowa. Ustawodawca przewiduje także szereg świadczeń materialnych i opiekuńczych.

Istotną rolę w świadczeniu usług osobom w podeszłym i zaawansowanym wieku odgrywają ich opiekunowie, często spośród członków rodziny – niestety, wciąż pozbawieni wsparcia instytucjonalnego. Opiekunowie seniorów wykonują także usługi zlecone od-



płatnie: opłacani są przez samego seniora lub jego rodzinę (tzw. opieka nieformalna – sąsiedzka, znajomych, osób obcych lub w oparciu o umowę o pracę, podobnie jak w przypadku opiekunek dziecięcych lub niań).

W systemie pomocy społecznej funkcjonuje w kraju rozwinięty system usług środowiskowych i pobytowych, z podziałem na sektor publiczny i niepubliczny. Istotne jest uzyskanie przez podmioty prowadzące usługi (oparte na działalności gospodarczej lub działalności statutowej) zgody właściwego wojewody na ten rodzaj działalności. Jakiegokolwiek usługi pobytowe prowadzone bez zgody organów administracji są nielegalne.

Sektor publiczny, poprzez usługi przyznawane przez ośrodki pomocy społecznej i centra pomocy rodzinie (gminne, miejskie, powiatowe), wychodzi naprzeciw osobom zwracającym się o przyznanie konkretnego świadczenia. Starość zależna, wymagająca doraźnej, czasowej lub ciągłej opieki, determinowana jest szeregiem czynników, najczęściej występujących łącznie. Wśród nich wyróżnić można czynniki zdrowotne (wielochorobowość i jej skutki, upośledzenie zmysłów, utrata samodzielności funkcjonalnej, niedołężność, niedożywienie, zaawansowana starość) oraz społeczne (samotne zamieszkiwanie, złe warunki bytowe, bezdzietność, zła sytuacja materialna, zespoły utraty: wdowieństwo, rozwód, odejście dzieci, pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej, nadużycia, zaniedbania, przemoc w rodzinie, wydarzenia losowe) (Halicka, 2006, s. 244).

W strukturze pomocy środowiskowej można ubiegać się o świadczenia rzeczowe i materialne oraz o świadczenia w formie usług opiekuńczych (gospodarczych, pielęgnacyjnych, specjalistycznych). Można także występować o przyznanie miejsca w ośrodku wsparcia dziennego lub w dziennym domu pobytu. Po wyczerpaniu wszelkich możliwości, związanych z funkcjonowaniem seniora w naturalnych warunkach domowych, można wystąpić z prośbą o przyznanie miejsca w rodzinnym domu pomocy lub domu pomocy społecznej. W domach pomocy społecznej usługi kompleksowe są świadczone przez wykwalifikowany personel według obowiązującego standardu. Można także ubiegać się o zamieszkanie w placówce całodobowej opieki prowadzonej w ramach działalności statutowej (fundacje, stowarzyszenia, Kościoł katolicki i inne kościoły) lub działalności gospodarczej (tzw. domy opieki). Tam również wprowadzono przepisy regulujące minimalny poziom usług.

1. Świadczenia materialne i w formie usług opiekuńczych

Formy wsparcia adresowane do seniorów wynikają z ustawowo przewidzianych zadań własnych i zleconych jednostek samorządu terytorialnego. Najbardziej pożądaną przez seniorów i najczęściej przyznawaną formą pomocy są świadczenia finansowe. Przyznawane są zasiłki okresowe, celowe (np. na zakup żywności, odzieży, opatu, leków, na opłaty za użytkowanie lokalu mieszkalnego) i celowe specjalne oraz stałe, wyrównawcze. Można ubiegać się o opłacenia składki za ubezpieczenie zdrowotne czy np. składek na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnowała z zatrudnienia ze względu na konieczność sprawowania bezpośredniej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny. Obowiązkiem gminy jest zapew-

nienie schronienia i odzieży osobom tego pozbawionym, dożywianie najuboższych, sprawienie pogrzebu osobie samotnej. Zadania finansowe obejmują również dofinansowanie (z wykorzystaniem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych) uczestnictwa osoby niepełnosprawnej i jej opiekuna w turnusach rehabilitacyjnych, dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, korekcyjny, ortopedyczny, współfinansowanie likwidacji barier architektonicznych, barier w komunikowaniu się, dofinansowanie uczestnictwa w kulturze, rekreacji, turystyce. Wymienione zadania realizowane są z wykorzystaniem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Formy pomocy obejmują także usługi opiekuńcze (gospodarcze, pielęgnacyjne i specjalistyczne), rehabilitację, prowadzenie w oparciu o obowiązujące przepisy i standardy usług ośrodków wsparcia dziennego, domów dziennego pobytu, środowiskowych domów samopomocy, mieszkań chronionych, domów pomocy społecznej, rodzinnych domów pomocy oraz kierowanie do nich osób uprawnionych.

Kontraktowane lub specjalistyczne (zlecane przez lekarza) usługi opiekuńcze są odpłatne. Koszt ustala ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania skierowanej osoby. Polegają one na systematycznych wizytach w domu podopiecznego, ośrodkach wsparcia dziennego lub rodzinnych domach pomocy i realizacji wyznaczonego kontraktem zakresu usług. Jest to pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych, opieka higieniczna, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Do usług gospodarczych, prowadzonych przez opiekunów środowiskowych, należy pomoc w czynnościach dnia codziennego, przygotowanie posiłku, sprzątanie mieszkania, pranie bielizny pościelowej i odzieży osobistej, dbałość o higienę osobistą, robienie zakupów, załatwianie istotnych administracyjnie spraw, ułatwianie kontaktów z otoczeniem. Niezwykle istotne są tzw. rozmowy wspierające, czyli towarzyszenie seniorowi w codzienności, choćby przez czas wyznaczony kontraktem, podtrzymywanie jego zainteresowań. Usługi pielęgnacyjne obejmują mycie, kąpanie, ubieranie, dozowanie leków, zapobieganie powstawaniu odleżyn, odparzeń, karmienie, zmianę pościeli i odzieży itp. Powierzone są one pielęgniarcom środowiskowym, opiekunkom (np. z Polskiego Czerwonego Krzyża). Usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi powierzone są wykwalifikowanemu personelowi, ściśle według wskazań lekarza, najczęściej psychiatry.

2. Ośrodki wsparcia dziennego – dzienne domy pobytu

Placówki te przeznaczone są dla osób starszych, którym jest niezbędna asysta w codziennym życiu, jednak są one na tyle samodzielne, że nie muszą szukać schronienia w placówkach pobytu stałego. Starszy człowiek spędza w dziennym domu pobytu do 8 godzin dziennie, w towarzystwie wykwalifikowanego personelu i innych seniorów, korzystając z posiłków, rehabilitacji oraz bogatej oferty kulturalno-oświatowej. Może brać udział w terapii indywidualnej i grupowej. Placówki oferują opiekę w ciągu dnia,



w tym posiłki, rehabilitację, poradnictwo specjalistyczne, zajęcia kulturalno-oświatowe (w placówce i poza nią, np. wyjścia do kin i teatrów), imprezy rozrywkowe, towarzyskie (np. imieniny/urodziny pensjonariuszy, wieczery wigilijne i śniadania wielkonoce itp.), zajęciową terapię grupową i indywidualną dla podtrzymywania kondycji psychofizycznej, psychoterapię i wspólne z innymi osobami starszymi spędzanie wolnego czasu. Wszystkie zajęcia odbywają się pod opieką doświadczonych specjalistów – pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych, fizykoterapeutów. W zakres działań placówek wchodzi również usługi opiekuńcze, realizowane w mieszkaniach użytkowników z ograniczoną sprawnością funkcjonalną (zakupy, dostarczanie gotowych posiłków, realizacja recept). W niektórych dziennych domach pobytu można skorzystać z prysznica, usług fryzjerskich lub krawieckich. Świadczenia tych ośrodków są odpłatne. Cenę ustala się z uwzględnieniem sytuacji materialnej zainteresowanego. Odmiernym typem placówek, świadczących usługi dziennego pobytu, są środowiskowe domy lub kluby samopomocy, przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Przykładem funkcjonowania tego typu placówki może być środowiskowy dom samopomocy dla osób z chorobą Alzheimera. Tego typu placówki zapewniają 8-godzinną opiekę i pomoc terapeutyczną osobom chorym, skierowanym przez lekarzy specjalistów. Rodzina i opiekunowie osób chorych otrzymują wsparcie emocjonalne i edukacyjne, natomiast terapia nakierowana jest na podtrzymanie funkcji poznawczych czy treningi pamięci, w zakresie dostosowanym do stopnia rozwoju choroby podopiecznego. Także te świadczenia są odpłatne, ich wysokość ustala właściwa jednostka samorządu terytorialnego w porozumieniu z wojewodą.

3. Placówki opieki całodobowej

W polskim systemie pomocy społecznej rodzinne domy pomocy istnieją od 2005 roku. Istota ich działań sprowadza się do zapewnienia warunków pobytów od 3 do 8 starszych osób, wymagających całodobowej opieki. Jest to bardzo dobra propozycja dla osób, które nie odnajdują się w warunkach życia zbiorowego, charakterystycznego dla domów pomocy społecznej. Podmiotami prowadzącymi ten rodzaj usług mogą być organizacje pożytku publicznego lub osoby fizyczne. Każdy z mieszkańców ma zapewnione warunki sprzyjające zachowaniu intymności w maksymalnie trzyosobowych pokojach mieszkalnych, wyposażonych w indywidualne łóżka, szafy, krzesła, stoliki/szafki nocne. Budynek musi być pozbawiony barier architektonicznych. Personel placówki zaspokaja codzienne potrzebybytowe, opiekuńcze i religijne rezydentów; dba także o zachowanie dobrego stanu ich zdrowia. W ramach świadczonych usług mieszkaniac otrzymuje pomoc w załatwianiu spraw osobistych i urzędowych. Może swobodnie uczestniczyć w życiu społeczno-kulturalnym, korzystając z propozycji dostępnych dla ogółu mieszkańców danej miejscowości. W regulaminach placówek zawarte są postanowienia o nienaruszalności praw dotyczących poszanowania godności osobistej, wolności, prawa do intymności (zob. Mirewska, 2011).

We wszystkich 831 polskich domach pomocy społecznej – publicznych: regionalnych, gminnych, ponadgminnych, jak i prowadzonych w ramach działalności gospodarczej (osoby fizyczne i inne podmioty gospodarcze) lub działalności statutowej (kościół i związki wyznaniowe, stowarzyszenia, fundacje) – mieszkało w 2012 roku ponad 42 tys. osób w wieku powyżej 61 lat. Przebywając głównie w domach o profilu dla osób starszych oraz dla osób przewlekłe somatycznie chorych, stanowili oni ok. 54% ogółu mieszkańców (Statystyka MPiPS-05 za rok 2012, 2013).

Dom pomocy społecznej stanowi specyficzne środowisko życia zbiorowości osób dotkniętych podobnymi problemami. Z uwagi na rodzaj problemu dokonano sprofilowania usług domów na kilka typów. Znajdują się wśród nich domy dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekłe somatycznie chorych, osób przewlekłe chorych psychicznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie. W praktyce bardzo trudno jest utrzymać podstawowy profil usług, bowiem potrzeby społeczne (liczba osób oczekujących na miejsce w dps) są wciąż wyższe niż liczba dostępnych w placówkach miejsc.

Decyzja o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej jest trudna. Oznacza diametralną zmianę życiową. Opuszczenie własnego mieszkania dla wielu jest ostatecznym rozstrzygnięciem, decyzją podejmowaną w obliczu uświadomienia sobie utraty własnej niezależności, zgodą na funkcjonowanie w warunkach instytucji totalnej. Dlatego należy uczynić wszystko, by jak najdłużej wesprzeć osoby starsze w ich samodzielnym życiu. Jednak placówka pomocowa nie jest zamknięta – można tam przebywać w określonym kontrakcie czasie, ale można też dożyć końca swoich dni.

Domy pomocy społecznej zobowiązane są do świadczenia usług bytowych (zapewnienie lokum, pożywienia, ubrań i obuwia, środków higieny osobistej, podstawowych mebli i sprzętów), opiekuńczych (pomoc w utrzymaniu należytej higieny osobistej, opieka pielęgnarska i rehabilitacyjna, lekarstwa i środki opatrunkowe, wsparcie finansowe dla osób pozbawionych dochodu) i wspomagających (praca socjalna, poradnictwo, terapia zajęciowa, oferta kulturalno-rozrywkowa i edukacyjna, umożliwienie zaspokajania potrzeb religijnych zgodnie z wyznaniem mieszkańca), na poziomie wyznaczonym obowiązującym standardem. W praktyce oznacza to maksymalnie trzyosobowe pokoje mieszkalne dla osób poruszających się samodzielnie i czteroosobowe dla osób nieopuszczających samodzielnie łóżka. W przypadku pokoju jednoosobowego powierzchnia nie może być mniejsza niż 9 m², w wieloosobowych pokojach – minimum 6 m² na mieszkańca. Pojedyncze toalety i łazienki przeznaczone są do użytku nie więcej niż dla 4-5 osób. Wszystkie pomieszczenia muszą być pozbawione barier architektonicznych oraz dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Działania pracowników z jednoznacznie zdefiniowanymi kwalifikacjami nakierowane są na jak najdłuższe utrzymywanie dobrostanu i samodzielności mieszkańców, ich integrację społeczną, rozwój i podtrzymywanie zainteresowań, aktywizację. Personel zobowiązany jest do prowadzenia indywidualnych planów pomocy mieszkańcom, w oparciu o diagnozę i postępowanie terapeutyczno-rehabilita-



cyjne. Pobyt w placówce jest odpłatny, do 70% dochodu mieszkańca. W szczególnych przypadkach można go zwolnić z odpłatności, wówczas koszty pobytu pokrywa gmina właściwa z uwagi na miejsce zamieszkania seniora, a użytkownik otrzymuje „kieszonkowe” na własne potrzeby. Domy pomocy społecznej organizują wiele atrakcyjnych zajęć dla swoich użytkowników, a każdy z rezydentów powinien być traktowany indywidualnie i z poszanowaniem jego godności. Prawa i obowiązki rezydentów ujęte są w postanowieniach statutów i regulaminów domów. Mieszkańcy mogą organizować się w przedstawicielstwa, czyli samorządy. W placówkach tych systematycznie kontrolowany jest poziom i jakość udzielanych świadczeń.

Usługi podobnej jakości w zakresie świadczeń bytowych i opiekuńczych mogą wykonywać niepubliczne domy opieki, czyli prowadzone w ramach działalności statutowej lub gospodarczej placówki całodobowej opieki, które są wpisane do rejestru właściwego terytorialnie wojewody i uzyskały jego zgodę na funkcjonowanie. W odróżnieniu od domów pomocy społecznej, nie ma potrzeby instalowania w nich systemów alarmów przeciwpożarowych i dzwonek przyzywowych, nie muszą być także wyposażone w pomieszczenia i sprzęt do terapii i rehabilitacji. Nie ma tu też obowiązku prowadzenia terapii zajęciowej oraz wykonywania zadań służących aktywizacji mieszkańców. Nie ma wreszcie obowiązku dbania o usprawnianie i aktywizację podopiecznych, organizowania imprez kulturalnych, prenumerowania prasy, posiadania biblioteczki. Są systematycznie kontrolowane.

Tak skonstruowany i prawidłowo realizujący funkcje założone system pomocy społecznej wraz z propozycjami spoza sektora Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, czyli zakładami opiekuńczo-leczniczymi i zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, jest gwarancją troski państwa o los i godne życie także tych najciężej doświadczonych i najuboższych ekonomicznie. Warunkiem jest optymalna jakość usług i świadczeń pomocowo-opiekuńczych. Zapewnić ją mogą jedynie wykwalifikowane kadry, właściwie przygotowane do wypełniania zadań zawodowych.

Rozdział III

Zofia Szarota

Specyfika pracy socjalnej z seniorami – wybrane aspekty

Zadania z zakresu pomocy społecznej – za sprawą dominujących wektorów polityki socjalnej, nakierowanej na normalizację (inkluzję) społeczną – są systematycznie wdrażane w obszar praktyki społecznej i codzienność obywateli. Celem pomocy społecznej, jako instytucji polityki społecznej państwa, jest „umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości” (Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 z późn. zm.).

Polska ustawa o pomocy społecznej, wyodrębniając kategorie problemów będących podstawą do ubiegania się o świadczenia, słusznie nie uwzględnia osób starszych. Starość, jako naturalna faza rozwojowa nie stanowi przyczyny ubiegania się o świadczenia pomocowe, nie jest bowiem stanem, który ogranicza człowieka, odbierając mu możliwość samostanowienia, samodzielności i sprawności funkcjonalnej, swobodnego decydowania. Współwystępujące ze starością negatywne czynniki, jak: ubóstwo, przewlekła bądź ciężka choroba, niepełnosprawność, samotność, problemy z samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domowego, bezdomność, toksykomania, przemoc w rodzinie, sytuacje kryzysowe, zdarzenia losowe – mogą być podstawą uzyskiwania świadczeń i usług kontraktowanych w jednostkach i ośrodkach pomocy społecznej. Problemy ustalone w wyniku diagnozy zaniedbywanych potrzeb osoby w podeszłym wieku mogą być przyczyną i podstawą ubiegania się przez nią o świadczenia gwarantowane prawem.

3.1. Pracy socjalna z i na rzecz osób starszych

Celem pracy na rzecz seniorów jest dążenie do poprawy jakości ich życia, do godnego starzenia się poprzez aktywizację społeczną. Podstawowym narzędziem, wykorzystywanym w realizacji działań pomocowych, jest praca socjalna. Współczesnym realizatorem zadań pracy socjalnej jest grupa zawodowa, którą stanowią wykwalifikowani pracownicy socjalni. Według Międzynarodowej Federacji Pracowników Socjalnych (International Federation Social Workers) praca socjalna to zawód wspierający „zmianę społeczną, rozwiązywanie problemów powstających w relacjach międzyludzkich oraz wzmacnianie i wyzwalamie ludzi dla wzbogacania ich dobrostanu. Wykorzystując teorie ludzkich zachowań i systemów społecznych, praca socjalna interweniuje w miejscach, gdzie ludzie wchodzą w interakcje ze swoim środowiskiem. Fundamentalnymi dla pracy socjalnej są zasady praw człowieka i sprawiedliwości społecznej” (zob. Marynowicz-Hetka, 2006, s. 359). Ustawa o pomocy społecznej z roku 2004 określa pracę socjalną jako „działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (art. 6, pkt 12).



koordynacja
na rzecz
aktywnej
integracji

Współczesna praca socjalna może przyjmować zróżnicowane formy – od ratownictwa, interwencji i pomocy doraźnej do długotrwałych działań, wspierających rozwój jednostek, grup i zbiorowości, opiekę, pomoc i kompensację oraz doradztwo specjalistyczne (socjalne, prawne, psychologiczne, rodzinne) i interwencję kryzysową.

Zadania i funkcje wypełniane przez służby socjalne wyznaczają zakres ich ról zawodowych. Przyjmują one różne wzory postępowania: pomocnika, ratownika, doradcy, informatora, animatora, reformatora, planisty, koordynatora, administratora, konsultanta, adwokata, arbitra, pośrednika, mediatora, negocjatora, terapeuty, edukatora, organizatora, rzecznika, opiekuna, powiernika, obrońcy, osoby towarzyszącej (zob. Szarota, 2012, s. 141-142).

W grupie zadań pracownika socjalnego znajdują się, poza pracą socjalną, czynności polegające na analizowaniu i ocenie problemów, które stały się przyczyną wystąpienia o świadczenie z pomocy społecznej, kwalifikowanie do ich uzyskania, informowanie, doradztwo i poradnictwo w rozwiązywaniu istotnych życiowo spraw i uzyskiwaniu pomocy – podejmowane zgodnie z obowiązującym prawem i w oparciu o współpracę z innymi specjalistami oraz działalność organizacji pozarządowych. Udzielanie pomocy ma charakter bezpośredni i oparte jest na zasadach etyki pomocy zawodowej. Służy rozbudzaniu społecznej aktywności i działań samopomocowych, pozwalających zaspokajać najistotniejsze potrzeby klientów oraz wprowadzać profilaktykę i kompensację zaistniałych skutków problemów i kwestii społecznych. Od pracowników socjalnych oczekuje się wprowadzania nowatorskich form pomocy, współuczestniczenia „w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia” (Ustawa o pomocy..., art. 119). Istotną cechą pracy socjalnej jest więc pomaganie człowiekowi w rozwoju. Ważnym aspektem jest aktywizowanie beneficjentów oraz społeczności lokalnej w ramach tzw. pomocy dla samopomocy, czyli animowanie określonej zbiorowości, uruchamianie sił tkwiących w środowisku.

Praca socjalna ma zawsze charakter etapowy. Pierwszym krokiem jest rzetelna diagnoza problemu lub zjawiska społecznego w oparciu o wywiad środowiskowy. Następnym etapem jest właściwe zaplanowanie koniecznych działań, kolejno następuje faza realizacji wyznaczonych zadań i ewaluacja efektów wspólnej pracy.

3.2. Klasyczne metody pracy wykorzystywane w środowisku i w placówkach pobytowych

Metoda indywidualnych przypadków (case work), metoda pracy grupowej (group work) i metoda organizacji środowiska lokalnego (community work) to tradycyjne metody wykorzystywane w pracy socjalnej. Jest ona realizowana także w oparciu o tzw. kontrakt socjalny, czyli pisemną umowę zawartą z osobą ubiegającą się o pomoc, określającą uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej danej osoby lub rodziny.

Kontrakt socjalny reguluje zasady współpracy tych osób z ośrodkiem pomocy społecznej. Odmowa zawarcia kontraktu socjalnego albo niedotrzymywanie jego postanowień mogą być podstawą do odmowy przyznania świadczenia (Ustawa o pomocy..., art. 6, pkt 6, art. 108, pkt 1). Zawarty kontrakt zobowiązuje klientów do świadomej partycypacji w dążeniu do pomyślnego rozwiązywania swoich problemów. W praktyce ten rodzaj działania z/na rzecz osoby w podeszłym wieku ma bardzo niewielkie zastosowanie.

Skuteczność udzielanej pomocy zależy w dużym stopniu od realizacji zasad pracy socjalnej, towarzyszących metodzie indywidualnych przypadków¹⁹, szczególnie akceptacji i indywidualizacji, bowiem osoby starsze nie są grupą jednorodną. Jedni są fizycznie i intelektualnie sprawni, mogą uczestniczyć w życiu społecznym, w stosunku do innych – obciążonych niepełnosprawnością i cierpiących – działania muszą być ukierunkowane na opiekę, a nawet wyręczenie. Wybór dominującego podejścia warunkuje sytuacja psychofizyczna i społeczna seniora, postawa wobec własnej starości, stan zdrowia i faza starości, w której się znajduje.

Zadania pomocy społecznej w stosunku do osób starszych, mieszkających w środowisku domowym, są realizowane przez: 1) pracownika socjalnego w zakresie diagnozowania sytuacji materialnej i rodzinnej (przede wszystkim stopnia niesprawności i ubóstwa) w celu ustalenia wskazań do przyznania pomocy społecznej; 2) opiekuna środowiskowego w zakresie usług opiekuńczych; 3) personel specjalistyczny (pielęgniarkę, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego itp.) w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Warunkiem podstawowym udzielenia pomocy jest zgłoszenie się klienta lub jego pełnomocnika do ośrodka pomocy społecznej z prośbą o zajęcie się jego sprawą. Niestety, wiele osób starszych nie wie, do jakich świadczeń i w jakich sytuacjach życiowych ma prawo do otrzymania wsparcia. Optymalny model pomocy społecznej, w którym pracownicy socjalni byłiby bardzo dobrze zorientowani w potrzebach wszystkich mieszkańców swojego rejonu, i odwiedzali ich systematycznie w domach, jest w polskich warunkach nierealny. Należy podjąć starania zorientowane na szeroki kolportaż poradników i instrukcji postępowania, ułatwiających poruszanie się w przepisach prawa, które są już dobrze opracowane, lecz rozprowadzane w nielicznych zbiorowościach lub publikowane w wersji elektronicznej. Utworzenie np. przy ośrodkach zdrowia i ośrodkach pomocy społecznej lub parafiach punktów doradztwa geragogicznego mogłoby stać się podstawą do optymalizowania efektów pracy socjalnej.

Praca z osobą starszą jest trudna i absorbująca, dlatego też w warunkach środowiskowych najczęściej stosowana jest metoda indywidualnych przypadków, jako metoda najskuteczniejsza. Praktyczny wymiar pracy socjalnej z osobami starszymi, pozostającymi we własnym środowisku, obejmuje szereg działań²⁰. Bez wątpienia należą do nich: udzie-

19 akceptacji, komunikacji, indywidualizacji, uczestnictwa, zaufania i poszanowania prywatności oraz samoświadomości

20 Szczegółową klasyfikację opublikowano w: Szarota, 2010, s. 269-271. Opracowanie własne na podstawie analizy wyników wywiadu fokusowego przeprowadzonego z pracownikami socjalnymi.



lanie pomocy w zaspokajaniu potrzeb bytowych ale i rozwojowych, udzielanie informacji i poradnictwo.

Myśl tę można uszczegółowić poprzez wyodrębnienie działań, składających się na pomoc w pozyskaniu środków materialnych i finansowych, należnych na mocy prawa świadczeń z pomocy społecznej, pomoc w uzyskaniu świadczeń emerytalno-rentowych, w uzyskaniu ulg, umorzeń itp., w uzyskaniu pomocy materialnej od organizacji pozarządowych. Znajdzie się tutaj także pomoc w załatwianiu różnych spraw urzędowych.

Działania pracownika socjalnego służyć mogą staraniom o zapewnienie godziwych warunków mieszkaniowych, obejmującym pomoc w zakresie uzyskania dodatku mieszkaniowego, załatwienia formalności związanych z zameldowaniem, złożenia wniosku o przydział lokalu zastępczego, mieszkania socjalnego, w końcu – interwencji u administratora w celu przeciwdziałania eksmisji.

Ważną kwestią jest pomoc i edukacja w zakresie kształtowania umiejętności zarządzania pieniędzmi (budżetem domowym), realizowana przez tzw. treningi ekonomiczne, czyli kształtowanie nawyków terminowego i regularnego uiszczania koniecznych opłat oraz wskazywanie możliwości racjonalnego wydawania środków finansowych.

Praca socjalna podejmowana jest także na rzecz poprawy stanu zdrowia poprzez ułatwienie uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych, pomoc w realizacji recept, w staraniach o hospitalizację i w dotarciu do szpitala, pomoc w zorganizowaniu wizyty lekarza w domu chorego, pomoc w uzyskaniu sprzętu medycznego lub ortopedycznego, zapewnieniu usług rehabilitacyjnych świadczonych ambulatoryjnie bądź w placówce stacjonarnej, edukację w zakresie profilaktyki i higieny zdrowotnej w rodzinie.

Ważne są działania podejmowane na rzecz wykorzystania uprawnień osoby niepełnosprawnej, obejmujące pomoc w ustaleniu stopnia niepełnosprawności, pomoc w uzyskaniu legitymacji osoby niepełnosprawnej, w dostosowaniu mieszkania do potrzeb osoby niepełnosprawnej, pomoc w uzyskaniu sprzętu medycznego lub ortopedycznego, pomoc w uzyskaniu skierowania na turnus rehabilitacyjny (w tym dla opiekuna niepełnosprawnej lub przewlekle chorej osoby) lub do sanatorium, pomoc w uzyskaniu usług opiekuńczych specjalistycznych (w tym w domu chorego), pomoc rodzinie w radzeniu sobie z następstwami choroby, skierowanie na zajęcia edukacyjne, do grupy wsparcia, grupy samopomocy itp.

Do pracownika socjalnego należy także podjęcie działań w celu częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia i ustanowienia opiekuna prawnego dla osoby wymagającej ze względu na stan zdrowia tego rodzaju interwencji.

Wskazać należy pracę socjalną na rzecz wspomagania prawidłowego funkcjonowania rodziny poprzez mediacje i pomoc w rozwiązywaniu konfliktów, pomoc w docieraniu do rodzinnego poradnictwa specjalistycznego oraz do ośrodków interwencji kryzysowej. W przypadku występowania przemocy istotna jest pomoc w rozwiązaniu tego problemu, w szczególności wypełnienie niebieskiej karty oraz udzielenie informacji o kompetencjach policji, prokuratury i sądu oraz pomoc w nawiązywaniu kontaktu z tymi insty-

tucjami w celu zapewnienia opieki osobom starszym i niepełnosprawnym oraz działań interwencyjnych wobec osoby zaniedbanej, zagrożonej, potrzebującej pomocy.

Konieczne jest zapewnienie usług opiekuńczych w domu osoby starszej, niepełnosprawnej lub samotnej, budowanie systemu wsparcia środowiskowego dla osób starych i/lub niepełnosprawnych – tym m.in.: wolontariat, pomoc w uzyskaniu możliwości pobytu w dziennych placówkach wsparcia dla osób niepełnosprawnych i starszych, pomoc w dotarciu do organizacji pozarządowych, zajmujących się osobami starszymi, niepełnosprawnymi i z zaburzeniami psychicznymi, pomoc w zapewnieniu opieki całodobowej, np. w domu pomocy społecznej a następnie nadzorowanie i kontrola jakości świadczonych usług opiekuńczych i wspomagających.

W działaniach wynikających z zadań pracownika socjalnego często pomijana jest pomoc w poszerzaniu sieci kontaktów interpersonalnych, organizowaniu czasu wolnego (zwłaszcza poprzez realizowanie środowiskowych projektów socjalnych), aktywizowanie społeczności lokalnej i wykorzystywanie zasobów środowiskowych. Istotne jest uwrażliwianie członków społeczności lokalnej na obecność w niej osób starszych, respektowanie ich potrzeb, uświadamianie konieczności wsparcia, kreowanie współtętnienia pokoleń opartego na dialogu.

Jedną z form pracy socjalnej jest poradnictwo specjalistyczne: prawne, psychologiczne i rodzinne, czyli udzielanie informacji, wskazówek oraz pomocy w zakresie rozwiązywania problemów osób i rodzin, które przeżywają trudności lub wykazują potrzebę uzyskania wsparcia w rozwiązywaniu problemów, bez względu na posiadany dochód.

Pracownik socjalny powinien być koordynatorem działań innych specjalistów, przewodnikiem i doradcą dla osoby starszej, podejmującym działania wspierające, kierujące, podtrzymujące, informujące, towarzyszące, opiekuńcze, mediacyjne i motywujące. Celem udzielanej pomocy jest utrzymywanie optymalnego funkcjonowania beneficjentów w dotychczasowym środowisku najdłużej, jak to jest możliwe. Po wyczerpaniu wszelkich możliwości starszy wiekiem klient może wystąpić z wnioskiem o przydzielenie miejsca w placówce opieki całodobowej.

W przypadku działań z obszaru pracy socjalnej, realizowanej w placówkach pobytu całodobowego, czynności pracownika socjalnego, wykorzystujące metody indywidualnych przypadków, mają nieco inny zakres. Kontakt z potencjalnym mieszkańcem nawiązywany jest jeszcze przed jego zamieszkaniem w domu pomocy społecznej, w porozumieniu z właściwym ośrodkiem pomocy społecznej: gromadzona jest dokumentacja, dotycząca spraw socjalno-bytowych i stanu zdrowia seniora, a starający się o miejsce powinien zapoznać się z infrastrukturą placówki, rozkładem poszczególnych pomieszczeń, rytmem dnia, ofertą usług wspierających i pozostałymi elementami, wyznaczającymi specyfikę przebywania w placówce. Po przyjęciu nowego rezydenta otaczany jest on szczególną opieką, by złagodzić stres i przyspieszyć proces adaptacji. Przeprowadza się diagnozę indywidualnych potrzeb mieszkańca, powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, które następnie opracowują indywidualne plany wsparcia (najlepiej przy udziale samego



mieszkańca). Określone w nich zostają: sprawność zmysłów, sprawność sfery poznawczej, sprawność motoryczna i ruchowa, zakres samodzielności i zdolności do samoobsługi, jakość kontaktów międzyludzkich. Indywidualne plany przewidują metody i terminy osiągania zamierzonych celów, proponują zestaw usług opiekuńczo-wspomagających w zakresie terapii i rehabilitacji, usług socjalnych, zdrowotnych, religijnych, kulturalnych. Prognozują i ewidencjonują zabiegi medyczne. Indywidualny plan wsparcia powinien być własnoręcznym podpisem przyjęty do wiadomości przez zainteresowaną osobę. Jest to zawiązanie i realizacja swoistego kontraktu socjalnego (por. Szarota, 2011, s. 36).

W praktyce środowiskowej pracownikom socjalnym trudno jest stosować metodę pracy grupowej. Najczęściej znajdują one zastosowanie w pracy ośrodków wsparcia dziennego, dziennych domach pobytu, klubach seniora oraz w publicznych domach pomocy społecznej. Przykładem może tu być proces rewalidacji i rehabilitacji, terapia zajęciowa, sekcje i koła zainteresowań, grupy edukacyjne, wykonywanie wspólnych zadań. Użytkownicy i mieszkańcy często realizują się w amatorskim ruchu artystycznym, tworząc grupy śpiewacze lub teatralne. Group work udaje się też zastosować w postaci projektu socjalnego, realizowanego przez personel placówki lub grupy zewnętrzne (np. przedszkolaki, młodzież szkolna) i skierowanego ku wybranej, zainteresowanej grupie mieszkańców.

W pracy z najstarszymi klientami pomocy społecznej stosowana jest także metoda organizowania środowiska. Przeprowadzona musi zostać w pierwszej kolejności diagnoza potrzeb, braków i zagrożeń, identyfikacji problemów i zasobów społecznych. Zasadniczym celem tej metody jest wspieranie rozwoju – dotyczy to zarówno osób, jak i warunków ich życia. W pierwszej kolejności należy wesprzeć w sprawowaniu opieki rodzinę. Można zaangażować w te działania wolontariuszy, sąsiadów i przyjaciół osób starszych. Istnieje silna potrzeba tworzenia wspólnoty, budowania w społecznościach lokalnych koalicji przyjaznej seniorom. Realizując community work można, co jest stosunkowo często spotykane, wdrożyć projekt socjalny, animujący środowiskową działalność (np. klubu seniora czy warsztatów komputerowych), zorganizować prelekcję, której słuchaczami będą starsi wiekiem okoliczni mieszkańcy. Można inspirować do tworzenia w przestrzeni publicznej miejsc przyjaznych seniorom, nakłaniać samorządy lokalne do dofinansowywania biletów do kin, muzeów i innych instytucji kultury, a także różnych odmian rekreacji (np. programy z zakresu kultury fizycznej na pływalniach, w parkach wodnych itp.).

W warunkach pobytu stałego metoda środowiskowa znajduje ciągłe zastosowanie. Dzięki usługom wspomagającym seniorzy z domów pomocy społecznej mają dobrze zaaranżowaną przestrzeń wspólnego życia w placówce oraz poza nią, mogą realizować się poprzez ruch samorządowy, otrzymują interesujące propozycje aktywizujące ich w przypadku nadmiaru czasu wolnego, budowana jest wspólnota sąsiedzka, nawiązywane między- i wewnątrzpokoleniowe kontakty interpersonalne, aranżowane działania integrujące seniorów ze społecznością lokalną i społecznościami innych placówek pobytowych. Praca socjalna znajduje zastosowanie we wszystkich środowiskach życia człowieka starszego: w rodzinie, środowisku lokalnym, w organizacjach seniorskich i prose-

nioralnych, specjalistycznych poradniach, instytucjach i placówkach upowszechniania wiedzy, ośrodkach zdrowia, szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, prywatnych domach opieki.

3.3 Kwalifikacje kadr gerontologicznych

Na przełomie stuleci przyjęty został imperatyw aktywnego starzenia się (active ageing, vital ageing). W dokumentach ONZ oraz Unii Europejskiej uwzględniana jest definicja WHO, ujmująca tę kwestię jako „proces optymalizacji możliwości osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem zdrowia, uczestnictwa w życiu społecznym i bezpieczeństwa w celu podniesienia poziomu jakości życia w miarę upływu lat” (Ervik, Helgø y, Christensen, 2006, s. 571). Koncepcja aktywnego starzenia się jest bez wątpienia paradygmatem współczesnej gerontologii, jednak aktywne starzenie się wymaga właściwego przygotowania nie tylko seniorów, ale i całego społeczeństwa, wszystkich grup wiekowych, wszystkich pokoleń. Jest to zadanie trudne, wymagające zmiany w stereotypowym postrzeganiu problemów starości. Musi zostać podjęte jak najwcześniej, najpóźniej w dojrzałości, by efekt aktywnego starzenia się wystąpił w danej kohorcie.

W filozofii i naukach o wychowaniu od czasów starożytnych akcentowana jest konieczność objęcia oddziaływaniem edukacyjnym człowieka w pełnym cyklu życia, a więc także w starości. Można przywołać postaci Sokratesa (469-399 p.n.e.), Platona (427-347 p.n.e.), Marka Tulusza Cicerona (106-43 p.n.e.), Lucjusza Anneusza Seneki (ok. 4 p.n.e.-65 n.e.), którzy, dostrzegając w starości wielki potencjał wiedzy i mądrości, nakazywali szacunek wobec seniorów, a im samym przykazali dbałość o dobrą jakość życia, zachowanie aktywności i sił witalnych. Podobnie jak wielki pisarz pedagogiczny czasów nowożytnych, Jan Amos Komeński (1592-1670), który w Pampaedii (Wszechświecie) wyznaczył zadania dla starców, znajdujących się w Schola Senii, czyli w szkole starości. Szkołę tę, obok szkoły mężczyzn i szkoły śmierci, zaklasyfikował do szkół „osobistych”, spełniających się poprzez samowychowanie, poznawanie i odkrywanie, swoisty styl życia, polegający na generowaniu wiedzy nie tylko poprzez interakcję z drugim człowiekiem, ale i własnym wnętrzem. Wyodrębnił w niej trzy klasy:

- I. Wkraczających w próg starości i robiących przegląd swych obowiązków (wykonanych i czekających na wykonanie)
- II. Tych, którzy weszli już w dojrzałą starość i śpieszą się, by dokończyć tych prac, jakie im pozostały.
- III. Zgrzybiałych i niczego nie oczekujących prócz śmierci (Komeński, 1973, s. 269).

Proponując swoiste treści kształcenia, przewidziane w programie owej szkoły, powierzył starcom określone zadania do wykonania. W fazie pierwszej, którą nazywa starością „świeżą”, należy przeprowadzić bilans życia i dotychczasowych dokonań, zaplanować najbliższą przyszłość i wprowadzić rozważny, przemyślany tryb życia. W starości „posuniętej” (II faza) należy zachować powagę obyczajów, zdrowy umysł, nienaganne zachowanie. Starość ma być niczym „zwierciadło cnót, filar porządku” zaś starcy mają być

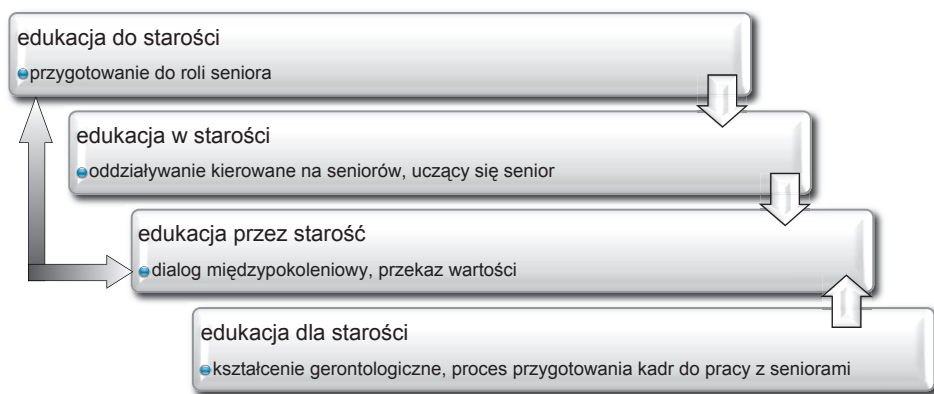


„aktywni w nawoływaniu do wszystkiego, co dobre. (...). Być naprawdę mądrym: rzetelną posiąść mądrość, rzetelnie mówić, rzetelnie działać” (ibidem, s. 267-282). Powinnością starości zgrzybatej (III fazy) jest przygotowanie się do śmierci, do przejścia w nowy wymiar życia – nieśmiertelnego.

Wątki te podjęła XX-wieczna myśl pedagogiczna, a w ślad za nią inne nauki z grupy społecznej i humanistycznej. Narodziła się nowa dziedzina nauk o wychowaniu: geragogika. Termin ten został wprowadzony do piśmiennictwa przez Ferdynanda Adalberta Kehrera (1952) oraz Hansa Mieskesa (1956) (zob. Halicki, 2007, s. 19) i oznacza pedagogikę starzejących się i starych ludzi. Jest uwzględniana w pedagogice ze względu na kryterium rozwojowe, czyli fazę życia poddawaną oddziaływaniu edukacyjnemu. W literaturze naukowej, w celu pełnego oddania istoty tej nauki proponowano różne określenia: gerontologia oświatowa, gerontologia edukacyjna, gerontogogika - nauka o wychowaniu ludzi starych, pedagogika ludzi starych, pedagogika starości, pedagogika trzeciego wieku, pedagogika podeszłego wieku, geragogia, gerontologia pedagogiczna, gerontopedagogika, gerontologia wychowawcza, andragogika podeszłego wieku, kształcenie i wychowanie osób w podeszłym wieku, wychowanie do starości, kształcenie w późnej dorosłości, eldergogy – eldergogika.

Rysuje się konieczność wypełnienia treściami nowej subdyscypliny pedagogicznej – gerontologii edukacyjnej, zawierającej elementy psychologii poznawczej, społecznej, dydaktyki, dydaktyki dorosłych itd. – po to, by edukacja gerontologiczna była poprawna metodycznie, aby jej treści korelowały z potrzebami społecznymi i indywidualnymi potrzebami poznawczymi, by proces kształcenia/uczenia się przynosił założone efekty. Będzie rozgrywał się ów proces na kilku płaszczyznach (rys. 9):

Ryc. 9. Geragogika jako specjalistyczna dyscyplina pedagogiki i andragogiki



Źródło: opracowanie własne

W bieżących działaniach oświatowych wiele programów nakierowano na samych seniorów (edukacja w starości), wciąż jednak za mało dzieje się w dialogu międzygeneracyjnym (wychowanie do starości i przez starość). Pokolenia żyją obok siebie, mijając się

w preferencjach i wartościach. Młodsze pokolenia zdają się nie wierzyć w to, że i one kiedyś będą stare, toteż nie słuchają przekazu starszych. Starsi gderliwie niecierpliwą się, z gniewem odwracają się od pędzącego świata, którego zdają się nie rozumieć, ale który i ich przestał rozumieć.

Także edukacja dla starości, czyli proces kształcenia kadr gerontologicznych nie ma wymiaru powszechnego, występuje rzadko, na kilku zaledwie kierunkach prowadzonych przez szkoły policealne oraz na wybranych specjalnościach kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym. Edukacja gerontologiczna jest proponowana w procesie dokształcania i doskonalenia zawodowego służb społecznych i opieki medycznej, czyli obejmuje w zasadzie zawody tzw. regulowane, które realizują zadania sprzężone z pracą socjalną, pomocą społeczną, opieką pielęgniarstwa. Tytułowe pojęcie – kadry gerontologiczne – dotyczy osób, które w swej zawodowej działalności spotykają się z problemami osób w podeszłym wieku. Są to wszystkie osoby oddziaływujące intencjonalnie i w ramach instytucjonalnych na jednostki i grupy ludzi w starszym wieku. Wśród nich wyróżnić należy kadry bezpośredniego kontaktu, pracujące twarzą w twarz z seniorami, objęte rygorami umożliwiającymi wykonywanie zawodu, oraz kadry pośredniego kontaktu, do których zaliczane są osoby pracujące na rzecz seniorów, poprzez upowszechnianie wiedzy, dotyczącej omawianej fazy życia ludzkiego, wpływające na kształtowanie stosunku i postaw społeczeństwa wobec starości (zob. Szarota, 2004). Kadry bezpośredniego kontaktu zatrudniane są np. w jednostkach pomocy społecznej, środowiskowych i pobytu stałego. Zaliczyć do nich można następujące zawody: pracownik socjalny, opiekunka środowiskowa, asystent seniora (asystent osoby niepełnosprawnej), opiekun w domu pomocy społecznej, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy oraz stanowiska zajmowane przez personel pomocniczy – pod warunkiem włączenia w zakres powinności zadań związanych z funkcją pracownika tzw. pierwszego kontaktu. Jest to także personel zatrudniony w jednostkach służby zdrowia, takich jak przychodnie i stacje medyczne, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze, szpitale (w szczególności oddziały opieki geriatrycznej), hospicja, przede wszystkim pielęgniarki i pielęgniarzy środowiskowe oraz opiekunowie medyczni. W grupie tej znajduje się również kadra organizacji seniorskich i prosenioralnych oraz edukatorzy osób starszych, czyli instruktorzy w domach kultury, klubach, wykładowcy UTW i innych form edukacyjnych, doradcy geragogiczni, przewodnicy ruchu turystycznego, wycieczek, instruktorzy ruchu fizycznego, instruktorzy amatorskiego ruchu artystycznego, wszyscy prowadzący działalność w stosunku do emerytów. W grupie zawodów, do których przygotowują szkoły policealne, znajdują się opiekunowie w domach pomocy społecznej, asystenci osób niepełnosprawnych, opiekunki środowiskowe, opiekunowie medyczni (Kucharska, Zdebska, 2011, s. 61 i dalej). W szkołach tych zachodzi proces kształcenia, którego cele są zoperacjonalizowane, a zdobyte umiejętności i wiedza poddane zewnętrznej ocenie, stanowią więc gwarancję wysokiego poziomu nabytych kompetencji. Sylwetka absolwenta i zadania zawodowe tych osób ujęte są w Krajowe Ramy Kwalifikacji, poprzez które zaliczane są do tzw. zawodów regulowanych.



Przykładowo do zadań opieunki środowiskowej (2 semestry kształcenia) zaliczono:

1. Pomaganie podopiecznemu w codziennych czynnościach domowych – zakupy, sprzą-
tanie, gotowanie, pranie.
2. Pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie, higienę osobistą ludzi chorych i niepełnospraw-
nych.
3. Udzielanie pierwszej pomocy w przypadkach zagrożenia zdrowia i życia podopiecznego.
4. Mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego i rozwijanie
jego zainteresowań.
5. Aktywizowanie podopiecznego do zwiększania samodzielności życiowej.
6. Doradztwo w zakresie planowania i organizacji gospodarstwa domowego.
7. Kontaktowanie się z różnego rodzaju instytucjami w celu rozwiązywania problemów
zdrowotnych, materialnych, mieszkaniowych, rodzinnych i prawnych podopiecznego.
8. Inicjowanie pozytywnych relacji międzyludzkich w najbliższym otoczeniu podopiecz-
nego, a zwłaszcza z członkami jego rodziny (Kucharska, Zdebska, 2011, s. 63-64).

Do zadań opiekuna w domu pomocy społecznej (4 semestry kształcenia) należy:

1. Pomoc i towarzyszenie człowiekowi w codziennych czynnościach z zakresu samoob-
sługi i higieny osobistej (mycie, kąpanie, ubieranie, czesanie, golenie, pomoc w sianiu
łóżka, zmianie bielizny pościelowej, udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych lub akty-
wizujących zaleconych przez lekarza bądź terapeutę).
2. Pielęgnowanie oraz dbanie o zdrowie i higienę osobistą osób chorych i niesamodziel-
nych.
3. Aktywizowanie podopiecznego do zwiększenia jego samodzielności życiowej.
4. Doradzanie w zakresie planowania wydatków lub sposobu spędzania czasu wolnego.
5. Mobilizowanie podopiecznego do aktywnego spędzania czasu wolnego oraz rozwija-
nie jego zainteresowań.
6. Udzielanie pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia podopiecz-
nego.
7. Aktywne uczestniczenie w procesie rehabilitacji i aktywizacji podopiecznego oraz wy-
konywanie określonych zadań pod nadzorem lub na zlecenie lekarza bądź terapeuty.
8. Kształtowanie pozytywnych relacji interpersonalnych w najbliższym otoczeniu pod-
opiecznego.
9. Udzielanie wsparcia w sytuacjach trudnych, kryzysowych (ibidem).

W przypadku kształcenia akademickiego warto projektować nowe kierunki czy spe-
cjalności o multidyscyplinarnym charakterze, które – poza podstawowymi dla danego
kierunku treściami – uwzględnić będą rozbudowane i wieloaspektowe zagadnienia ge-
rontologiczne. Od lat dyskutowana jest nieobecność treści gerontologicznych w planach
studiów medycznych. W sytuacji przyspieszonego tempa starzenia się społeczeństwa
jest to kardynalny błąd. Również w grupie nauk społecznych brakuje zainteresowania
treściami gerontologicznymi. Na specjalnościach pedagogicznych młodzi ludzie chętniej
podejmują studia przygotowujące ich do pracy z dziećmi niż z osobami starszymi, mimo

istnienia propozycji edukacyjnych z obszaru geragogiki czy gerontopedagogiki. Błędne decyzje edukacyjne można częściowo zrekompensować poprzez uczestnictwo w ofercie studiów podyplomowych, podczas których zaledwie w cztery semestry można zdobyć nowy, potrzebny, przydatny i ceniony społecznie zawód. Jak się jednak okazuje, problematyka gerontologiczna nadal nie cieszy się popularnością także i w tej ofercie edukacyjnej. W nurcie dokształcania i doskonalenia zawodowego, obok propozycji służących zdobyciu stopni specjalizacji zawodowej lub awansu, warto intensywniej wprowadzać ofertę krótkich, kilkudziesięciogodzinnych kursów lub warsztatów aktualizujących wiedzę i umiejętności pracowników danego resortu lub działu gospodarki, po to, by otworzyć usługi i produkcję na potrzeby osób w podeszłym i zaawansowanym wieku. Bez wątplenia dla tak przygotowanych kadr pracy nie zabraknie.

Natomiast do kadr pośredniego kontaktu zaliczyć można osoby, które poprzez swoje czynności zawodowe oddziałują na opinię publiczną, kreując wizerunek starości jako fazy życia, uwrażliwiając i przybliżając społeczeństwu jej problemy oraz kształtując nawyki konieczne dla pomyślnego życia w zdrowiu i optymalnego starzenia się. Są wśród nich nauczyciele wszystkich poziomów edukacji, autorzy i producenci programów radiowo-telewizyjnych, autorzy książek i publikacji w czasopismach, broszur o profilaktyce starości, których audytorium stanowią osoby w zaawansowanym wieku. Są to także pracownicy administracji państwowej oraz samorządów terytorialnych, przygotowujący i wdrażający projekty ochrony prawno-socjalnej, dotyczące najstarszych obywateli, członkowie lobby, stowarzyszeń i organizacji społeczno-politycznych, których działalność skoncentrowana jest wokół problematyki osób starszych, zaspokajania ich potrzeb, wdrażania w obszar życia społecznego propozycji, włączających seniorów w ogólnospołeczny nurt wydarzeń.

Edukacja gerontologiczna powinna stać się udziałem całego społeczeństwa, powinna być prowadzona na szerokim poziomie oddziaływań profilaktyki pierwszorzędowej, kierowanej ku ogółowi społeczeństwa z intensywnym wykorzystaniem kampanii społecznych, citylightów, billboardów, komunikatorów, mediów w rodzaju radia, telewizji i Internetu. Specjalistyczne treści kształcenia, realizowane w szkolnictwie i formach oświaty pozaszkolnej oraz edukacji ogólnokształcącej niezawodowej, powinny mieć natomiast pogłębiony charakter i atrakcyjne w przekazie treści, aby zainteresować potencjalnych odbiorców i przyczynić się do budowy wizerunku starości aktywnej, optymistycznej, zasobnej i zdrowej.



Rozdział IV

Remigiusz J Kijak

Życie intymne ludzi starych

Starzenie się jest obecnie przedmiotem intensywnych badań naukowych, między innymi dlatego, iż liczba osób starszych gwałtownie rośnie. Wśród licznych publikacji o tematyce starości, mało miejsca poświęca się tematyce seksualności, a temat seksu w okresie starości najczęściej kojarzy się z zanikiem aktywności seksualnej. Mimo iż współżycie seksualne jest niezbywalną cechą każdego człowieka, społeczne podejście do zagadnień seksualności osób starszych, również starszych niepełnosprawnych, pozostaje nadal negatywne i nieczęsto poruszane jest w literaturze specjalistycznej.

4.1. Starość a życie seksualne

Warto pamiętać, że nie ma jednakowych ustalonych form aktywności seksualnej. Ich rodzaj, zakres, a także złożoność, wynikają ze specyficznych seksualnych właściwości ludzi. Z badań (m.in.: Cichocka, 2007, Sygit, Ossowski, 2008, Wiśniewska-Roszkowska, 2003, Mims, 2003) wynika, iż osoby po sześćdziesiątym roku życia pozostają nadal aktywne seksualnie. Mężczyźni zachowują zdolność ejakulacji nawet po osiemdziesiątym roku życia. Mechanizmy biologiczne (m.in. wydłużenie się linii życia), a także czynniki społeczne (m.in. większa aktywność ludzi starszych, większa świadomość swoich potrzeb), zmieniają tradycyjny obraz starości na życie aktywne z potrzebami seksualnymi, z akceptacją swej aktywności seksualnej. Mężczyźni coraz częściej zgłaszają się do seksuologów, w celu poprawy aktywności seksualnej, której zaburzenia wywołane są chorobami lub przebytymi urazami.

Choć uznane za podstawowe prawo każdego człowieka – seksualność osób starszych jest często niezrozumiana. Człowiek tak naprawdę nigdy nie jest za stary, aby cieszyć się szczęśliwym i zdrowym życiem seksualnym. Mimo to wiele osób, młodych jest zdumiona faktem podejmowania aktywności seksualnej przez osoby po sześćdziesiątym roku życia. Często zakłada się, że starsze osoby tracą swoje pragnienia seksualne – jednak pomimo faktycznego osłabienia funkcji i reakcji seksualnych – aktywność ta pozostaje cały czas ważna w ich życiu.

Właśnie ze względu na niekorzystne postawy społeczne, a także istniejące tabu związane z seksualnością ludzi starszych, powszechne są obawy seniorów o to, czy ich zainteresowania seksualne zostaną zaakceptowane przez najbliższe otoczenie – dzieci lub wnuki.

Seksualność u starszych jest szczególnie narażona na problemy, które są powszechne w tej grupie wiekowej, na przykład depresja, zaburzenia medyczne, ubezwłasnowolnienie lub śmierć partnera. Starzenie charakteryzuje szereg wielu innych fizjologicznych zmian, które mogą mieć wpływ na funkcjonowanie seksualne – jednak pomimo faktu istnienia obiektywnych trudności, wielu seniorów pragnie realizować swoje potrzeby seksualne i nadal czerpać przyjemność ze swojej seksualności.

Wyraźny wzrost długości życia w ciągu ostatniego stulecia spowodował, że osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią coraz większą część naszej populacji – mimo to, bardzo mało uwagi poświęca się problematyce ich seksualności – nadal starsze osoby są postrzegane jako bezpłciowe, które straciły zarówno zainteresowanie seksem, jak i zdolności do zachowań seksualnych. Istnieją rozbieżności w badaniach (por. Bouman, Arcelus, 2001, s. 27–31, Garnets, Peplau, 2001, s. 111–122), głównie w sposobie opisu funkcji seksualnych i zaburzeń seksualnych wśród starszych osób. Niektóre badania wskazują, iż funkcje seksualne tylko nieznacznie się osłabiają, a wraz z wiekiem nie tyle zmniejsza się zainteresowanie seksem, co zmienia się forma zachowań seksualnych. Dokonując przeglądu badań na temat seksualności osób starszych, dostrzega się – iż niewiele jest badań podłużnych, co utrudnia analizę porównawczą, a także uchwycenie różnic między grupami badanych osób. Dowody z badań wskazują, że u kobiet spada wraz z wiekiem zainteresowanie seksualnością – choć jednocześnie, na co wskazują inne badania, wzrasta ich aktywność społeczna i zawodowa. Spadek zainteresowania seksualnością u kobiet obejmuje najczęściej – pragnienie, częstotliwość orgazmu i częstotliwość współżycia seksualnego – jednakże nie jest jasne, czy pobudzenie seksualne zmniejsza się czy przyjmuje wartość stałą. W podłużnych badaniach R. Hayesa stwierdzono spadek funkcji seksualnych u kobiet, jednakże wzorce stabilności i poprawy funkcji seksualnych, obserwowano także w krótkich okresach czasu (por. Hayes, Dennerstein, 2005) – co oznacza, iż późny wiek wcale nie musi wiązać się ze spadkiem aktywności seksualnej.

4.2. Jesienna miłość – trudności w badaniach seksualności osób starszych

Istnieje wiele różnych problemów towarzyszących badaniu seksualności²¹ ludzi starych. Jednym z nich jest efekt kohorty, który, jak trafnie tłumaczy I. Stuart-Hamilton (2006, s. 157), oznacza sytuacje, w której ludzie starsi, wychowywani w mniej tolerancyjnych i liberalnych czasach, nie są obecnie przyzwyczajeni do mówienia na tematy dotyczące seksualności. Kolejny efekt możemy ogólnie nazwać efektem starczości, który oznacza obniżenie się sprawności umysłowej i fizycznej związanej z wiekiem; oznacza też stan wywołany zmianami zanikowymi w ośrodkowym układzie nerwowym ludzi w podeszłym wieku, głównie na tle miażdżycy naczyń mózgowych. Stan ten cechuje się zmianami charakteru, utratą pamięci i ogólnym zniedołężnieniem – czyli jednoczesnym osłabieniem wydolności fizycznej i psychicznej, w tym również osłabieniem funkcji seksualnych. Następną kwestią, ogromnie ważną, na polu badań i analiz nad starczą seksualnością, jest to, w jaki sposób określamy seksualność – jeżeli oznacza ona wyłącznie penetrację

21 Warto zapamiętać, iż seksualność nie jest jedynie przywilejem młodości. Nic nie stoi na przeszkodzie, by ludzie w wieku późnej dorosłości nadal cieszyli się udanym i harmonijnym życiem seksualnym. Co więcej niektóre zmiany nadchodzące z upływem lat potrafią wspaniale wzbogacić więź seksualną, a badania (Matthias, Lubben, Atchison, Schweitzer, 1997, s. 6–14) dowodzą, iż osoby starsze mogą zachować pełną vitalność i energię. O ile upływający czas nie pozostaje bez wpływu na reakcje seksualne oraz funkcjonowanie narządów płciowych, to, jeżeli tylko partnerzy potrafią zaakceptować nieuchronne zmiany – naturalny proces starzenia się nie ograniczy dążenia do seksualnego spełnienia.



genitalną, to okaże się, że aktywność seksualna ludzi starych jest bardzo niska. Przyjmowanie jedynie tak rozumianej definicji seksualności nie daje możliwości pełnego opisu zachowań seksualnych osób w wieku podeszłym. Jak wskazują liczne badania, w tym R. E. Matthiasa, J. E. Lubben, K. A. Atchisona i S. O. Schweitzera (1997, s. 6 – 14), aktywni seksualnie ludzie starzy deklarują dużą satysfakcję seksualną ze wszystkiego, czemu się oddają. Kolejnym zagadnieniem jest sprawa długości życia kobiet i mężczyzn. Ponieważ statystycznie kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, dlatego też możliwości podejmowania heteroseksualnych kontaktów w wieku starszym zostają znacząco ograniczone, a aktywność seksualna może ustać nie z powodu braku chęci do jej podejmowania, a z powodu braku odpowiedniego partnera seksualnego. Wśród istotnych problemów, związanych z życiem seksualnym w okresie starości, należy wymienić problemy natury fizjologicznej. Dla wielu mężczyzn w wieku podeszłym istotną przeszkodą w podejmowaniu aktywności seksualnej są kłopoty z erekcją członka. Wymienić można również inne somatyczne przeszkody w realizacji potrzeb seksualnych u osób w wieku starszym, takie jak: częstomocz, suchość pochwy, dolegliwości somatyczne, problemy urologiczne inne. Na seksualność ludzi starszych wpływa to, w jaki sposób traktowały one seksualność wcześniej. Zwykle poziom aktywności seksualnej zależy nie tylko od ograniczeń w zdrowiu fizycznym, ale również od poziomu aktywności we wczesnej dorosłości. Należy również wspomnieć o znikomym dostrzeganiu życia seksualnego ludzi starych przez społeczeństwo, społeczność lokalną i specjalistów zajmujących się okresem starości. Warto również pamiętać, że podejmowanie aktywności seksualnej nie jest warunkiem koniecznym dla szczęśliwego starzenia się, jednak zaprzeczanie istnienia potrzeb seksualnych ludzi starych nie wpływa korzystnie na jakość życia w starości.

4.3. Teorie przystosowania się do starości a seksualność

Przystosowanie się do starości – a więc i zadań wynikających z tego okresu życia – jest procesem, który dokonuje się wraz z pojawiającymi się deficytami, utratami, obniżeniem się sprawności psychofizycznej. Ludzie starsi pod tym względem nie stanowią grupy jednolitej, co więcej w obrębie tej grupy mogą pojawiać się zróżnicowane strategie radzenia sobie ze starością – od wyłączenia się z życia, aż po aktywność na bardzo wielu polach życia, w tym również życia seksualnego.

W literaturze przedmiotu funkcjonują różne teorie wyjaśniające przystosowanie się do starości. Jak pisze S. Steuden (2012, s. 71), zasadniczo odwołują się one do trzech klasycznych już dzisiaj teorii. Są to: teoria wycofania się, teoria stresu starości i teoria aktywności.

Teoria wycofania się opisana w literaturze przez E. Cumminga i W. E. Henry'ego (1961), zakłada, że wraz ze starzeniem się osób osłabia się ich kontakt ze światem, a osłabienie – wycofanie się – obejmuje wszystkie warstwy życia, poczynając od fizycznej (osłabienie wszystkich funkcji życiowych, pogorszenie stanu zdrowia), poprzez społeczną (wycofanie się z aktywności życiowych, brak towarzyskości, osamotnienie, izolacja), do indywidual-

nej (m.in. zmiana osobowości, egoizm, drobiazgowość, irytacja). Teoria ta z wiadomych względów była ostro krytykowana, przede wszystkim za zbyt skrajne przedstawienie starości – jako całkowitego wykluczenia z życia. Nie da się całkowicie nie zgodzić z twórcami tej teorii, iż taki model starości jest obecny, warto jednak dodać, że nie można go traktować jako jedynej wizji starości, a jedynie jako jeden z możliwych sposobów życia. Co więcej, badania wskazują, że osoby, które prowadziły mało aktywny i urozmaicony tryb życia, częściej mogą wycofywać się z życia w okresie starości, ale jak, pisze G. J. Maddox (1970, s. 17 – 27), jest to raczej typ osobowości, a nie uniwersalna cecha starzenia się. W myśl teorii wycofania się, wyłączenie z życia seksualnego stanowić może naturalną i funkcjonalnie ważną potrzebą rozwojową człowieka starego, choć motywy owego wyłączenia u poszczególnych osób mogą być różne. Trudno oczekiwać od człowieka starego podejmowania częstej aktywności seksualnej, kiedy w okresie młodości i dorosłości preferował niewielką aktywność seksualną; w tym przypadku osłabienie lub nawet zanik aktywności seksualnej będą czymś całkowicie naturalnym i spójnym rozwojowo.

Teoria stresu starości wskazuje na konieczność dostosowania się osoby do swoich możliwości, a także wymagań związanych ze zmieniającymi się warunkami fizycznymi, społecznymi, ekonomicznymi, kulturowymi, które działają jak stresory. Odnosząc się wyłącznie do sfery seksualnej, napotykamy na szereg ograniczeń w możliwości realizacji potrzeby seksualnej przez osobę starą. Jeżeli chodzi o obniżoną sprawność fizyczną, to dotyczy ona zarówno ograniczenia motoryki, wolniejszego tempa działania, osłabienia zmysłów, jak również zmian fizjologii seksualnej. Człowiek zaczyna coraz wyraźniej odczuwać zmiany organizmu, będące wynikiem jego starzenia się: u mężczyzn słabną erekcje penisa, zmniejsza się zdolność do odbywania stosunków płciowych, u kobiet – zanika nawilżenie pochwy, które może być przeszkoda we współżyciu seksualnym. Zmieniające się warunki społeczne, kulturowe czy ekonomiczne w zasadzie tylko pośrednio łączą się ze sferą seksualną, mogą mieć jednak ogromne znaczenie dla rozwoju seksualnego człowieka w późnej dorosłości – mam tu na myśli związki uczuciowe ludzi starych: małżeństwo, miłość, utrata atrakcyjności, rozpad związku małżeńskiego, żałoba i życie w samotności

W teorii aktywności wskazuje się na możliwość podtrzymania aktywności człowieka starego w różnych obszarach życia. Jednak podobnie jak teoria wykluczenia, jest to podejście skrajne – upatrujące w ludziach starych olbrzymich, często nierealnych, pokładów energii, które należy wyzwalać poprzez różnego rodzaju działania aktywizujące. W odniesieniu do seksualności człowieka podejście to zakłada istnienie – niezależnie od indywiduowanych potrzeb i predyspozycji – pokładów energii seksualnej, którą należy (niezależnie od wieku) wyzwalać i zaspokajać. Oczywiście, to skrajne podejście pozwala zauważyć, iż nie ma jednej uniwersalnej teorii wyjaśniającej mechanizmy przystosowania się do starości. Złożoność życia ludzkiego, jak zauważa Steuden (2012, s. 81), bogactwo doświadczeń i ich odmienność stanowią o indywidualnym i właściwym dla danej osoby sposobie przystosowania się do starości. Trudno zatem mówić – a szczególnie



trudno w obszarze seksualności – o istnieniu jakichś typowych dla wieku starszego sposobach przystosowania się do potrzeb seksualnych i ich uniwersalnego realizowania. Należy bowiem pamiętać, że każdemu człowiekowi przypisane są określone zdolności do wartościowania i wyboru preferencji najbardziej optymalnych dla jego indywidualnego rozwoju seksualnego.

4.4. Przekwitanie

Przekwitanie to naturalny etap rozwoju, tę fazę życia człowieka rozpatrywać możemy w dwóch wymiarach: biologicznym i psychospołecznym.

Biologiczny aspekt funkcjonowania seksualnego ludzi starych możemy rozpatrywać w trzech kontekstach: obniżonej sprawności fizycznej, zmian w wyglądzie obojga partnerów oraz charakterystycznych chorób, związanych z wiekiem późnej dorosłości (por. Kowgier, 2010, s. 103). U mężczyzn obniżona sprawność fizyczna objawia się spadkiem poziomu napięć seksualnych i zdolności do odbycia stosunku, a także obniżeniem zdolności do wytrysku (mniejsze ciśnienie wytrysku nasienia). U kobiet obserwujemy mniejsze ukrwienie piersi w trakcie podniecenia, mniejsze nabrzmienie łechtaczki, opóźnienie lub obniżenie nawilżenia pochwy; skraca się także faza orgazmu, niekiedy pojawia się anorgazmia. Oczywiście, należy dodać, iż wszystkie te zmiany mają charakter indywidualny i w dużym stopniu zależą od czynników psychospołecznych, takich jak styl życia, aktywność sportowa, sposób odżywiania się czy choroby.

Istotne zmiany w zakresie pragnień i reakcji seksualnych zaznaczają się często u kobiet w okresie menopauzy. Wydzielanie hormonów płciowych zaczyna zmniejszać się już 10 – 15 lat przed zanikiem miesiączki, do którego dochodzi zazwyczaj między 40. a 50. rokiem życia, ale – i tu nie ma precyzyjnych ram czasowych – zdarza się, że miesiączka w jednostkowych przypadkach pojawia się jeszcze do 55. roku życia. U wielu kobiet – również i tych, które prowadziły dotychczas regularne i udane życie seksualne – następuje spadek zainteresowania aktywnością seksualną, pojawiają się także trudności w osiągnięciu orgazmów. Jak piszą M. Chia, M. Chia, D. Abrams oraz R. C. Abrams (2002, s. 259), niezależnie od przemian hormonalnych, ten okres życia często niesie w sobie wiele stresów, związanych między innymi z dorastającymi dziećmi, starzejącymi się rodzicami czy licznymi obowiązkami zawodowymi, co powoduje, że kliniczne objawy depresji ujawniają się najczęściej właśnie u kobiet w piątej dekadzie życia i pierwszych latach szóstej, co ma, ostatecznie, ogromny wpływ na ich życie seksualne i popęd płciowy. W tym okresie u wielu kobiet przed menopauzą bardzo pomocne mogą okazać się doustne środki antykoncepcyjne (z niskimi dawkami hormonów), dzięki którym podwyższa się poziom estrogenów w organizmie i rośnie znacznie libido.

Okres menopauzy dla wielu kobiet oznacza pojawienie się szeregu mniej lub bardziej typowych objawów, takich jak uderzenia gorąca, bezsenność, zmiany nastroju, miejscowe zmiany fizjologiczne w narządach płciowych (ściąganie pochwy stają się cieńsze, przez co podatniejsze na różnego typu infekcje). Warto nadmienić, iż większość tych dolegliwości

(głównie uderzenie gorąca i bezsenność) łagodnieje po zakończeniu okresu menopauzy. Niestety, zmiany fizjologiczne w narządach płciowych mają charakter bardziej utrwalony, jednakże i tym dolegliwościom można skutecznie zapobiec poprzez stosowanie terapii hormonalnej – hormonalna terapia zastępcza jest zatem niezmiernie istotna dla wielu kobiet w okresie menopauzy. Potwierdzono klinicznie jej korzystny wpływ na libido, wrażliwość seksualną, a także częstotliwość i intensywność orgazmów. Jak pisze M. Taylor (1999), wzrost libido po zastosowaniu zastępczej terapii hormonalnej wzrósł u 90% badanych pacjentek, wzrost wrażliwości pochwy u 50%, wzrost częstości orgazmów u 30%, a wzrost intensywności orgazmów aż u 40% badanych kobiet. Warto dodać za Z. Izdebskim (2012, s. 287), iż osoby starsze mogą mieć problem w zaspokajaniu swoich potrzeb seksualnych wówczas, gdy partnerzy zaczynają mieć odmienne – coraz bardziej rozbieżne – oczekiwania wobec życia seksualnego; nabiera to szczególnego znaczenia, gdy partnerom brakuje wspólnej tradycji i umiejętności komunikowania własnych pragnień seksualnych.

Wspomniana wcześniej hormonalna terapia zastępcza (HTZ) dla wielu kobiet w okresie menopauzy może stanowić wartościowe wzmocnienie osłabionego libido, jak również działać korzystnie na samopoczucie kobiet i ich ogólną sprawność psychofizyczną – udowodniono klinicznie że HTZ zapobiega osteoporozie i zmniejsza ryzyko złamań kostnych (patrz Słomko, 2008, s. 442–449, Bręborowicz, 2005, s. 720–723). Warto nadmienić, iż wiele kobiet, pomimo stosowania HTZ, nadal odczuwa niekorzystny wpływ menopauzy na ich życie seksualne. Dzieje się tak dlatego, że, oprócz zmniejszonego wydzielania estrogenów, zmniejsza się również zawartość innych hormonów we krwi kobiety – między innymi testosteronu i pokrewnego mu dehydepiandrosteronu – czego skutkiem może być spadek popędu seksualnego.

Ostatnio opublikowane dane wskazują, że markery endokrynologiczne, w tym estradiol (E2) i testosteron (T), stanowiące element terapii hormonalnej, mogą wpływać pozytywnie na pożądanie seksualne (por. Dennerstein, Dudley, Hopper, Burger, 1997, s. 83–93). N. Avis, M. Stellato, S. Crawford, C. Johannes C. Longcope (2000, s. 297–309) stwierdzili, że (E2) nie był istotnie związany z pożądaniem seksualnym. natomiast nowsze badania N. Santoro (2005, s. 4836–4845) wykazały, iż (T) wiązało się minimalnie ze zwiększonym pożądaniem seksualnym. do tej pory nie ma doniesień o związkach między poziomami FSH i pożądaniem seksualnym.

Nie ma jednoznacznych empirycznych dowodów na związek menopauzy i pożądania seksualnego, bowiem w tym czasie na spadek zainteresowania seksualnością mogą mieć wpływ jeszcze inne bardzo ważne czynniki, w tym choroba lub śmierć współmałżonka czy też osłabienie funkcji seksualnych u współmałżonka. W niektórych badaniach uwidacznia się ścisły związek pomiędzy popędem seksualnym a wiekiem kobiet. Badania T. Hallstroma (1977, s. 227–239) oraz L. Dennersteina, A. Smitha i C. Morse’a (1994, s. 59–66) dowiodły, iż kobiety w trakcie lub po menopauzie wykazywały niskie zainteresowanie seksualnością w porównaniu z młodszymi kobietami, które nie weszły jesz-



cze w okres menopauzy. Jednakże badania L. Dennersteina, E. Dudley'a, J. Hoppera i H. Burgera (1997, s. 83–93) oraz M. Osborna, K. Hawtona i D. Gatha (1988, s. 959–962) wskazują na brak takiego związku i w porównaniu z młodszą populacją kobiet.

Męskie klimakterium jest odpowiednikiem kobiecej menopauzy i dotyczy najczęściej mężczyzn po 50. – 55. roku życia. Podobnie jak u kobiet, jest zespołem objawów związanych przede wszystkim z osłabieniem funkcji seksualnych. Wydzielanie testosteronu przez jądra spada wraz z wiekiem – choć mężczyzna produkuje nasienie przez całe swoje życie, to niewątpliwie jego najlepsza jakość utrzymuje się między 15. a 40. rokiem życia. Spadek testosteronu wiąże się również ze zmianą charakteru potrzeb seksualnych: starsi mężczyźni wymagają bardziej bezpośredniej i dłuższej stymulacji, aby osiągnąć i utrzymać erekcję – oczywiście należy również podkreślić, iż zmiany te nie mają charakteru uniwersalnego i mogą zawsze przebiegać indywidualnie. U mężczyzn ryzyko przerostu prostaty²², które najczęściej ma podłoże onkologiczne, wzrasta z wiekiem. W większości przypadków choroba ta pojawia się u mężczyzn w wieku 65 lat lub starszych. Mimo że leczenie raka prostaty jest względnie trudne, rokowania w jego przypadku są zwykle dobre. Dzieje się tak dlatego, że, w odróżnieniu od wielu innych nowotworów, rak prostaty zwykle rozwija się bardzo wolno. Rak prostaty można wyleczyć, jeśli zostanie wykryty dostatecznie wcześnie. Leczenie obejmuje usunięcie gruczołu prostaty, terapię hormonalną i radioterapię. Warto dodać, iż długotrwałe zażywanie leków (psychotropowych, przeciwnadciśnieniowych, krążeniowych, na chorobę wrzodową, cukrzycę) również wpływa znacząco na pogorszenie czynności seksualnych u mężczyzn.

Zaburzenia seksualne w okresie przekwitania nie są wynikiem jedynie obniżonej sprawności fizycznej, zmian w wyglądzie obojga partnerów czy osłabionej gospodarki hormonalnej, lecz także następstwem różnorodnych chorób, które mogą towarzyszyć człowiekowi w okresie późnej dorosłości. W tym wieku wiele osób cierpi na nadciśnienie tętnicze krwi, chorobę wieńcową, cukrzycę, bóle stawów, osteoporozę, chorobę Parkinsona i inne.

Proces postępowania zmian²³ i obniżania się sprawności poszczególnych układów i narządów jest proporcjonalny do wieku. Oznacza to, że sprawność funkcjonowania poszczególnych układów i narządów obniża się wraz z wiekiem, przy czym tempo zachodzących zmian wyraźnie wzrasta po 80. roku życia. Na sprawność seksualną wpływ ma nie tylko pogorszenie się działania układu moczowo-płciowego, ale właściwie wszystkich układów. Przyczyną obniżenia się sprawności układu sercowo-naczyniowego są

22 Prostatą (gruczoł krokowy) to mały gruczoł, znajdujący się w miednicy, występujący wyłącznie u mężczyzn. Umieszczony jest między penisem a pęcherzem moczowym i otacza cewkę moczową (przewód, którym mocz przepływa z pęcherza do penisa). Główną funkcją prostaty jest wspieranie produkcji nasienia.

23 Fizjologiczne starzenie się dotyczy wszystkich układów i narządów organizmu człowieka: przejawy starzenia się organizmu stają się widoczne w fizycznym obrazie osoby i sposobie jej funkcjonowania. W wyglądzie zewnętrznym zmiany te dotyczą skóry, włosów, twarzy. Obniża się elastyczność mięśni. Ruchy ciała stają się wolniejsze, a chód mniej sprężysty, stawy ulegają zeszywnieniu, zmniejsza się precyzja ruchów rąk. Obniża się sprawność w zakresie układów: sercowo – naczyniowego, nerwowego, hormonalnego, trawiennego, oddechowego, krwionośnego, wydzielniczego i moczowo – płciowego.

zmiany miażdżycowe, mogące prowadzić do udarów i zawałów, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy. Dolegliwości te w sposób znaczący mogą wpływać na jakość życia seksualnego i funkcje seksualne. Obniżenie sprawności układu nerwowego przejawia się zwiększoną potrzebą snu, mniejszą aktywnością psychiczną, obniżonym nastrojem. Nie trudno zauważyć, iż słabsze działanie układu nerwowego będzie miało ogromny wpływ na funkcjonowanie seksualne człowieka. Pojęcie 'otępienia'²⁴ odnosi się do sfery psychicznej i nie określa samo w sobie żadnej konkretnej jednostki chorobowej – jest to pogorszenie funkcji intelektualnych, wynikające z atrofii centralnego układu nerwowego. Istnieje bardzo wiele czynników, które mogą uszkodzić mózg i doprowadzić do obniżenia się sprawności umysłowej. Osłabienie tej sprawności może mieć różny charakter, jak i nasilenie – w najcięższych przypadkach osoba z otępieniem ma trudności w aktywnym życiu zawodowym oraz seksualnym, nie jest w stanie wykonywać czynności dnia codziennego, może mieć spore trudności z komunikacją i nawiązywaniem kontaktu z innymi oraz z aktywnością zapewniającą zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, a tym samym być całkowicie zależną od osób trzecich, wymagając ciągłej opieki pielęgniarzkiej (patrz Bilikiewicz, Parnowski, 2002). Otępienie nie jest niepełnosprawnością intelektualną, pojęcie to jest zarezerwowane do zaburzeń rozwojowych, jak też jest definiowane poprzez niski iloraz inteligencji. Tymczasem otępienie dotyczy osób dorosłych, najczęściej w starszym wieku, które przed zadziałaniem czynnika uszkadzającego mózg wykazywały prawidłową sprawność intelektualną. W niektórych przypadkach ogólna sprawność intelektualna może być całkowicie poprawna, podczas gdy pewne obszary funkcjonowania umysłowego są wyraźnie osłabione i przyczyniają się do znacznego pogorszenia się funkcjonowania takiej osoby w sferze zawodowej, społecznej, jak i seksualnej (Bilikiewicz, Parnowski, 2002).

W układzie hormonalnym zmiany obejmują ilościowy i jakościowy wymiar składu hormonów – również płciowych (estrogenu i progesteronu u kobiet, testosteronu u mężczyzn) oraz hormonu wzrostu u obu płci²⁵. Ważną dolegliwością okresu późnej dorosłości (a związaną z życiem seksualnym) jest nietrzymanie moczu. W zaburzeniu tym, ze względu na przyczyny i objawy, wyodrębnia się nietrzymanie moczu wysiłkowe (w znacznym

24 W zespołach amnestycznych stwierdza się prawidłowe działanie pamięci krótkotrwałej, zaburzenie dotyczy natomiast zapamiętywania, mechanizmu przenoszącego informacje z pamięci krótkotrwałej do długotrwałej, związanego anatomicznie z hipokampem oraz otaczającą go korą śródwęchową, jak też, w mniejszym stopniu, ze strukturami wzgórza, ciałami suteczkowatymi oraz z jądrem Meynerta. Zaburzenia zapamiętywania są obecne szczególnie w otępieniu o typie alzheimerowskim, lecz niekoniecznie w początkowych i pośrednich stadiach innych otępień, dlatego też takie definicje mogą mieć trudności z uwzględnieniem złożoności objawów otępiennych odmiennej natury (por. Stuart-Hamilton, 2006).

25 Należy podkreślić, że hormony płciowe poza funkcją prokreacyjną i seksualną wpływają na funkcje poznawcze, pamięć i sprawność motoryczną. W badaniach długofalowych prowadzonych przez S. Moffata i innych (2002) na próbie 400 mężczyzn stwierdzono że wyższy poziom testosteronu współwystępował z lepszą pamięcią wzrokową i słuchową i lepszą orientacją przestrzenną, lepszą sprawnością psychomotoryczną, a także z mniejszym ryzykiem szybkiego obniżania sprawności w codziennym funkcjonowaniu (por. Steuden, 2012, s. 40).



stopniu uniemożliwia lub utrudnia współżycie seksualne), związane z uczuciem stałego parcia, nietrzymanie moczu z przepełnienia (występuje u mężczyzn i ma ogromne znaczenie w nawiązywaniu relacji intymnych z partnerką) oraz nietrzymanie moczu odruchowe (wywołane zaburzeniami układu nerwowego).

W przebiegu wielu chorób oraz w wyniku przyjmowania różnego rodzaju leków u części populacji osób starszych występują negatywne konsekwencje dla sprawności seksualnej. W ostatnich latach coraz częściej ludzie starzy korzystają z terapii substytucyjnej, polegającej na wstrzykiwaniu hormonów z grupy testosteronu. Efekty, według specjalistów (endokrynologów i geriatrów), są pozytywne i korzystnie wpływają na sferę seksualną. U wielu leczonych wzmacnia się zainteresowanie seksualnością, a także poprawia się ogólna sprawność seksualna. Na rynku farmaceutycznym pojawiły się liczne preparaty wzmacniające erekcję członka. W niektórych przypadkach z powodzeniem stosuje się protezy umożliwiające odbycie stosunku.

Okres przekwitania, choć związany z licznymi zmianami zarówno w gospodarce hormonalnej, jak również różnymi dolegliwościami zdrowotnymi, nie musi zawsze wpływać osłabiająco na rozwój funkcji seksualnych. Obecny poziom medycyny umożliwia w wielu przypadkach rozwiązanie problemów seksuologicznych. Dostępne leki i preparaty z powodzeniem wpływają na poprawę życia seksualnego zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Badania na gruncie seksuologii, a także innych nauk pedagogiki seksualnej, socjologii seksualnej i medycyny seksualnej wskazują na wyraźną poprawę życia seksualnego współczesnych seniorów.

Psychologiczny aspekt funkcjonowania seksualnego seniorów można rozpatrywać na wiele rozmaitych sposobów, poczynwszy od roli miłości w życiu osób starszych, poprzez analizę zadań rozwojowych, przypadających na tę fazę życia człowieka, a kończąc na problemach natury psychologicznej, wiążące się ogólnie ze starzeniem. Stwierdzono, że starsze pary małżeńskie są równie szczęśliwe, a nawet bardziej zadowolone od młodszych zamężnych dorosłych (por. Suart–Hamilton, 2006). Jak tłumaczą T. L. Orbuch, J. S. House, R. P. Mero oraz P. S. Webster (1996, s. 162–171), spowodowane może to być częściowo zmniejszoną odpowiedzialnością zawodową i rodzicielską. Jak dodaje K. Wiśniewska – Roszkowska (1986), starsze małżeństwa, których dzieci dorosły i założyły rodziny, nadal mogą być ze sobą bardzo szczęśliwe. Miłość taka nie jest już przelotnym oczarowaniem, lecz głębokim serdecznym przywiązaniem. R. J. Sternberg (1986, za: Wojciszke, 2006 oraz m.in. Nawrocka, 2013) opisał trzy podstawowe elementy miłości: intymność, namiętność, zaangażowanie – jest to tzw. trójczynnikowa koncepcja miłości, a na poszczególnych etapach związku inny z tych elementów pełni decydującą rolę. W okresie zakochania, który pełen jest wzajemnej fascynacji, odkrywania siebie, ekscytacji i pożądania dominuje namiętność. Namiętność jest połączeniem pozytywnych (radość, ekscytacja) i negatywnych (zazdrość) emocji, którym towarzyszy najczęściej potrzeba zaspokojenia seksualnego. Następnie w życiu partnerów rozwija się intymność – rozumiana jako pragnienie przebywania i bliskiego kontaktu ze sobą. Intymność ozna-

cza te pozytywne uczucia i towarzyszące im działania, które dążą do bliskiego związku z drugą osobą – wywołują przywiązanie i wzajemną zależność partnerów od siebie. Kolejnym etapem rozwoju związku jest zaangażowanie. Zaangażowanie rozumiane jest jako chęć pozostawania w związku z partnerem. Wyróżnione składniki miłości łączą się ze sobą tworząc różne rodzaje miłości – dynamika (spadek i wzrost) tych składników jest zmienna i wraz z upływem lat w związku miłosnym zachodzą przemiany dotyczące nie tylko treści, ale również intensywności – jak pisze Wojciszke (2006, s. 19) zmiany te są nieuchronne jako następstwo zróżnicowanej dynamiki komponentów miłości.

J. Lee (1973, por. Wojciszke, 2006) wyróżnił 6 typów miłości: eros, ludus, storge, pragma, mania, agape. Eros charakteryzuje miłość namiętną z silną potrzebą kontaktu fizycznego z partnerem. Ludus oznacza preferowanie przelotnych kontaktów – miłość traktowana jako gra, zabawa. Storge jest miłością przyjacielską – budowanie bliskości następuje stopniowo, partnerzy poznają się i budują wzajemne przywiązanie. Jest to miłość oparta na intymności i trosce o drugą osobę. Pragma jest miłością racjonalną – uzasadnioną. Partnerzy obliczają zyski płynące w pozostawaniu w związku i straty wynikające z jego rozwiązania. Mania jest rodzajem miłości obsesyjnej czy nawet – zaborczej. Mania jest silnie związana z namiętnością, wskazuje mniejsze zależności z satysfakcją z relacji i zaangażowaniem w nią. Miłość typu agape to oddanie się partnerowi, może być to pozytywny rodzaj miłości, jeżeli oddanie traktowane jest, jako współpartnerskie bycie razem – niestety, miłość typu agape preferuje model miłości, w którym jeden z partnerów zapomina o sobie w żarliwym oddaniu się osobie kochanej.

Badania na temat związku pomiędzy wiekiem a stylem miłości przeprowadziły J. Nawrocka, E. Nawrocka oraz J. Kamińska (2013). Na podstawie tych badań ustalono, że wiek jednostki wiąże się z preferowanym przez nią rodzajem miłości – najsilniej koreluje dodatnio z miłością typu ludus. Im starsi badani, tym więcej widzą zalet w tego typu rodzaju miłości. Wyniki są interesujące, zważywszy powszechny pogląd o aseksualności osób starszych, ale i spójny z innymi badaniami (por. Izdebski, 2012, Brecher, 1984za: Cichocka, 2004, Tsirigotis, et al. 2010, s. 26).

W tym miejscu chciałbym odnieść się do przeprowadzonych przeze mnie badań w grupie 40 seniorów (20 kobiet i 20 mężczyzn w wieku 67–75 lat), przebywających w ośrodkach dziennego pobytu, a więc mieszkających samodzielnie – korzystających z opieki instytucjonalnej tylko w ciągu dnia. Celem badania było określenie wzorców aktywności seksualnej i funkcji, jaką pełni seksualność w życiu osób starszych. Tło rozważań stanowi teza, iż życie miłosne, a także funkcje seksualne i aktywność, nie zanikają wraz z wiekiem, zmianie uległa jedynie częstotliwość i forma kontaktów seksualnych, a miłość staje się pełniejsza, oparta bardziej na intymności niż namiętności, choć ta druga nie ustaje, a jedynie zmienia swą postać. W niniejszym rozdziale zaprezentowano wyłącznie podstawowe konkluzje badań, nie prezentując poszczególnych korelacji zmiennych,



które uwzględniano w badaniu, takich jak: wiek, płeć, rodzaj preferowanej miłości²⁶, pozostawanie w związku.

Generalnie seksualność stanowi nadal istotną wartość w życiu badanych kobiet i mężczyzn, inaczej jednak niż w okresie młodości rozumieją swoją seksualność – dla wielu badanych seniorów seksualność nie łączy się tylko ze współżyciem seksualnym, ale zawiera w sobie szereg innych zachowań, takich jak przytulanie czy całowanie. Szczególnie dla badanych kobiet jest to bliskość, dotyk, pocałunek, muśnięcie, miłe spojrzenie. Mężczyźni chcieliby móc częściej podejmować aktywność seksualną – współżycie z partnerką – jednak satysfakcję daje im również poczucie stabilności związku, możliwość rozmowy z partnerką, czułość i emocjonalna bliskość. Osoby badane czują, iż czas ich największych uniesień minął, jednak nadal myślą o aktywności seksualnej.

Badaną grupę można podzielić na tych, którzy żyją w stałych związkach i tych, którzy są samotni (śmierć żony, męża, rzadziej – rozwód). Ci pierwsi częściej rezygnują ze współżycia seksualnego, ci drudzy – oczywiście nie wszyscy – zaczynają być otwarci na różnego rodzaju aktywność seksualną: masturbację, współżycie seksualne (szczególnie podczas wyjazdów do sanatoriów). W drugiej grupie postawę bardziej otwartą przejawiają mężczyźni – co nie znaczy że kobiety są bierne. Jak mówią badani seniorzy (szczególnie ci samotni) największy problem to znalezienie partnera. Dla większości jedyną możliwość stanowią wyjazdy do sanatoriów – portale randkowe są niedostępne z uwagi na brak swobodnego poruszania się w sieci internetowej.

Dla 59% badanych seniorów najczęstszą formą aktywności seksualnej było dotykanie i pieszczenie partnera bez stosunku płciowego. Następna w kolejności pod względem częstotliwości okazała się masturbacja – masturbuje się 22% badanych mężczyzn i 9% badanych kobiet. Wśród badanych współżycie seksualne podejmuje 22% mężczyzn i 11% kobiet. Jak wynika z badań, całkowicie z życia seksualnego zrezygnowało 41% badanych osób (por. Bretschneider, McCoy, 1988, s. 109–129).

26 Przeprowadzono badania przy zastosowaniu „Skali Postaw Wobec Miłości” (Hendrick, Hendrick, 1986) za pomocą, której można zbadać trzy podstawowe archetypy miłości – Erosa, Ludusa i Storge – oraz trzy wtórne typy: Manię, Pragmę i Agape. Uzyskane dane poddano statystycznej obróbce, wykorzystując pakiet statystyczny Statistica PL 8.0 dla Windows. Dane analizowano za pomocą testu U. Manna–Whitneya. Wartości były przedstawione jako średnie odchylenie standardowe, $p \leq 0,05$ uznano za statystycznie istotne. Badania uwiarygodniły dominację miłości typu Pragma, Apage, Storge, Ludus. Wyniki różnicowały się ze względu na płeć badanych. Okazało się, że miłość przeżywana jest inaczej przez kobiety, a inaczej przez mężczyzn. Kobiety silniej przeżywały miłość typu Storge i Apage, mężczyźni silniej przeżywają miłość typu Eros choć równie silnie uwiarygodniała się miłość typu Ludus. Kobiety bardziej kalkulują straty i zyski w związku, co oznacza, że przeżywają swoją miłość jako uzasadnioną lokatę. Ale kalkulacja zysków i strat dotyczy również partnera: kobiety dbają też o jego dobro – Pragma to połączenie Storge i Ludus. Wyniki okazały się więc nietożsame z wynikami uzyskanymi przez J. Nawrocką i innych (2012). Przyczyn odmienności można doszukiwać się w bardzo wielu czynnikach, m.in. postawach religijnych osób badanych, doświadczeniach w życiu seksualnym, modelu spędzania czasu wolnego. Istotne są również czynniki ekonomiczne oraz fakt, że prezentacja tych badań opiera się na próbie zaledwie 40 osób.

Jak pisze M. Cichocka (2004, s. 209), wybory związane z aktywnością seksualną ludzi w podeszłym wieku można sprowadzić do kilku możliwości:

- aktywność seksualna może być kontynuowana w niezmienionej postaci, zwłaszcza gdy do tej pory była umiarkowana;
- aktywność seksualna może być ograniczona, pozostawiając niezmienione schematy funkcjonowania seksualnego;
- formy zachowań seksualnych mogą ulec zmianie, np. przy braku partnera przejść do masturbacji;
- całkowite wycofanie się z życia seksualnego.

Poczucie utraty atrakcyjności u osób starszych może bezpośrednio wpływać na życie seksualne i funkcjonowanie w związku. Jednak całkowicie odmienne są sposoby radzenia sobie z faktem utraty atrakcyjności związanej z wiekiem przez kobiety i mężczyzn. Niekorzystna ocena własnej atrakcyjności bardzo często wywołuje poczucie zagrożenia i frustrację (por. Głębocka, 2010, Brytek-Matera, 2008), które mogą mieć związek z niechęcią do zbliżeń seksualnych.

Światowe badania na temat roli seksualności w życiu człowieka starego i poczucia jego atrakcyjności wskazują, iż utrata młodego i atrakcyjnego wyglądu ma ogromne znaczenie dla współczesnych seniorów, którzy negatywnie oceniają swój wygląd aż w 45% (Helgason, Adolfsen, Dickman, Arver, Fredrikson, Göthberg, 1996, s. 285–291, Antonovsky, Sadowsky, Maoz, 1990). A. Głębocka (2010) dodaje, iż piękno stało się obecnie bezwarunkowym i niemal religijnym nakazem.

Badania T. Casha (2002) na próbie 2 tys. Amerykanów dowiodły, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni wykazują duży stopień niezadowolenia ze swojego wyglądu. Badania Starr, Weiner (1981) potwierdzają te dane i dodają, iż wraz z wiekiem poziom niezadowolenia z własnego wyglądu wzrasta – przymus piękna i atrakcyjności spowodował, że współczesny senior cały czas chce wyglądać pięknie i atrakcyjnie. Badania D. M. Garnera (1997) wskazują, iż w Stanach Zjednoczonych zapotrzebowanie na operacje plastyczne u kobiet po 50. roku życia wzrosło pięciokrotnie w porównaniu z latami 70. XX wieku. Tendencje te obserwowane są również w Europie, a także w Polsce – choć skala zjawiska jest zdecydowanie mniejsza. Warto dodać, że badania D. M. Garnera z końca lat 90. XX wieku potwierdzają dane uzyskane przez B. D. Starr, M. B. Weiner z lat 80., a nawet wskazują na tendencję wzrostową niezadowolenia z własnego wyglądu wśród badanych. Przeprowadzone przez Garnera (1997) badania na próbie 4 tysięcy osób – różnych narodowości: Amerykanów, Europejczyków, Azjatów i Afrykanów – dowodzą, iż społeczeństwo wykazuje duże niezadowolenie z własnego wyglądu: aż 38% badanych kobiet i 34% badanych mężczyzn była niezadowolona z własnego ciała i wyglądu.

Badania S. T. Lindaua (2007), dotyczące aktywności seksualnej i zdrowia seksualnego starszych Amerykanów wykazały, że wraz z wiekiem potrzeby seksualne malały – nie malała natomiast potrzeba atrakcyjności i ładnego wyglądu. Szczególnie badane kobiety wykazywały duże niezadowolenie z wizerunku własnego ciała. Jak pisze Cichocka



(2004), w przypadku mężczyzn poczucie atrakcyjności wiąże się dodatkowo z wydolnością seksualną. Przy nastawieniu na kontynuację aktywności seksualnej w niezmienionej postaci, starszy mężczyzna może być narażony na ryzyko niepowodzenia z uwagi na mniejszą wydolność fizyczną.

4.5. Aktywność seksualna seniorów

Istnieje niewiele badań na temat aktywności seksualnej ludzi starszych. Pierwsze badania pojawiły się w latach 40. (Kinsey, et al.1948) oraz latach 60. (Masters, Johnson,1966) – jednak były to badania obejmujące zbyt małą grupę respondentów, by móc je uogólniać i wyciągać z nich wnioski. Nie mniej były to pierwsze próby opisanie starczej seksualności. Badania z lat 80. XX wieku, prowadzone przez J. Bretschneidera i N. McCoya (1988) już dostarczają reprezentatywnych danych. Były to badania prowadzone w grupie 70 osób w wieku 65–80 lat, mieszkańców domów spokojnej starości w Kalifornii. Badacze stwierdzili, iż 62% mężczyzn i 30% kobiet w wieku powyżej 80 lat miało ostatnio stosunek seksualny, podczas gdy 87% mężczyzn i 68% kobiet miała pewne intymne kontakty. Matthias i inni (1997) na podstawie przeprowadzonych badań na próbie 1216 osób starszych, mieszkających w Los Angeles, stwierdzili, iż blisko 30% badanych osób podjęło współżycie seksualne w ostatnim miesiącu, a 67% w ciągu ostatniego roku podjęła jakąkolwiek aktywność seksualną. Badania prowadzone wśród europejskich seniorów dostarczają podobnych danych. Zespół A.R. Helgasona (1996) przeprowadził badania na grupie 319 szwedzkich mężczyzn i stwierdził, że 46% najstarszych mężczyzn (będących w wieku 70–80 lat) przeżywało orgazm przynajmniej raz w miesiącu. S. Feilo i S. Warren (1997) potwierdziły dane uzyskane przez zespół Matthias i dodały, że wśród osób w późnej starości (powyżej 95. roku życia) są również osoby aktywne seksualnie. Podłużne badania przeprowadzone na Duke University przez R. Butlera i M. Lewis (1977) dowiodły, iż aktywność seksualna może osiągać znaczny wzrost w późnym okresie dorosłości. U blisko 15% badanych starszych osób aktywność seksualna znacząco wzrosła po 65. roku życia. G. Kaluger i M. F. Kaluger (1979) wykazały, istnienie związku pomiędzy aktywnym życiem seksualnym w młodości, a zwiększoną aktywnością seksualną w starości. S. L. Kivela i inni (1986, za: Cichocką, 2004) przeprowadził badania w grupie 1529 osób w wieku 60 – 90 lat na terenie Finlandii. Z badań wynikało, że 53% mężczyzn i 26% kobiet w wieku 60 lat utrzymywało stosunki seksualne. Dodajmy, iż wśród tych osób 72% mężczyzn i 28% kobiet pozostawało w stałych związkach. Wyraźną tendencję spadkową zaobserwował Kivela w grupie 70- i 80-latków – okazało się, że w tej grupie zaledwie 13% mężczyzn i tylko 2% kobiet było aktywna seksualnie. Badania B. Starr i M. Weiner (1981), przeprowadzone na próbie ponad tysiąca osób po sześćdziesiątym roku życia, udowodniły, że 97% sześćdziesięciolatków i siedemdziesięciolatków oraz 93% osiemdziesięciolatków deklaruje, że nie tylko myśli o seksie, ale także za nim tęskni. M. Brecher (1984, za: Fabiś, Fabiś, 2008) opublikował badania, z których wynika, że wśród siedemdziesięciolatków ponad 60% kobiet i 75% mężczyzn deklaruje aktywność seksu-

alną, z czego prawie dwie trzecie kobiet i trzy czwarte mężczyzn odczuwa satysfakcję. Inne badania, przeprowadzone przez G. Perssona (1980) w grupie 179 duńskich kobiet i mężczyzn w wieku 70. lat, wynika, że 22% badanych miało stosunek seksualny 2 razy w miesiącu, a 44% odczuwało okresowo pożądanie.

Z badań wynika, iż istnieje również grupa seniorów, którzy ograniczyli lub całkowicie zaprzestali swojej aktywności seksualnej (por. Taylor, Gosney, 2001). Rezygnacja z życia seksualnego może mieć jednak złożone uwarunkowania – możemy mówić o trzech grupach czynników:

1. Czynniki fizjologiczne:

- opóźnienie pobudzenia i większa potrzeba mechanicznej stymulacji narządów płciowych;
- zmniejszona sztywność penisa i nawilżenia pochwy;
- uczucie nieuchronności wytrysku;
- brak orgazmu.

2. Czynniki medyczne:

- leki, które mogą powodować impotencję lub brak popędu płciowego;
- choroby (np. cukrzyca), która może prowadzić do impotencji;
- chirurgia prostaty lub macicy;
- bariery fizyczne (np. cewniki lub globulki);
- słaba mobilność seksualna z powodu zapalenia stawów lub udaru mózgu;
- zmiana obrazu ciała (np. po mastektomii lub amputacji jąder);
- depresja, która prowadzi do utraty zainteresowania seksem.

3. Czynniki psychospołeczne:

- brak partnera seksualnego;
- brak prywatności (związane z ciągłą opieką pielęgniarzką lub zamieszkiwaniem w domach pomocy społecznej);
- społeczne uwarunkowania (stereotypy i uprzedzenia do seksualności osób starszych).

M. L. Sipski i C.J. Alexander (1997) oraz J. R. Berman i inni (1999, s. 563–568) podają, że fizyczne problemy życia seksualnego obejmują najczęściej kwestie związane ze zmianami hormonalnymi i chorobami przewlekłymi, typowymi dla osób w wieku starszym (cukrzyca, choroby krążeniowe itp.). Problemy te, jak piszą badacze, są nieuchronnie i znacząco wpływają na samopoczucie fizyczne – mogą również zmienić jakość reakcji seksualnych. Fizyczne przyczyny problemów seksualnych u osób starszych to:

- zmiany hormonalne – wpływ estrogenów i niedobór testosteronu u starszych kobiet, który może powodować:
 - w obszarze narządów płciowych: zmniejszenie nawilżenia, zanikowe zmiany skórne, skurcz i zanik łechtaczki i pochwy, zmniejszenie czucia, nietrzymanie moczu;
 - zmysł węchu: zmniejszona wrażliwość na zapach;
 - skóra: zmniejszona wrażliwość na dotyk;



- mięśnie i kości: utrata masy mięśniowej i masy kostnej;
- mózg: spowolnienie zdolności poznawczych, utrata koncentracji;
- zaburzenia naczyniowe, powodujące m.in. wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, choroby serca;
- zmniejszony przepływ krwi w obrębie miednicy, wtórne do starzenia się, urazu lub zabiegu chirurgicznego;
- miażdżycowa choroba, powodująca zmiany w ścianach pochwy i tętnaczki –zwłóknienie mięśni;
- zaburzenia neurologiczne, rodzący np. uszkodzenia rdzenia kręgowego, choroby centralnego lub obwodowego układu nerwowego;
- skutki uboczne leków, takich jak leki przeciwdepresyjne, β -blokerzy, leki przeciwpsychotyczne, antycholinergiki;
- choroba i niepełnosprawność (pierwotne skutki choroby i skutki uboczne leczenia).

Obszerne badania na temat życia seksualnego seniorów przeprowadzili G. Kalra, A. Subramanyam, P. Charles (2011). Z badań wynika, iż dla 42,9% badanych osób wiek wpłynął na ich pragnienia seksualne, w znacznym stopniu je osłabiając. Wśród innych czynników, wpływających na obniżenie popędu seksualnego, badani wymienili stratę partnera (33% mężczyzn i 20% kobiet) i pogorszenie stanu zdrowia (36% mężczyzn, 13% kobiet). Około 52% badanych chciałoby współżyć seksualnie co najmniej raz w tygodniu lub codziennie, jednak tylko 40% współżyło seksualnie raz w ciągu ostatniego roku. Odmienne dane uzyskał S. Deacon (1995): badacze sugerują, że spadek aktywności seksualnej u kobiet jest bardziej spowodowany czynnikami fizjologicznymi, związanymi z zaburzeniami w gospodarce hormonalnej niż, jak sugerował G. Kalra, A. Subramanyam, P. Charles (2011) stratą partnera. L. K. George i S. J. Weiler (1981) wskazują, że wśród czynników obniżających popęd seksualny ważny jest pogarszający się stan zdrowia i choroby towarzyszące starości. W. P. Bouman (2008) dodaje, iż przyczyną osłabienia reakcji seksualnych jest strata partnera. Z badań autora wynika, że 48% sześćdziesięcioletnich kobiet ograniczyła swoją aktywność seksualną lub całkowicie z niej zrezygnowała po stracie partnera.

Tabela 3. Przegląd badań przekrojowych dotyczących seksualności starszych kobiet

Zespół badawczy i źródło	Próba badawcza i rok badania	Opis próby badawczej	Narzędzia i metody	Wnioski
Hallstrom T., Sexuality in the climacteric. ClinObstetGynaecol 1977;4: 227–239.	N = 800 1977 r.	Grupa losowo wybranych kobiet w wieku 46 - 54 lat; Szwecja	Wywiad bezpośredni, pytania otwarte	Według badań aktywność seksualna zmniejszała się wraz z wiekiem. Wraz z wiekiem spadło również zainteresowanie życiem seksualnym.
Larsen G, Fog E, Garde K. Sexual desire, orgasm and sexual fantasies: A study of 625 Danish women born in 1910, 1936 and 1958. J Sex EducTher1991;17: 111–115	N = 625 1991 r.	Kobiety w wieku 22, 40, 70 lat; Dania	Wywiad bezpośredni z pytań otwartych.	Odsetek kobiet, które nigdy nie doświadczyły orgazmu był największy w najstarszej grupie. Najwyższy poziom przeżywania orgazmów był w grupie najmłodszych kobiet, w tej grupie najwyższy był również wskaźnik masturbacji i współżycia seksualnego.
Dennerstein L, Smith AM, Morse CA, Burger HG. Sexuality and the menopause. J PsychosomObstet Gynaecol 1994;15: 59–66.	N= 2001 1994 r.	Kobiety w wieku 45 – 55 lat; Australia	Wywiad telefoniczny	Okazało się na podstawie badań, iż zainteresowania seksualne u 62% badanych kobiet pozostaje na stałym poziomie, u 31% zmniejszyły się wraz z wiekiem, a u 7% wyraźnie wzrosły (wiązało się to ze zmianą partnera i przeżywaniem tzw. „drugiej młodości”)
Richters J, Grulich A, De Visser R, Smith A, Rissel C. Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. Aust N Z J Public Health2003;27: 164–170.	N=728 2003 r.	Kobiety w wieku 20 – 80 lat; Casablanca	Wywiad bezpośredni, złożony z pytań otwartych	Wśród badanych kobiet ujawniały się i nasilały z wiekiem następujące trudności w życiu seksualnym: awersja seksualna oraz trudności z orgazmem, pojawiła się także dyspareunia.



Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. Arch Sex Behav 2003;32: 193–208.	N=987 2003 r.	Kobiety w wieku 20 – 65 lat; Stany Zjednoczone	Wywiad telefoniczny	Na podstawie badań stwierdzono, że nie zaobserwowano wyraźnych różnic związanych z wiekiem w zakresie: nawilżenia pochwy lub przeżywania orgazmów. Zauważono natomiast, że wraz z wiekiem zmniejszyło się zainteresowanie seksem.
Rissel CE, Richters J, Grulich AE, De Visser RO, Smith AMA. Sex in Australia: Selected characteristics of regular sexual relationships. Aust N Z J Public Health 2003;27: 124–130.	N=9134	Kobiety w wieku 16 – 59 lat; Australia	Wywiad telefoniczny	Na podstawie badań zauważono, że badane kobiety, zależnie od wieku, przeżywają różne problemy na tle seksualnym. Starsze kobiety zgłaszały obniżony poziom zainteresowania seksem, niezdolność do osiągnięcia orgazmu, suchość pochwy podczas zbliżenia seksualnego. Młodsze kobiety miały trudności z: bólem podczas stosunku, obawę o atrakcyjność podczas seksu, zbyt szybkie osiągnięcie orgazmu. W zakresie czynności seksualnych zauważono na podstawie badań, że: częstotliwość aktywności seksualnej spadała z wiekiem od 30 roku życia (z 2,2 do 1,3 razy w tygodniu). Odsetek kobiet, które masturbowały się w ciągu ostatniego roku, wzrosła z 24% u szesnasto-dziewiętnastolatek do 43% w grupie dwudziesto-dwudziestolatek i wyraźnego spadku do 9% u pięćdziesięcioletek. Uprawianie pettingu zmniejszyło się wraz z wiekiem – zaledwie 26% 40-latek go uprawia.

Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States. JAMA 1999;281: 537–544.	N=1749 1999 r.	Kobiety w wieku 18 – 59 lat; Stany Zjednoczone	Wywiad bezpośredni, pytania otwarte	Wśród badanych kobiet częstotliwość uprawiania masturbacji była niska i zmniejszała się wyraźnie wraz z wiekiem. Współżycie seksualne z partnerem wśród badanych kobiet w wieku 25 – 29 lat osiągało poziom (93%), a następnie stopniowo zmniejszało się (w grupie 50 – 54 lat wynosiło 82%), a następnie gwałtownie spadło do 60% w grupie 55–59-latek. W badanej grupie pojawiły się też problemy seksualne, takie jak: brak zainteresowania seksem, niezdolność do osiągnięcia orgazmu. Problemy te zwiększały się wraz z wiekiem.
---	-------------------	---	---	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Hayes, L. Dennerstein, The Impact of Aging on Sexual Function and Sexual Dysfunction in Women: A Review of Population-Based Studies, "The Journal of Sexual Medicine" 2005, nr 2, (3), s. 317–330.

Zmiany związane z wiekiem często mogą uczynić życie seksualne trudniejszym i dającym mniej przyjemności, ale popęd seksualny nie przemija – należy jedynie na nowo nauczyć się odpowiadać na swoje potrzeby seksualne. Z badań wynika, że czynniki kulturowe mogą najsilniej wpływać na życie seksualne – w przypadku osób starszych znacznie je ograniczać (Winn et al. 1982). Mimo że wiele starszych osób podejmuje aktywność seksualną, nasze społeczeństwo nadal negatywnie reaguje na przejawy takich zachowań.

4.6. Seksualność w instytucjach pomocowych dla ludzi starszych

A. Taylor i M. A. Gosney (2001) przeprowadzili rozległe badania na temat seksualności osób starszych, przebywających w instytucjach pomocy społecznej. Jak wynika z tych badań, dla personelu i rodzin temat seksualności seniorów jest tematem tabu, o którym niechętnie się mówi. Dla blisko 69% pensjonariuszy domów pomocy seksualność stanowi istotną wartość w życiu. Jednak brak możliwości zaspokajania swoich potrzeb seksualnych w relacji partnerskiej powoduje, że blisko 49% seniorów decyduje się na rezygnację z aktywności seksualnej, a 22% (głównie mężczyzn) wybiera masturbację. M. Kaas (1978) na podstawie swoich badań stwierdził, iż w wielu domach opieki seniorzy zmuszeni są do życia w celibacie – co najczęściej wynika nie z potrzeb seniorów, a organizacji opieki w tych instytucjach, jak również braku wiedzy, błędnych przekonań i uprzedzeń



opiekunów na temat seksualności starszych ludzi. Nowsze badania M. Ehrenfelda i innych (1997) dowodzą, że wielu pracowników w instytucjach geriatrycznych przyznaje się do stosowania kar fizycznych, którym towarzyszyło uczucie obrzydzenia, zażenowania, bezradności w obliczu pojawiających się sytuacji o charakterze seksualnym, przejawianych przez podopiecznych seniorów. Kolejne badania M. Ehrenfelda (1999) przeprowadzone w kilku domach opieki dla ludzi starszych wskazują, że seniorzy, w zależności od środowiska, w jakim przebywali, przejawiali zróżnicowane postawy względem własnego życia seksualnego. Postawa „kochający i opiekuńczy” charakteryzowała starszych seniorów powyżej 70. roku życia, posiadających partnera (niekoniecznie w związku formalnym), z którym wspólnie zamieszkiwali w domu opieki. Ich relacje miłosne opierały się na mało wyraźnych zachowaniach seksualnych – były to głównie pieszczoty (przytulanie, głaskanie, tulenie), okazywanie sobie zaangażowania, pomoc w codziennych czynnościach, spacerowanie itp. Postawa „wykluczenia seksualności” charakteryzowała tych seniorów, którzy napotykali szereg zakazów ze strony personelu. Dozwolone były wyłącznie zachowania na poziomie miłości i opieki oraz pewne mało wyraźne zachowania seksualne (trzymanie się za ręce, pocałunki). Pozostałe zachowania seksualne były karane i nieakceptowane, często pobłażliwie traktowane – tak jak traktuje się zachowania seksualne dzieci (Ehrenfeld et al. 1999). Badacze zwracają uwagę, iż negatywne reakcje wobec przejawów seksualności podopiecznych seniorów były wrogie nie tylko ze strony personelu, ale przede wszystkim rodzin i osób najbliższych. J. R. McCartney (1987) w swoich badaniach ocenił postawy pracowników domów opieki wobec seksualności osób starszych. Na podstawie badań stwierdzono, iż najsilniejsze reakcje negatywne personelu wywoływały zachowania masturbacyjne. Autorzy badań uznali, że personel zbyt mało uwagi poświęca potrzebom fizycznym i emocjonalnym swoich podopiecznych, szczególnie w zakresie kontaktów intymnych.

4.7. Seksualność ludzi starych z niepełnosprawnością intelektualną

O seksualności człowieka starego niepełnosprawnego intelektualnie nie napisano wiele. Kwerenda literatury przedmiotu wskazuje, że jest to temat nieodkryty i mało poznany. W polskiej literaturze nie ma badań na ten temat. Światowe badania odnoszą się raczej do ogólnie rozumianej niepełnosprawności jako wyniku starzenia się. Rzadko podejmowane są badania nad problemem starzenia się osób niepełnosprawnych intelektualnie, a zaledwie kilka badań odnosi się do aspektów seksualności tychże. Dostępne wyniki badań prezentują dane uzyskane z badań wśród dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie do 50., rzadziej 60. roku życia. Praktycznie nie ma badań na ten temat w odniesieniu do ludzi powyżej 60. roku życia. Niniejszy rozdział w stopniu znaczącym uzupełnia tę lukę i stanowi punkt odniesienia do innych badań – również tych prowadzonych obecnie przez autora.

Badania H. D. Davies’a (1998) odnoszą się do seksualności osób z chorobą Alzheimera. Badacze podkreślają istotną rolę, jaką mogą odegrać w tym względzie profesjonaliści

i najbliższe otoczenie – rodzina. Autorzy badań wskazują, iż wsparcie i akceptacja najbliższego otoczenia (środowiska życia osób z chorobą Alzheimera) może w znaczący sposób wpłynąć korzystnie na poprawę życia seksualnego tych osób. Badacze wskazują, że wsparcie może obejmować pokonywanie barier w rozwiązywaniu problemów seksualnych, ocenę problemów seksualnych, edukację seksualną, a w niektórych przypadkach interwencję (dotyczy to sytuacji, w których osoba starsza niepełnosprawna może zagrażać swojemu bezpieczeństwu i zdrowiu – na przykład niekontrolowana masturbacja, ekshibicjonizm itd).

L. Conod oraz L. Servais, (2008) stwierdzili, iż w ciągu ostatnich dziesięcioleci średnia długość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną znacząco wzrosła. To oznacza, że problemy seksualne okresu starości zaczęły dotyczyć również i tę grupę społeczną. Badacze stwierdzili, iż starsze osoby niepełnosprawne intelektualnie mają podobne problemy jak pełnosprawna część społeczeństwa w życiu seksualnym – dotyczy to problemów urologicznych i ginekologicznych. Bardzo ważną staje się zatem edukacja i wsparcie tych osób. J. Balami i D. Robertson (2007) wskazali, iż wiele problemów natury seksuologicznej mają pacjenci z chorobą Parkinsona. Problemy dotyczą najczęściej kwestii fizycznych – sprawnościowych – i fizjologicznych,

W celu uzupełnienia istniejącej luki w wiedzy na temat seksualności człowieka starego z niepełnosprawnością intelektualną, przeprowadziłem badania empiryczne. Materiał został zebrany drogą wywiadu. Badania zostały przeprowadzone w losowo wybranych dwóch domach pomocy społecznej oraz trzech ośrodkach wsparcia dziennego dla ludzi starszych w różnych częściach kraju. W wywiadach uczestniczyło 39 osób ze stwierdzoną niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w wieku 65–70 lat. Tak mała liczba osób badanych nie upoważnia do uogólniania wyników badań, daje jednak pewien punkt odniesienia i wskazuje na pewne prawidłowości²⁷. W badaniach celowo nie brano pod uwagę głębszych stopni niepełnosprawności intelektualnej – po pierwsze, z uwagi na ograniczoną liczbę takich osób w ośrodkach, w których przeprowadzano badania, po drugie, osoby z cięższymi postaciami niepełnosprawności intelektualnej z oczywistych względów rzadko przekraczają próg 70 lat. W badaniach zastosowano kwestionariusz wywiadu, który zawierał 10 otwartych pytań na temat zachowań seksualnych oraz dodatkową część, dotyczącą obszarów aktywności życiowej (w tym seksualnej), do których badany miał się ustosunkować i określić na skali od obszaru w życiu najważniejszego do najmniej ważnego. Kwestionariusz skierowany do personelu opiekuńczego zawierał pytania dotyczące: problemów zdrowotnych osób badanych, zgłaszania się na wizyty kontrolne do lekarzy urologów i andrologów oraz zachowań seksualnych podejmowanych w placówkach. Badania miały charakter wywiadów z osobami starszymi niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim. Prowadzono również wywiady pomocnicze wśród lekarzy i personelu medycznego, a także pielęgniarско–opiekuńczego (pedagogzy, psychologzy,

²⁷ Zebranie części danych zawdzięczam mojej seminarzystce, Pani Izabelli Jarockiej, której chciałbym serdecznie za pomoc podziękować.



opiekunki). Wywiady z personelem miały charakter badań pomocniczo–weryfikujących. Osoby zaproszone na wywiad miały bezpośredni kontakt z badanymi osobami.

Celem badań było poznanie specyfiki życia seksualnego – jego społecznych (środowiskowo–instytucjonalnych) uwarunkowań osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną. W pracy sformułowano kilka problemów badawczych, które przyjęły postać następujących pytań:

- Jaki jest obraz życia seksualnego (aktywność seksualna, formy i sposoby okazywania miłości) oraz jakie znaczenia przypisują seksualności starsze osoby niepełnosprawne intelektualnie?
- Czy seniorzy niepełnosprawni intelektualnie mają świadomość ograniczeń seksualnych, a jeżeli tak, to czy korzystają z opieki lekarskiej?
- Jak radzą sobie niepełnosprawni intelektualnie seniorzy ze specyficznymi dla okresu starości problemami życia seksualnego (ustanie menstruacji, klimakterium, andropauza, problemy z erekcją, zmiany hormonalne), czy mogą liczyć na pomoc specjalistów, a jeżeli tak, to w jaki sposób ta pomoc jest realizowana?

Wymieniono w pracy kilka obszarów życia zdrowie, dobra materialne, czas wolny, związek/małżeństwo, własna osoba, seksualność, kontakty z innymi ludźmi, mieszkanie oraz praca zawodowa), wpływających na poczucie zadowolenia z życia, badani seniorzy seksualność wymieniali na 6. miejscu, a całość listy zamykało poczucie zadowolenia z pracy zawodowej. Okazuje się zatem, że seksualność nie stanowi najważniejszej wartości w życiu niepełnosprawnych intelektualnie seniorów, ważniejszy okazuje się kontakt z innymi ludźmi, związek czy czas wolny. Całkiem nieistotne są takie wartości jak praca, finanse lub własna osoba. Najważniejsze jest zdrowie. Okazało się także, iż płeć jest zmienną, która różnicuje seniorów w ich seksualności. Różnica między kobietami i mężczyznami w częstotliwości odbywanych stosunków z wiekiem stale się zwiększa – kobiety wcześniej rezygnują z odbywania stosunków. Problemy, związane z zaspokajaniem swoich potrzeb seksualnych, stają się istotne szczególnie w przypadku starości w instytucji. Personel opiekuńczy i pielęgniarz nie przywiązuje wagi do tej sfery życia, a wiadomo, że satysfakcja seksualna, także w wieku późnej dorosłości może pozytywnie wpłynąć na samopoczucie, zwiększyć poczucie przydatności, samorealizacji itp. (por. Fabiś, Fabiś, 2008). Zaspokajanie potrzeb seksualnych osób starszych staje się zatem istotną treścią dyskursu personelu szpitali, domów pomocy społecznej, domów opieki. Wiedza seksuologiczna oraz postawa otwartości wobec potrzeb seksualnych podopiecznych jest bardzo ważna w podnoszeniu jakości życia seniorów zamieszkujących instytucje opiekuńcze. Ludzie czynni seksualnie dłużej zachowują potencję – bez względu na to, czy wynika to z silnego popędu, cechującego niektórych ludzi w całym ich życiu, czy też z samej aktywności seksualnej (ibidem).

Badani niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim seniorzy wskazywali na szereg znaczeń, jakie przypisują swojej seksualności. Warto zaprezentować kilka wypowiedzi [wypowiedzi nie zostały redagowane]:

Dla mnie seksualność, kojarzy mi się z seksem, jest seksem, głęboką miłością, która przeradza się w seks (mężczyzna 69 lat, NI w stopniu lekkim).

Z tym orgazmem to różnie, to nie to samo jak się było młodym, miałam kiedyś takiego ładnego chłopca, to wiem jak to było za młodych lat, ale coś inaczej się w życiu potoczyło, teraz jest Rysiek i go kocham (kobieta 65 lat, NI w stopniu lekkim).

Masturbacja, to nie żaden grzech, w małżeństwie wszystko dozwolone, to nic takiego, przecież wszystko to ludzkie (mężczyzna 65 lat, NI w stopniu lekkim).

Według mojej osoby, aktywność seksualna, poprawia humor, ale nie przedłuża życia, jak choroba wejdzie w człowieka, to nawet seks nie pomoże (kobieta 66 lat, NI w stopniu lekkim).

Te sprawy są dla mnie ważne, w intymności jest ważna sprawa i ludzka rzecz to jest i nikomu nic złego tym nie robię sobie też nie robię nic złego właśnie (kobieta 68 lat, NI w stopniu lekkim).

Ja bynajmniej uważam, że nie jest rzeczą złą czasami się tam sam masturbuje, wszystko to jest ludzkie,, ale jak kiedyś się było młodym to się wszystkiego próbowało (mężczyzna 68 lat, NI w stopniu lekkim).

Dowodem na istnienie aktywności seksualnej u ludzi starych niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim mogą być wyniki uzyskane z badań, z których wynika, iż wśród 70-latków niepełnosprawnych współżyje aż 15% badanych. To bardzo wysoki wynik, zważywszy, że wśród 20–25-latków niepełnosprawnych intelektualnie współżyje zaledwie 13% (por. Kijak, 2010). Blisko 12% podejmuje aktywność masturbacyjną, 52% przejawia inne zachowania seksualne: przytulanie, całowanie, wspólne spędzanie czasu. Z badań wynika, iż mężczyźni masturbują się częściej niż kobiety – odpowiednio 19% i 6%. Na podstawie tych badań można również stwierdzić, że, pomimo istnienia społecznych ograniczeń, wynikających ze środowiska życia osób badanych (instytucje pomocowe), duża część ludzi starszych jest zainteresowana seksem.

W poniższej tabeli zaprezentowano wyniki badań, przedstawiające deklarowaną chęć podejmowania aktywności seksualnej i rzeczywiste możliwości jej realizacji. Jak nie trudno zaobserwować, możliwości realizacji potrzeby seksualnej są zdecydowanie mniejsze niż faktyczne potrzeby. Dane te dowodzą, że, wbrew obiegowym opiniom o braku potrzeb seksualnych seniorów i niepełnosprawnych intelektualnie osób, osoby te mają potrzeby seksualne i pragną je realizować.



Tabela 4. Częstotliwość stosunków seksualnych wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim w wieku 65–70 lat, a faktyczne nasilenie potrzeby seksualnej

Wiek	Częstotliwość stosunków seksualnych w ostatnich 6 miesiącach	Faktyczne potrzeby – zastępowanie aktywności seksualnej innymi czynnościami seksualnymi (masturbacja)
65–70 lat	4 stosunki seksualne	23 inne aktywności seksualne (masturbacja), zastępujące potrzebę odbycia stosunku seksualnego

Źródło: badanie własne

Wypowiedź jednego z badanych może dobrze zilustrować opisywaną kwestię:

(...) mi tam się chce co dzień, ale chociaż 5 razy w tygodniu musi być, co tam jak to się mówi, jestem stary, ale jary (mężczyzna 68 lat, NI w stopniu lekkim).

I jeszcze jedna wypowiedź, tym razem kobiety lat 66, NI w stopniu lekkim:

Na seks mam ochotę przeważnie wieczorem, mam wtedy spokój, nikt nie przychodzi, sami siedzimy sobie w swoim mieszkanku, mamy mały pokoik, łazienkę, no i taką niby kuchnię. Wieczorem jest cisza nikt nie chodzi, bo w ciągu dnia jest tu gwaro w budynku mieszka dużo ludzi, sąsiadki zaglądają, a wieczór jest dla nas. Patrzymy sobie na telewizję, rozmawiamy, poklepię Cześka po ramieniu, tak jakoś jedno wynika z drugiego, teraz nie mogę, ale wcześniej, no to tam, popęd się wzbudza.

Inna nieco jest wypowiedź 67-letniej kobiety NI w stopniu lekkim:

(...) seks sprawia przyjemność, ale to jest inna przyjemność, niż w wieku młodzieńczym, ciało nie jest takie gibkie, sztywny człowiek już jest, tu strzela, tam boli, ale my jesteśmy z mężem dla siebie wyrozumiali i kochamy się tak, aby było przyjemnie i bez większych dolegliwości, czyli nie wszystkie figury udaje nam się zrobić he, he, ale jest dobrze, jestem stara, ale jeszcze trochę jara, he, he.

Teraz to tylko myślami grzeszę, inaczej nie można, troszkę grzeszę myślami, ale co tam, człowiek zejdzie niedługo z tego świata, to co tam (kobieta 66 lat, NI w stopniu lekkim).

Ciekawe są wyniki badań uzyskane w pytaniu na temat przeżywania orgazmu w ostatnim półroczu. Okazuje się, że zdecydowanie mniej seniorów deklaruje przeżycie orgazmu podczas podjętej aktywności seksualnej.

Tabela 5. Deklarowana zdolność do przeżywania orgazmu

Płeć badanych 65 – 70 latków NI w stopniu lekkim	Przeżywanie orgazmu w ostatnim półroczu
Kobiety	3%
Mężczyźni	9%

Źródło: badanie własne

Warto przytoczyć wypowiedź jednej z badanych osób: „z tym orgazmem to różnie, to nie to samo jak się było młodym” (kobieta 65 lat, NI w stopniu lekkim).

Najważniejszymi potrzebami w życiu badanych seniorów jest szacunek (68%), dalej uplasowała się miłość (65%), potrzeba bezpieczeństwa (45%), seksualność była na przedostatnim miejscu (15%), a na ostatnim znalazło się zaufanie (9%). Bardziej istotna od seksualności okazała się potrzeba szacunku (16%) i przywiązania (17%). Wśród wartości najważniejsza była wiara i religia (48%) oraz rodzina (59%) i spokój (55%). Seksualność była wartością dla 14% badanych osób.

Z prowadzonych przeze mnie rozmów z lekarzami wynika, że starsi mężczyźni stają się coraz bardziej świadomi swoich potrzeb seksualnych, a podczas wizyt kontrolnych zgłaszają problemy z erekcją czy ejakulacją. Mimo faktu, że kobiety przechodzą klimakterium, a mężczyźni andropauzę, nie tracą oni swojej seksualności, zmienia się jedynie poziom hormonów płciowych, które mogą obniżać popęd seksualny. Zgłaszanym przez lekarzy, a także opiekunów problemem jest kwestia higieny intymnej starszych osób z niepełnosprawnością. Zwiększona częstość występowania problemów higienicznych u osób z niepełnosprawnością intelektualną, związana jest przede wszystkim z pogłębiającymi się wraz z wiekiem zaburzeniami poznawczymi i psychomotorycznymi. Warto nadmienić – co nie pozostaje bez znaczenia – iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną rzadko są edukowane w zakresie seksualności, w tym higieny intymnej.

Badania dowodzą, że pomimo wielu ograniczeń – szczególnie tych instytucjonalnych, takich jak określony rytm dnia, wyznaczony czas wolny, ściśle określone zadania i ich monitorowanie przez personel, szereg działań zespołowych, organiczne możliwości samodzielnego spędzania czasu, brak intymności w relacjach z partnerem, preferowanie przez personel grupowych form spędzania czasu wolnego – seniorzy są aktywni seksualnie. Choć należy dodać, iż rzadko realizują swoją potrzebę seksualną poprzez współżycie z partnerem. Częściej są to wspólne spacerowanie, oglądanie zdjęć, przytulanie się, całowanie. Jak wynika z przeprowadzonych rozmów, współżycie seksualne pełni dla seniorów głównie funkcję rekreacyjną, zdrowotną, integracyjną, towarzyską, partnerską, zapewnia bliskość i poczucie bycia potrzebnym. Zauważono, że seksualność w starości pozostaje w związku z czynnikami somatycznymi, psychicznymi i społecznymi. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, nastawieni pozytywnie wobec seksualności, o większej wiedzy, dobrym poczuciu własnej wartości, bardziej interesują się seksem i wskazują większe potrzeby seksualne.

W zakresie funkcjonowania seksualnego starsi mężczyźni w większym stopniu podlegają uwarunkowaniom biologicznym niż kobiety. Z badań wynika, że największymi problemami natury fizjologicznej dla badanych osób są: brak erekcji (36%), trudności w przeżywaniu orgazmu (10%), brak nawilżenia pochwy (11%), inne dolegliwości, związane np. z chorobami wieku starczego (5%).

Przeprowadzone analizy stanowią próbę uzupełnienia wiedzy na temat seksualności ludzi starych. To tylko niektóre z przykładów na obecność seksualności w życiu człowieka



w wieku podeszłym, również człowieka niepełnosprawnego intelektualnie. Pozostaje mieć nadzieję, że zasygnalizowane treści stanowić mogą pewien punkt odniesienia dla dalszych analiz, a także być płaszczyzną polemiki dla innych badaczy. Pracownik socjalny, który niewątpliwie zderzy się z problematyką starości w swojej pracy, powinien z całą powagą uwzględniać obszar życia seksualnego tych osób – nie kwestionować, ale mądrze wspierać.

Rozdział V

Remigiusz J Kijak

Przemoc wobec ludzi starszych

Pojęcie przemocy może być różnie definiowane, w zależności od kontekstu, w jakim ma zostać użyte. Z punktu widzenia gerontologii przemoc oznacza wszystkie formy krzywdzenia osoby w podeszłym wieku. Przemoc wobec ludzi starych (mistreatment) podzielić możemy na nadużycie (abuse) i zaniedbania (neglect). Przegląd piśmiennictwa, a także nielicznych wyników badań²⁸ empirycznych, wskazuje, iż najczęstszą formą przemocy stosowaną wobec seniorów są: przemoc fizyczna, psychiczna, finansowa, seksualna, symboliczna oraz zaniedbania.

5.1. Przemoc wobec człowieka w podeszłym wieku jako problem społeczny

Przemoc wobec osób starszych stanowi coraz większy problem społeczny na całym świecie. Wiele starszych osób, jak wskazują wyniki różnych badań (m.in. badaczy izraelskich: E. Iecovich, M. Lankri, D. Drori 2004, czy amerykańskich – M. L. Franco i inni 2000), najczęściej staje się ofiarą wykorzystywania we własnym domu, w domach przyjaciół i krewnych, a nawet w zakładach odpowiedzialnych za opiekę nad nimi. Osoby starsze ze względu na fizyczne predyspozycje oraz psychiczne ograniczenia są mniej zdolne do przeciwstawienia się aktom przemocy – często nie potrafią się bronić, wykazując postawę bierną i podporządkowaną. Wiele seniorów na całym świecie przynajmniej raz padła ofiarą nadużycia – najczęściej sprawcą była osoba z najbliższego otoczenia, bezpośrednio odpowiedzialna za opiekę nad osobą starszą. W samych Stanach Zjednoczonych więcej niż pół miliona osób starszych – jak wskazują narodowe raporty – staje się ofiarą nadużyć. Wg amerykańskiego biura ds. przemocy i nadużyć kolejnych kilka milionów przypadków nigdy nie zostaje zgłoszona. Jak piszą L. R. Phillips i inni (2013) – problem znęcania się i przemocy nad osobami starszymi w amerykańskich placówkach opieki długoterminowej jest powszechny. Wyniki wykazały, że przypadków maltretowania i przemocy fizycznej było niewiele, jednak analiza sprawozdań narracyjnych zaledwie 7% zakładów wykazała 598 zarzutów o złe traktowanie, z czego aż 372 (62,2%) było uzasadnionych i dotyczyło najczęściej przemocy słownej oraz psychicznej.

Kwerendy literatury i pewnego uporządkowania wiedzy na temat badań na temat przemocy wobec ludzi starych dokonali w swych pracach M. Halicka i J. Halicki (2012). Pierwsze badania empiryczne na temat zjawiska przemocy wobec polskich seniorów przeprowadzono w latach 80. i 90. ubiegłego wieku w Białymstoku: wykazano, iż blisko 20% seniorów czuje się osamotnionych i/lub porzuconych oraz izolowanych (por. Halicka, 2012) – na szczególną uwagę zasługują tu przeprowadzone przez zespół Halickiej badania na temat przemocy stosowanej wobec senierek pozostających w związkach part-

²⁸ Na uwagę zasługują badania ośrodka uniwersyteckiego w Białymstoku, przeprowadzone w Zakładzie Andragogiki i Gerontologii na Wydziale Pedagogiki i Psychologii, pod kierownictwem profesor M. Halickiej i profesora J. Halickiego.



nerskich i małżeńskich. Obszerne i ciekawe wnioski przedstawił zespół E. Kramkowskiej (2012) na temat przemocy, na jaką narażeni są ludzie starzy w różnego typu ośrodkach i instytucjach, których przebadano łącznie sto dwadzieścia pięć. Z badań wynika, że do ośrodków zgłaszają się najczęściej kobiety, ofiary przemocy, przede wszystkim domowej (aż 96,7% sprawców to współmałżonkowie). Najczęstszą formą przemocy jest przemoc fizyczna, natomiast najczęstszą formą udzielanej pomocy jest interwencja kryzysowa i wsparcie psychospołeczne²⁹.

E. Sygit i R. Ossowski (2008, s. 164–166) przeprowadzili w województwie kujawsko – pomorskim badania, których celem było ukazanie, na ile zjawisko przemocy jest odczuwane przez osoby starsze w odniesieniu do ich wieku, płci i wykształcenia. W badaniu uczestniczyło 70 osób w wieku 65–80 lat. Obszar badań powiększono o zjawisko dyskryminacji osób starszych, nadopiekuńczości i zaniedbań ze strony otoczenia. W badaniach skupiano się zarówno na problematyce przemocy fizycznej, psychicznej, finansowej, jak i seksualnej. Wyniki wskazują, że istnieje zależność między wiekiem badanych osób, a odczuwaniem nadopiekuńczości ze strony innych. W stosunku do pozostałych form przemocy nie istnieje taki związek. Przy podziale badanej populacji na grupy wiekowe (60–65, 66–71, 72–76, 77–81 i 82–86 lat) największe różnice stwierdzono pomiędzy wynikami pierwszej i drugiej z grup – najmłodsze osoby uzyskały najniższe wyniki, stosunkowo niewielkie rezultaty uzyskano również w dwóch najstarszych grupach. Najwyższy wynik osiągnęły osoby z grupy wiekowej 66–71 lat. W przypadku wpływu zmiennej „wykształcenie” na odczuwanie poszczególnych form przemocy, zależność taka występuje w odniesieniu do przemocy fizycznej, zaniedbania i dyskryminacji. Nie występuje statystyczna zależność między poziomem wykształcenia badanych osób a odczuwaniem przemocy psychicznej, seksualnej, finansowej oraz nadopiekuńczości. Jak wskazują wyniki, zależność istnieje między niższym wykształceniem a większym poczuciem bycia dyskryminowanym. Taka korelacja występuje również w stosunku do wyników poczucia zaniedbywania ze strony otoczenia. W odniesieniu do przemocy fizycznej grupa osób z wykształceniem podstawowym oceniła poziom odczuwania jako niższy w stosunku do tego, jak oceniła go grupa osób z wykształceniem zawodowym. Tym samym nie został zachowany związek niższego wykształcenia z większym poziomem odczuwanej przemocy – w stosunku do odczuwania przemocy fizycznej. Jednak pozostałe wyniki, z grup osób z wykształceniem średnim i wyższym, pozwalają stwierdzić, że wyższy poziom edukacji pozwala na korzystniejszą ocenę postaw otoczenia w stosunku do osób w starszym wieku. M. Muehlbauer, P. A. Crane (2006, s. 43–48) na podstawie swoich badań wykazali, iż zagrożenie przemocą w ośrodkach wsparcia dziennego i instytucjach opieki długoterminowej jest duże. Autorzy wysuwają postulat, iż zagadnienie przemocy i zaniedbywanie wobec ludzi w podeszłym wieku powinno stać się tematem do dyskusji nie tylko dla personelu pielęgniarско-lekarskiego i pedagogiczno-psychologicznego,

29 Więcej informacji znajdzie czytelnik w kwartalniku „Praca Socjalna” 2012, nr 5.

ale stanowić zarazem istotny punkt debaty na szczeblu państwowym. Badacze dowodzą, że istnieje związek pomiędzy przemocą a wiekiem. Ustalono, iż najbardziej narażone na akty przemocy są osoby najstarsze: powyżej 70. roku życia. S. M. Strasser i inni (2013, s. 309–315) przeprowadzili badania w grupie 112 osób, w wieku od 60 do 80 lat. Wyniki wskazują, że 28,6% respondentów doświadczyło przynajmniej raz określonej formy przemocy. Blisko 16% doświadczyło zaniedbywania (odizolowanie, niezaspokojenie potrzeb fizjologicznych). Badania D. K. Taylor (2006) wskazują, że od 4 do 10% starszych Amerykanów przynajmniej raz w życiu doświadczyło przemocy. Mimo że wiele przypadków przemocy jest ujawnianych, to, jak donosi amerykańskie stowarzyszenie Adult Protective Services (APS), zgłoszona liczba to tylko niewielka część rzeczywiście popełnianych aktów przemocy na ludziach starych. Ostatnie badania C. Cooper'a (2008) oraz B. D. Dunlopa (2001) wskazują, iż osoby starsze niepełnosprawne intelektualnie doświadczają różnych form przemocy trzykrotnie częściej niż inni starsi ludzie. Badania prowadzone przez tych badaczy na porównywalnej grupie około 70 osób w wieku powyżej 60 lat wskazują, że aż 12% badanych osób doświadczała przemocy fizycznej, seksualnej i emocjonalnej, a także złego traktowania i zaniedbywania. Naukowcy wykonali wiele badań w celu zbadania czynników ryzyka związanych z przemocą i zaniedbywaniem. Badania jednoznacznie wskazują, że wśród najistotniejszych czynników ryzyka należy wymienić: wiek, wykształcenie, sprawność fizyczną i intelektualną, jakość relacji społecznych, a także wcześniejsze doświadczanie przemocy (por. Taylor et al., 2006, Cooper et al., 2008, Dunlop et al., 2001 oraz N. G. Choi, J. Jun, 2009). R. Sooryanarayana, W. Y. Choo i N. N. Hairi (2013) dokonali przeglądu badań na temat przemocy wobec ludzi starszych w placówkach opiekuńczych. Dokonali przeglądu wybranych artykułów od roku 1990 do 2011 – łącznie 1832 artykuły – wykorzystując bazy MEDLINE. W wyniku analizy danych ustalono, że współczynnik wykorzystywania i przemocy wśród ludzi starych wyniósł 44,6% w krajach rozwijających się oraz od 13,5% do 28,8% w krajach rozwiniętych. Do najczęstszych form wykorzystywania zaliczono przemoc fizyczną oraz wykorzystywanie finansowe. Dowody z badań pokazują, że przemoc wobec osób starszych jest częstym problemem w krajach rozwiniętych i rozwijających się. Ważne jest, aby, reformując istniejącą opiekę instytucjonalną dla ludzi starych, brać te wyniki pod uwagę. L. B. Schiamberg et al., (2012) przeprowadzili badania na temat częstości występowania i czynników ryzyka przemocy fizycznej wśród starszych osób przebywających w domach opieki społecznej w stanie Michigan. Przebadano łącznie 452 osób powyżej 65. roku życia. Blisko 24,3% respondentów stwierdziło, iż doświadczyło, co najmniej jednego incydentu przemocy fizycznej ze strony personelu domu opieki. Ustalono, iż do aktów przemocy dochodziło głównie w odniesieniu do podopiecznych o słabej kondycji fizycznej, najczęściej poruszających się niesamodzielnie, mających poważne ograniczenia komunikacyjne, potrzebujących pomocy w codziennych czynnościach i czynnościach fizjologicznych. Zasygnalizowanie tych przyczyn i pomoc personelowi opiekuńczemu w pokonywaniu trudności w opiece nad najciężej niepełnosprawnymi podopiecznymi



może w znaczący sposób wpłynąć na zmniejszenie ilości aktów przemocy w ośrodkach opieki dla ludzi starych.

Przeglądu polskich badań na temat zjawiska przemocy wobec ludzi w podeszłym wieku dokonały B. Woźniak i M. Brzyska (2009). Ogólna charakterystyka badań wskazuje, że w ostatnich 20 latach zjawisko przemocy wobec człowieka starszego przybierało na sile. Przemoc wobec człowieka starszego często jest skutkiem przeciążenia niewykwalifikowanych opiekunów rodzinnych oraz stresu związanego ze sprawowaniem opieki. Dane dla Polski wskazują, że coraz więcej osób starszych staje w ostatnich latach swojego życia w obliczu konieczności przyjmowania wsparcia i opieki ze strony członków rodziny, a prawie połowa osób powyżej 65. roku życia potrzebuje pomocy w przynajmniej jednej czynności związanej z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Według przytaczanych przez Woźniak i Brzyską sondażowych danych CBOS z 2005 r., około 24% starszych kobiet doświadczyło przemocy słownej ze strony męża lub partnera. Blisko 22% starszych mężczyzn doznawało upokorzenia i szykan ze strony swoich partnerek. Przemocy fizycznej w postaci popychania, szarpania lub bicia doświadczyło 8% kobiet i 2% mężczyzn. Ciekawe badania na temat złego traktowania i przemocy stosowanej na osobach starszych w latach 90. przeprowadziła M. Halicka (1996). Badania zostały przeprowadzone wśród 600 mieszkańców Białegostoku w wieku 60–80 lat. Badania uwidocznily istnienie problemu przemocy wśród starszych osób. Najczęstszym zaniedbaniem ze strony rodziny okazał się brak opieki, izolowanie od spraw rodziny, a często też zaniedbanie emocjonalne. Poczucie bycia zaniedbywanym skorelowane było z wiekiem. Im starsze osoby, tym poczucie zaniedbania wzrastało.

Badania zespołu E. Rudnieckiej-Drożak (2006, za: Woźniak, Brzyska, 2009) zostały przeprowadzone w latach 2004–2006 i dotyczyły określenia stopnia ryzyka wystąpienia przemocy u osób powyżej 65. roku życia – przeprowadzono je w województwie lubelskim. Badania opierały się na przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i środowiskowej. W badaniach wzięło udział 1047 osób. Pacjenci najczęściej byli ofiarami przemocy psychicznej (88%), wykorzystywania finansowego (72%), przemocy fizycznej (50%), a także przemocy seksualnej (4%).

Fundamentalne dla rozwoju tej gałęzi wiedzy badania zostały przeprowadzone przez Halickiego i Halicką wraz z zespołem (2012)³⁰. Badania dowiodły, iż blisko 6% seniorów doświadcza przemocy, a wskaźnik narażenia na przemoc jest wyższy dla kobiet niż dla mężczyzn. Według badaczy najczęściej osoby starsze były znieważane, wyzywane, ośmieszane lub lekceważone. Przemocy fizycznej w postaci kopania, duszenia, okaleczania doświadczało zaledwie 0,4% badanych. Najrzadziej zgłaszano wymuszenia seksualne. Badacze podkreślają iż najczęściej aktów przemocy doświadczają najmłodszy

30 Jak dotąd są to najważniejsze analizy empiryczne w Polsce, bowiem oparte zostały na ogromnym materiale badawczym, obejmującym blisko 6 tys. seniorów z całego kraju. Badania przeprowadzono wśród kobiet i mężczyzn w wieku 55 lat i więcej,

seniorzy: z badań wynika, że co dziesiąta osoba w wieku 55 – 69 lat spotkała się w przebiegu ostatniego roku z jakąkolwiek formą przemocy. Wysunięto również bardzo ciekawe wnioski, z których wynika, że istnieje zależność istotna statystycznie pomiędzy wielkością miejscowości zamieszkania, a występowaniem przejawów przemocy – do przemocy najrzadziej dochodziło w małych miejscowościach i na wsiach, znacznie częściej w dużych miastach. Z materiału empirycznego wysuwają się również jeszcze inne istotne wnioski. Po pierwsze, do aktów przemocy dochodziło najczęściej w rodzinach. Po drugie – do aktów przemocy dochodzi głównie w dużych miastach województwa podlaskiego i warmińsko-mazurskiego.

Warto upowszechnienia są wyniki badań przeprowadzone również przez środowisko białostockich naukowców z Zakładu Andragogiki i Gerontologii, pod kierunkiem naukowym M. Halickiej i J. Halickiego (2010). Badania zostały przeprowadzone w grupie 630 osób w wieku 60 lat i więcej, pochodzących z województwa podlaskiego, mieszkających na wsiach (N=315) i miastach (N=315). Z badań wynika, że aż 10% seniorów doświadcza jakiegokolwiek formy przemocy. Wartością dodaną tych badań jest przedstawiona autorska koncepcja (jak dotąd jedyna poparta tak obszernym materiałem empirycznym) typologii ofiar przemocy. Autorzy wyróżniają dwa podstawowe typy: (1) typ zrezygnowany i bezradny, (2) typ niepokodzony i walczący. W zależności od tego, kto był sprawcą, a kto ofiarą przemocy, w ramach wyszczególnionych typów ofiar wyróżnia się pięć podgrup. W pierwszej grupie są to nieszczęśliwe żony, cierpiące matki, zrezygnowane kobiety. Do drugiej grupy zaliczamy walczące żony, i dręczonych ojców³¹.

Ze względu na nieliczne badania, poświęcone temu obszarowi, należy koniecznie odnieść się do pracy wydanej przez Instytut Rozwoju Służb Społecznych w Warszawie, w całości poświęconej przemocy wobec ludzi starych³².

5.2. Rozumienie pojęcia przemocy wobec ludzi starszych

Przemoc wobec osób starszych obejmuje szereg zachowań, mających na celu wywołanie cierpienia lub szkody w wymiarze psychicznym, fizycznym, seksualnym lub finansowym. Przemoc obejmuje również nadużycie i zaniedbanie. Definicja z Deklaracji Toronto w sprawie globalnego zapobiegania przemocy wobec osób starszych (2002 r.) definiuje przemoc wobec ludzi starszych (ElderAbuse) jako pojedyncze lub powtarzające się działanie lub, przeciwnie, brak odpowiedniego działania, występujące w dowolnej relacji, które powoduje uszkodzenie ciała lub cierpienie starszej osoby. Przemoc może mieć

31 Więcej na ten temat odnajdzie czytelnik w pracy pod red. M. Halickiej i J. Halickiego: *Przemoc wobec ludzi starych* (Białystok 2010, Temida 2).

32 Odnoszę czytelnika do monograficznego wydania kwartalnika „Praca Socjalna” (2012, nr 5), pod redakcją naukową M. Halickiej i J. Halickiego. Na uwagę zasługują przede wszystkim teksty empiryczne dotyczące przemocy wobec starszych kobiet, artykuły poglądowe na temat stanu badań na temat przemocy oraz studia przypadków.



różne formy: zaniedbania fizycznego, psychicznego/emocjonalnego, seksualnej napaści lub finansowych nadużyć, zamierzonych lub nie:

- zachowanie powodujące cierpienia psychiczne, stres i strach, np.:
 - ośmieszanie lub groźby
 - molestowanie lub upokorzenie
 - zapobieganie wyboru lub podejmowania decyzji
- nadużycia finansowe, nielegalne lub niewłaściwe korzystanie z pieniędzy, nieruchomości lub innych środków, np.:
 - nieuprawnione pobranie pieniędzy lub mienia
 - nadużywanie pełnomocnictwa
 - nieuprawnione dysponowanie mieniem
- przemoc fizyczna, zadawanie bólu, urazów lub użycia siły, np.:
 - bicie, popychanie, nieostrożne obchodzenie się
- zaniedbanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i społecznych, np.:
 - nieodpowiednie jedzenie, odzież, schronienie
 - odizolowanie
 - zaniedbywanie opieki medycznej i lekarskiej
- przemoc seksualna, np.:
 - prowokowanie zachowań seksualnych wbrew woli i chęci osoby starszej
 - ośmieszanie i ekshibicjonizm osoby starszej oraz upublicznianie jej wizerunku.

Przyjmując perspektywę life course approach rozumianej jako perspektywa „przebiegu życia człowieka”, możemy przyjąć, że przemoc jest wpisana w życie człowieka – do określonego miejsca i czasu. Spojrzenie na przemoc poprzez tę koncepcję oznacza patrzenie długoterminowe – trajektoria przemocy może zaczynać się dopiero w starszym wieku, może również pojawić się we wczesnych fazach życia człowieka. Jak pisze B. Tobiasz-Adamczyk (2009), trajektoria przemocy, rozpatrywana z perspektywy trajektorii życia, oznacza powiązanie między życiem, czasem a miejscem.

Analizując przemoc w wieku starszym, można koncentrować uwagę na następujących aspektach:

- osoby starsze – wiek sprawców
- ofiara – starszy sprawca, osoby w średnim wieku lub młodsze
- ofiary – osoby starsze – sprawcy – osoby w zaawansowanym wieku starszym (za: Tobiasz-Adamczyk, 2009).

Śledzenie trajektorii życia oznacza kumulacje pozytywnych i negatywnych doświadczeń oraz określanie wzorców interakcji między:

- osobami młodszymi a osobami starszymi
- pomiędzy osobami starszymi
- osobami najstarszymi a innymi młodszymi starszymi (za: Tobiasz-Adamczyk 2009).

Niejednoznaczności w zdefiniowaniu przemocy wobec ludzi starszych wynikają z istnienia wielu czynników, które mogą powodować zakłócenia w jasnym i jednoznacznym definiowaniu tego zjawiska. W definicji przemocy wobec osób starszych ważne jest zatem uwzględnienie i jednocześnie rozróżnienie pomiędzy:

- naturą działania – działania agresywne i inwazyjne (przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna) lub zaniechanie działania (zaniedbanie)
- rolą sprawcy przemocy – akty przemocy (fizyczne, psychiczne, seksualne), działania wynikające z odpowiedzialności za sprawowanie opieki (porzucenie, zaniechanie, zaniedbywanie).

Jak piszą Sygit i Ossowski (2008, s. 163–168), przemoc to zespół „zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądanom i potrzebom sprawcy”. Biorąc pod uwagę wiek, potencjalnymi ofiarami nadużyć są osoby młodociane. Jak wskazano w literaturze, grupą szczególnie narażoną na przemoc są osoby w starszym wieku. Z badań Wolfa i Pillemer (por. Pospiszyl, 1998; za: Sygit, Ossowski, 2008) wynika, że ok. 3,2% osób starszych doświadcza różnych form krzywdzenia, a największe ryzyko w tym względzie występuje w grupie wiekowej 75–84 lata (37,3%). Znęcanie się nad osobami w starszym wieku najczęściej zdarza się w rodzinach. Przemoc w rodzinie świadczy o wewnętrznym jej rozbiciu i należy do zjawisk patologii społecznej. Sprawcami przemocy wobec tej grupy wiekowej są w przeważającej mierze członkowie rodziny (89,7%), w tym częściej dorośle dzieci (47,3%) niż współmałżonkowie (19,3%) i inni członkowie rodziny (8,8%), częściej mężczyźni niż kobiety (jedynie w przypadku zaniedbywania udział kobiet jest większy) częściej ci bliscy, którzy są uzależnieni, mają problemy ze zdrowiem psychicznym, stosowali przemoc w przeszłości, są zależni finansowo od osoby starszej (por. Badura-Madej, Dobrzyńska-Esterhazy, 2000, za: Sygit, Ossowski, 2008).

Wśród istotnych czynników, podnoszących ryzyko wystąpienia przemocy wobec ludzi starych, możemy wymienić następujące (por. m.in. Lachs, Pillmer, 1995 i Hwalek, Sengstock, 1986, za: Tobiasz–Adamczyk 2009 oraz Sooryanarayana, Choo, Hairi, 2013):

- zdrowie fizyczne, psychiczne – określone funkcjonalne zaburzenia u ludzi starych
- skłonność i predyspozycje do zależności i ulegania innym
- zależność sprawcy przemocy od ofiary przemocy – przemoc jest rezultatem zależności od zasobów jakie posiada ofiara
- wspólne zamieszkiwanie sprawcy i ofiary
- czynniki zewnętrzne wywołujące stres
- izolacja społeczna – starsze osoby, które mają ograniczoną ilość kontaktów społecznych, częściej padają ofiarami przemocy; izolacja zmniejsza szanse wykrycia przemocy
- historia przemocy – wśród partnerów obecność przemocy w relacjach może być predykatorem przemocy w wieku starszym



- samozaniedbanie – niezastosowanie się do rekomendacji lekarzy, odmowa przyjmowania leków i udziału w zajęciach rehabilitacyjnych, zachowania antyzdrowotne
- kulturowe uwarunkowania przemocy.

5.3. Przemoc wobec osób starszych niepełnosprawnych intelektualnie

Przemoc wobec ludzi starszych z niepełnosprawnością intelektualną stanowi osobny i nieczęsto poruszany w literaturze przedmiotu problem. Wśród wszystkich form przemocy osoby starsze z niepełnosprawnością intelektualną najczęściej narażone są na przemoc fizyczną, zadawanie bólu (bicie, popychanie, nieostrożne obchodzenie się), niezapewnienie potrzeb fizycznych, emocjonalnych i społecznych (nieodpowiednie jedzenie, odzież, schronienie, odizolowanie) oraz przemoc seksualną. Warto – ze względu na rzadkie przypadki podejmowania tego tematu przez literaturę – omówić problem przemocy seksualnej wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Jak pokazują światowe (por. Friedrich, 1997) i europejskie badania (w tym polskie, m.in. Beisert, 2004, Piekarska, 2007), osoby niepełnosprawne intelektualnie częściej padają ofiarami przemocy seksualnej niż osoby pełnosprawne. Wielu autorów zwraca również uwagę na charakter relacji i zależności pomiędzy niepełnosprawnością a przemocą (por. Piekarska, 2007, Benedict et al., 1990, Giardino et al., 2003 za: E. Jarosz 2008), przy czym niektórzy dowodzą, że przemoc często sama w sobie może stanowić przyczynę niepełnosprawności. Jak piszą S. S. Strasser et. al. (2013) osoby niepełnosprawne intelektualnie, żyjące w instytucjach zamkniętych, narażone są na różnego rodzaju formy nadużyć z przemocą seksualną łącznie. Jak podkreślają badacze, ryzyko bycia ofiarą przemocy seksualnej w takich instytucjach wzrasta czterokrotnie. Osoby niepełnosprawne intelektualnie wykorzystywane są przez współmieszkańców; niestety, zdarza się, iż również przez personel. Jednak jest kwestią sporną, czy natężenie wiktymizacji seksualnej wzrasta wyłącznie w sytuacji izolacji. Jak donoszą R. Macklin, W. Gaylin (1981), osoby niepełnosprawne intelektualnie padają ofiarami przemocy seksualnej we własnym środowisku zamieszkania – nie zawsze są to środowiska zaniedbane wychowawczo i o niskim statusie materialnym. Niekiedy umieszczenie w instytucji zamkniętej staje się jedynym sposobem na przerwanie pasma przemocy. Badanie przemocy seksualnej wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zadaniem niezmiernie trudnym. Obecnie nie istnieją statystyki, które w sposób pewny precyzowałby skalę tego zjawiska. Dzieje się tak przynajmniej z kilku powodów. Po pierwsze: statystyki policyjne rzadko gromadzą dane na ten temat, co jest wynikiem tego, że jeszcze kilkanaście lat temu ignorowano potrzebę specjalistycznych badań w dziedzinie krzywdzenia osób z zaburzeniami rozwojowymi. Zakładano, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są poza ryzykiem wiktymizacji seksualnej z uwagi na brak atrakcyjności seksualnej lub też na skutek budzenia odruchów litości u potencjalnych sprawców. Dość powszechnie też wierzono, że skutki krzywdzenia nie są tak traumatyczne, jak w przypadku osób pełnosprawnych z uwagi na ich ograniczoną percepcję, rozumienie i ocenę zdarzeń. Po drugie: agencje które mają

zbierać dane, dotyczące statystyk kryminalnych, rzadko gromadzą dane na temat tego, czy ofiara jest intelektualnie niepełnosprawna. Po trzecie: zdarza się że wiele przypadków przemocy seksualnej jest ignorowana przez najbliższe otoczenie i nigdy nie zostaje zgłoszona organom ścigania.

Dane na temat przemocy wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie w USA zostały zawarte w dokumencie „The Violence Against Women Act”. Skupia się on m.in. na ochronie niepełnosprawnych kobiet i ma służyć zapewnieniu im włączenia się do istniejących programów pomocy ofiarom przemocy domowej i seksualnej. Stwierdza się w nim m.in. że:

- Pracownicy służb społecznych i pracownicy wymiaru sprawiedliwości często nie potrafią rozpoznać, że osoba niepełnosprawna intelektualnie jest ofiarą przemocy seksualnej, nie reagują odpowiednio na ten problem, szczególnie jeżeli sytuacja dotyczy dorosłych kobiet trudniących się prostytutką.
- Osoby niepełnosprawne intelektualnie są w większym stopniu narażone na przemoc niż osoby pełnosprawne ze względu na fizyczną, ekonomiczną, społeczną lub psychiczną zależność od innych, a w przypadku występowania przemocy domowej niepełnosprawne kobiety pozostają ze sprawcą prawie dwa razy dłużej niż osoby pełnosprawne.
- Przemoc wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie przybiera różnorodne formy: od przemocy słownej i fizycznej po seksualną, wymuszanie izolacji, zależność ekonomiczną lub pozbawianie niepełnosprawnej osoby niezbędnego dla niej sprzętu, lekarstw, transportu lub pomocy w osobistych czynnościach, a także zmuszanie do poddawania się czynnościom seksualnym za drobne przysług najczęściej materialne (papierosy, alkohol).
- Większość niepełnosprawnych intelektualnie osób nie zgłasza takich przypadków ze względu na swoją zależność od sprawców. Boją się porzucenia lub umieszczenia w ośrodku opieki społecznej.
- Wiele kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie nie może opuścić sprawcy (agresywnego męża lub osób, z którymi zamieszkuje), ponieważ boi się samotności.
- Pracownicy wymiaru sprawiedliwości, służb społecznych i ośrodków, pomagających ofiarom przemocy, często nie są odpowiednio przygotowani, by móc skutecznie identyfikować i odpowiadać na przemoc wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie.

W dokumencie wydanym przez Kongres USA w 1998 roku („CrimeVictimes with Disabilities Awareness Act”), który miał zwrócić uwagę na ciężkie położenie niepełnosprawnych ofiar przestępstw, poinformowano, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną od 4 do 10 razy częściej stają się ofiarami przestępstw niż osoby pełnosprawne.

Ten zaledwie wycinkowy opis zjawiska przemocy wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną zdecydowanie nie wyczerpuje zagadnienia i nie stanowi całościowego spojrzenia. Zadaniem tego rozdziału było raczej zasygnalizowanie tej kwestii, jako ważnego zagadnienia w dyskusji na temat niepełnosprawności intelektualnej i problemów życia osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną.



Remigiusz J Kijak

Społeczne doświadczenie starości – postawy wobec ludzi starszych i ich, jakość życia**6.1. Postawy ludzi starych wobec własnej starości**

Ze względu na różne uwarunkowania psychospołeczne, fizyczne lub kulturowe możemy mówić o dwóch sposobach przystosowania się do starości. Pierwszy sposób ma charakter adaptacyjny, drugi – dezadaptacyjny. O sposobie wyboru decyduje szereg czynników, nie zawsze związanych z samą osobą – często są to czynniki zewnętrzne, na które człowiek w podeszłym wieku ma znikomy wpływ: finanse, sytuacja polityczna, system opieki lub jej rodzaj, czynniki środowiskowe, wsparcie rodziny itp. Jak się okazuje, zdrowie ma mniejszy wpływ na wybór określonej strategii przystosowania się do starości niż zewnętrzne okoliczności.

Nieprzystosowanie do życia w starości może przyjmować różne postaci i wyrażać się zaniechaniem przez osobę starszą kompensowania doświadczanych strat lub też, jak to określa S. Steuden (2012), „nieefektywnym zmaganiem się z trudnościami, brakiem umiejętności dostosowania własnych możliwości do warunków otoczenia, poczuciem osamotnienia, nieumiejętnością planowania i organizowania czasu wolnego”. Równie często obserwować można nadmierną i chaotyczną aktywność, ciągłe poszukiwanie nowych kontaktów z równoczesnym brakiem zadowolenia z już istniejących. Oczywiście ta nadmierna aktywność ma na celu zaprzeczanie zmianom związanym z procesem starzenia się.

Nie będzie niczym odkrywczym, jeżeli napiszemy, że na podejście do własnej starości wpływ mają dwie grupy czynników: osobowościowe (inaczej endogenne) – wewnętrzne, do których zaliczymy stan zdrowia, poczucie sensu życia, poczucie koherencji, określoną postawę wobec starości i przemijania, zachowania zdrowotne, styl życia, doświadczenia życiowe. Drugą grupę czynników stanowią czynniki zewnętrzne (egzogenne), do których zaliczymy relacje rodzinne, społeczny obraz starości, politykę społeczną i pomoc społeczną. Spośród wymienionych istotnym czynnikiem, wpływającym na sposób przystosowania się do starości, jest satysfakcja życiowa czy poczucie sensu życia. Satysfakcja życiowa nie tylko jest wskaźnikiem pozytywnej oceny życia, ale odzwierciedla również proces dynamicznego równoważenia osobistych aspiracji z życiowymi osiągnięciami i możliwościami ich realizacji (por. Steuden, 2012).

O percepcji własnej starości decydują strategie zmagania się z problemami codziennego życia. Cytując Steuden (2012, s. 175), można powiedzieć, że istotne znaczenie dla podtrzymania zdrowia – zarówno psychicznego, jak i fizycznego - mają w późnym okresie życia pierwotne i wtórne strategie kontroli zachowania.

Pierwotne strategie obejmują tzw. strategie proaktywne – polegające na przekraczaniu przeszkody i osiąganiu zamierzonego celu. Wtórne strategie kontroli zachowania nakierowane są na emocje i percepcje sytuacji. Strategie opierające się na regulacji wtórnej

mogą łączyć się z różnymi formami pozytywnej oceny danej sytuacji – na przykład poprzez poszukiwanie optymistycznych aspektów z pozoru niekorzystnej sytuacji.

Oczywiście, jak już wspomniano wcześniej, sposób przeżywania swojej starości zależy od wielu czynników, jednak jednym z najważniejszych jest własna historia życia. Bowiem jak pisze O. Czerniawska (2000) starość niejako jest skutkiem – możemy nawet napisać: wyrasta z poprzednich faz rozwojowych. Starość może okazać się pięknym, pełnym wdzięczności okresem życia, pod warunkiem, że człowiek zostawia za sobą spełnione życie – pełne satysfakcji i godności. Jednak starość może być też czasem smutku, poczucia osamotnienia i beznadziejności – gdy brakuje poczucia sensu życia i celu.

W literaturze gerontologicznej brakuje pozytywnych odniesień do okresu starości. Najczęściej badacze koncentrują się na negatywnych postawach, przedstawiając starość jako okres smutny i pełen beznadziejności. Istnieją jednak również pozytywne odstony starości – świadczy o tym choćby przedstawione w poprzednim rozdziale zagadnienie życia intymnego osób starszych. S. Steuden (2012) przedstawia badania przeprowadzone przez P. G. Colemana i A. O'Hanlona (2004): badania ujawniły zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje, odnoszące się do własnej starości. Treść lęków i obaw dotyczyła złego stanu zdrowia oraz obniżenia statusu materialnego. Postawa wobec własnej starości może być wyjaśniona poprzez antycypacje zagrożeń związanych ze starością – aspektów fizycznych (zagrożenie łączyło się z lekiem o zły stan zdrowia, choroby i śmierć), psychicznych (świadomość przemijania i brak akceptacji nieuchronnej śmierci) i społecznych (trudności w kontaktach społecznych). Inne badania (O'Hanlon, 2004, za: Steuden, 2012) ukazują czynniki istotne w określaniu postawy wobec własnej starości. Doświadczenia związane z przeszłością i relacjami interpersonalnymi wpływały pośrednio na postawę wobec własnej starości. Najsilniej na postawę wobec własnej starości wpływały takie czynniki jak status finansowy, neurotyzm, wiedza na temat starości, obraz siebie. W mniejszym stopniu: wiek, płeć, wykształcenie.

W literaturze funkcjonuje wiele egemplifikacji postaw ludzi starych wobec własnej starości. Najpopularniejszą i najpowszechniejszą jest typologia D. B. Bromley'a. Typologia ta, z uwagi iż powstała latami 60. ubiegłego wieku (1969), może obecnie stanowić jedynie pewien punkt wyjścia do rozważań na temat postaw ludzi starych wobec własnej starości. Omawiając tę typologię, warto dokonać pewnych współczesnych reinterpretacji. S. Reichard (zob. D. B. Bromley, 1969, za: Steuden, 2012, B. Szatur-Jaworska, 2006, Szarota, 2004 i inni) wymienia pięć postaw – pięć własnych ustosunkowań ludzi starych wobec własnej starości. Według badaczki są to:

1. Konstrukttywne podejście do własnej starości – postawa pozytywna. W podejściu tym podkreśla się możliwości i mocne strony osoby w podeszłym wieku. Starsi ludzie, których charakteryzuje ten właśnie typ postawy, przejawiają sporą aktywność na rzecz najbliższego środowiska i rodziny. Angażują się w szereg działań o charakterze społecznym – wymienić można chociażby wolontariat ludzi starych. Właśnie ta grupa ludzi starych, o pozytywnym podejściu do życia i własnego starzenia się, staje



się coraz częściej docelową grupą konsumentów dla wielu producentów. Sektor ten otrzymał nawet swoją nazwę – grey market (tzw. „siwy rynek”, czyli grupa produktów kupowanych wyłącznie przez osoby starsze). Zmiany w wizerunku osób starszych są coraz bardziej widoczne – można je zawrzeć w kilku punktach:

- rosnące w siłę pokolenie 50+ będzie się różnić od obecnych pięćdziesięciolatków (głównie w sposobie bycia), preferując swobodny i otwarty tryb życia, angażując się w szereg nowych zadań; przyszli seniorzy rzadko będą przechodzić na wcześniejsze emerytury, będą pracować i cieszyć się pracą nie rezygnując jednocześnie z innych obszarów życia, takich jak czas wolny, czas z najbliższymi, hobby i pasje;
 - przyszli starsi będą zdrowsi, aktywni zawodowo, młodzi duchem, szczęśliwi i radosni, a także bogatsi: będą wydawać więcej pieniędzy, a zarazem nie będą musieli oszczędzać;
 - ze względu na wydłużenie długości życia będą też dysponować większą ilością czasu po odchowaniu swoich dzieci.
2. Postawa zależności – postawa negatywna. Osoba starsza, pomimo swojej psychofizycznej sprawności i dobrej kondycji zdrowotnej, oczekuje opieki najbliższych i ich pomocy. Sama rzadko angażuje się w działania społeczne – cechuje ją bierność, małkontenctwo, czarnowidztwo.

Już pobieżna diagnoza polskiego społeczeństwa może nasuwać wiele skojarzeń właśnie z tym typem podejścia do okresu starości. Wymienione poniżej czynniki w pewnym sensie tłumaczą tę niekorzystną sytuację: ukazują proces faktycznego i symbolicznego wykluczenia z „modernizującego się” społeczeństwa. Diagnozę tę można przedstawić w kilku punktach:

- niewielki odsetek osób w wieku 65+ uczestniczy w jakichkolwiek formach kształcenia (lifelong learning – zaledwie 16% osób w wieku 65+ korzysta z jakiegokolwiek formy edukacji);
- niski odsetek korzystających z nowoczesnych technologii telekomunikacyjnych (9% emerytów korzysta z Internetu, a tylko 13% ma komputer w domu, podczas gdy w USA z Internetu korzysta ponad połowa seniorów, a blisko 40% ma w domu komputer);
- seniorzy nie uczestniczą aktywnie w życiu społecznym (w Polsce zaledwie 12% działa jako wolontariusze – w Szwecji i Austrii odsetek aktywnych wolontariuszy w wieku 65+ wynosi 90%);
- niewielu seniorów podejmuje pracę zawodową na część etatu: w Polsce aktywnych zawodowo seniorów powyżej 50. roku życia jest zaledwie 27% – jest to najniższy wskaźnik w Europie – natomiast powszechne staje się niezadowolenie z wydłużenia okresu pracy do 67. roku życia;
- procesy marginalizacji osób starszych, choć w pewnym okresie zauważalne również w krajach Europy Zachodniej, w Polsce mają szczególnie nasilony charakter, z uwagi na zmianę systemową po roku 1989 – zmiana ta przyniosła szereg istot-

- nych czynników, warunkujących postrzeganie i sytuację osób starszych, a osadzonych głęboko w polityce, kulturze, wcześniejszych emeryturach i tzw. homo sovieticus (homo sovieticus to powszechnie głoszona teza o szczególnym zespole nawyków, ukształtowanym jako adaptacja do „realnego socjalizmu” i destruktywnych dla nowoczesnego rynku pracy; osoby nie tyle nawet starsze, co po 40. roku życia, w latach 90. XX w. miały nikłe szanse na znalezienie atrakcyjnego zatrudnienia w nowoczesnym sektorze rynku pracy; jednocześnie ukształtował się stereotyp „roszczeniowego”, „niesamodzielnego” pracownika w wieku starszym);
- polityczna waga emerytów – zarówno z uwagi na posiadanie przez nich silnej organizacji, jak i z uwagi na liczebność (23% Polaków to emeryci – jako odsetek uprawnionych do głosowania przekraczają 30%), stanowią jeden z ważniejszych przedmiotów debaty publicznej, budując błędny wizerunek emeryta, stanowiącego obciążenie tak ekonomiczne, jak i polityczne;
3. Postawa obronna – cechuje seniorów, którzy, ze względu na faktyczny zły stan zdrowia, wymagają stałej pomocy i opieki. Seniorzy ci przyjmują postawę obronną, a jednocześnie bronią się przed jakąkolwiek próbą pomocy ze strony najbliższego otoczenia.
 4. Postawa wrogości i autodestrukcji – to dwie postawy, cechujące się negatywnym, a wręcz wrogim nastawieniem do otoczenia. Pierwsza z postaw oznacza pejoratywne nastawienie do innych ludzi – co wiąże się często z przekonaniem o złych intencjach tych osób – natomiast druga oznacza wrogie nastawienie do samego siebie: autodestrukcję, oczekiwanie śmierci, rozpacz.

Starzenie się stanowi dla każdego człowieka wyzwanie, i, jak pisze B. Szatur-Jaworska (2006), nie każdy potrafi prawidłowo przystosować się do starości. Oczywiście na strategię przystosowania się do starości wpływ ma wiele czynników, związanych m.in. z osobowością czy stylem życia, istotne są również czynniki środowiskowe, strategie radzenia sobie z sytuacjami kryzysowymi, a także np. stan zdrowia, niepełnosprawność inne.

C. S. Ford (zob. Muchnicka-Djakow, 1984, za: Szatur-Jaworska, 2006, s. 59) wyróżnia kilka sposobów rozwiązywania problemów starości i związanych z nimi postaw. Są to:

- **regresja** – wymuszanie pomocy w życiu codziennym, choć stan zdrowia tego nie wymaga;
- **ucieczka** – oznacza zmianę miejsca zamieszkania jakby w nadziei, że starość nie nadejdzie;
- **dobrowolna izolacja od otoczenia** – postawa bierności i ograniczanie do minimum kontaktów z otoczeniem;
- **przewrotne postępowanie** – postawa charakteryzująca się chęcią zdobycia większej społecznej pozycji i zainteresowania otoczenia swoją osobą;
- **integracja i dostosowanie** – polega na zaangażowaniu w życie społeczne, życzliwości wobec innych, na traktowaniu problemów zdrowotnych jako sprawy osobistej, o której nie informuje się otoczenia.



Na polskim gruncie ciekawą koncepcję stylów przywiązaniowych do starości wprowadził A. A. Zych (1988, za: Szarota, 2004 oraz Zych, 1999). Wymienia on cztery rodzaje postaw ludzi starych wobec własnej starości:

- lęk przed starością
- bunt wobec starzenia się
- rezygnacja oraz izolacja
- akceptacja starości.

Jak pisze Szatur-Jaworska (2006), w przypadku nieodpowiedniego przystosowania do starości ludziom starym mogą towarzyszyć takie odczucia jak osamotnienie i samotność, cierpienie, uzależnienie się od innych:

1. Osamotnienie i samotność – pojęcia te, jak pisze Szatur-Jaworska (2006), mają dwa źródła: obiektywne i subiektywne. Obiektywnym źródłem osamotnienia jest rzeczywistość społeczna izolacja, a wśród czynników, mających wpływ, wymienia się: zaawansowany wiek, niekorzystna sytuacja bytowo–materialna, niski poziom wykształcenia, niepełnosprawność oraz – nadal – również bycie kobietą. Dodatkowo źródłem osamotnienia mogą być przesadne oczekiwania względem siebie i otoczenia, a także brak umiejętności angażowania się w nowe cele i brak zdolności do twórczego organizowania sobie czasu wolnego. Subiektywne przyczyny osamotnienia tkwią w cechach osobowości (tzw. osobowość zależna), a także we wzmożonej potrzebie uznania i chęci sprawowania nad kimś kontroli. P. Kubicki i M. Olcoń-Kubicka (2010, s. 129) przeprowadzili bardzo ciekawe badania na temat osamotnienia wśród osób starszych. Celem badania było określenie skali zjawiska, a także czynników wpływających na wystąpienie problemu. Badania zostały zrealizowane na ogólnopolskiej, losowej, reprezentatywnej próbie tysiąca mieszkańców Polski w wieku 65 lat. Za osamotnionych można uznać niecałą 1/5 polskich seniorów, którzy deklarują, że często (10%) lub zawsze (7%) czują się osamotnieni. Prawie połowa badanych (47%) stwierdziła, że nigdy nie czuje się osamotniona. Czynnikami wpływającymi na poczucie osamotnienia są m.in.: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, źródło dochodów i miejsce zamieszkania. Czynnikami zwiększającymi poziom osamotnienia jest także niesamodzielność osób starszych oraz brak możliwości uzyskania wsparcia w rozwiązywaniu problemów życiowych. Jak pisze I. Mortenson (za: Dąbrowska, 2011), można wskazać kilka uwarunkowań poczucia samotności i osamotnienia wśród ludzi starszych. Dokonując pewnej interpretacji wyodrębnionych przez autora czynników, możemy wymienić:

- **Czynnik kulturowy** – czynniki kulturowe wyłaniają się najczęściej, gdy z powodu złego stanu zdrowia starsza osoba musi zamieszkać w domu pomocy lub innej instytucji opiekuńczej. Do tej grupy czynników zaliczyć można również samotność moralną, która objawia się wyobcowaniem związanym z wartościami i tradycjami, które nie zawsze znajdują swoje odniesienie w nowym instytucjonalnym otoczeniu.

- **Utrata najbliższych** – utrata najbliższych, wdowieństwo. Tego typu samotność ma wpływ na stan osamotnienia, ale także na znaczne pogorszenie się kondycji fizycznej. Według skali oceny przystosowania społecznego, opracowanej przez Holmesa i Rahe’a i badającej poziom stresu związanego z określonymi wydarzeniami żywotnymi oraz ogólny poziom stresu, śmierć współmałżonka ma najwyższą wartość – 100 punktów. Dla porównania: niżej w tabeli znalazł się rozwód (73 pkt) i separacja (65 pkt). W starszym wieku śmierć staje się bardziej powszechna, umierają przyjaciele, czasem młodszy członkowie rodzin. Według statystyk starość jest sfeminizowana – wdów jest znacznie więcej niż wdowców. Następną grupą czynników dotyczy samotności spowodowanej chorobą, zarówno psychiczną, jak i fizyczną.
- **Świadomość nieuchronnej śmierci** – poczucie samotności może być tym większe, im bliżej znajduje się koniec życia, a perspektywy na przyszłość już brak. Starszy człowiek koncentruje się przede wszystkim na teraźniejszości i przeszłości. Taką zmianę w myśleniu psychologowie nazywają „zmianą horyzontu czasowego”. Charakterystyczne dla osób starszych jest poczucie, że „coś się wypełniło”, „dokończono”.
- **Wykluczenie społeczne** – ważną grupą przyczyn poczucia samotności stanowi grupa czynników związana z wykluczeniem społecznym. Marginalizacja społeczna osób starszych spowodowana jest między innymi zmniejszonymi umiejętnościami przystosowania się do szybkiego tempa życia i zmieniającego się otoczenia oraz idącymi za tym zmianami mentalnymi i obyczajowymi, które E. Trafiałek (2003) określa mianem technologicznych. O starości nie decyduje już tak bardzo wiek kalendarzowy, ale zdolność do przystosowania się do szybkiego opanowywania zmian technicznych związanych między innymi z nowymi mediami.

Gwałtowny wzrost udziału osób starych w ogólnej liczbie populacji jest wynikiem dwóch nakładających się na siebie procesów: wydłużania się przeciętnej długości trwania życia oraz tzw. drugiego przejścia demograficznego (tzw. drugiej rewolucji demograficznej), charakteryzującego się spadkiem liczby urodzeń i małżeństw, a także przesuwaniem średniego wieku tworzenia związków i rodzenia dzieci – w kierunku starszych roczników – wzrostem liczby rozwodów i związków nieformalnych. „Siwienie” polskiego społeczeństwa spowoduje zmiany w funkcjonowaniu całego państwa, jak i poszczególnych jednostek i rodzin (por. Kubicki, Olcoń-Kubicka, 2010). W przypadku osób starszych zmniejszy się m.in. rola rodziny jako podstawowej instytucji wspierającej oraz świadczącej usługi opiekuńcze, zwiększy natomiast liczba samotnych osób starszych, coraz większą rolę będą odgrywały także relacje nieformalne z osobami niespokrewnionymi, a główny ciężar pomocy przejmą placówki opiekuńcze (Kubicki, Olcoń-Kubicka, 2010). Samotność może mieć przynajmniej trzy wymiary: psychiczny, fizyczny i moralny. Samotność fizyczna wynika z braku więzi społecznych, braku integracji z grupą, źle pełnionych ról społecznych. Samotność psychiczna, równoznaczna z poczuciem osamotnienia, w przeciwieństwie do samotności fizycznej jest trudna do zdiagnozowania, co ogranicza możliwość działań o charakterze interwencyjnym, kompensacyjnym czy profilaktycznym. To specyficzny



syndrom globalizacji, uniwersalizmu, za którym nie wszyscy mogą nadążyć. Trzeci wymiar samotności – samotność moralna – wiąże się z zaburzonym systemem wartości i utratą sensu życia. Na ogół wszystkie trzy wymiary samotności wzajemnie się wyznaczają, jeden typ samotności wynika z drugiego, a jednoczesne wystąpienie wszystkich prowadzi do poczucia alienacji, skutkującego ekskluzją społeczną.

Warte odnotowania są badania H. P. Tewsa (za: Dubas, 2000, s. 355), z których wynika, że samotność jest wieloczynnikowo uwarunkowanym procesem. Poczucie osamotnienia zależne jest od płci. Częściej osamotnione czują się kobiety, właśnie z powodu wcześniejszego od mężczyzn wdowieństwa. Badacz pisze również o szczególnie trudnej sytuacji osób, które straciły partnera życiowego, z którym łączyły ich bliskie więzi emocjonalno-psychiczne. Sytuacja ta prowadzi do przeżycia kryzysowego, szczególnie dokuczliwego cierpienia, wtedy zwłaszcza, gdy czas po stracie osoby jest krótki, a związki z nią były szczególnie silne. Uptywający czas stwarza sytuacje przystosowania się i łagodzi osamotnienie. Jednym ze sposobów przekraczania osamotnienia może być większa ilość kontaktów społecznych. Badania potwierdzają również istnienie poczucia osamotnienia u ludzi starszych mieszkających z dziećmi. Osamotnienie dotyczy tych osób wówczas, gdy oczekiwane nasilenie kontaktów jest większe niż styczności istniejące rzeczywiście. Występowanie i nasilenie poczucia osamotnienia zależne jest również od poziomu wykształcenia, dochodów i stanu zdrowia seniorów. Im wyższy poziom wykształcenia i dochody jednostki, tym rzadziej występuje poczucie osamotnienia, im gorszy stan zdrowia, tym niższa satysfakcja życiowa (por. Dubas, 2000).

2. **Cierpienie** – utrata witalności i sił, pogarszający się stan zdrowia oraz utrata bliskich to dla wielu osób starszych źródło cierpienia i samotności. Źródłem lęków jest też obawa przed zależnością od pomocy innych w zaspokajaniu potrzeb.
3. **Niezależność** – stanowi dla każdego człowieka określoną wartość. W sytuacji utraty możliwości samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb wartość ta staje się źródłem cierpienia albo wyrazem naturalnego porządku społecznego – wszystko zależy od kontekstu kulturowego. Jak pisze Szatur – Jaworska (2006), w kręgach kulturowych, w których spełnienie obowiązku opieki nad osobami starymi jest jednym z kryteriów społecznej oceny i samooceny wartości człowieka, stary człowiek chętnie przyjmuje pomoc. W innych warunkach (gdy opieka nad starszą osobą jest przykrym obowiązkiem) osoby stare niechętnie przyjmują pomoc: towarzyszy im poczucie winy, a często także i zaniżona samoocena.

6.2. Aktywność i style życia osób w wieku podeszłym

Jak pisze Z. Szarota (2004), życie wypełnione aktywnością, to dobre życie. Aktywność człowieka jest sposobem jego porozumiewania się z innymi i jego otoczeniem. Aktywność nabiera szczególnego znaczenia wraz z upływem życia

Jak podaje B. Szatur-Jaworska (2006, s. 161), aktywność można podzielić na trzy różne typy:

1. **aktywność formalna** – oznacza udział osób starszych w różnych organizacjach i stowarzyszeniach – społeczności lokalnej, w pracach na rzecz środowiska, w polityce;
2. **aktywność nieformalna** – polega na kontaktach z rodziną, przyjaciółmi i zaangażowaniu w prace na rzecz społeczności sąsiedzkiej;
3. **aktywność samotnicza** – obejmuje te formy zachowań, które wykluczają spotkania towarzyskie i aktywność na rzecz środowiska; charakteryzuje się samotnym spędzaniem czasu wolnego, np. na czytaniu, rozwijaniu własnych zainteresowań, pielęgnowaniu hobby.

Na podejmowanie aktywności przez ludzi starszych wpływ ma wiele czynników, wśród nich wymienić można:

1. Wykształcenie – im wyższy jego poziom, tym poziom aktywności obejmuje więcej obszarów życia. Co ważne, wykształcenie wcale nie musi współgrać z ogólną aktywnością, zdarza się bowiem – i to wcale nie rzadko – iż osoby starsze, pomimo niskiego wykształcenia, są bardzo aktywne i odwrotnie: osoby starsze, pomimo wyższego wykształcenia, mają ograniczony poziom aktywności.
2. Środowisko lokalne – aktywność jest ściśle związana z ofertą środowiska lokalnego. Im większe miasto, tym oferta bogatsza, a tym samym – zwiększa się poziom aktywności seniorów. Zróżnicowanie oferty dla seniorów zależne jest również od rodzaju dzielnicy zamieszkania: w każdym mieście istnieją przecież tzw. „pustynie kulturalne”, w którym poziom oferty kulturalnej jest bardzo niski.
3. Rodzina – aktywność jest również zależna od postaw rodziny, jej osobowości, od rodzaju kontaktów z własnymi dziećmi i wnukami.
4. Stan zdrowia i poziom kondycji fizycznej.
5. Warunki bytowe i materialne.

G. Orzechowska (1999) wymienia szereg aktywności ludzi starych. Do najczęstszych zalicza:

- aktywność domowo–rodzinna – prowadzenie gospodarstwa domowego i zaangażowanie w sprawy rodzinne;
- aktywność kulturalna – obejmuje szereg zachowań związanych z uczestnictwem w kulturze, zarówno wysokiej (teatr, opera), jak i niskiej (oglądanie telewizji słuchanie muzyki rozrywkowej i inne);
- aktywność zawodowa – naj słabiej rozpowszechniona wśród polskich seniorów, tylko niewielki procent pracuje zawodowo po przejściu na emeryturę;
- aktywność społeczno–edukacyjna – dość rozpowszechniona za sprawą istniejących pod różnymi nazwami tzw. Uniwersytetów Seniora; niestety, inne formy aktywności społecznej są mało popularne wśród seniorów: zaledwie 12% osób starszych jest wolontariuszami;
- aktywność religijna – ze względu na specyfikę polskiego społeczeństwa ogromna część seniorów jest aktywna religijnie, angażując się w liczne akcje kościelne, dzięki



czemu zwiększa się znaczenie przypisywane religii; można wskazać również na pozytywny i silny związek pomiędzy praktykami religijnymi a dobrym przystosowaniem się do starości;

- aktywność sportowa i turystyczno–rekreacyjna – w Polsce aktywność fizyczna ogranicza się w dużej mierze do pracy na działce i spędzania czasu wolnego z przyjaciółmi i rodziną – rzadkie są przykłady uczestnictwa w życiu sportowym, choć coraz popularniejsze są różnego typu zajęcia sportowe dla seniorów: aerobik w wodzie, pilates itp.

Można więc stwierdzić, że sam fakt podejmowania aktywności może pełnić wielorakie funkcje. Wymienić możemy choćby: funkcję adaptacyjną (lepsze przystosowanie się do życia w starości), funkcję integracyjną (lepsze przystosowanie się do życia w społeczności ludzi starszych i pogodzenie się ze swoją starością), funkcję kompensacyjną (wyównywanie braków powstałych w wyniku starości – brak pracy zawodowej), funkcję kształtującą (rozwijanie i doskonalenie cech oraz dyspozycji osobowościowych), funkcję rekreacyjną oraz funkcję psychogeniczną.

Na sposób przeżywania starości wpływ ma zawsze wiele czynników – to one tworzą indywidualną, wewnętrzną strategię radzenia sobie z trudnościami tego okresu, którą możemy nazwać pewnymi stylami życia w starości. Szatur-Jaworska (2006) wymienia:

- styl ekspansywny – zorientowany na takie cele i wartości jak innowacyjne zmiany czy rozwój, przynosi nowe zadania i doświadczenia, daje więcej okazji do rozwoju;
- styl zachowawczy – zorientowany na wartości tradycyjne i na stabilizację, ceni więzi rodzinne i dawne znajomości.

O. Czerniawska (1999, uzup. o przypisy własne autora) wskazuje na pięć stylów realizowanych przez seniorów. Są to:

1. Styl całkowicie bierny – może mieć dwa podłoża: pierwsze związane jest z ogólnym stanem zdrowia (zdarza się, że choroba uniemożliwia osobie starszej jakąkolwiek aktywność, przez co staje się bierna i wycofana), natomiast drugą przyczyną preferowania stylu biernego jest struktura osobowości, gdyż wybierający styl nieaktywny seniorzy zawsze byli wycofani i bierni, a wraz z wiekiem ich aktywność jeszcze bardziej malała, aż osiągnęła stan stagnacji.
2. Styl rodzinny – seniorzy, którzy preferują ten styl życia, całkowicie poświęcają się opiece nad rodziną i wnukami. Dzieje się tak najczęściej z braku wiary we własne możliwości, z obawy przed odrzuceniem, z braku własnych zainteresowań i przejawiania cech osobowości zależnej.
3. Styl ogrodnika–działkowca – praca na działce staje się sposobem na życie: najczęściej odrzuceni, często niepotrzebni, ale mający ogromną potrzebę aktywności, seniorzy poświęcają się pracy w ogrodzie. Praca ta daje im satysfakcję i odprężenie – wypełnia czas wolny. Dodatkowo pozwala na utrzymanie, a często i nawiązanie nowych znajomości. Działka to nie tylko hobby, ale pewien styl życia.

4. Styl oparty na pracy w stowarzyszeniach – można mówić tu o kilku formach aktywności, poczynwszy od pracy wolontariusza, pracy na rzecz lokalnego środowiska, aż po pracę w spółdzielniach, czy klubach seniora, towarzyszącej organizacji rozmaitych spotkań. Wielu seniorów z powodzeniem pełni funkcje przewodniczących i działaczy w wspólnotach mieszkaniowych, spółdzielniach itp. – często łączą pracę społeczną z własną potrzebą działania dla siebie i innych.
5. Styl domocentryczny – styl na styku rodzinnego i biernego, preferowany przez seniorów niechętnie opuszczających dom, z upodobaniem uprawiających kwiaty na balkonach, rozwiązujących krzyżówki, nieraz opiekujących się wnukami.
6. Styl pobożny – życie seniorów koncentruje się wokół kościoła i spraw z nim związanych, codziennym uczestnictwem w nabożeństwach i spotkaniach w ruchu kościelnym. Duża część tych seniorów jest aktywna społecznie, poprzez organizację i uczestnictwo w procesjach lub pielgrzymkach. Wielu uczestniczy w sprawach politycznych ściśle związanych z doktryną katolicką.

Tę listę warto uzupełnić o jeszcze jeden styl życia, który w tej typologii nie został uwzględniony – styl instytucjonalny:

7. Styl instytucjonalny – narzucony, bo często nie z wyboru, model życia w instytucji. Możemy mówić o dwóch rodzajach: instytucjach pobytu dziennego i instytucjach całonocnych. Instytucje te w dużym stopniu wyznaczają rytm i styl życia seniorów, zarówno w zakresie zainteresowań, sposobu spędzania czasu wolnego, posiłków itp.

6.3. Postawy społeczne wobec ludzi starych

Jak pisze J. Nawrocka (2013, s. 42), z problematyką postaw wobec ludzi starych wiążą się badania nad ageizmem, oznaczającym postawy wobec człowieka w wieku podeszłym. P. Szukalski (2004) przedstawia sposoby przystosowania się seniorów do tego zjawiska:

1. podporządkowanie się oczekiwaniom środowiska związanym z wiekiem, co najczęściej oznacza wycofanie się z pełnionych dotychczas ról społecznych;
2. podejmowanie prób podtrzymywania atrakcyjnego wyglądu za pomocą młodzieńczego stylu życia (nieuznawanie w sobie osoby starszej jako obrona przed stereotypami);
3. budowanie kontaktów społecznych na bazie selekcji ze względu na wiek;
4. wybór życia w samotności z ograniczeniem kontaktów ze światem zewnętrznym do minimum – nadużywanie leków, choroby umysłowe i, w ostateczności, samobójstwo;
5. czynne przystosowanie się do ageizmu – aktywne próby eliminacji jego przejawów, zarówno w postaci dyskryminacji instytucjonalnej jak i indywidualnej; w tym przypadku najskuteczniejszą metodą jest osobisty kontakt pomiędzy osobami uprzedzonymi a seniorami.

Ciekawe są rozważania J. Nawrockiej (2013, s. 45) na temat ageizmu w sferze publicznej. Jak pisze badaczka, ageizm w sferze publicznej zaznacza się w „interakcjach z obcymi oso-



bami w miejscach pracy, instytucjach opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej”. Oznacza to, że możemy mówić o zinstytucjonalizowaniu ageizmu, dlatego tak trudno go osłabić. Zgodnie z opinią A. Musielewicz (2010, s. 32) podłożem tego zjawiska jest ogólna niechęć do ludzi starych – człowiek stary oceniany jest infantylnie, a taka postawa uwarunkowana jest m.in. przez wzrost tempa przemian cywilizacyjnych oraz obniżaniem synergii, co wiąże się z zepchnięciem osób starszych na margines życia społecznego. Mimo możliwości i predyspozycji do pozostania aktywnie działającym członkiem danej społeczności, osoby starsze często przyjmują postawę bierną i godzą się ze społeczną dewaluacją.

Według J. Nowickiej (2013) w Polsce nagminna jest przemoc instytucjonalna wobec ludzi starszych i niepełnosprawnych, i nie dotyczy to bynajmniej tylko instytucji opiekuńczych. Autorka wymienia szereg przykładów takiej przemocy – w sklepach, salonach sprzedaży, kawiarniach, restauracjach itd. Ową niechęć do osób starych obserwujemy również wśród pracodawców, którzy z dużym oporem podejmują działania w celu zatrudnienia osób starszych.

Można wskazać na podstawowe przejawy dyskryminacji³³ z uwagi na wiek (por. Tokarz. 2005, Wolska, 2008):

2. Na polu zatrudnienia jest to:

- zmuszanie osób starszych do przejścia na emeryturę;
- zbyt rzadkie zatrudnianie osób starszych;
- zmuszanie osób w podeszłym wieku do podjęcia niskopłatnej, a często i tymczasowej pracy;
- uniemożliwianie korzystania ze szkoleń zawodowych, w których uczestniczą młodsi pracownicy;
- prześladowanie i poniżanie przez młodszych współpracowników;
- zwalnianie starszych pracowników w chwili osiągnięcia przez nich wieku emerytalnego.

3. Na polu opieki zdrowotnej jest to:

- postrzeganie przez personel medyczny ludzi starych jako trudnych pacjentów – lekarze zgłaszają złość, niecierpliwość i frustracje podczas kontaktu ze starszym pacjentem³⁴;

33 Należy wspomnieć, iż art. 32 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zakazuje dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym „z jakiegokolwiek przyczyny”, co oznacza, że zakaz ten dotyczy również dyskryminacji z powodu wieku. Art. 11 Kodeksu Pracy – wprowadzony w oparciu o dyrektywę „O równości zatrudnienia” (2000/78/WE) stanowi: „Jakakolwiek dyskryminacja w zatrudnieniu, bezpośrednia lub pośrednia, w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientację seksualną, a także ze względu na zatrudnienie na czas określony lub nieokreślony albo w pełnym lub w niepełnym wymiarze czasu pracy - jest niedopuszczalna”.

34 Jak pisze J. Nowicka (2013) instytucjonalizacja ateizmu, rozpoczęta w szkołach medycznych, wiązała się z tym, iż wiek stanowił dogodną kategorię porządkującą i dydaktyczną. W instytucjach opieki długoterminowej komunikacja oparta jest na protekcyjnym protekcyjnym. Liczne badania wskazują na złe relacje personelu z podopiecznymi.

- odmawianie leczenia osób starszych uzasadniane ich zaawansowanym wiekiem;
 - umieszczanie seniorów na oddziałach i w klinikach oferujących niewystarczające, niespecjalistyczne świadczenia zdrowotne;
 - utrudnianie dostępu osobom starszym do określonych usług lub udzielanie niejasnych informacji o oferowanych świadczeniach;
 - informowanie o zapisywanych lekach i zalecanych badaniach w sposób niezrozumiały dla osoby starszej – problem stanowi również zapisywanie zaleceń lekarskich zbyt małą, nieczytelną czcionką;
 - bariery architektoniczne w placówkach medycznych.
3. Na polu ubezpieczeń i dostępu do dóbr kultury są to:
- transmisja negatywnych postaw i stereotypów na temat starości w mediach;
 - odmawianie ludziom starszym możliwości skorzystania z niektórych usług finansowych ze względu na zaawansowany wiek klienta i obawę przed niewywiązaniem się ze spłat (dzieje się tak np. w przypadku udzielania kredytów);
 - nachodzenie seniorów, często w ich własnych domach, przez handlowców i akwizytorów.
 - odmawianie ubezpieczenia osób starszych na czas podróży i w innych sytuacjach ze względu na wiek;
 - pobieranie wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego, podyktowane przekonaniem o częstych problemach zdrowotnych osób starszych;
 - odmawianie przyznania niektórych zasiłków uzasadniane wiekiem;
 - oferta handlowa niedostosowana do potrzeb i możliwości osób starszych.

W badaniach nie brakuje jednak również pozytywnego spojrzenia na starość. W. Reichmann (1995) podaje, że zmiana relacji społeczność-osoba starsza powinna objąć przede wszystkim sposób myślenia o osobach starszych jako o pełnowartościowych ludziach, posiadających wszystkie prawa, następnym punktem jest podejmowanie odpowiedzialności za seniorów, wreszcie – uznanie, że działania na rzecz seniorów powinny mieć charakter ciągły i systemowy, a opieka nad osobami sędziwymi powinna zostać sprofesjonalizowana.

Według K. Wiśniewskiej-Roszkowskiej (1989) istotne znaczenie dla funkcjonowania ludzi starych ma zarówno ich postawa wobec własnej starości, jak i ujawniane postawy społeczne, w tym funkcjonujące stereotypy. W badaniach, dotyczących społecznego obrazu osób starszych, najczęściej wskazuje się na następujące cechy: zależność, słabe zdrowie, mniejsze zadowolenia z życia. N. R. Branscombe (1999, za: Steuden, 2012) opracował model odrzucenia i identyfikacji, który może służyć do opisu skutków dyskryminacji, tak jak ją postrzegają osoby o niższym statusie grupowym. Dyskryminacja może odzwierciedlać tendencję do odrzucenia i negatywnego traktowania w różnych kontekstach społecznych. Model odrzucenia–identyfikacji sugeruje, że percepcja możliwego wykluczenia społecznego może negatywnie wpływać na poczucie własnej wartości



i kontroli zdarzeń. Hipotezę tę potwierdzają badania (Garstka et al., 2004, Schmitt et al., 2002, za: Steuden, 2012, s. 132–133), z których wynika, iż percypowana przez starsze osoby dyskryminacja prowadzi do niskiej samooceny. Model odrzucenia–identyfikacji wskazuje ponadto, że identyfikacja z grupą wiekową może łagodzić negatywny wpływ dyskryminacji na dobrostan psychiczny.

Dyskryminacja ze względu na wiek może mieć charakter bezpośredni, kiedy ograniczenia wynikają wprost z faktu że dana osoba jest w określonym wieku (np. społeczna niechęć do zatrudniania osób starszych). Może mieć także wymiar pośredni, gdy wdrażanie pozornie neutralnego zalecenia czyni osoby starsze podatnymi na dyskryminację (dotyczy to przepisów prawa, ale także coraz bardziej powszechnie stosowanej komunikacji online, do której osoby starsze mają nadal ograniczony dostęp). Seniorzy najbardziej narażeni są na dyskryminację w obszarze pracy zawodowej, uczestnictwa w pozarodzinnych kontaktach, w życiu politycznym, w kulturze masowej.

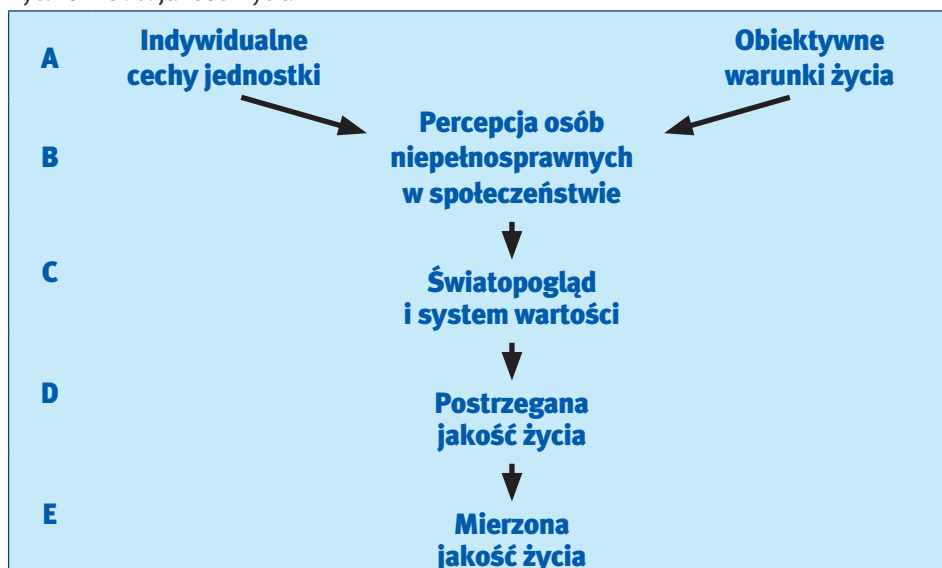
6.4. Jakość życia seniorów

Pojęcie ‘jakości życia’ cieszy się ogromnym zainteresowaniem badaczy na polu socjologii, psychologii, medycyny i pomocy społecznej. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku zajmowano się między innymi kwestią deinstytucjonalizacji i normalizacji życia, natomiast lata 90. to era wzmoczonych badań i zainteresowania problematyką jakości życia – to czas zmian w podejściu do osób wykluczonych i marginalizowanych ze względu na wiek, płeć czy niepełnosprawność: stworzono wówczas model obywatelski, opierający się na idei indywidualnego wspierania uczestnictwa w życiu społeczności lokalnych i szerzej – społeczeństwa obywatelskiego.

Jak zauważa A. Zawiślak (2006), mimo pojęciowego zróżnicowania istnieje zgoda co do fundamentalnych założeń, dotyczących tożsamości pojęcia ‘jakość życia’. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na fakt, że jest to konstruktor społeczny rozwijany na styku wielu pól: edukacyjnych, medycznych i zdrowia psychicznego oraz że służy on coraz częściej do oceny efektywności pomocy i usług świadczonych na rzecz osób marginalizowanych. Ważną sprawą jest również fakt, iż pojęcie to ważne jest dla wielu grup: odbiorców zainteresowanych lepszym życiem, organizatorów wsparcia oraz osób oceniających np. rodziców, sponsorów czy polityków.

Jak pisze R. Kijak (2013), pojęcie jakości życia na trwałe zagościło w literaturze dotyczącej rozważań nad funkcjonowaniem osób wykluczonych. Wśród badaczy problemu brak jest jednak jednomyślności co do zakresu znaczeniowego i kształtu tej koncepcji. Analizując definicje i koncepcje jakości życia, łatwo zauważyć, że dla niektórych jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty. Schalock, Keith i Hoffman (por. Firkowska–Mankiewicz, 1999, za: Skibska, 2011) proponują następujący model analizy jakości życia:

Ryc.10 Model jakości życia



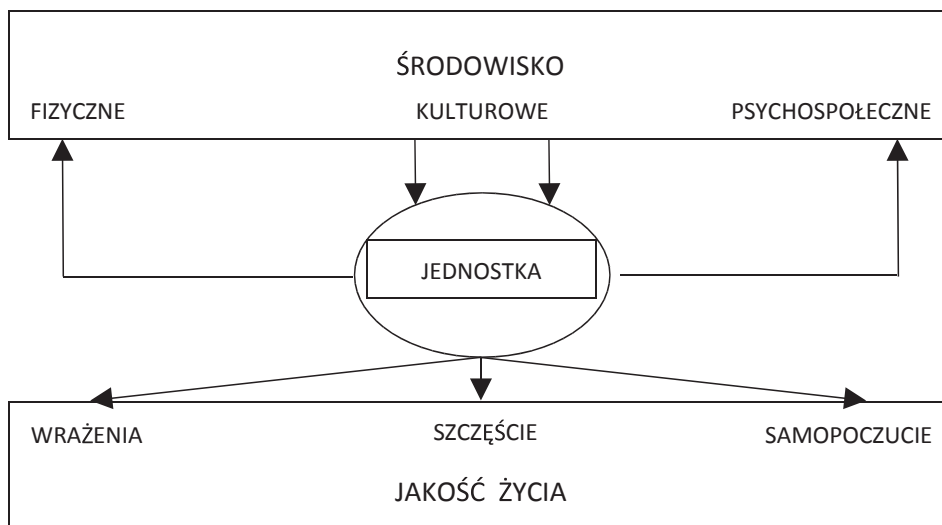
Źródło: Firkowska-Mankiewicz, za: J. Sibbska 2011

Poszczególne składowe tego modelu to:

- A. Jak wynika z wielu badań, ogólne poczucie dobrostanu (well-being) jest wypadkową cech indywidualnych człowieka, obiektywnych warunków życiowych oraz zadowolenia z obu tych wymiarów.
- B. Ważnym wymiarem w modelu jakości życia jest stosunek osób znaczących, personelu, różnorodnych służb i placówek środowiskowych, przeznaczonych dla osób starych, oraz postawy społeczeństwa jako całości – postawy te wpływają na ukształtowanie wewnętrznych standardów, stosowanych do oceny doświadczeń życiowych i jakości życia, osobistych poglądów na temat tego, co jest w życiu ważne, czyli wyznawany system wartości i światopogląd.
- C. Światopogląd i system wartości (system przekonań, co do zasad rządzących światem, oraz tego, co jest w nim ważne) kształtuje się w konfrontacji indywidualnych doświadczeń jednostki, związanych z jej cechami i obiektywnymi warunkami życia.
- D. Postrzegana jakość życia jest pojęciem subiektywnym. Z badań wynika, że subiektywne i obiektywne wskaźniki jakości życia nie korelują ze sobą szczególnie wysoko, co wynika z interweniującej roli własnego systemu wartości i światopoglądu.
- E. Empiryczny pomiar jakości życia stanowi wypadkową doświadczeń życiowych, wynikających z indywidualnych cech osobowych, obiektywnych warunków życiowych oraz postrzegania osób starszych i prezentowanych wobec nich postaw społecznych.

Nieco inną koncepcję jakości życia przedstawił Nordenfelt (por. Kowalik, 2000, s. 22, za: Skibbska, 2011), co ilustruje poniższa rycina:

Ryc. 11 Koncepcja jakości życia według Nordenfelta



Źródło: S. Kowalik, Jakość życia psychicznego, za: Skibska 2011.

Koncepcja Nordenfelta opiera się na stanie przeżyciowym człowieka. ‘Jakość życia’ rozumiana jest tu jako dobrostan, wynikający z doświadczeń psychicznych: wrażeń, odbieranych z otoczenia, przeżywanych emocji oraz odczuwanych nastrojów. Zależą one od trzech czynników: środowiska, konstytucji człowieka i jego działalności. Środowisko ma postać trójwymiarową, na które składa się: środowisko fizyczne, środowisko kulturowe, środowisko psychospołeczne. Stanowi ono płaszczyznę podejmowanych działań, a jednocześnie ogranicza aspiracje człowieka oraz jego cele życiowe. Z oddziaływaniem różnorodnych bodźców, pochodzących z środowiska fizycznego, wiąże się wrażenia. Natomiast odczuwanie przyjemności lub przykrości, związane z naszym samopoczuciem, nie odnosi się bezpośrednio do rzeczywistości, ponieważ jednostka nie jest w stanie uzasadnić, co wprawia ją w dobry lub zły nastrój. Następnym doświadczeniem psychicznym jest szczęście – pozytywne emocje, dotyczące przekonania o zrealizowaniu dążenia poprzez znalezienie się we właściwym środowisku (za: Kijak, 2013, por. Skibska, 2011)

C. Lawton (1996, za: Steuden, 2012, s. 166) podaje, że wysoka jakość życia łączy się z zadowoleniem i umiejętnością cieszenia się światem. Autor ten proponuje rozważenie czterech istotnych komponentów jakości życia: kompetencje behawioralne, środowisko obiektywne, subiektywna jakość życia oraz dobrostan psychologiczny – każdy z tych elementów zawiera dynamiczne subkategorie, pozostające ze sobą w interakcji, stąd jakość życia jest funkcją dynamicznej organizacji elementów subiektywnych i obiektywnych. Adaptacja osoby starej do swojej starości jest procesem złożonym i dynamicznym: jest to relacja między własnymi wewnętrznymi osobowościowymi możliwościami a działaniami środowiska zewnętrznego. Proces adaptacji (a za tym i ocena swojego życia jako jakościowo dobrego) zależy od dwóch podstawowych czynników: od zmiany cech po-

siadanych przez dana osobę i zmiany cech środowiska zewnętrznego, czyli otoczenia, w jakim znajduje się człowiek stary. Teorie przystosowania się do starości wskazują, że proces starzenia łączy się z obniżeniem zdolności do reagowania na to, co dzieje się w jej otoczeniu, z postępującymi zmianami w zakresie stanu zdrowia, kondycji psychicznej, zdrowia fizycznego oraz zdolności poznawczych. W mniejszym lub znikomym stopniu podkreślają możliwości pozytywnej adaptacji do starości, połączonej z czerpaniem z życia satysfakcji. Warto wymienić przedstawione przez Steuden (2012, s. 71–81) teorie przystosowania się do starości. Są to:

1. Teoria selektywnej optymalizacji z kompensacją (Paul Baltes i inni) – teoria ta opiera się na założeniu, że jednostki w okresie całego życia napotykały sytuacje dotyczące możliwości wykorzystania posiadanych zasobów lub poszukiwania nowych. W tej koncepcji starzenie się rozumiane jest jako maksymalizowanie pozytywnych efektów i minimalizowanie negatywnych, niepożądanych strat. Wymaga to koncentracji na ważnych aspektach życia i pomijania błahych. Przystosowanie się do starości opiera się na trzech znanych mechanizmach – selekcji, optymalizacji i kompensacji – odpowiednia proporcja i wzajemne uzupełnianie się tych mechanizmów gwarantuje dobrą starość.
2. Teoria oscylacji pomiędzy asymilacją i akomodacją (Jochen Brandstetter et al.) – koncepcja zakłada, że okres starości łączy się z wieloma wyzwaniami – biologicznymi, fizycznymi i społecznymi – a także licznymi stratami. Asymilacyjne zmaganie się polega na aktywnej zmianie środowiska życia. Akomodacyjne radzenie sobie odwołuje się do strategii regulowania celów i obniżenia poziomu aspiracji odpowiednio do ograniczeń występujących u osoby, a także dotyczących warunków środowiskowych.
3. Teoria społeczno emocjonalnej selektywności (Laury Carstensen et al.) – według tej teorii zmniejszenie liczby kontaktów w okresie starości wiąże się z istotnymi zmianami, jakie dokonują się w zakresie określonych celów społecznych, i preferencją relacji opartych na więzi uczuciowej
4. Teoria gerotranscendencji (Lars Tornstam) – gerotranscendencja jest naturalnym procesem, obejmującym wiele przemian w świadomości osoby, odnoszących się do różnych aspektów jej funkcjonowania. Można tu wyróżnić:
 - wzrastające poczucie wspólnoty duchowej z otaczającym wszechświatem, obejmujące poczucie łączności ze światem przyrody;
 - zmiana percepcji czasu i przestrzeni – zacierają się granice pomiędzy przeszłością, teraźniejszością i przyszłością, w związku z czym rodzi się poczucie wspólnoty z historią rodziny, kraju, innymi ludźmi i kulturami;
 - redefinicja sensu życia i śmierci, co skutkuje mniejszym lękiem przed śmiercią i przemijaniem;
 - wzrost poczucia więzi;
 - zmniejszenie zainteresowania powierzchownymi relacjami i błahymi sprawami;
 - obniżenie zainteresowania sprawami materialnymi;



- zmniejszenie koncentracji na sobie samym, a jednocześnie głębsza i bardziej refleksyjna koncentracja za życia³⁵.

Pozytywna ocena jakości życia osób starszych zależy nie tylko od wyróżnionych powyżej teorii przystosowania się, ale także od poczucia stabilnej sytuacji życiowej (rodzinnej). Osoby, które pozostają we własnych rodzinach, ujawniają wyższy poziom zadowolenia i satysfakcji niż osoby samotne czy przebywające w instytucjach (zob. Kawa, 2004, za: Stauden, 2012, s. 167). Rezultaty badań wskazują, że osoby starsze, które stosują mechanizmy selekcji, optymalizacji i kompensacji, mają wyższe poczucie jakości życia i ujawniają wyższy poziom satysfakcji (zob. Freud, Baltes, 1998, za: Steuden, 2012). Z badań Fernandez – Ballesteros (2002, za: Steuden, 2012) wynika, że najważniejszymi czynnikami dla jakości życia osób starszych są w opinii społecznej: dobre zdrowie, niezależność, sprawność funkcjonalna, bezpieczeństwo materialne, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi. Niektórzy badacze wymieniają również dobrostan psychiczny, stabilność emocjonalną, samoakceptację, panowanie nad otoczeniem (por. Ryff, Singer, 2002, za: Steuden, 2012). Herzog (1990, za: Stuart–Hamilton, 2006) wskazuje, że na wzrost i pozytywny obraz jakości życia wpływ ma także wykonywanie pracy zawodowej oraz uczestnictwo w wolontariacie lub innych formach zachowań prospołecznych. Kolejnym istotnym czynnikiem w ocenie jakości życia seniorów jest obraz samego siebie – badania R. Warda (1984, za: Stuart–Hamilton, 2006) wskazały, że zdrowie i towarzyszące mu zmiany w metabolizmie stanowią najważniejsze predyktory satysfakcji z późnej dorosłości. Bardzo ważnym aspektem w ocenie jakości życia jest wdowieństwo, częściej dotykające kobiet niż mężczyzn. Życie samotne dla wielu starszych osób jest trudne i zdecydowanie zmniejsza poziom ich zadowolenie z życia. Trzeba też na zakończenie zaznaczyć, iż epizody – różne wydarzenia z przeszłości – mogą wpływać na stosunek do dalszego życia. Decyzje z młodości (posiadanie/nieposiadanie potomstwa, praca zawodowa, małżeństwo/jego brak, bliski związek/życie w pojedynkę itd.) mają bezpośredni związek z poczuciem jakości życia i zadowoleniem z niego. Badania wskazują, że przeżyte w młodości zdarzenia – na przykład epizody depresji czy traumy – mają bezpośrednie przełożenie na satysfakcję z życia również u jęgo schyłku.

6.5. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną wobec własnej starości

Seniorzy z niepełnosprawnością intelektualną nieczęsto uczestniczą w życiu społecznym. Jak pisze M. M. Y. De Klerk (2002), może to być spowodowane kilkoma czynnikami: znaczącą utratą zdrowia i dodatkowymi dolegliwościami, związanymi z okresem staro-

35 Przedstawione elementy teorii można ująć w trzech bardziej ogólnych zakresach określających dojrzewanie jednostki w zakresie starzenia się: zakres kosmiczny (dotyczy zmian jakie dokonują się u osób starych w percepcji czasu i przestrzeni – zmiany te łączą się z zacieraniem granicy między przeszłością teraźniejszością i przyszłością i wzrastającym poczuciem wspólnoty), poziom odnoszący się do ja (zmniejszanie koncentracji na sobie, przejście od egocentryzmu w kierunku altruizmu) oraz poziom obejmujący relacje społeczne (więzi z innymi ludźmi stają się pogłębione bardziej selektywne i mniej powierzchowne).

ści, wrodzonymi ograniczonymi zdolnościami poznawczymi i pogarszającymi się wraz z wiekiem umiejętnościami zmysłowej percepcji, cechami osobowości, cechami środowiska społecznego, a także małą zaradnością finansową – brakiem zatrudnienia i utrzymywaniem się z zasiłków.

Obecnie na całym świecie żyje około 60 milionów osób z niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te napotykają na ciągłe życiowe trudności, przede wszystkim w związku z samodzielnym funkcjonowaniem. Osoby z łżejszymi postaciami niepełnosprawności intelektualnej w dorosłym życiu właściwie asymilują się z resztą społeczeństwa – i choć często żyją poniżej progu ubóstwa, to zachowują swoją społeczną niezelandność: tworzą pary, posiadają dzieci, starzeją się... Problem pojawia się w odniesieniu do osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te na całe życie pozostają zależne od ustawicznego wsparcia rodzin lub instytucji; nieprzygotowane do życia w dorosłości – starzeją się, pozostając całkowicie same i zależne od pomocy innych. Starsze osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają takie same potrzeby jak pozostali seniorzy. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są przedmiotem tych samych zaburzeń związanych z wiekiem i chorobami, jak ludzie pełnosprawni. Zdecydowana większość ma liczne problemy zdrowotne, które stanowią dodatkowe obciążenie dla już istniejących (związanych z niepełnosprawnością) chorób i dolegliwości. Osoby starsze niepełnosprawne intelektualnie powinny mieć ten sam dostęp do odpowiedniej opieki społecznej i zdrowotnej, ponieważ mają te same prawa w zakresie opieki medycznej, co ludzie pełnosprawni.

Chociaż powszechnie uważa się, że osoby niepełnosprawne intelektualnie żyją zdecydowanie krócej niż pełnosprawne, to od wielu lat (na co wskazują liczne raporty o stanie ludności świata) obserwowana jest rosnąca długość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niedozżywanie przez osoby niepełnosprawne intelektualnie wieku późnej dorosłości związane jest z niewłaściwą opieką zdrowotną lub jej całkowitym brakiem (niektóre kraje azjatyckie, arabskie, również europejskie: Rumunia, Albania), nieprawidłowo realizowaną rehabilitacją lub jej brakiem oraz złymi warunkami bytowymi i życiowymi.

Obecnie (w większości krajów rozwiniętych) powszechna staje się idea „przygotowania do życia w i ku starości”. Osoby niepełnosprawne intelektualnie przygotowywane są nie tylko do dorosłego życia, ale także uczą się życia ku samodzielnej starości.

Spółeczeństwo w dużym stopniu utrudnia wejście w dorosłość i starość osobom niepełnosprawnym intelektualnie – nadal traktuje się je jako nieproduktywne, zależne, nawet dewiacyjne. W dorosłym życiu napotykają wiele ograniczeń, które uniemożliwiają im niezależne funkcjonowanie. Ageizm zmieszany z handicapizmem powszechny jest w wielu społeczeństwach i zachęca do jeszcze bardziej dyskryminujących postaw wobec starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Badania wskazują (De Klerk, 2002), że miliony osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną nadal mieszka ze swoimi rodzinami – szacunki rodzinach typują nawet 50%. Dotyczy to również krajów wysoko-rozwiniętych, gdzie ogromna liczba dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną żyje wraz ze swoimi starymi rodzicami, którzy sami nierzadko potrzebują specjalistycznej



pomocy – pracownicy sektora pomocy społecznej w wielu krajach wskazują, że jest to bardzo ważny i nadal nierozwiązany problem, a wsparcie tych rodzin musi być traktowane priorytetowo. Osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną są zbyt często wyłączone z programów wsparcia rządowego, zbyt mało mówi się na ten temat, poprzez co nie brak odpowiedniego zabezpieczenia dla tych osób.

Wsparcie dla dorosłych i starzejących się osób z niepełnosprawnością intelektualną powinno obejmować kilka kwestii:

- wsparcie rodziny i zabezpieczenie pomocy finansowej z przeznaczeniem na usamodzielnienie się dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie, co pozwoli odciążyć starzejących się rodziców;
- wprowadzenie jako rozwiązania systemowego mieszkalnictwa chronionego lub tzw. „małych domów grupowych”, co może przyczynić się do niezależności osób niepełnosprawnych (warte nagłaśniania są programy upowszechniające ideę mieszkalnictwa chronionego, np. Lebenshilfe z Austrii);
- promocja uniwersalnych programów zdrowotnych i programów opieki zdrowotnej;
- angażowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnego rodzaju działania o charakterze społecznym – najważniejsza jest promocja zatrudnienia i aktywnego poszukiwania pracy na rynku wspomagany i otwarty, która pozwoli uniknąć stagnacji i bezproduktywności.

Jedno z przeprowadzonych w 2005 roku badań wskazuje, że 89% starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną pozostaje nadal w znacznym stopniu wspierana przez członków rodziny. Około 25% opiekunów miało powyżej 70 lat, a aż 38% rodziców, zajmujących się swoimi starzejącymi się dziećmi, miało powyżej 80 lat. W blisko połowie (48%) przypadków rodzice ci nie byli w stanie zapewnić odpowiedniej opieki swojemu potomstwu, a blisko 33% miało tej opieki dość i nie chciało jej już dłużej kontynuować (Carmeli et al., 2005). Badania E. M. Zantinge’a (2011, za: B. A. Lehman et al., 2013) wskazały, że podobny problem obserwujemy w domach pomocy społecznej: blisko 55% badanego personelu przejawiało niechęć do swoich podopiecznych, a 8% przyznało się do stosowania kar fizycznych. Badania dotyczące śmiertelności osób z niepełnosprawnością intelektualną wykazały, że choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego i nowotwory to najczęstsze przyczyny śmierci, porównywalne do populacji ogólnej (Janicki et al., 1999). Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są znacznie bardziej narażone na problemy zdrowotne (Cardol et al., 2012), u wielu osób zaobserwowano również cechy przedwczesnego starzenia (Carmeli, 2005). W rzeczywistości fizyczne problemy zdrowotne, (osteoporoza, choroby tarczycy, choroba niedokrwienna serca, padaczka i choroby skóry) są coraz częściej obecne u osób z niepełnosprawnością intelektualną w wieku średnim i późnej dorosłości. (Jansen et al., 2004). Po 50. roku życia u wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną pogarsza się wzrok i słuch (Evenhuis et al., 2001).

Oprócz fizycznych problemów zdrowotnych ludzie z niepełnosprawnością intelektualną mają również problemy ze zdrowiem psychicznym: u wielu osób stwierdza się zaburzenia natury psychicznej, które mogą być skorelowane z wiekiem (Kearney et al., 2011) – istnieje szereg badań to potwierdzających (Carmeli, 2005). Reasumując, nacisk został położony na demencję i nie jest to zaskakujące, biorąc pod uwagę jego znaczenie wśród starzejących się ludzi w ogóle i starzenie osób z niepełnosprawnością intelektualną w szczególności (McCallion, McCarron, 2004). W rzeczywistości poprzednie badania wykazały, że demencja nie tylko występuje częściej u osób z niepełnosprawnością intelektualną, ale także, że wydaje się występować w młodszym wieku niż w populacji ogólnej (Carmeli, 2005). Istotną kwestią jest również samotność starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną, których sieć społeczna ogranicza się wyłącznie do członków rodziny, pracowników służby zdrowia i innych osób z niepełnosprawnością intelektualną (por. McCallion, McCarron, 2004).

Ciekawe badanie przedstawił zespół B. A. Lehmana (2013). Na podstawie tych badań stwierdzono, że starsze osoby z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną są raczej zadowolone ze swojego życia – ocenie poddano zdrowie, towarzyskość, samopoczucie, rodzinę, samodzielność, sposoby spędzania czasu wolnego, autonomię w podejmowaniu decyzji, następnie porównano wyniki z tymi, które uzyskano w populacji młodych osób z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. Okazało się, iż osoby starsze odczuwają zdecydowanie mniej autonomii w porównaniu z osobami młodszymi. Co więcej, udowodniono także, że starzenie się jest związane z mniejszą mobilnością i poczuciem większej niepełnosprawności oraz – były to jednak nieznacznie zależności – że wraz z wiekiem pogarszało się samopoczucie psychiczne i fizyczne: występowały dodatkowe zaburzenie widzenia, deficyty komunikacyjne etc. Z badań wynika również, że wiek był ściśle związany z życiową satysfakcją, zadowoleniem z kontaktów społecznych i poczuciem samotności. Badania pokazały, iż osoby starsze niepełnosprawne intelektualnie w porównaniu z młodszymi osobami niepełnosprawnymi intelektualnie odczuwają mniejsze zadowolenie z życia i częściej czują się samotni. Wyniki te są zgodne z wcześniejszymi badaniami, również prowadzonymi w populacji ludzi starszych niepełnosprawnych intelektualnie na tle porównawczym młodszej grupy (Smith et al., 2002). Dodatkowo badania J. Smitha (2002) wykazały, że, pomimo problemów zdrowotnych, osoby starsze z niepełnosprawnością intelektualną utrzymały stosunkowo stabilną jakość życia. Jednym z możliwych wyjaśnień jest to, że wraz z wiekiem zmieniają się potrzeby ludzi starszych, a wraz z gerotranscendentalną teorią przystosowania się do starości zmieniają się priorytety i oczekiwania. Badania B. A. Lehmana (2013) wykazały ponadto, że większość wskaźników fizycznych i psychicznych, jak również wskaźniki dobrego samopoczucia, pozostawały stabilne, podczas gdy zadowolenie z kontaktów społecznych rośnie wraz z wiekiem. Wzrost zadowolenia społecznego może ponownie być wynikiem zmieniających się oczekiwań i potrzeb, jak wskazano to wcześniej.



Zakończenie

Starość, starzenie się, człowiek stary, osoba w wieku podeszłym – nie oznacza wyłącznie utraty, nie oznacza tylko ograniczeń i nie jest okresem oderwanym od reszty życia: to czas wypełniony wieloma zadaniami rozwojowymi. Oczywiście, w okresie tym pojawiają się zadania związane z utratą i przemijaniem – także koniecznością przygotowania się do śmierci – jednak skupianie się wyłącznie na deficytach mogłoby znacznie wypaczyć i zdecydowanie zdeformować ten okres ludzkiego życia.

Podjęta w niniejszej publikacji tematyka zawiera się między trzema aspektami starości: społeczno–demograficznym, pomocowo–instytucjonalnym oraz indywidualno–społecznym. Autorzy tej monografii skupili się na pozytywnych aspektach starości, ukazując ją jako okres umiejętnego życia z ograniczeniami i traktując starość jako czas wyzwań, wymagający jeszcze większej umiejętności życia i większej pokory wobec losu. Celowo ominięto problematykę śmierci, bowiem istnieje wiele znakomitych prac z zakresu gerontologii, w których czytelnik zapozna się z tymi zagadnieniami. W tej pracy postanowiono uwypuklić sześć istotnych aspektów życia osób starych: demografii, pomocy społecznej i wsparcia, pracy socjalnej, intymności, jakości życia, wreszcie – przemocy, uznając, że te właśnie obszary stanowią współczesne wyzwania dla gerontologii i geragogiki specjalnej.

Pracę kierujemy przede wszystkim do pracowników sektora pomocy społecznej, pracowników socjalnych, pedagogów społecznych i specjalnych, jak również wszystkich tych, dla których problematyka starości stanowi ważny obszar zainteresowania badawczego i poznawczego.

Kończąc warto dodać, że pozytywny odbiór starości nie pojawia się znikąd – stanowi raczej efekt dobrego, mądrego przygotowania i wychowania do i ku starości. Dobre wychowanie ku starości powinno stanowić istotny element współczesnej edukacji, wolnej od uprzedzeń i nieakceptacji, powinno mieć charakter uniwersalny – odnosić się do potrzeb i wartości oraz preferencji osób starszych.

Źródła i netografia

- Bank Światowy, *Life expectancy at birth, total (years)*, 2013. Dostępny w: <http://data.world-bank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich. Materiały nr 72: *Prawa człowieka starszego. Poradnik dla osób starszych*, 2012. Dostępny w: http://rpo.gov.pl/sites/default/files/BIULETYN_PRO_Materialy_nr_72_Prawa_czlowieka_poradnik_dka_osob_star-szych.pdf
- CBOS, *Obraz typowego Polaka w starszym wieku*, Warszawa 2010. Dostępne w: http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_002_10.PDF.
- Dane socjalne i demograficzne dotyczące populacji świata 2010, raport z 2 grudnia 2010 r.* Dostępny w: http://www.federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=436:raport-qdane-socjalne-i-demograficzne-dotyczce-populacji-wiata-2010q&catid=21:podrzedne
- Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady 940/2011/UE z dnia 14 września 2011 r. w sprawie Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej*, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 246, 23/09/2011 P. 0005 – 0010, 2012. Dostępny w: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:01:PL:HTML>.
- European Year for Active Ageing*, 2012. Dostępny w: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/em0038_en.htm
- Eurostat, Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012, Luxembourg 2012.* Dostępny w: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF].
- Eurostat, The Social Situation in the European Union 2007. Social Cohesion through Equal Opportunities, Luxembourg 2008.* Dostępny w: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KE-AG-08-001 [dostęp:].
- „Gazeta Wyborcza” [online], 2 października 2013 r.
- Giannakouris K., *Population and social conditions*, [w:] “Statistics in focus” No. 1, Eurostat 2010. Dostępne w: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-001/EN/KS-SF-10-001-EN.PDF].
- Grodzicki, T., *Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony zdrowia*, Zespół ds. Geriatrii 2007. Dostępny w: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/51_geria-tria_13072011.pdf.
- GUS, *Emerytury i renty w 2011 roku*, Warszawa 2012. Dostępny w: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PW_emeryturu_i_renty_w_2012_r.pdf.
- GUS, *Informacja o sytuacji społeczno-gospodarczej Polski w lipcu 2013 r.*, Warszawa 2013. Dostępny w: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/POZ_folder_konf_prezentacja.pdf.



- GUS, *Przejście z pracy na emeryturę w 2012 r.*, Warszawa 2013. Dostępny w: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PW_przejscie_z_pracy_na_emeryture_2013.pdf.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2010*, Warszawa 2011. Dostępny w: <http://wszedukacja.pl/content/uploads/2012/04/Rocznik-demograficzny-2010.pdf>.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2011*, Warszawa 2012. Dostępny w: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/rs_rocznik_statystyczny_rp_2011.pdf.
- GUS, *Statystycznie mówiąc*, Warszawa 2013. Dostępny w: http://men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=5479%3Astatystycznie-mowicq-publikacja-gus-o-statystyce-w-codziennym-yciu&catid=119%3Aycie-szkoy-aktualnoci&temid=2.
- Matysiak A., Baranowska, A., *Od złotego wieku małżeństwa... do świtu kohabitacji*, „Gazeta SGH” 2003, nr 176. Dostępny w: <http://akson.sgh.waw.pl/~thorrel/gazeta/artukul.php?id=240>.
- Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego, *ZOOM na UTW. Raport z badania*, Warszawa 2012. Dostępny w: http://zoomnautw.pl/wp-content/uploads/2012/05/Zoom_na_UTW_RAPORT_calosciowy_www.pdf.
- Monitor Europejski 2010*. Dostępny w: http://polskawue.gov.pl/files/ME/ME_2010_1final.pdf.
- MPiPS, *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013*, Warszawa 2012. Dostępny w: <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-szarzenie/>.
- MPiPS, *Strategia polityki społecznej na lata 2007 – 2013*, Warszawa 2005. Dostępny w: <http://mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/polityka-spoleczna/strategia-polityki-spolecznej-na-lata-2007-2013/>.
- MPiPS-05, *Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych, i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej wg stanu na dzień 31.XII.2012 r.*, Warszawa 2013. Dostępny w: <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-rok-2012/>.
- Prof. Grodzicki: *trzeba zmiany świadomości nt. problemów zdrowotnych seniorów*, „Rynek Zdrowia” [online] z 9.01.2013. Dostępny w: <http://rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Prof-Grodzicki-trzeba-zmiany-swiadomosci-nt-problemow-zdrowotnych-seniorow,126885,8.html>.
- Raport o kapitale intelektualnym Polski*, Warszawa 2008 r. Dostępny w: <http://zds.kprm.gov.pl/przeglada-j-raport-o-kapitale-intelektualnym>
- The World Fact Book 2013*. Dostępny w: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2127rank.html>
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r.*, tekst jednolity z dnia 7.02.2013 r., Dz. U. 2013, poz. 182 tom 1. Dostępny w: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2013/182/1>
-

- WHO, *Active Ageing A Policy Framework, Madrid 2002*. Dostępny w: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- World Population Ageing 2009, New York 2010*. Dostępny w: <http://un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf>.
- World Population Policies 2009, New York 2010*. Dostępny w: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2009/Publication_complete.pdf.
- Woźniak J., *Geriatra pilnie poszukiwany*, „Świat Lekarza” 2012, nr 19. Dostępny w: <http://www.nazdrowie.pl/artykul/geriatra-pilnie-poszukiwany>
- Wunsch G., Prefaces, in *Population ageing. Towards an Improvement of the Quality of Life?* ed. R.C. Schoenmaeckers, L. Vanderleyden 2009. Dostępny w: <http://www4.vlaanderen.be/dar/svr/publicaties/Publicaties/svr-studies/2009-02-17-svrstudie1-2009.pdf>.



Bibliografia

- Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości, pod red. Z. Szaroty, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 2, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Antonovsky H., Sadowsky M., Maoz B., *Sexual activity of aging men and women: An Israeli study*, "BehavHealthAging" 1990, no. 3.
- Auleytner J., *Polityka społeczna, czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie, Warszawa 2002.
- Avis N., Stellato M., Crawford S., Johannes C., Longcope C., *Is there an association between menopause status and sexual functioning?*, "Menopause" 2000, nr 7.
- Balami J., Robertson D., *Parkinson's disease and sexuality*, "Br J Hosp Med (Lond)" 2007, nr 68.
- Baltes, P. B., Smith, J., *New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age*, "Gerontology" 2003, No. 49.
- Beisert M., *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
- Berman J. R., Berman L. A., Werbin T. J., Goldstein I., *Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options*, "Curr Opin Urol" 1999, nr 9.
- Bilikiewicz A., Parnowski T., *Choroby układu nerwowego przebiegające z otępieniem* [w:] Psychiatria, pod red. A. Bilikiewicz, S. Pużyńskiego, J. Rybakowskiego, J. Wciórka, t. 2, Psychiatria kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
- Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Wydaw. SGH, Warszawa 2002.
- Błędowski P., *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035* [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, pod red. M. Mossakowskiej, A. Węcek, P. Błędowskiego, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Bocheńska-Seweryn M., Kluzowa K., *Rodzinna i pozarodzinna opieka domowa nad osobami starszymi* [w:] Starość zależna – opieka i pomoc społeczna, pod red. Z. Szaroty, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Bouman W. P., Arcelus J., *Are psychiatrists guilty of "ageism" when it comes to taking a sexual history?*, "Int J Geriatr Psychiatry" 2001, nr 16.
- Bouman W. P., *Sexuality in later life* [w:] Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, (red.). Oxford textbook of old age psychiatry.illustrated ed. New York: Oxford University Press 2008.
- Brecher. E. M., *Love, Sex and ageing*, Consumer's Union Report, Boston 1984, za: M. Cichocka, *Starość i seks* [w:] Seksualność w cyklu życia człowieka, pod red. M. Beisert, Poznań 2004.
- Bretschneider J. G., McCoy N. L., *Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds*, "Arch Sex Behav." 1988, nr 17(2).

- Bręborowicz G., *Położnictwo i ginekologia*, t. 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- Bromley D. B., *Psychologia starzenia się*, tłum. Z Zakrzewska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1969.
- Brytek Matera A., *Obraz ciała, obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2008.
- Butler R., Lewis M., *Aging and Mental Health*, 2nd ed. St Louis, MO, Mosby, USA 1997.
- Cardol M., Rijken M. & van Schrojenstein Lantman-de Valk H., *People with mild to moderate intellectual disability talking about their diabetes and how they manage*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2012, nr 56.
- Carmeli E., Zinger-Vaknin T., Morad M. Merrick J., *Can physical training have an effect on well-being in adults with mild intellectual disability?*, "Mechanisms of Ageing and Development" 2005, nr 126.
- Cash T., Fleming E., *Body image and social relations*, in: *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice*, eds: T. Cash, T. Pruzinsky. The Guilford Press, New York 2002.
- Cawood E., Bancroft J., *Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women*, "Psychol Med." 1996, nr 26.
- Chia M, Chia M, Abrams D, Abrams RC., *The multi-orgasmic couple: How couples can Dramatically enhance their leisure*, in: *Intimacy and Health*, HarperOne, San Francisco, CA 2002.
- Choi N. G., Jun J., *Life regrets and pride among low-income older adults: relationships with depressive symptoms, current life stressors and coping resources*, "Aging Ment Health" 2009, nr 13.
- Conod L., Servais L., *Sexual life in subjects with intellectual disability*, „Salud Publica Mex.” 2008, nr 50.
- Cooper C., Selwood A., Livingston G., *The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review*, "Age Ageing" 2008, nr 37(2).
- Cumming E., Henry W. E., *Growing old. The process of disengagement*, Basic Book, New York 1961.
- Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2000.
- Czerniawska O., *Style życia ludzi starszych [w:] Style życia w starości*, pod red. O. Czerniawskiej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 1998.
- Davies, HD, *Dementia and Delirium in the Elderly, The Clinical Practice of Gerontological Nursing: An Advanced Text* W.B. Saunders, Philadelphia, 1991, 2nd edition, 1998.
- Dąbrowska P., *Samotność osób starszych i sposoby jej przeciwdziałania*, „Kwartalnik Naukowy” 2011 nr 2 (6).
- De Klerk M. M. Y., *Rapportage gehandicapt en 2002. Maatschappelijke positie van men-*



- sen met lichamelijke beperkingen of verstandelijke handicaps (Report Handicapped People 2002. Societal Position of People with Physical or Intellectual Disabilities). The Hague, SCP 2002.
- Deacon S., Minichiello V., Plummer D., *Sexuality and older people: Revisiting the assumptions*, "EducGerontol" 1995, nr 21.
- Dennerstein L., Dudley E., Hopper J., Burger H., *Sexuality, hormones, and the menopausal transition*, "Maturitas" 1997, nr 26.
- Dennerstein L., Smith A., Morse C., Burger J., *Sexuality and the menopause*, "J PsychosomObstet Gynecol" 1994, nr 15.
- Dennerstein L., Dudley E. C., Hopper J. L., Burger H., *Sexuality, hormones and the menopausal transition*, "Maturitas." 1997, nr 26 (2).
- Dubas E., *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2000.
- Dubas E., *Etapy dorosłości i proces kształcenia* [w:] Dorosły w procesie kształcenia, pod red. B. Cyboran, A. Fabis, Biblioteka Edukacji Dorosłych, Bielsko-Biała 2009.
- Dunlop B. D., Rothman M. B., Condon K. M., *Elder abuse: risk factors and use of case data to improve policy and practice*, "J Elder Abuse Negl" 2001, nr 12 (3).
- Ehrenfeld M., Bronner G., Tabak N., Alpert R., Bergman R., *Sexuality among institutionalized elderly patients with dementia*, "Nurs Ethics" 1999, nr 6.
- Ehrenfeld M., Tabak N., Bronner G., Bergman R., *Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia*, "Int J NursPract" 1997, nr 3.
- Ervik, R., Helgøy, I., Christensen, D. A., *Idea and policies on active ageing in Norway and the UK*, "International Social Science Journal" 2006, No. 58 (190).
- Evenhuis H. M., Theunissen M., Denkers I., Verschuure H. & Kemme H., *Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2001, nr 45.
- Fabiś A., *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności* [w:] Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych. Wyzwania Współczesnej Edukacji Dorosłych, pod red. A. Fabisia, t. 2, Wydaw. Górnośląskiej Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Kardynała A. Hłonda, Mysłowice 2005.
- Fabiś A., Fabiś A., *Aktywność seksualna osób starszych* [w:] Tabu seksuologii, pod red. A. Jodko, Wydawnictwo „Academica” Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, Warszawa 2008.
- Feilo S., Warren S., *Sexual expression in a very old man: a nursing approach to care*, "GeriatrNurs" 1997, nr 18.
- Franco M. L., Gray T., Gregware P., Meyer J., *Dependency, Cultural Identification, and Elder Abuse Among Americans of Mexican Heritage*, "Journal of Elder Abuse & Neglect" 2000, Vol. 11, Issue 3.
- Friedrich W., *Child sexual behavior inventory professional manual*, FL, Psychological Assessment Resources, Odessa 1997.

- Garner D. M., *The 1997 body image survey results*, "Psychology Today" 1997, Vol. 30, Issue 1.
- Garnets L. D., Peplau L. A., *A new paradigm for women's sexual orientation: Implications for therapy*, in: Kaschak E., Tiefer L. (red.), *A new view of women's sexual problems*, Haworth Press, Binghamton 2001.
- George L. K., Weiler S. J., *Sexuality in middle and late life. The effects of age, cohort, and gender*, "Arch Gen Psychiatry" 1981, nr 38.
- Głębocka A., *Niezadowolone z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Halicka M., *Człowiek stary jako ofiara nadużyć*, „Gerontologia Polska” 1996, nr 4.
- Halicka M., *Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym* [w:] Zostać ślad na ziemi, pod red. M. Halickiej, J. Halickiego, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006.
- Halicka M., Halicki, J., *Przemoc wobec ludzi starych*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2010.
- Halicka M., Halicki, J., Ślusarczyk P., *Integracja Przemoc w stosunku do osób starszych [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, pod red. M. Mossakowskiej, A. Więcka, P. Błędowskiego, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Halicka M., Halicki, J., *Przemoc w związku małżeńskim/partnerskim (IPV) wobec starszych kobiet – czynniki społeczne i kulturowe*, „Praca Socjalna” 2012, nr 5
- Halicka M., Halicki, J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych [w:] Polska starość*, pod red. B. Synaka, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Halicki J., *Starzenie się społeczeństwa jako wyzwanie dla andragogiki*, „Gerontologia Społeczna” 2007, nr 1 (2).
- Halicki J., *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.
- Hallstrom T., *Sexuality in the climacteric*, "Clin Obstet Gynecol" 1977, nr 4.
- Hayes R., Dennerstein L., *The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies*, "The Journal of Sexual Medicine" 2005, nr 2 (3).
- Helgason A. R., Adolfsson J., Dickman P., Arver S., Fredrikson M., Göthberg M., *Sexual desire, erection, orgasm and ejaculatory functions and their importance to elderly Swedish men: A population-based study*, "Age Ageing" 1996, nr 25.
- Iecovich E., Lankri M., Drori D., *Elder abuse and neglect – A pilot incidence study in Israel*, "Journal of Elder Abuse & Neglect" 2004, Vol. 16, Issue 3.
- Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku – studium badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Janicki M. P., Dalton A. J., Henderson C. M., Davidson P. W., *Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations*, "Disability and Rehabilitation" 1999, nr 21.



- Jansen D. E. M. C., Krol B., Groothoff J. W., Post D., *People with an intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies*, „Journal of Intellectual Disability Research” 2004, nr 48.
- Jarosz E., *Stan i kierunki badań nad związkami między krzywdzeniem dzieci a niepełnosprawnością*, „Dziecko krzywdzone” 2008, nr 1 (22).
- Kaas M., *Sexual expression of the elderly in nursing homes*, “Gerontologist” 1978, nr 18.
- Kaas M., *Geriatric sexuality breakdown syndrome*, “Int J Aging Hum Dev” 1981, nr 13.
- Kalra G., Subramanyam A., Pinto C., *Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly*, “Indian Journal of Psychiatry” 2011, nr 53 (4).
- Kaluger G., Kaluger M. F., *Human Development: The span of life*, 2nd ed. St Louis, MO, Mosby, USA 1979.
- Kawula, S., *Pedagogika społeczna i jej wyzwania na początku XXI wieku* [w:] Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki, t. 2: Debata, pod red. E. Marynowicz-Hetki, Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Kearney D. S., Healy O., *Investigating the relationship between challenging behavior, comorbid psychopathology and social skills in adults with moderate to severe intellectual disabilities in Ireland*, “Research in Developmental Disabilities” 2011, nr 32.
- Kijak R., *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Kijak R., *Praca zawodowa jako ważny aspekt podnoszący jakość życia osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Jakość życia osób z niepełnosprawnością*, pod red. R. Kijaka, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja” 2013, nr 3.
- Klimczuk A., *Transfer technologii w kształtowaniu srebrnej gospodarki* [w:] Transfer wiedzy w ekonomii i zarządzaniu, pod red. M. Grzybowski, Wydaw. Uczelniane Akademii Morskiej w Gdyni, Gdynia 2011.
- Kołodziejczyk I., *Neuropsychologia starzenia poznawczego*, „Kosmos. Problemy nauk biologicznych” 2007, t. 56, nr 1-2.
- Komeński, J. A., (1973). *Pampaedia*, tłum. K. Remerowa, BN II, Wrocław 1973.
- Kowgier A., *Życie intymno-emocjonalno ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Kramkowska E., Szafranek A., Żuk C., *Przemoc wobec starszych kobiet – sondaż w instytucjach*, „Praca Socjalna” 2012, nr 5
- Kresl P. K., Daniele I., *The Aging Population and the Competitiveness of Cities. Benefits to the Urban Economy*, Cheltenham: Edward Elgar, 2010.
- Kubicki P., Olcoń-Kubicka M., *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku* [w:] „Studia Humanistyczne AGH”, t. 8, Kraków 2010.
- Kucharska J., Zdebska E., *Przygotowanie kadr pomocy społecznej w obszarze wsparcia dla seniorów* [w:] Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości, pod red. Z. Szaroty. Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 2, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.

- Lehmann B. A., Bos A., Rijken M. et al., *Ageing with an intellectual disability: The impact of personal resources on well-being*, "Journal of Intellectual Disability Research" 2013, nr 57 (11).
- Lindau S. T., Schumm L P., Laumann E. O., Levinson et al., *A study of sexuality and health among older adults in the United States*, "N Engl J Med." 2007, nr 357.
- Macklin R., Gaylin W., *Mental retardation and sterilization: A problem of competency and paternalism*, Plenum Press, New York 1981.
- Maddox G. J., *Themes and issues in sociological theories of human aging*, "Human Development" 1970, nr 13.
- Makiełto-Jarża G., *Oblicza starości – refleksje psychologia* [w:] Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku, pod red. M. Krobieckiego i Z. Szaroty, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2004.
- Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Matthias R. E., Lubben J. E., Atchison K. A., Schweitzer S. O., *Sexual activity and satisfaction among very old adults: results from a community-dwelling Medicare population survey*, "Gerontologist" 1997, nr 37.
- McCallion P., McCarron M., *Ageing and intellectual disabilities: a review of recent literature*, "Current Opinion in Psychiatry" 2004, nr 17.
- McCartney J, J.R., Izeman H., Rogers D., Cohen N., *Sexuality and the institutionalized elderly*, "J Am GeriatrSoc" 1987, nr 35.
- Meston C. M., *Aging and sexuality*, "West J Med." 1997, nr 167 (4).
- Mims C. A., *Love & Old Age: Breaking the Taboo of Sex and the Elderly*, Book Guild Publishing Ltd, Brighton 2003.
- Mirewska E., *Rodzinny dom pomocy jako alternatywa dla domu pomocy społecznej*, [w:] Starość zależna - opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej, pod red. Z. Szaroty, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 3, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Moffat S., Zonderman A. B., Metter E. J., Blackman N. R., Herman S. M., Resnick S. M., *Longitudinal assessment of serum free testosterone concentration predicts memory performance and cognitive status in elderly men*, "Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" 2002, nr 87.
- Muehlbauer M, Crane P. A., *Elder abuse and neglect*, „J PsychosocNursMent Health Serv.” 2006, nr 44 (11).
- Musielewicz A., *Instytucjonalne formy wsparcia człowieka starego w środowisku lokalnym*, Wydawnictwo Edukacyjne Wers, Bydgoszcz 2010.
- Nawrocka J., *Społeczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.



- Nawrocka J., Nawrocka E., Kamińska J., *Młodzi, starsi, starzy – miłość i satysfakcja z życia* [w:] Społeczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory, pod red. J. Nawrockiej, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2013.
- Orbuch T. L., House J. S., Mero R., Webster P. S., *Marital quality over the life course*, „Social Psychology Quarterly” 1996, nr 59.
- Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.
- Osborn M., Hawton K., Gath D., *Sexual dysfunction among middle aged women in the community*, „BMJ” 1988, nr 296.
- Phillips L. R. et al., *Elder mistreatment in U.S. residential care facilities: The scope of the problem*, „Journal of Elder Abuse & Neglect” 2013, nr 25 (1).
- Piekarska A., *Krzywdzenie dziecka z zaburzeniami rozwojowymi. Przegląd zagadnień teoretyczno-badawczych oraz zastosowanie taksonomii krzywdzenia dziecka*, „Dziecko Krzywdzone” 2007, nr 2 (19).
- Reichmann W., *Tworzenie przestrzeni życiowych dla osób w podeszłym wieku*, „Tematy” 1995, nr 11-12.
- Rembowski J., *Dorosły* [w:] Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych, pod red. K. Wojciechowskiego, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1986.
- Santoro N., Torrens J., Crawford S., *Correlates of circulating androgens in midlife women: The study of women's health across the nation*, „J Clin Endocrinol Metab.” 2005, nr 90.
- Schiemberg L. B. et al., *Social-relational risk factors for predicting elder physical abuse: an ecological bi-focal model*, „Int J Aging Hum Dev” 2012, nr 75 (1).
- Sipski M. L., Alexander C. J. (red.), *Sexual function in people with disability and chronic illness*, Md: Aspen Publishers Inc Gaithersburg 1997.
- Skibska J., *Kształtowanie autonomii – osiągnięcie niezależności* [w:] *Niepełnosprawność w zwierciadle dorosłości*, pod red. R. Kijaka, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.
- Słomko Z., *Ginekologia, t. 1*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
- Smith J., Borchelt M., Maier H., Jopp D., *Health and well-being in the young old and oldest old*, „Journal of Social” 2002, nr 58.
- Smolski R., Smolski M., Stadtmüller E. H., *Słownik Encyklopedyczny. Edukacja Obywatelska*, Wydawnictwo Europa, Wrocław 1999.
- Sooryanarayana R., Choo W. Y., Hairi N. N., *A review on the prevalence and measurement of elder abuse in the community*, „Trauma Violence Abuse.” 2013, nr 14 (4).
- Starr B. D., Weiner M. B., *The Starr-Weiner report on sex & sexuality in the mature years*, Stein and Day, New York 1981.
- Studen S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Strasser S. M., Smith M., Cao Y., *Screening for elder mistreatment among older adults seeking legal assistance services*, „West J Emerg Med.” 2013, nr 14 (4).
- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, tłum. Aleksandra Błachnio, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2006.

- Sygit E., Ossowski R., *Przemoc wobec osób starszych ze względu na ich wiek, płeć i wykształcenie*, [w:] „Gerontologia Polska” 2008, t. 16, nr 3.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydaw. Naukowe UP, Kraków 2004.
- Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydaw. Naukowe UP, Kraków 2010.
- Szarota Z. *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej* [w:] *Starość zależna - opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, pod red. Z. Szaroty, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 3, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2001.
- Szarota Z., *Senior w wielkim mieście na przykładzie projektu: „Krakowski pakt dla seniorów”* [w:] *Aktywizacja, rozwój, integracja – ku niezależnej starości*, pod red. Z. Szaroty, Biblioteka Gerontologii Społecznej, t. 2, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
- Szarota Z., *Praca socjalna a człowiek w podeszłym wieku* [w:] *Rola pracy socjalnej w przeciwdziałaniu zjawisku wykluczenia społecznego*, pod red. D. Błasiak, I. Piątkowskiej-Lipki, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, Katowice 2012.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewski M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Aspra-Jr., Warszawa 2006.
- Szukalski P., *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (Ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2.
- Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
- Szymańska J., Sienkiewicz J., *Wsparcie społeczne*, „Currents Problem off Psychiatriy” 2011, nr 12 (4).
- Taylor A., Gosney M., *Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals*, “Age and aging” 2001, nr 30.
- Taylor D. K., Bachuwa G., Evans J., Jackson-Johnson V., *Assessing barriers to the identification of elder abuse and neglect: a communitywide survey of primary care physicians*, “J Natl Med Assoc.” 2006, nr 98 (3).
- Taylor M., *Sex Drugs and Growing Old: Sexual Dysfunction in Perimenopause and PostMenopause*, Psychology and Pharmacology, Kalifornia 1999.
- Trafiątek E., *Polska starość w dobie przemian*, Katowice 2003.
- Tsirigotis K., Gruszczyński W., Tsirigotis-Wołoszczak M., *Płciowe (rodzajowe) zróżnicowanie typów przeżywanego miłości*, „Seksuologia Polska” 2010, nr 8.
- Winn R. L., Newton N., *Sexuality in aging: A study of 106 cultures*, “Arch Sex Behav.” 1982, nr 11.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Nowe życie po sześćdziesiątce*, IWZZ, Warszawa 1986.
- Wnęk-Gozdek J., Łaszyn J., *Oddam siebie w dobre ręce” – osoby 60+ jako użytkownicy portali randkowych* [w:] „Biblioteka Gerontologii Społecznej” nr 3: *Współczesne oblicza starzenia się*, pod red. A. Fabisia, Katowice 2013.

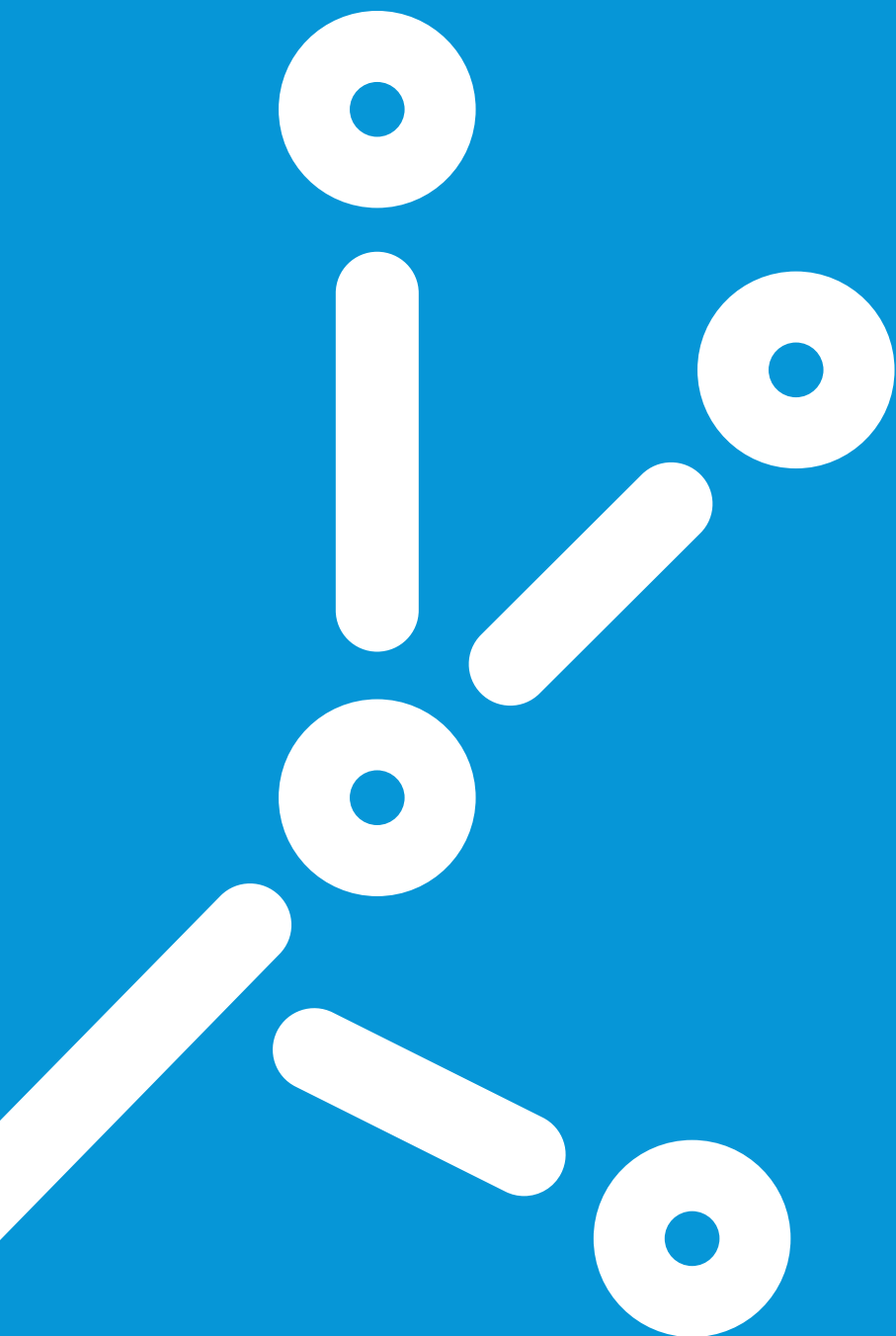


- Wojciszke B., *Psychologia miłości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Woźniak B., Brzyska M., *Przemoc wobec ludzi starszych – przegląd badań prowadzonych w Polsce* [w:] Przemoc wobec osób starszych, pod red. B. Tobiasz–Adamczyk, Wydawnictwo UJ, Kraków 2009.
- Zawiślak A., *Koncepcja jakości życia osób z upośledzeniem umysłowym w niektórych współczesnych ujęciach teoretycznych* [w:] Jakość życia a niepełnosprawność, pod red. Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, Wyd. UMCS, Lublin 2006.
- Zych A. A., *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Zych A. A., *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się* [w:] Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość, pod red. A. A. Zycha, Spółka OverGroup, Łask 2012.
-

Spis rycin i tabel

Ryc. 1. Fazy procesu starzenia się społeczeństwa (ONZ) ze względu na udział w populacji osób w wieku 65+	7
Ryc. 2. Rzeczywista i prognozowana liczba osób w wieku 65+, w tym osób w wieku 80+ (dane w milionach)	8
Ryc. 3. Typy struktury ludności (proporcje wyrażone w %)	9
Ryc. 4. Struktura ludności w społecznym podziale pracy (udział w %) – stan z roku 2012.	10
Ryc. 5. Diagnoza – prognoza demograficzna z uwzględnieniem płci i tzw. podwójnego starzenia się (dane dla Polski wyrażone w %).....	11
Ryc. 6. Wewnętrzny podział starości z uwzględnieniem fazy starzenia się – koncepcja WHO	14
Ryc. 7. Samoocena stanu zdrowia emerytów na tle ogółu Polaków (dane z roku 2011)	15
Ryc. 8. Samoocena sytuacji materialnej emerytów (dane w %)	16
Ryc. 9. Geragogika jako specjalistyczna dyscyplina pedagogiki i andragogiki	48
Ryc. 10. Model jakości życia	99
Ryc. 11. Koncepcja jakości życia według Nordenfelta	100
 Tabela 1. Relacja przeciętnej emerytury brutto do przeciętnego wynagrodzenia (dane w %)	17
Tabela 2. Wyposażenie gospodarstw domowych w niektóre urządzenia i sprzęty trwałe (stan z roku 2011).....	17
Tabela 3. Przegląd badań przekrojowych dotyczących seksualności starszych kobiet	67
Tabela 4. Częstotliwość stosunków seksualnych wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim w wieku 65–70 lat, a faktyczne nasilenie potrzeby seksualnej	74
Tabela 5. Deklarowana zdolność do przeżywania orgazmu	74





publikacja bezpłatna

ISBN: 978-83-61638-66-7

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

00-697 Warszawa
Aleje Jerozolimskie 65/79

Tel.: 22 237 00 00
Fax: 22 237 00 99

NIP: 7010066145
Regon: 140971293

e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl
www.crzl.gov.pl