Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

3

1
A-G

2
H-O

3
P-Ś

4
T-Ż

5
Hasła uzupełniające od A-Z
Bibliografia
Netografia
Filmografia
Dokumenty urzędowe
Alfabetyczny spis autorów haseł
Terminologia kongresowa
Płyta CD

Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

P-Ś

3

Redakcja naukowa
Adam A. Zych

TS
Katowice 2017

Recenzja:
prof. zw. dr hab. Tadeusz Aleksander

Opracowanie graficzne:
Marek J. Piwko

Redakcja techniczna:
Grzegorz Bociek

Redakcja językowa:
Maciej Zweiffel

Korekta:
Klaudia Dąbrowska

Konsultacja językowa:
dr hab. Andrzej Diniejko, Uniwersytet Warszawski (ang.)
dr hab. Anna Jaroszewska, Uniwersytet Warszawski (niem.)
dr hab. Oleg Leszczenko, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (ros.)
dr Magdalena Leszko, Uniwersytet Northwestern Evanston (am.)
mgr Anna Przewłocka-Alves, Centrum ds. Informacji i Koordynacji Gerontologicznej w Melun (fr.)
mgr Ewa Skurzyńska (hiszp.)

Koszty produkcji nakładu dofinansowano ze środków PFRON

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

© Thesaurus Silesiae, Katowice 2017

ISBN 978-83-60781-25-8

Wydawca:
Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski
ul. J. Ligonia 7, 40-036 Katowice

Spis inicjałów autorów

AAZ – Adam A. Zych
AB – Aleksandra Błachnio
AC – Agata Chabior
ADW-K – Anna D. Weissbrot-Koziarska
AF – Artur Fabiś
AG – Anna Gutowska
AGŁ – Anna Głodowska
AGO – Anna Gomóła
AGR – Andrzej Grudziński
AIK – Agnieszka I. Kotarba
AJ – Anna Jaroszewska
AK – Andrzej Klimczuk
AKA – Agnieszka Kasiukiewicz
AKO – Aniela Korzon
AL-R – Anna Leszczyńska-Rejchert
AM – Anna Mirczak
AMB – Adrianna M. Borowicz
AMI – Aldona Michalak
AM-K – Agnieszka Majewska-Kafarowska
AML – Agnieszka M. Labus
AMS – Anna M. Sierecka
AN – Agnieszka Nowicka
AS – Anna Skrzek
ASK – Anna Skalska
ASŁ – Aleksandra Słopiecka
AST – Anna Stawecka
ASZ – Anna Szafranek
AT – Andrzej Twardowski
AW – Agnieszka Wojskowicz
AZ – Anna Zawada
AZW – ks. Andrzej Zwoliński
BB – Barbara Bień
BBU – Beata Bugajska
BHS – Barbara Halina Skałbania
BM – Bożena Mroczek
BMY – Beata Mydłowska
BN – Beata Nowak
BR-K – Barbara Rysz-Kowalczyk
BS – Bogdan Szczepankowski
BT-F – Barbara Toroń-Fórmanek
BW – Bartosz Wiśniewski
BZ – Beata Ziębińska
CK – ks. Czesław Krakowiak
CT-T – Celina Timoszyk-Tomczak
DBK – Dorota B. Kozieł
DK – Donata Kurpas
DKR – Danuta Krzysztofiak
DKS – Dorota Ksiądzyna
DO – Dominik Olejniczak
DP-W – Dorota Piechowicz-Witoń
DR – Dariusz Rutkowski
DT – Dorota Talarska
EB – Ewa Barcz
ED – Elżbieta Dubas
EJB – Ewa J. Borowiak
EK – Emilia Kramkowska
EKO – Ewelina Konieczna
EL – Elżbieta Lisowska
EM – Elżbieta Mirewska
EMI – Ewa Miszczak
ER – Ewa Romanowska
ES – Edyta Sielicka
ESI – Ewa Sikora
ET – Elżbieta Trafiałek
EW – Elżbieta Woźnicka
GA – Grażyna Adler
HD – Halina Doroszkiewicz
HDU – Harry Duda
HG – Hanna Grzesiak
HS-G – Hanna Stępniewska-Gębik
HW-K – Halina Worach-Kardas
HŻ – Hanna Żuraw
IL-K – Ida Laudańska-Krzemińska
IP-S – Irena Pufal-Struzik
IZ – Ireneusz Ziemiński
JB – Józef Binnebesel
JBO – Joanna Borowik
JF – Joanna Filipowska
JG – Janka Graban
JGA – Joanna Gacka
JH – Jerzy Halicki
JIW – Jolanta I. Wiśniewska
JJB – Jacek J. Błeszyński
JKW – Joanna K. Wawrzyniak

JM – Janusz Maciaszek
JMA – Jolanta Maćkowicz
JMAS – ks. Janusz Mastalski
JMŁ – Joanna M. Łukasik
JP – Jacek Pyżalski
JP-B – Jolanta Perek-Białas
JRB – Jan R. Błachnio
JS – Jerzy Stochmiałek
JSE – Jerzy Semków
JS-C – Janusz Sytnik-Czetwertyński
JS-G – Joanna Szczepańska-Gieracha
JSI – Julita Sitkiewicz
KB – Katarzyna Białożyt
KK-B – Katarzyna Kobus-Błachnio
KM – Krzysztof Maliszewski
KP – Katarzyna Polanowska
KS – Katarzyna Sygulska
KSI – Kasper Sipowicz
KSK – Kamila Skowrońska
KTO – Krystyna T. Ostrowska
KU-S – Katarzyna Uzar-Szcześniak
KW – Katarzyna Winiecka
KZ – Katarzyna Zubrewicz
LB – Leszek Buliński
LJ – Lilianna Jaworska
LW – Leokadia Wiatrowska
LZ-L – Ludmiła Zając-Lamparska
ŁT – Łukasz Tomczyk
MAB – Małgorzata A. Basińska
MB-Z – Maria Bielak-Zasadzka
MC – Mirosław Charkiewicz
MD – Małgorzata Duda
MDO – Mariusz Dorot
MDOB – Maciej Dobrzyński
MDZ – Małgorzata Dziechciaż
MF – Marvin Formosa
MG – Magdalena Grabowska
MH – Małgorzata Halicka
MK – Maria Kotomska
MKI – Marlena Kilian
MKIS – Maciej Kisała
MK-W – Małgorzata Kaleta-Witusiak
ML – Magdalena Leszko
MLI – ks. Marek Lis
MM – Marta Muszalik
MMB – Mariola M. Bieńko
MM-R – Małgorzata Malec-Rawiński
MMS-R – Maria M. Straś-Romanowska
MMU – Marcin Muszyński
MP – Monika Płatek
MR – Małgorzata Rygielska
MS – Magdalena Szpunar
MS-O – Małgorzata Stawiak-Ososińska
MSI – Marek Sikorski
MST – Magdalena Strugała
MŚ – Marta Świętek
MT-K – Maria Trzcińska-Król
MW – Marta Wrońska
MW-S – Mirosława Wojciechowska-Szewczyńska
MŻ – Marek Żak
NP – ks. Norbert Pikuła
OC – Olga Czerniawska
OH – Olga Handford
PAC – Piotr A. Czekanowski
PM – Paulina Morga
PO – ks. Piotr Ostański
PS – Piotr Szukalski
PW – Piotr Wojskowicz
RK – Radosław Kaczmarek
RK-W – Renata Konieczna-Woźniak
RS – Rafał Stemplewski
RZ – Rafał Zimny
SG – Sławomir Grzesiak
SJ – Sławomir Jakima
SZK – Stanisław Z. Kowalik
TS – Tomasz Stefaniuk
TZ – Teresa Zbyrad
WA – Wiesław Antosz
WCH – ks. Waldemar Chrostowski
WJO – Wiesław J. Osiński
WK – Wiesław Karolak
ZB – Zbigniew Bogdan
ZBW – Zyta B. Wojszel
ZG – Zenon Gajdzica
ZK – Zbigniew Kopyciński
ZM – Zdzisław Markiewicz
ZN-K – Zofia Nowak-Kapusta
ZR – Zbigniew Rudnicki
ZS – Zofia Szarota
ZW – Zbigniew Woźniak

P

„pamięć serca"

– czym ona jest? [W tym sensie sam siebie pytał, odpowiadając sobie, Julian Aleksander Kamiński (1805–1860): „Co jest wdzięczność? Jest to **pamięć serca**" – przyp. red.]. „Pamięć serca" to koncepcja obecna we francuskiej → gerontologii społecznej od ponad 40 lat. Została ona sformułowana przez → Reboul, która przedstawiła → starość [jako efekt] i → starzenie się jako proces w dużej mierze subiektywny, chociaż miała świadomość zmian biologiczno-fizyczncyh dokonujących się w organizmie człowieka (Reboul, 1992).

Pamięć serca – potrzeba → wsparcia, zachęty

Wsparcie otrzymuje się od ludzi bliskich, rówieśników, bowiem pamięć serca można postrzegać na tle teorii stratyfikacji społecznej i → kohort wiekowych, ale także teorii → gerotranscendencji – ucieczki do wspomnień, rozmyślań, rozważań, Historia przez wielkie „H", to przeżycia związane z przeszłością w której uczestniczyliśmy. Powrót do zapomnianych faktów i wydarzeń wywołują rocznice, np. pierwszej i drugiej wojny światowej, powstań. Muzea, miejsca pamięci, filmy i książki historyczne, fotografie, odwiedzane miejsca, cmentarze, obozy zagłady. Nagle usłyszane nazwiska, informacje, oglądane przedmioty, takie jak: mundury, sztandar, manierka, plecak itd., itp. Otwieramy szufladę → pamięci, jak to określa Duccio Demetrio (1945–), i odtwarzamy ze szczegółami wydarzenia, kolor i fason munduru, sposoby przygotowania posiłków, ubioru, zakładania onuc na nogi, wysokich butów i sposobu ich zdejmowania za pomocą „pieska". Pamięć przywraca świat zapomniany, który zniknął. Pozwala odbudować jego ramy i zapełnia je treściami, obrazami, dźwiękami, zapachami i smakami. Pamięć serca dotycząca → rodziny, historii osobistej przez małe „h" odtwarza genealogię rodu, nasze środowisko → życia. Mogą powstawać luki, których nie można zapełnić po → śmierci bliskiej osoby. Tracimy źródło wiadomości, jeśli nie zachowały się fotografie, listy, zapiski w pamiętniku, to jest ta wiedza zagubiona, tworząca bolesną lukę. Wokół pamięci serca powstają takie działania, jak: opracowanie genealogii rodziny, odtworzenie przepisów tradycyjnej kuchni rodzinnej, tworzenie filmów, albumów zdjęć z historii rodziny, kolekcji pamiątek. Prowadzone wywiady biograficzne na temat dzieciństwa osób sześćdziesięcioletnich, siedemdziesięcioletnich i osiemdziesięcioletnich ukazywały obrazy dzieciństwa narratorów w okresie międzywojnia od I do II wojny światowej, dramatyczne przeżycia na wygnaniu. *Ego sum, qui memini, ego animus* [*To ja jestem tym, który pamięta, ja jestem duszą* – słowa św. Augustyna z Hippony (354–430) – przyp. red.] określa taką pamięć jako „obszerne ustronie". Jest to bliskie określeniu Demetrio (2009) „wysp pamięci". Powróćmy jednak do pamięci serca – dotyczy ona ludzi starszych i dlatego trzeba ją określić jako pamięć długotrwałą, biograficzną, dotyczącą przeszłości, cechują ją elementy występujące w pamięci zmysłowej, fotograficzna dokładność, zapamiętanie smaków i zapachów. Pamięć serca przenosi nas do sytuacji z dzieciństwa, młodości, do miłych chwil w życiu, do kontaktów z ukochanymi osobami, ciepłych relacji, miłych dotyków aksamitu, batystu, jedwabiu, do zapomnianych smaków poziomek, koszteli, mandarynek, ulubionych cukierków grylażowych czy kocich łapek ze skórką pomarańczowych itp., itd. (E. Czerniawska, 2005). Pamięć serca występowała w → badaniach biograficznych, gdy osoby 70- i 80-letnie pytaliśmy o ich dzieciństwo, drogi edukacyjne, a następnie o ważne wydarzenia osobiste i społeczne (zob. O. Czerniawska, 2000). Przedstawiali z dużym zaangażowaniem emocjonalnym swoje dzieciństwo, choć często było tragiczne, przeżyte na Syberii, Kazachstanie lub w III Rzeszy na robotach. Można mówić o mapach biograficznych w pamięci. Z dokładnością pamięta się zakręty, mosty, bramy, podwórza, drzwi i kwitnące drzewa. Mówili z uczuciem o dobrych momentach, cieple ogniska, bogactwie lasów, stepów i rzek w Rosji, dobroci napotkanych ludzi. Pamiętali szczegóły i detale. I tu trzeba stwierdzić, że w pamięci serca można wyróżnić historię przez małe „h" – dotyczy ona narratora i jego rodziny, oraz przez wielkie „H" – dotyczy kraju, społeczeństwa i innych osób (O. Czerniawska, 2000). Pamięć serca można odnaleźć w teoriach gerontologicznych – można stwierdzić, że łączy się z teorią stratyfikacji społecznej. Każda kohorta wieku posiada własne doświadczenia wynikające ze struktury społecznej i zdarzeń (Tryfan, 1977, 1986, 1993). Mieszkanie na kresach wschodnich, w miastach na ziemiach utraconych po II wojnie światowej, spowodowało powstanie grupy ludzi wysiedlonych z tych ziem a głęboko przywiązanych do miejsca

urodzenia i pochodzenia. Ich pamięć serca jest stale żywa. Powoduje ona dążenie zachowania żywej pamięci o Lwowie, Wilnie, Grodnie, Stanisławowie, Trembowoli…, dlatego dawni mieszkańcy tych miast organizują stowarzyszenia, spotykają się i opowiadają o nich. Prowadzą rozmowy przypominając sobie trasy spacerowe, znane sklepy, ulice, kościoły, cmentarze, parki i inne miejsca. Uczestnicząc w spotkaniach Towarzystwa Przyjaciół Wilna obserwowałam jak funkcjonuje pamięć serca, jak wspólnie idą ulicami miasta, mijają przecznice głównej ulicy – Alei Mickiewicza, plac Katedralny, Katedrę, jak idą na cmentarz na Rossę i zatrzymują się przy grobie Matki Marszałka Piłsudskiego [Marii Piłsudskiej z Bilewiczów (1842–1884) – przyp. red.]. Ta pamięć serca jest pamięcią historyczną kohorty wieku 60-, 70-, 80-latków, i nawet dziewięćdziesięciolatków. Czy może się zdarzyć taka wspólna pamięć serca? Dotyczy ona absolwentów szkoły cieszącej się opinią ważnej placówki wychowawczej, członków drużyny harcerskiej czy też Duszpasterstwa Akademickiego. Pamięć serca jest także pamięcią historyczną. Dotyczy powstańców Powstania Warszawskiego, uczestników II wojny swiatowej, jeńców obozów jenieckich, więźniów obozów koncentracyjnych, a obecnie osób internowanych, uczestników ruchów konspiracyjnych itp. [Przykładem mogą być: *Powstańcze epizody*, czyli wielogodzinny, dźwiękowy zapis wspomnień z Powstania Warszawskiego (zob. Ignatowicz i współprac., 2014) – przyp. red.]. W roku 2012 sama przeżyłam inny przypadek pamięci serca. W trakcie pobytu w Busku-Zdroju spacerowałam po parku i siedząc na ławce usłyszałam rozmowę na temat wsi kaszubskiej – Osłonino. Włączyłam się w rozmowę. Zapytałam o tę wieś, ponieważ spędzałam tam lata przed II wojną światową. Okazało się, że mówiąca o niej osoba też swoje dzieciństwo łączy z Osłoninem, tylko jest to czas II wojny światowej. Poczułyśmy się sobie bliskie, choć nieznajome. Opowiadałyśmy o drogim jej miejscu, o plaży z głazami narzutowymi, ciepłym morzu w zatoce, spacerach. Pytałam ją o figurę św. Antoniego w ogrodzie przy drodze, o Zamek z parkiem i sadem, o stadninie koni. Wspólnie ustaliłyśmy co pozostało z dawnego Osłonina, a co uległo zmianie. Przeżycie to ukazało mi jeszcze jeden wymiar pamięci serca. Stało się oczywistym, że może okazać się wspólna, nawet jeśli jest odległa w czasie, a wywołują ją oraz łączą podobne przeżycia i upodobania. Myślę, że podobne pamięci serca, poczucie bliskości, wspólnoty mają absolwenci tej samej szkoły czy członkowie drużyn harcerskich. A obecnie uczestnicy pielgrzymek do Ojczyzny papieża Jana Pawła II (1920–2005). Pamięć serca w wymiarze Historii, pisanej przez wielkie „H”, jest czynnikiem inspirującym działania społeczne, równocześnie wzmacniając tożsamość. Stają się głównym elementem tożsamości, i ten rodzaj pamięci budzi poczucie tożsamości jednostki. Nie przestaje się być członkiem ruchu ludowego, tego od Stanisława Mikołajczyka (1901–1966), członkiem „Solidarności”, działaczem konspiracji Armii Krajowej (AK) czy Wolności i Niezawisłości (WIN). Pozostaje się byłym więźniem obozu koncentracyjnego, kaźni gestapo czy Urzędu Bezpieczeństwa (UB). Jest się powstańcem warszawskim i/lub więźniem sowieckich łagrów. Pamięć przeżyć do nas stale powraca i skłania do wypowiedzi, zapisania wspomnień, udziału w uroczystościach. Pamięć naszej historii życia, pisanej przez małe „h”, zachęca do opracowania genealogii rodziny, pisania pamiętników, gdyż nie zapomina się zapachu perfum mamy i wody lawendowej ojca, cudownych zapachów sklepu tzw. kolonialnego, w którym sprzedawano zamorskie owoce, aromatyczną czekoladę i kawę. Zapach pieczonego ciasta na święta i smak owoców, potraw gotowanych w domu rodzinnym. Zmysłowa pamięć smaków i zapachów jest zdumiewająca i zaskakująca. Jest miłym doznaniem. Chętnie ją przywołujemy, wzrusza nas i cieszy, cofa czas. Jest elementem pojęcia → „nasze czasy”. Wydaje się nam, że nie ma już takich jabłek jakie były w czasie naszej młodości czy dzieciństwa, i pewnie jest to zasadne stwierdzenie, bo niektóre gatunki owoców wyginęły, nie uprawia się ich. Nie ma takich materiałów, jak batyst czy kreton. Myśląc o innych powiązaniach pamięci serca z koncepcjami gerontologicznymi, można przywołać teorię fenomenologiczną, w której określa się jednostkowy, indywidualny proces starzenia się i teorie gerotranscendentne, które zwracaj uwagę na skłonność do rozmyślań, analizy życia, wewnętrznej aktywności (por. Malec, 2012).

O pamięć serca trzeba dbać…

Podlega ona bowiem procesom typowym dla pamięci w → wieku podeszłym, Zmienia się krótkoterminowa pamięć dyspozycyjna, zapominamy nazwiska, nazwy ulic, imiona znajomych. Trzeba niektóre szczegóły zapisywać, sprawdzać, powtarzać, porządkować informacje, układać je w ciągi chronologiczne i tematyczne. Można pisać dzienniki, pamiętniki i wspomnienia. Taki tok postępowania proponują np. znawcy → mnemotechniki czy francuscy gerontolodzy, zachęcając do dbania o sprawność, samodzielność i niezależność [myślenia]. Starość jest ważnym zadaniem, a po-

nieważ *pamięć serca* stanowi jej istotny element, trzeba zatem o nią dbać i ją zabezpieczać, szczególnie gdy – jak pisze Douwe Draaisma (1953–) – życie płynie szybciej gdy się starzejemy, a wspomnienie jest jak pies, który kładzie się gdzie zechce (por. Draaisma, 2006). Podobnie jak pies aportuje rzucany mu przedmiot, tak pamięć nagle przynosi wspomnienia, które dawno wyparliśmy z pamięci i których nie chcemy pamiętać. Konkludując, „pamięć serca" jest wartością o którą trzeba dbać, należy ją pielęgnować i cierpliwie wspierać. Ta cierpliwość dotyczy otoczenia, które może być naprawdę znudzone opowieściami o dawnych czasach i przeżyciach narratora. Słuchanie tych opowieści jest ważnym elementem → opieki i wsparcia osoby starszej. Słuchając tych narracji możemy zadumać się i zadziwić jak są szczegółowe, jak zapamiętane zostały kształty i barwy odznaczeń, mundurów, ubrań, wystroje wystaw nie z tej epoki. Bądźmy wyrozumiali i cierpliwi wysłuchując po raz kolejny znanej już opowieści. Wspomnienie jest jak pies, siada gdzie chce i merda ogonem… (Draaisma, 2006).

OC

B: E. Czerniawska, 2005; O. Czerniawska, 2000, 2011; Demetrio, 2000, 2009; Draaisma, 2006, 2009 a, 2010, 2012; Ignatowicz i współprac., 2014; Levy, 2005; Malec, 2012; Matuszewski, 2005; Reboul, 1982, 1992, 1993; Tryfan, 1977, 1986, 1993.

O: metapamięć, pamięć autobiograficzna, pamięć retrospektywna.

TK: ang. *"heart memory"*, fr. *la mémoire du cœur*, hiszp. *la memoria del corazóns*, niem. *"das Gedächtnis des Herzens"*, ros. *"память сердца"*.

Paracelsus, właśc. Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493–1541)

niemiecki lekarz, chemik, przyrodnik i filozof pochodzenia szwajcarskiego, jeden z prekursorów nowożytnej medycyny, twórca jatrochemii i przestawiciel renesansowej filozofii przyrody. Odbył studia medyczne na uniw. Wiedniu i Ferrarze, uzuskując tam stopień doktora medycyny (1515). W latach 1526–28 był lekarzem miejskim i profesorem uniw. w Bazylei. Uznawany jest za twórcę pełnej teorii → starzenia się, jaką przedstawił w traktacie pt. *Księga o długim życiu*. Ukazał w nim „całościową wizję procesu → życia, jego schyłku i sposobu na jego przedłużenie" (Minois, 1995). „Paracelsus przyrównuje → starość do rdzy, która zżera i powoduje rozpad metalu. Proces ten można opóźnić dzięki odpowiedniemu odżywianiu, żyjąc w łagodnym klimacie, a przede wszystkim przyjmując czarodziejski eliksir, który Paracelsus jakoby sporządził i który jest zdolny zaradzić starzeniu się tkanek i odnosić człowieka" (Minois, 1995, s. 288) – Paracelsusa (ilustr. 1) możemy zatem uznać za prekursora → gerontologii ekologicznej i → medycyny przeciwstarzeniowej. Ponadto Paracelsus sądził, że miesiączki są formą oczyszczania organizmu, a ich regularność wiązał z → długością życia kobiet (Pickenhain, Ries, 1988, s. 23).

AAZ

B: Blümel, 1987; Minois, 1995; Pagel, 1982; Paracelsus, ok. 1935, 2003, 2013; Pickenhain, Ries, 1988; Schäfer, 2016.

Parkinson James, pseud. Old Hubert (1755–1824)

angielski lekarz – chirurg i neurolog, farmakolog, geolog, paleontolog, społecznik i działacz polityczny, członek Królewskiego Kolegium Chirurgów Anglii (RCS) w Londynie. Urodził się i większość życia spędził w Hoxton (Shoreditch, Londyn), gdzie pracował prowadząc prywatną praktykę (przejętą po ojcu – lekarzu i aptekarzu) oraz świadcząc usługi lekarskie dla lokalnego prywatnego szpitala psychiatrycznego, opiekował się również pensjonariuszami przytułku, w tym osobami z różnorodnymi dolegliwościami neurologicznymi. (McCall, 2003 – Internet: http://www.parkinsons.org.uk, Lewis, 2012). Studiował w London Hospital Medical College, w roku 1784 otrzymał dyplom chirurga wydany przez *Company of Surgeons* (późn. *Royal College of Surgeons*). Był aktywnym członkiem społeczności medycznej, w 1787 został przyjęty do Londyńskiego Tow. Medycznego (*Medical Society of London*), należał także (od 1817 jako przewodniczący) do Stowarzyszenia Aptekarzy (*Association of Apothecaries*), które odegrało znaczącą rolę w uchwaleniu w 1815 ustawy dotyczącej prawa farmaceutycznego, zwanej *The Apothecaries act* (zob. Jefferson, 1973, Lewis, 2012). Parkinson przygotowywał artykuły i broszury przeznaczone dla środowiska lekarskiego oraz dla ogółu społeczeństwa. Napisał też kilka poradników medycznych. Jednak jego najważniejszym dziełem, dzięki któremu jest znany do dziś, była ogłoszona drukiem w 1817 roku praca pt. *An essay on the shaking palsy* (ilustr. 1). W pracy tej po raz pierwszy w sposób systematyczny opisana została tytułowa drżączka poraźna, nazwana kilkadziesiąt później przez J.-M. → Charcota → *chorobą Parkinsona*, na cześć lekarza, który jako pierwszy podał tak dokładną jej charakterystykę (McCall, 2003 – Internet: http://

www.parkinsons.org.uk). Parkinson opisał symptomy oraz – przeprowadzając wnioskowanie oparte o doświadczenie kliniczne – prawdopodobną patofizjologię drżączki poraźnej. Swój opis zilustrował przykładami sześciu przypadków tej → choroby. Zważywszy na ograniczony charakter ówczesnej wiedzy neurologicznej, wnioski zawarte w tej pracy należy uznać za wyjątkowo trafne (Jefferson, 1973). Jednocześnie najważniejsza różnica między aktualnym rozumieniem choroby Parkinsona, a definicją sformułowaną przez samego Parkinsona dotyczy znaczenia niemotorycznych objawów choroby: współcześnie objawy → otępienia (demencji) uważane są za istotny element obrazu choroby Parkinsona. Ponadto nie potwierdziły się optymistyczne prognozy Parkinsona co do możliwości szybkiego odkrycia leku pozwalającego zatrzymać postęp choroby (Lewis, 2012). Poza medycyną, James Parkinson był aktywny w kilku innych obszarach. Naukowo zajmował się geologią i paleontologią. Był współzałożycielem (1807) Tow. Geologicznego (*Geological Society*) oraz ogłosił drukiem wiele przełomowych prac dotyczących skał osadowych i skamieniałości (Jefferson, 1973). Był również działaczem politycznym, członkiem kilku stowarzyszeń politycznych, krytykiem rządu Williama Pitta (1749–1806), jak również zwolennikiem reform umożliwiających poprawę bytu najmniej uprzywilejowanych grup społecznych. Pod pseud. Old Hubert publikował, niekiedy w radykalnym tonie, ulotki dotyczące istotnych problemów społecznych i koniecznych zmian, przykładowo w kwestii ubóstwa, edukacji dla najuboższych, złych warunków w więzieniach i → opieki nad osobami starszymi (Jefferson, 1973, McCall, 2003 – Internet: http://www. parkinsons.org.uk). W dniu urodzin J. Parkinsona (11 IV) obchodzony jest Światowy Dzień Choroby Parkinsona (ang. *World Parkinson's Disease Day* / *World PD Day*).

LZ-L

B: Jefferson, 1973; Lewis, 2012; Morris, 1989; Parkinson [1817].

N: https://archive.org/stream…; McCall, 2003 – Internet: http://www.parkinsons.org.uk.

O: choroba Parkinson, choroby neurodegeneracyjne, choroby otępienne.

pedagogika medialna

W obliczu dynamicznego rozwoju elektronicznych środków przekazu informacji, a zwłaszcza multimediów interaktywnych niezwykle ważne staje się zapewnienie osobom starszym godziwej i w pełni satysfakcjonującej → starości. Wszechobecność nowoczesnych narzędzi i systemów multimedialnych wymaga od → seniora nowych umiejętności i nieustannego doskonalenia własnych kompetencji w tym aspekcie. Media cyfrowe oznaczają dziś dla coraz większej liczby seniorów możliwość dzielenia się, interakcję i tworzenie. Ilość informacji przyrasta codziennie w takim tempie, że ludzie starsi i nie tylko oni, nie są w stanie jej skutecznie przetwarzać, a wiedza o rzeczywistości jest coraz bardziej fragmentaryczna niż kompleksowa. Dynamiczny rozwój mediów elektronicznych i multimediów interaktywnych, ich nieustannie wzrastający wpływ na odbiorców, powoduje, że zachodzi konieczność przygotowania społeczeństwa, w tym także osób starzejących się, do racjonalnego i efektywnego korzystania z tych urządzeń w podstawowych ich zakresach – informacyjnym, edukacyjnym, narzędziowym, rozrywkowym. Jest to ogromne wyzwanie dla nauk pedagogicznych, a zwłaszcza dla pedagogiki medialnej.

Pojęcie „pedagogiki medialnej" do polskiej literatury pedagogicznej wprowadził Ludwik Ryszard Bandura (1904–1984). W roku 1983 na łamach „Ruchu Pedagogicznego" ogłosił artykuł pt. *Pedagogika medialna*, w którym napisał: „ostatnio w krajach obszaru języka niemieckiego powstała specjalna subdyscyplina, zwana pedagogiką medialną. Głównym jej zainteresowaniem są tzw. mass media, a więc środki masowego przekazu, zwłaszcza tzw. środki techniczne. Zadania pedagogiki medialnej idą w dwóch kierunkach: 1) jak należy je stosować na lekcji lub w samokształceniu; 2) jak należy je skonstruować, sprząc wzajemnie i odpowiednio zaprogramować, by były dostosowane do poziomu kształcących się i zapewniały im optymalne wyniki. Pedagogika medialna jest nauką społeczną i jest blisko związana z teorią komunikacji. Jej powstanie wiąże się ze zmianą sytuacji społecznej jednostki i grup w otaczającym społeczeństwie" (Bandura, 1983).

Pedagogika medialna jako subdyscyplina pedagogiczna opisuje i wyjaśnia wielorakie funkcje jakie pełnią obecnie media w szeroko pojętej edukacji. Ponadto określa wpływ oraz zasięg oddziaływania mediów na człowieka. Zadaniem pedagogiki medialnej jest m.in. opracowanie koncepcji nauczania i uczenia się opartych na wykorzystaniu mediów w postaci np. kształcenia multimedialnego, kształcenia na odległość czy takich środków, jak: podręczniki i programy multimedialne. W 1997 Wacław Strykowski (1942–) napisał o potrzebie refleksji naukowej i badań empirycznych nad tworzącym się „światem medialnym". Podkreślił,

że celem pedagogiki medialnej jest formułowanie zasad i metod pracy z mediami, a także szukanie pewnych podstawowych, wspólnych, potwierdzonych empirycznie mechanizmów odbioru i oddziaływania mediów. Do ważnych celów pedagogiki medialnej autor zaliczył także opisywanie i analizowanie właściwości oraz możliwości edukacyjnych mediów, a także opracowywanie optymalnych sposobów stosowania mediów w zorganizowanych procesach edukacyjnych (Strykowski, 2005).

Określił również funkcje, jakie powinna pełnić pedagogika medialna, a mianowicie funkcje: opisową (diagnostyczną) – jej realizacja polega na odpowiedzi na pytanie: jak jest? poprzez na przykład analizę i ocenę pedagogiczną różnego rodzaju przekazów medialnych, badaniu przydatności i efektywności edukacyjnej mediów, analizę pozytywnych i negatywnych aspektów mediów, zarówno w zorganizowanych sytuacjach dydaktycznych, jak i okazjonalnych; wyjaśniającą (eksplikacyjną), czyli odpowiedz na pytanie: dlaczego jest tak, a tak?, jakie są przyczyny lub uwarunkowania danego stanu rzeczy? Efekty oddziaływania mediów, zarówno pozytywne, jak i negatywne wyjaśniane są poprzez odwoływanie się do twierdzeń i treści nauk podstawowych wobec pedagogiki, głównie psychologii i socjologii; prognostyczną – jak będzie?, na przykład jakie mogą być następstwa wychowawcze tak intensywnego rozwoju technologii informacyjnych, czy przekazów medialnych ze scenami przemocy i agresji; techniczną (praktyczną) – zadaniem tej funkcji jest odpowiedz na pytanie: jak działać, aby osiągnąć zamierzone cele lub unikać skutków niepożądanych? W związku z tą funkcją pedagogika medialna formułuje dyrektywy praktycznego działania i wskazówki metodyczne dotyczące racjonalnego stosowania, wykorzystania mediów i technologii informacyjnych w procesach kształcenia, wychowania, opieki i socjalizacji (Strykowski, 1997).

Pedagogika medialna to nauka o środkach masowego przekazu informacji zarówno w aspekcie humanistycznym, jak i technicznym. Przedmiotem zainteresowania pedagogiki medialnej są wszelkiego rodzaju media – proste środki dydaktyczne, środki masowego komunikowania, komputery i powstałe na ich podstawie technologie informacyjne. Pedagogika medialna bada funkcjonowanie tych mediów w procesach dydaktycznych, jak i wychowawczych, w edukacji zorganizowanej i formalnej, a także edukacji pozaszkolnej, nieformalnej i/lub okazjonalnej.

Pedagogika medialna jest nauką interdyscyplinarną, scalającą wiedzę teoretyczną, empiryczną i praktyczną w zakresie wpływu i oddziaływania mediów oraz wiedzę dotyczącą zasad właściwego i efektywnego posługiwania się nimi. Poszukuje odpowiedzi na pytania: jak ludzie uczą się z mediów?, jak media wpływają na rozwój procesów poznawczych i wiedzy?, jakie mechanizmy leżą u podstaw kształtowania się wartości pod wpływem mediów?, jak krytycznie korzystać z przekazów medialnych?, jak uczyć innych i uczyć się wykorzystując nowoczesne technologie informacyjne?, jak stosować media w procesach dydaktycznych i wychowawczych, aby uzyskiwać jak najlepsze rezultaty?

Pedagogika medialna zajmuje się zatem diagnozowaniem, wyjaśnianiem oraz prognozowaniem oddziaływania mediów, jak też opracowaniem dyrektyw ich stosowania w procesach edukacyjnych (Skrzypczak, 1999). Jednym z ważniejszych obszarów działania i badań *nowoczesnej pedagogiki medialnej* powinno być poszukiwanie teoretycznych modeli interakcji mediów i człowieka, szerzej – mediów i społeczeństwa (Morbitzer, 2007). Umożliwia formułowanie wskazówek, rekomendacji i dyrektyw praktycznego działania względem racjonalnego i/lub krytycznego odbioru mediów, a jej zadaniem jest nie tylko opisywanie, wyjaśnianie i przewidywanie zjawisk, ale także kształtowanie wiedzy o tym, jakimi działaniami można wywołać pewne pożądane zjawiska związane z mediami, lub uniknąć niepożądanych następstw (Juszczyk, 1998).

MW

B: Bandura, 1983; Juszczyk, 1998; Morbitzer, 2007; Siemieniecki, 2007; Skrzypczak, 1999; Strykowski, 1997, 2005; Wrońska, 2012.
O: edukacja medialna seniorów, kultura medialna seniorów, przestrzeń medialna, starość w środkach masowego przekazu, stulatkowie w komunikacji społecznej i medialnej, środki masowego przekazu w życiu osób starszych.
TK: ang. *media pedagogy*, fr. *la médias pédagogie* / *education médias*, hiszp. *medios pedagogía* / *la educatión en medios* / *pedagogía de la comunicación*, niem. *Medienpädagogik*, ros. *медиапедагогика* / *техновоспитание*.

pedagogika osób z otępieniem (dementagogika)

pierwotnie → otępienie (demencja, od łac. *dementia* – głupota, szaleństwo, szał) utożsamiano z obłąkaniem, obłędem i szaleństwem, czyli z psychiczną → chorobą, nie jest zatem przypadkiem, że termin ten (fr. *démence*), na oznaczenie osłabienia czynności umysłowych, czyli otępienia, do terminologii medycz-

nej wprowadził w 1797 francuski psychiatra Philippe Pinel (1745–1826), w znaczeniu *ohne Geist* [*sein*] (zob. Steurenthaler, 2013, s. 25), czyli „bez ducha", wskazującym na zmiany osobowościowe postępujące wraz z utratą pamięci i zdolności poznawczych.

Przechodząc do czasów nam współczesnych konieczne jest odwołanie się do najnowszego raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pod znamiennym tytułem: *Otępienie: Priorytet zdrowia publicznego* (2012), gdzie czytamy: „Liczebność osób z otępieniem w skali świata w 2010 roku została oszacowana na 35,6 mln i prognozuje się, że co 20 lat będzie się podwajać, osiągając 65,7 mln w 2030 r. i 115,4 mln w 2050 r. Ogólna liczba nowych przypadków demencji w skali świata wynosi około 7,7 mln każdego roku" (*Dementia*…, 2012, s. 2). W Polsce, co 10. osoba po 65. roku → życia, czyli około 500 tys. osób, choruje na różne formy otępienia, większość (około 50–60%, czyli 250 do 300 tys. osób) cierpi na → chorobę Alzheimera, 20–25% na demencję typu miażdżycowego (→ otępienie wielozawałowe), a 18% na otępienie „mieszane" (np. choroba Alzheimera z → otępieniem naczyniowym). Z kolei zapadalność na → chorobę Parkinsona wynosi w Polsce 10–20 przypadków na 100 tys. ludności, co oznacza, że rocznie przybywa 4–7,5 tys. chorych, i obecnie cierpi na tę chorobę około 80 tys. ludzi, głównie po 50. roku życia (Zych, 2013, s. 64). „Wśród tzw. zespołów otępiennych pierwotnie zwyrodnieniowych" – jak piszą Krzysztof Artur Kucia i Maciej Wójcik (2012, s. 215) – „najczęstszymi przyczynami otępienia w → wieku podeszłym są: choroba Alzheimera (40–60%), → otępienie z ciałami Lewy'ego (5–20%), → otępienie czołowo-skroniowe (1,5–2,5 %). Do najczęściej występujących tzw. otępień wtórnych, a więc spowodowanych inną przyczyną niż pierwotne uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego [OUN], należy otępienie naczyniopochodne (10–25%)".

Oto skala problemu, jakim jest → opieka, pomoc i → wsparcie dla osób dotkniętych otępieniami, jak i dla „zmęczonych współczuciem" i niekiedy wieloletnią troską ich → rodzin. Coraz częściej powiada się o obciążeniu rodziny (ang. *family burden)* czy obciążeniu opiekuna (ang. *caregiver burden*), na oznaczenie fizycznych, emocjonalnych i społecznych kosztów ponoszonych w wyniku opieki nad członkiem rodziny przewlekle chorym (zob. Rachel i współprac., 2014, s. 14). Bez wątpienia problem ten postrzega w szerokim wymiarze niemiecka psycholog i gerontopedagog Janina Steurenthaler, która wyszła z propozycją nowej dyscypliny geragogicznej, jaką jest *Dementagogik*, czyli pedagogika osób z otępieniem.

Podstawowym celem dementagogiki – wedle Steurenthaler (2013, s. 100) – jest towarzyszenie osobie z demencją w procesie bolesnego pożegnania z samym sobą, gdy dobrze znany człowiek i dobrze znane życie stają się obce i nieznane, oraz wspomaganie w niełatwym procesie choroby, oferując opiekę, pomoc i wsparcie zarówno pacjentowi, jak i jego bliskim.

Dementagogika oznacza zatem profesjonalne towarzyszenie osobie z otępieniem, względnie człowiekowi cierpiącemu na chorobę Alzheimera. Ten nowy obszar pedagogiki → starzenia się i → starości, czyli → geragogiki, znacznie poszerza przestrzenie działania pedagogicznego.

Tradycyjna geragogika skoncentrowana była do tej pory na człowieku normalnie starzejącym się, dopiero początek naszego stulecia wyraźnie zwraca naszą uwagę na społeczne kwestie niepełnosprawnych osób starszych, czego wyrazem jest tworzenie → geragogiki specjalnej, której subdyscypliną jest właśnie pedagogika osób z otępieniem.

Wprawdzie cele geragogiki specjalnej są tożsame z celami gerontopedagogiki, jednak wyraźnie odnoszone są one do niepełnosprawnych osób starzejących się, jak również do tracących swoją sprawność osób starszych, i nie chodzi tutaj o powstrzymanie nieuchronnego procesu starzenia się, lecz uczynienie życia – mimo starości i często → niepełnosprawności – istnieniem godnym, a zarazem wartościową fazą życiową (por. Zych, 2005).

Zaczyna się zatem spełniać postulat niemieckiego gerontopedagoga, → Bachmanna, który słusznie zauważył przed laty, że „wobec uwarunkowanych biologicznie procesów degeneracyjnych, występujących u ludzi starzejących się i w → wieku podeszłym, w obliczu narastającego osamotnienia i izolacji, wobec znacznej zależności od świata zewnętrznego i obcego otoczenia musi wobec tego kręgu osób obowiązywać podobna odpowiedzialność leczniczo-pedagogiczna, jaką podejmuje się w celu stymulowania rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej lub zagrożonej niepełnosprawnością" (Bachmann, 1990, s. 89).

Pedagogika starzenia się i starości, czyli geragogika (niem. *Geragogik*) liczy już ponad 60 lat, inaczej wyglądało starzenie się i starość w połowie minionego stulecia, a inaczej wygląda na początku XXI wieku. Mam na myśli parę istotnych spraw (zob. Zych, 2014, s. 276–278):

- po pierwsze, należy dostrzegać przemiany demograficzne, które stwarzają nowe wyzwania dla społeczeństwa, mam na myśli takie zmiany, jak: → przejście demograficzne, zmiana → struktury wie-

ku i [wiekowej] strukturyzacji ludności czy też wydłużanie trwania życia i → demograficzne starzenie się. O ile przed sześćdziesięciu laty → przeciętne dalsze trwanie życia wynosiło w Polsce niespełna 65 lat (64,8 w 1952 r.), o tyle w 2012 osiągnęło 76,8, przy czym kobiety dożywają przeciętnie 81 lat, mężczyźni prawie 73 lata, zatem „nadzieja życia" w okresie 1952–2012 znacznie zwiększyła się. W porównaniu z połową ubiegłego wieku mężczyźni w Polsce żyją obecnie aż o 16,6 roku dłużej, a kobiety o 19,3 roku (Kowalski, Kapiszewski, 2014). Zawdzięczamy to w dużej mierze współczesnej cywilizacji, poprawie warunków życiowych, lepszej opiece zdrowotnej i zdrowemu stylowi życia. W ślad za tym zjawiskiem podąża demograficzne starzenie się populacji Polski – w 1950 co 19. osoba (5,26%) osiągała 65. rok życia i powyżej tego wieku, a co 12. osoba (8,28%) dożywała 60. roku życia i więcej lat, w 2012 już co 7. osoba (14,24%) osiąga wiek 65 lat, a co 5. osoba (20,88%) dochodzi do sześćdziesiątki i powyżej tego wieku (zob. *Rocznik Statystyczny* …, 2013, s. 73 i s. 196, Zych, 2011, s. 399). W tym miejscu konieczny jest komentarz Wojciecha Eichelbergera (1944–): „Gdy popatrzymy na wskaźnik przeżycia, można odnieść wrażenie, że jest znakomicie. Wzrosła nam długość życia do siedemdziesięciu pięciu lat, czyli żyjemy średnio o piętnaście lat dłużej niż kilkadziesiąt lat temu. Ale gdy wejdziemy w szczegóły, sprawa wygląda inaczej. Okazuje się, że na tę wspaniałą średnią składają się w znacznym stopniu sukcesy medycyny w przedłużaniu życia bardzo chorych noworodków i starych ludzi. Większość tych, którym udało się przekroczyć średnią, jest w złym stanie ciała i umysłu. Nawet w grupie pięćdziesiąt plus, czyli tych, którzy mają jeszcze sporo lat do emerytury, 30 procent cierpi na różne chroniczne dolegliwości, jest na → rentach, wcześniejszych → emeryturach, przedłużonych zwolnieniach i tym podobnych. Jest to sygnał świadczący o ogólnym przeciążeniu albo o powszechnym niedostatku elementarnych umiejętności dbania o → zdrowie w tej → grupie [wieku] wiekowej" (Eichelberger, Pawłowicz, 2013, s. 95). Zgodzić się także należy z poglądem Ryszarda Borowicza (1945–2014), który pisał, że „w → generacji zstępującej wyróżnia się dzisiaj już dwa pokolenia: coraz bardziej licznych witalnych emerytów, z ich niezaspokojonymi potrzebami, oraz ludzi gasnących organicznie, wymagających opieki" (Borowicz, 2013, s. 2 nlb.);

- po drugie, oferty tradycyjnej pedagogiki starzenia się i starości, jako młodej dyscypliny z pogranicza nauk społecznych, → pracy socjalnej i → gerontologii, kierowane są ku zdrowym starszym osobom, przykładem: → edukacja gerontologiczna, → edukacja przedemerytalna, geragogika czasu wolnego, → geragogika kultury i mediów, → geragogika muzyczna, → gerontologia edukacyjna czy → motogeragogika, jak również praktyczne profile studiów w zakresie geragogiki i/lub → gerontologii społecznej, takie jak np. aktywizacja seniora czy aktywizacja środowisk senioralnych, a tymczasem na marginesie pozostaje milionowa rzesza niepełnosprawnych osób starszych, w tym rosnąca grupa osób z otępieniem, i to jest zupełnie nowy obszar zainteresowania współczesnej geragogiki specjalnej (zob. Kilian, 2009);
- po trzecie, uwzględniać należy rekomendacje specjalistów Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej, mające na celu ochronę i wsparcie starszych, przewlekle chorych pacjentów i ich opiekunów (por. *Dementia*…, 2012, s. 94, Opala, Ryglewicz, 2013, s. 62–64).

Przejdźmy obecnie do podstawowych zadań, jakie może realizować pedagogika osób z otępieniem:

- pierwszoplanowym jest rozpoznanie sytuacji życiowej niepełnosprawnych, dementywnych osób starszych, czyli określenie stanu ich zdrowia, stopnia i zakresu sprawności, próba konfrontacji z deficytami (w rodzaju: → afazja, → agnozja, → apraksja, trudności w przekazywaniu myśli, → zachowania wędrownicze itp.), a także poznanie sytuacji ekonomicznej i społecznej tych osób, chodzi zwłaszcza o diagnozowanie potrzeb i ich zaspokajanie;
- „ochrona i wsparcie starszych, przewlekle chorych pacjentów i ich opiekunów, powinny być realizowane w drodze promowania bliskości i integracji społecznej, bezpiecznego i przyjaznego środowiska oraz ochrony przed samotnością, urazami i przemocą, a także upowszechniania odpowiednich informacji oraz wspierania usług w celu lepszego zaspokojenia potrzeb tej grupy osób" (Opala, Ryglewicz, 2013, s. 62). Niezmiernie istotny jest problem miejsca: osobistego i życiowego zarazem, jak również przestrzeni architektonicznej i społecznej w życiu pacjenta z otępieniem czy z chorobą Alzheimera, gdy oto życie podopiecznego toczy się w ograniczonym wymiarze życiowym: od domu rodzinnego do placówki służby zdrowia i/lub zakładu opiekuńczo-leczniczego. Dla pacjenta ważne jest najbliższe środowisko, to co znane i rozpoznane, zaś nowe miejsca, nieznani ludzie, obce otoczenie wywołują u chorego dodatkowy → stres. Z czasem ważny staje się tyl-

ko opiekun… Chodzi tutaj też o projektowanie architektoniczne przestrzeni domu rodzinnego i/lub placówki opiekuńczej, by stała się bezpieczna, przyjazna, znana i bliska podopiecznemu, by posiadał osobistą przestrzeń życiową, która z uwagi na chorobę w sposób naturalny ulega ograniczeniu;

- opracowanie metod i środków wsparcia, pomocy i opieki nad niepełnosprawnymi osobami starzejącymi się i starymi, w szczególności dla osób dotkniętych schorzeniami otępiennymi (np. chorobą Alzheimera, Parkinsona i in. → chorobami neurodegeneracyjnymi), istotne jest również ustalenie schematu organizacyjnego struktur opieki nad osobami w wieku podeszłym z otępieniem, podjęcie inicjatyw, które pozwolą na identyfikację zagrożeń dla starszego pacjenta, jak również opracowanie systemów wsparcia opiekunów przez tworzenie zintegrowanej opieki środowiskowej oraz samopomocowych struktur społecznych (Opala, Ryglewicz, 2013, s. 64). Steurenthaler (2013, s. 101), pisze, że „podstawowe oczekiwanie dementagogiki to pełna akceptacja osoby z otępieniem, a także próba podniesienia człowieka z upadku, który zagraża dezintegracją osobowości osoby z demencją, jak również odciążenie opiekuna, profesjonalne nauczanie, pełna informacja i wsparcie", z czym wiążą się → geragogika integracyjna i emancypacyjna, celem których jest wspomaganie niezależnego życia i autonomii osób w starszym wieku, często mniej niepełnosprawnych i/lub dotkniętych otępieniem;
- niezmiernie istotne jest również doradztwo dla osób starzejących się i starych oraz dla ich opiekunów, czyli → poradnictwo geragogiczne. Zdaniem Rolanda Bartla (1944–): „Możliwe zaangażowanie geragoga jako doradcy i pośrednika służy celowi organizacji na określonym terenie, zwłaszcza w wielkich skupiskach miejskich, centralnego punktu konsultacyjnego dla ludzi starzejących się i starych, do którego zadań należą: kompetentna pomoc w rozwiązywaniu indywidualnych problemów życiowych; zapobieganie osamotnieniu i izolacji poprzez przekazywanie specjalnych propozycji; oraz działalność informacyjna" (Bartel, 1988, s. 345). Chodzi zatem o organizowanie służb informacji i orientacji, czyli tworzenie autentycznych więzi między osobami korzystającymi z usług a instytucjami obsługującymi te osoby oraz materialnymi podstawami tej pomocy, celem satysfakcjonującego zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz zapewnienia skutecznej i adekwatnej opieki zdrowotnej i socjalnej, aby poprawić → jakość życia chorych w wieku podeszłym oraz zapewnić wsparcie ich opiekunom. Jak pisze Małgorzata Krawczyk-Blicharska (2014, s. 285–286): „Nowoczesne poradnictwo 60+ rozumiane powinno być jako ważny instrument wspierający rozwój osobowy i społeczny jednostki poprzez promowanie wszelkich form proaktywnościowych i samorealizacyjnych, oraz uczenie się, kształcenie i doskonalenie w ciągu całego życia", tak rozumiane poradnictwo geragogiczne 60+ polega na „uświadomieniu potrzeby aktywności i nieograniczonych możliwości w zmienianiu własnego życia i przestrzeni wokół […]" oraz „na rzeczywistym włączeniu do działania jednostki 60+". Według Josefy Shiefele i współprac. (1998, s. 27 i s. 29) pacjent z chorobą Alzheimera „powinien starać się nadal wypełniać zadania, których realizacja jest dla niego coraz trudniejsza, ażeby: odczuł, że potrafi jeszcze zrealizować jakiś cel, osiągnął konkretny wynik usiłowań i uznanie otoczenia" oraz „ćwiczył umiejętności jeszcze istniejące i tym sposobem utrzymywał je dłużej", ważne jest zatem wykorzystanie zasobów pacjenta, nabywanie skromnych wprawdzie, jednak nowych kompetencji, by nie został pogrzebany własną bezczynnością. Istotne jest również wsparcie informacyjne dla opiekunów, w rodzaju: „Choroba Alzheimera jest nadzwyczajnym wyzwaniem i stałym obciążeniem dla całego otoczenia, ważne jest więc zaplanowanie okresów odpoczynku, w którym chorym zaopiekują się inne osoby (krewni, przyjaciele, środowiskowa opieka pielęgniarska i in.)". Poza współdziałającym wsparciem informacyjnym dla pacjenta i jego bliskich, wskazana jest również pomoc zdrowotna, socjalna, finansowa i prawna. „Osoby ze zdiagnozowanymi objawami otępienia mogą żyć jeszcze przez wiele lat i odpowiednie wsparcie może je czynić zdolnymi do kontynuacji zaangażowania i uczestnictwa w życiu społecznym oraz pozwalać na utrzymanie dobrej jakości życia" (zob. *Dementia*…, 2012, s. 94);
- jednym z ostatnich, ale nie mniej ważnych zadań pedagogiki osób z otępieniem jest walidacja, czyli oszacowanie wartości postępowania pedagogicznego i opiekuńczego w relacji zarówno do pacjenta z otępieniem, jak i jego najbliższych, którzy realizują niełatwe zadania opiekuńcze.

Czas na wniosek końcowy: pedagogika osób z otępieniem, w mojej ocenie, bardzo dobrze wpisuje się w obchody *Europejskiego Roku Mózgu* (2014), a zarazem jest to współczesna wizja promowania – w czasach globalizacji – społeczeństwa przyjaznego człowiekowi z demencją.

AAZ

B: Bachmann, 1990; Bartel, 1988; Borowicz, 2013; *Dementia*…, 2012; Eichelberger, Pawłowicz, 2013; Kilian, 2009; Kowalski, Kapiszewski, 2014; Krawczyk-Blicharska, 2014; Kucia, Wójcik, 2012; Opala, Ryglewicz, 2013; Rachel i współprac., 2014; *Rocznik Statystyczny*…, 2013; Shiefele i współprac., 1998; Steurenthaler, 2013; Zych, 2005, 2011, 2013, 2014.
O: choroba Alzheimera, geragogika specjalna, otępienie.
TK: ang. *"dementagogics"* or *pedagogy of people with dementia*, fr. *la démence pédagogique*, hiszp. *pedagogía gerontólogica las personas con demencia*, niem. *Dementagogik*, ros. *„деменциягогика" или педагогика людей с расстройством интеллекта*.

dementagogika → pedagogika osób z otępieniem

Peret Roman (1903–1996)
polski gerontolog i lekarz internista. Będąc uczniem klasy V Gimn. w rodzinnym Janowie Lubelskim brał udział w wojnie polsko-rosyjskiej jako ochotnik przydzielony do II Dywizji Piechoty Nowogródzko-Wileńskiej. Po otrzymaniu matury odbył studia lekarskie w Szkole Podchorążych Sanitarnych w zamku Książąt Mazowieckich na terenie szpitala Ujazdowskiego w Warszawie i otrzymał stopień doktora medycyny. W latach 1934–46 był ordynatorem szpitala w Skierniewicach i kierownikiem miejscowej przychodni przeciwgruźliczej Ośrodka Zdrowia, a od 1946 pracował w II Klinice Uniw. Warszawskiego. Uczestniczył w IV Kongresie Międzynar. Stow. Gerontologii [IAG] w Merano (1957). Interesował się → biologicznymi teoriami starzenia się i był zwolennikiem teorii niedożywiana komórek tkankowych Moisieja Mühlmanna (1900).
Roman Peret (fot. 1) za podstawową przyczynę → starzenia się ustroju uznał zaburzenia w przemianie materii. Wychodząc z założenia, że tlen i dwutlenek węgla są podstawowymi czynnikami warunkującymi istnienie żywego organizmu, twierdził, że z wiekiem maleje odsetek tlenu w krwi tętniczej, a wzrasta udział dwutlenku węgla, co ma ujemny wpływ na natężenie czynności metabolicznych komórek ustroju i powoduje zaburzenia w przemianie materii zachodzącej w komórkach (zob. Peret, 1958).

AAZ

B: Mühlmann, 1900; Peret, 1958; Peret, Wydzyński, 1961.
O: biologiczne teorie starzenia się, niedożywienie w starszym wieku.

Pędich Wojciech Krystyn (1925–)
polski lekarz, specjalista → chorób wewnętrznych, kardiologii, → geriatrii, oraz→ gerontologii klinicznej i → gerontologii społecznej. Był przewodniczącym Zarządu Głównego → Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (1982–83 i 1989–2001). Ukończył studia lekarskie w Akad. Med. w Warszawie (1951), następnie uzyskał stopnie doktora (1952) i dra hab. (1964), oraz otrzymał tytuł prof. nauk medycznych (1985). Był stypendystą w Instytucie Gerontologii w Kijowie (1967) i stypendystą belgijskiego Ministerstwa Kultury do ośrodków geriatrycznych w Belgii (1972). W roku 1974 zorganizował w Akad. Med. w Białymstoku Zakład Gerontologii (późn. Zakład Gerontologii Klinicznej i Społecznej), którym kierował przez 22 lata (1974–96). Uczestniczył w programie badawczym Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nt. *Ludzie starzy w jedenastu krajach* (zob. Heikkinen, Waters, Brzeziński, 1983) oraz był organizatorem III Zjazdu Naukowego PTG nt. → *Starość w środowisku* (Białystok, 1980) i inicjatorem serii „Zeszyty Naukowe PTG" (1992), przekształconej następnie w czasopismo „Gerontologia Polska". Zajmował się → gerontologią, → farmakoterapią osób starszych, → pielęgniarstwem geriatrycznym oraz społecznymi kwestiami → starzenia się i starości (zob. Pędich, 1996, Pędich, Jakubowska, Kunda, 1983; Halicka, Pędich, 1997; Pędich, Szraniawski, 1998; Żakowska-Wachelko, Pędich, 1988, 1995). W. Pędich został odznaczony m.in. Krzyżami – Kawalerskim (1989) i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (2004), Złotym Krzyżem Zasługi, oraz wyróżniony Medalem „Gloria Artis Medicinae" i tytułem honorowego przewodniczącego PTG (2005). Otrzymał także indywidualną nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia (1986). [Niektóre źródła, np. *Złota Księga*… (2006), podają rok urodzin 1926 – przyp. red.].

ER

B: Halicka, Halicki, 2006; Halicka, Pędich, 1997; Heikkinen, Waters, Brzeziński, 1983; Pędich, 1965, 1970, 1996, 2001; Pędich, Jakubowska, Kunda, 1983; Pędich, Szraniawski, 1998; Romanowska, 2007; *Złota Księga*…, 2006; Żakowska-Wachelko, Pędich, 1988, 1995.

Pick Arnold (1851–1924)
czeski neurolog i psychiatra pochodzenia austriacko-żydowskiego. Ukończył studia medyczne na Uniw. Wiedeńskim (1875), będąc w latach 1872–1874 asystentem Theodora Meynerta (1833– 1892), słynne-

go niemieckiego lekarza, psychiatry i neuropatologa, dyrektora uniwersyteckiej kliniki psychiatrycznej szkoły medycznej w Wiedniu. Po uzyskaniu stopnia doktora medycyny Pick został asystentem Carla Otto Westphala (1833–1890) w Berlinie, gdzie nawiązał również współpracę z Carlem Wernicke (1848–1905), pochodzącym z Tarnowskich Gór, niemieckim lekarzem psychiatrą i neurologiem. W roku 1875 Pick został lekarzem w zakładzie dla chorych umysłowo (*Grossherzogliche Oldenburgische Irrenheilanstalt*) w Wehnen. W 1877 został lekarzem w Pradze, a rok później nadano mu stopień doktora habilitowanego z psychiatrii i neurologii na Uniw. Karola w Pradze. W 1880 został dyrektorem nowopowstałego szpitala dla umysłowo chorych w Dobrzan (obecnie Dobřany) w Czechach. W 1886 został kierownikiem kliniki psychiatrii oraz otrzymał nominację na profesora niemieckiego uniwersytetu w Pradze (w obecnym czasie Uniw. Karola w Pradze był podzielony na dwa odrębne uniwersytety: czeski i niemiecki). Pick był jednym z najwybitniejszych neurologów, napisał łącznie ponad 350 artykułów, co było rzadkością w tamtych czasach. Jego zainteresowania naukowe dotyczyły głównie → apraksji, → afazji (zob. ilustr. 1) oraz → agnozji. Jako pierwszy odkrył i opisał jedną z form → otępienia czołowo-skroniowego, która została później nazwana jego imieniem. Wprowadził do medycyny określenie *otępienie wczesne* (łac. *dementia praecox*) – pojęcie historyczne, obecnie nieużywane, pod którym ukrywało się wiele różnych jednostek chorobowych, takich jak. np. zaburzenia spektrum autyzmu, czy odmiany psychotycznej depresji. Opisując zmiany histopatologiczne typowe dla → choroby Picka w 1911 Alois → Alzheimer nazwał je ciałkami Picka. Ostatnie lata życia Arnolda Picka naznaczone były → chorobą, gdyż stracił wzrok wskutek → zaćmy i odwarstwienia siatkówki.

ML

B: Finger, 1994; Kertesz, Kalvach, 1996.

O: choroba Picka, otępienie, otępienie czołowo-skroniowe.

pielęgniarstwo geriatryczne

→ Starzenie się jest procesem fizjologicznym, którego nie można powstrzymać. Przebieg procesu starzenia zależy od wielu czynników: genetycznych i środowiskowych, oraz rodzaju przebytych chorób, urazów, → stresów a także od nastawienia do → życia (zob. Galus, 2007). Główne problemy pielęgnacyjne wynikają z występowania zaburzeń – zarówno fizycznych, jak i psychicznych, które doprowadzają do znacznych utrudnień w funkcjonowaniu pacjentów w → wieku podeszłym. Zaburzenia te bywają stanami wieloprzyczynowymi i trudnymi do leczenia, i mogą przyczyniać się do stopniowej utraty niezależności przez osobę starszą (zob. Biercewicz, Szewczyk, Ślusarz, 2006)

Pielęgniarstwo geriatryczne jest młodą dziedziną pielęgniarstwa. Bardziej, niż w innych dziedzinach, obowiązuje w nim postępowanie holistyczne i indywidualne w podejściu do pacjenta. Opieka pielęgniarska w leczeniu osób w podeszłym wieku jest jednym z najważniejszych działań medycznych. Pielęgnowanie w geriatrii to wyuczona, celowa i zaplanowana działalność pielęgniarki realizowana na rzecz osób w podeszłym wieku (zob. Biercewicz, Szewczyk, Ślusarz, 2006). Koncepcję pielęgnowania geriatrycznego pierwszy raz opisała Virginia Avenel Henderson (1897–1996), która założyła, że celem pielęgnowania człowieka jest zaspokajanie jego potrzeb. Wymieniła 14 potrzeb człowieka, w zaspokojeniu których asystuje pielęgniarka. Zdaniem Henderson (fot. 1) pielęgnowanie w geriatrii oznacza: 1) obserwację pacjenta, 2) pomoc w → czynnościach życia codziennego, 3) zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, 4) ciągłą obecność przy pacjencie, 5) empatię.

Pielęgniarka geriatryczna powinna wyróżniać się właśnie empatią, tj. zdolnością odczuwania stanów psychicznych innych osób, umiejętnością przyjęcia ich sposobu myślenia, spojrzenia z ich perspektywy na rzeczywistość, a ponadto umiejętnością wnikliwej obserwacji, takich objawów jak: spowolnienie psychoruchowe pacjenta, brak zainteresowań, zanik łaknienia, → zaburzenia snu, ograniczenie ruchów, zaburzenia mowy, wzroku, słuchu, typowe dla podeszłego wieku objawy chorobowe, zmiany w psychice, osłabienie i/lub → zaburzenia pamięci, reakcje uporu, zaburzenia orientacji, → zaburzenia lękowe oraz zachowania agresywne i hipochondryczne.

Podopiecznego należy obserwować podczas wykonywania przez niego codziennych czynności, pilnie zwracając uwagę na sposób oddychania, poruszania się, częstotliwość wydalania, temperaturę ciała, sprawność, zadowolenie lub smutek.

Wreszcie pielęgniarka geriatryczna powinna wyróżniać się chęcią asystowania w codziennych czynnościach, gotowością do ciągłej obecności przy pacjencie. Pielęgniarka asystuje i pomaga choremu w realizowaniu codziennych czynności albo wykonuje je bez jego udziału (por. Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008).

Pacjent geriatryczny to osoba, która zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osiąg-

nął wiek przynajmniej 60 lat z → wielochorobowością typową dla wieku starszego, u której z racji wieku lub/i współistniejących chorób pojawia się ryzyko nagłego pogorszenia stanu → zdrowia lub zgonu. Z kolei w skład **zespołu geriatrycznego** wchodzi lekarz posiadający specjalizację z → geriatrii, oraz pielęgniarki ze specjalizacją z geriatrii, po kursach w tym kierunku, lub szkolące się, fizjoterapeuci, → opiekunowie medycznych i psycholog, a także inne osoby posiadające wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia – farmaceuta, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, → pracownik socjalny, kapelan. Wreszcie **oddział geriatryczny** to zespół geriatryczny w oddziale szpitalnym określony resortowym kodem identyfikacyjnym 4060 zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16 VII 2004 r.

Pielęgniarką geriatryczną jest pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego bądź też z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i → opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, lub opieki długoterminowej (zob. Biercewicz, Szewczyk, Ślusarz, 2006).

Pielęgniarskie procedury diagnostyczno-terapeutyczne w zakresie geriatrii polegają na udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych przez pielęgniarkę zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie Ustawy z 5 VII 1996 r. i obejmują w szczególności: 1) wywiad pielęgniarski; 2) ocenę ryzyka powstawania odleżyn określoną za pomocą → Skali Norton, z wdrożeniem postępowania ograniczającego ich wystąpienia; 3) ocenę stanu zaawansowania odleżyn/y z ustaleniem sposobów ich leczenia i monitorowaniem postępu gojenia; 4) ocenę i zaplanowanie procesu leczniczego w przypadku owrzodzeń i/lub przewlekłych ran; 5) ocenę → sprawności funkcjonalnej w zakresie czynności życia codziennego przy użyciu: → Indeksu Czynności Życia Codziennego Katza, → Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego Lawtona i → Skali Barthel; 6) ocenę stopnia nietrzymania moczu; 7) planowanie procesu pielęgnacji; 8) udzielanie wskazówek na temat ułatwień i → wsparcia w czynnościach życia codziennego; 9) monitorowanie parametrów życiowych; 10) wykonywanie pomiarów antropometrycznych; 11) ograniczanie następstw → niepełnosprawności przez aktywizację psychiczną i fizyczną w procesie samoopieki; 12) ocenę hipotonii ortostatycznej; 13) współpracę pielęgniarki z innymi członkami zespołu geriatrycznego i → rodziną pacjenta (zob. Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007).

MK

B: Biercewicz, Szewczyk, Ślusarz, 2006; Galus, 2007; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; Mötzing, Schwarz, 2012; Schiefele J. i współprac., 1998; Talarska, 2008; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008.

D: Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16 VII 2004 r.; Ustawa z 5 VII 1996 r.

O: całościowa ocena geriatryczna, geriatria, interdyscyplinarna opieka geriatryczna, opieka geriatryczna, zespół opieki geriatrycznej.

TK: ang. *geriatric nursing* / *geriatric care* / *care of the elderly* / *eldercare*, fr. *soins infirmiers gériatriques*, hiszp. *la enfermería geriatric*, niem. *Altenpflege*, ros. *гериатрический уход* / *сестринское дело в гериатрии*.

pierwotne starzenie się (pierwotny proces starzenia się)

– określenie to używane jest do określania pewnych procesów życiowych organizmu, zachodzących wraz z upływem lat na płaszczyźnie biologicznej, mających charakter fizjologiczny (naturalny), przeciwstawionych zmianom chorobowym, określonych mianem → „wtórnego starzenia się". W jęz. pol. forma zwrotna czasownika, będącego częścią składową terminu, podkreśla osobniczą naturę i wymiar procesu → starzenia się, który jest zależny przede wszystkim od wewnętrznych uwarunkowań. Starzenie się jest zjawiskiem przebiegającym w czasie, a więc jest procesem, w którym zaznaczają się istotne zmiany, decydujące o wyodrębnieniu się w historii życia ustroju fazy zwanej → starością. Należy pamiętać, że starzenie się samo w sobie jest zjawiskiem całkowicie naturalnym, występującym po okresie dojrzałości i nie stanowi efektu kumulacji różnorodnych patologii czynnościowych lub organicznych ustroju. Adam A. Zych (1945–) wskazuje, że zmiany występujące w procesie starzenia się dotyczą głównie metabolizmu oraz właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzą do zachwiana samoregulacji i zdolności regeneracji organizmu, a także do pojawienia się „zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów" (Zych, 2013, s. 29). Z kolei Iwona Bejster (2011, s. 83) zauważa, że „starzenie się ustroju jest naturalnym procesem, w którym dochodzi do zmniejszenia aktywności biologicznej organizmu. Procesy kataboliczne przeważają nad anabolicznymi i ciało człowieka traci stopniowo zdol-

ność do odnowy i regeneracji. Starość, choć usposabia do → chorób, sama chorobą nie jest". Krzysztof Książek i Grzegorz Bartosz (2009, s. 20) stwierdzają, że pojęcie „starzenie się" stosuje się do ogólnego oznaczenia postępującego ograniczania możliwości przystosowania się organizmów do warunków środowiska. Mark E. Williams (2009, s. 4) podkreśla, że „starzenie nie polega na akumulacji chorób, chociaż starzenie się i choroba są ze sobą powiązane w sposób subtelny i złożony". Z tego powodu w wielu sytuacjach trudno jest odróżnić efekty naturalnego starzenia się od zmian chorobowych, występujących wraz z wiekiem. Ponadto należy pamiętać, że proces starzenia obejmuje cały organizm żywy, a więc każdą komórkę, tkankę, narząd i układ.

Badacze przedmiotu wskazują, że proces starzenia się wykazuje następujące cechy charakterystyczne (zob. Pikuła, 2011, s. 17):

- jest powszechne – występuje w danej fazie życia u wszystkich żyjących,
- rozciągnięte w czasie – od trudnego do określenia początku aż do naturalnej → śmierci,
- postępujące jednokierunkowo – w stronę biologicznej → inwolucji i samounicestwienia,
- nierówne dynamicznie – dla różnych osób i układów,
- mierzalne skalami biologicznej sprawności jako stanu, względnie okresu → życia,
- skojarzone z wysoką i odmienną w przebiegu chorobowością,
- jest oceniane zawsze negatywnie – pomimo znanej człowiekowi ich nieuchronności.

O prawidłowej, fizjologicznej starości świadczy zgodność → wieku chronologicznego, (kalendarzowego, metrykalnego, określonego umownie na 60. lub 65. rok życia) z wiekiem czynnościowym – określa on aktualny stan sprawności życiowej rozumianej jako suma przystosowań biologicznych, psychologicznych i społecznych, oceniany na podstawie testów porównawczych w grupie rówieśniczej (Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 40–42). Inaczej mówiąc: starzejący się fizjologicznie organizm wykazuje charakterystyki typowe dla swojego wieku kalendarzowego, nie przejawia cech przyśpieszonego starzenia się, uwiądu, atrofii itd. Krystyna Przybyła (2011, s. 46) pisze, że starzenie fizjologiczne to „najbardziej optymalny przebieg starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez zewnętrzne uwarunkowania, o minimalnych deficytach fizjo-psycho-społecznych". Starzenie się o charakterze pierwotnym u osoby zdrowej jest procesem przebiegającym w sposób łagodny. Williams (2009, s. 4) podkreśla, że z fizjologicznego punktu widzenia starzenie się polega na stałym, powolnym zmniejszaniu rezerw czynnościowych układów narządów oraz pogarszanie kontroli homeostazy, czyli zdolności utrzymywania stałych parametrów wewnętrznych w systemie. W tej sytuacji zmniejszanie tychże rezerw jest zauważalne jedynie w okresach największego wysiłku lub → stresu. Jednakże wraz z upływem lat proces ten osiąga pewien punkt krytyczny, co oznacza, że nawet nieznaczne zakłócenie homeostazy nie może już być naprawione, a w konsekwencji powoduje śmierć organizmu w dość krótkim czasie. Wszelkie odchylenia od tego teoretycznego modelu starzenia stanowią efekt wpływu choroby.

Każdy starzejący się w sposób fizjologiczny organizm wykazuje szereg postępujących zmian, a spośród nich najczęściej występujące to (zob. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 47):

- **histereza** – zależność aktualnego stanu organizmu od stanów czy faz poprzednich, w tym wypadku uzależnienie poziomu aktywności biologicznej od skupiania się pewnych substancji białkowych w postaci koloidalnej, skutkującego utrudnioną wymianą wody, upośledzeniem funkcji komórek itd.,
- **degeneracja** – zwyrodnienie prowadzące w efekcie do pojawienia się elementów patologicznych,
- **atrofia** – zanik komórek, a w ich miejsce pojawiają się przede wszystkim komórki tkanki łącznej,
- **aregeneracja** – zanik zdolności do podziału i odnowy komórek.

Do najczęściej zauważanych, charakterystycznych zmian związanych ze starzeniem się pierwotnym, zalicza się ogólną utratę sił i wytrzymałości fizycznej, dalekowzroczność, pogorszenie → pamięci krótkotrwałej, nadmierne owłosienie przewodów nosowych i słuchowych, upośledzenie słuchu, łysienie, spadek masy kośćca, zmniejszenie wysokości ciała, → menopauzę i → andropauzę (zob. Kowalewska, Jaczewski, Komosińska, 2005, s. 12). Zmiany te generalnie nie zaburzają funkcjonowania organizmu, nie prowadzą do niedołęstwa i pogorszenia → jakości życia.

Innymi typowymi objawami związanymi z procesem starzenia się są zmiany postawy ciała, poruszania się, widoczny zanik mięśni powodujący obniżenie się ich siły. Stopniowo maleje sprawność mechanizmów regulacyjnych i adaptacyjnych do zmieniających się warunków środowiska. Pojawiają się pewne zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej oraz obniża się odporność ustroju na działanie szkodliwych czynników ze strony drobnoustrojów chorobotwórczych i stresów psychicznych.

Zaburzenia te nasilają się pod wpływem złego → stylu życia oraz rozwoju współwystępujących chorób (Rosławski, 2001, s. 7).

Kolejnymi cechami charakterystycznymi dla pierwotnego starzenia się są: przekształcenie budowy i czynności skóry prowadzące do osłabienia jej roli jako bariery ochronnej organizmu, pogorszenie ostrości wzroku i słuchu, wydłużony czas reakcji spowodowany spadkiem średniej szybkości przewodzenia impulsów w komórkach nerwowych, spadek tempa podstawowej przemiany materii, upośledzenie czynności wątroby, spadek aktywności enzymów, procentowy wzrost zawartości tłuszczu w organizmie, spadek zawartości wody, spadek maksymalnej pojemności oddechowej, zmniejszenie przepływu krwi przez różne narządy, obniżenie kwasowości soku żołądkowego, spowolnienie perystaltyki jelit, zmniejszenie powierzchni całkowitej błon śluzowych przewodu pokarmowego, zmniejszenie wchłaniania z jelit, zmniejszenie stężenia albumin w osoczu (Piotrowski, Klar, 2011, s. 42–43).

Wśród innych naturalnych, fizjologicznych transformacji występujących w obrazie procesu starzenia się geriatrzy wymieniają zmiany dotyczące:

- **wzrostu**: od pewnego momentu wzrost każdej osoby zmniejsza się w różnym tempie i z różnym nasileniem. Spowodowane jest to zmianami postawy, wysokości kręgów, nasileniem lordozy, nasileniem krzywizny bioder i kolan, zmianami stawowymi w stopie (Williams, 2009, s. 4),
- **układu moczowo-płciowego**: następstwem procesu normalnego starzenia jest wyhamowanie czynności gonad męskich i żeńskich, w wyniku czego ostatecznie dochodzi do pojawienia się menopauzy u kobiet, skutkującym początkowo obniżeniem płodności, a następnie uniemożliwieniem poczęcia potomstwa (Przychodni, 2010, s. 11). U mężczyzn zmniejszenie wydzielania do krwi męskich hormonów płciowych, skutkuje zjawiskiem zwanym przez analogię do menopauzy – andropauzą, co jednak jest skrótem myślowym nie mającym wiele wspólnego z rzeczywistością biologiczną (por. Mędras, Bablok, 2002, s. 10). Ponadto zmniejsza się objętość pęcherza moczowego, opóźnia mikcja (świadome wydalanie moczu), zwolnieniu ulega szybkość wypływu moczu, a także zdolność powstrzymywania parcia na mocz (Kropińska, Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 27),
- **składu ciała**: masa tkanek innych niż tkanka tłuszczowa zmniejsza się z wiekiem. Zmniejszeniu ulega głównie masa mięśniowa, w nieco mniejszym stopniu tkanka kostna. Przyczyniają się do tego głównie zmiany hormonalne (Williams, 2009, s. 4),
- **skóry i tkanki łącznej**: zewnętrzna warstwa skóry podlega wraz z wiekiem niewielkim zmianom, natomiast zmniejszeniu ulega pole kontaktu pomiędzy skórą właściwą i naskórkiem oraz liczba głębiej położonych komórek podstawnych oraz komórek produkujących barwnik. Zmniejszeniu ulega zawartość kolagenu, co powoduje ograniczenie elastyczności skóry i pojawienie się zmarszczek. Nasila się siwienie i wypadanie włosów, szczególnie u mężczyzn, spowalnia się tempo wzrostu włosów głowy, łonowych, pachowych, czasami natomiast pojawia się owłosienie na twarzy u kobiet. U starszych mężczyzn zaznacza się wzrost brwi, włosów w nosie i uszach (Williams, 2009, s. 5),
- **układu mięśniowo-szkieletowego**: zmniejszenie masy tkanki mięśniowej w stosunku do masy ciała, z czym związane jest zmniejszenie się siły mięśni, zmiany struktury tkanki kostnej w wyniku utraty białkowych i mineralnych składników kości, szczególnie dotyczy to kobiet w okresie pomenopauzalnym, czego skutkiem jest zmniejszenie wytrzymałości tkanki kostnej i zwiększonej podatności na złamanie (Bugajska, 2007, s. 8).
- **układu nerwowego**: masa mózgu ulega zmniejszeniu, ale dotyczy to niektórych jego struktur, u zdrowych ludzi starszych stwierdza się zazwyczaj umiarkowany zanik substancji szarej. Zmniejsza się tempo przepływu krwi przez mózg, dochodzi również do zmniejszenia się liczby neuronów substancji szarej, móżdżku i podwzgórza, które odgrywa ważną rolę w procesach zapamiętywania. Mniejsze zmiany zachodzą w głębszych strukturach mózgu. Zmniejsza się gęstość niektórych połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi. Zmiany strukturalne i biochemiczne nie muszą negatywnie wpływać na myślenie i zachowanie, stąd nie ulegają upośledzeniu umiejętności językowe oraz zdolność utrzymywania nieprzerwanej uwagi, natomiast zmieniają się pewne aspekty możliwości poznawczych – najwcześniej możliwość przyswojenia dużej ilości informacji, które trzeba dłużej zapamiętać. Późno ulega upośledzeniu umiejętność nazywania zadań i pojęć abstrakcyjnych (Williams, 2009, s. 6),
- **narządów zmysłów**: pojawia się pogorszenie ostrości wzroku spowodowane dalekowzrocznością starczą, spowalnia się reakcja na światło i zmniejsza się siła akomodacji oraz reakcja psycho-ruchowa (Szczerbińska, 2010, s. 37). Wraz z wiekiem dochodzi do zaniku kanału słuchowego zewnętrznego, błona bębenkowa staje się grubsza, dochodzi też do istotnych zmian w uchu wewnętrznym. Pogarsza się

słyszenie tonów czystych, następuje przytępienie słuchu, a najbardziej upośledzone jest słyszenie dźwięków o wyższej częstotliwości. Rozróżnianie wysokości tonów ma ważne znaczenie dla rozumienia mowy, a to ostatnie pogarsza się z wiekiem, szczególnie po 80. r.ż. Pojawiają się problemy z rozróżnianiem smaków i zapachów. Ponadto wraz z wiekiem pogarsza się wrażliwość na dotyk oraz obniża się próg odczuwania bólu (Williams, 2009, s. 7),

- **układu krążenia**: odkładanie się różnych złogów w świetle naczyń krwionośnych prowadzi do wzrostu oporu obwodowego krążenia, pogorszenia odżywienia mięśnia sercowego, zaburzeń częstości i rytmu serca, pogrubienie lewej komory serca a przez to ograniczenie jej kurczliwości, sztywnienie i zwężanie tętnic, pogorszenie pracy zastawek serca, osłabianie skurczu mięśnia sercowego (Cytowicz-Karpiłowska, Kazimierska, Cytowicz, 2009, s. 13),
- **układu oddechowego**: zmniejsza się elastyczność tkanki płucnej: zmniejsza się liczba oskrzelików i pęcherzyków płucnych, a równocześnie zwiększa się ich wielkość, co prowadzi do szkodliwego powiększenia się tzw. „martwej przestrzeni" czyli powierzchni, na której nie zachodzi wymiana gazowa. Postępuje ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, co powoduje utrudnione oddychanie, zmniejsza się skuteczność opróżniania dolnych czyli najlepiej ukrwionych partii płuc z zalegającego powietrza i w związku z tym spada poziom tlenu we krwi (Cytowicz-Karpiłowska, Kazimierska, Cytowicz, 2009, s. 13–14),
- **układu pokarmowego**: w układzie pokarmowym dochodzi do obniżenia kwasowości soku żołądkowego, wyraźnie zmniejsza się perystaltyka przełyku i jelit, zmniejsza się również powierzchnia całkowita błon śluzowych przewodu pokarmowego, co powoduje obniżenie się poziomu wchłaniania z jelit (zob. Pyza, 2011, s. 28). Z kolei spadek napięcia zwieracza odbytu powoduje pojawienie się nietrzymania stolca (Szczerbińska, 2010, s. 35),
- **tkanki krwiotwórczej**: podstawowe charakterystyki, np. objętość krwi, średni czas życia erytrocytów, liczb leukocytów i płytek krwi, pozostają niezmienione (Williams, 2009, s. 9).

Wszystkie wymienione powyżej zmiany mają charakter naturalnego wyhamowywania aktywności organizmu, ograniczania lub eliminowania czynności lub elementów niepotrzebnych, przystosowywania się do innych zadań ustroju i korzystania z innych możliwości. Same w sobie nie mają cech patologicznych, jednakże w niesprzyjających warunkach mogą torować drogę dla pojawienia się → niepełnosprawności [niesprawności], upośledzeń i chorób. W tej sytuacji zwraca się uwagę na istotną rolę profilaktyki starości, polegającej na podejmowaniu świadomych działań na rzecz zachowania → zdrowia oraz przedłużenia aktywności i samodzielności. Działania te polegają na stosowaniu właściwej diety, uwzględniającej potrzeby wieku starszego, zmianie stylu życia na bardziej sprzyjający zachowaniu zdrowia i tężyzny fizycznej, co oznacza wyeliminowanie lub ograniczenie palenia tytoniu lub spożywania wysokoprocentowego alkoholu oraz zwiększenie umiarkowanej aktywności fizycznej. Robert D. Hill (2009, s. 23) wskazuje, że „u starszych osób, które podejmowały konsekwentne, postępowe działania – takie jak uprawianie gimnastyki, stosowanie zdrowej diety oraz rezygnacja z palenia tytoniu – obserwowano jedynie minimalne pogorszenie wskaźników dotyczących układu krążenia, natomiast inne wskaźniki zdrowotne i fizjologiczne były porównywalne ze wskaźnikami prowadzących siedzący tryb życia młodszych dorosłych". Ponadto aktywność intelektualna i fizyczna opóźnia starzenie się i występowanie → chorób neurodegeneracyjnych. Aktywność umysłowa przyczynia się do utrzymywania już istniejących i tworzenia nowych synaps pomiędzy komórkami nerwowymi, dzięki czemu mózg zachowuje swoją sprawność. Z kolei aktywność fizyczna przyczynia się do lepszego zaopatrzenia tkanek, w tym mózgu, w tlen oraz utrzymuje sprawność mięśni, wytrzymałość kośćca oraz elastyczność połączeń stawowych i więzadeł (Pyza, 2011, s. 34).

EMI

B: Bejster, 2011; Bugajska, 2007; Cytowicz-Karpiłowska, Kazimierska, Cytowicz, 2009; Hill, 2009; Kowalewska, Jaczewski, Komosińska, 2005; Kropińska, Wieczorowska-Tobis, 2011; Książek, Bartosz, 2009; Leszczyńska-Rejchert, 2005; Mędraś, Bablok, 2002; Pikuła, 2011; Piotrowski, Klar, 2011; Przybyła, 2011; Przychodni, 2010; Pyza, 2011; Rosławski, 2001; Szczerbińska, 2010; Williams, 2009; Zych, 2013.
O: starzenie się, wtórne starzenie się.
S: starzenie się fizjologiczne, starzenie się niechorobowe, starzenie się normalne, starzenie się prawidłowe, starzenie się zwykłe.
TK: am. primary aging, ang. *primary ageing* [*process*], fr. *le vieillissement primaire*, hiszp. *el envejecimiento primario* [*proceso*], niem. *primäres Altern* oder *physiologisches Altern*, ros. *первичное или внешнее старение*.

pierwotny proces starzenia się → pierwotne starzenie się

Piotrowski Jerzy (1907–1983)

polski socjolog, demograf i polityk społeczny, współorganizator międzynarodowych badań socjologicznych nad → rodziną i sytuacją ludzi starych. W latach 1926–30 odbył studia socjologiczne na uniw. w rodzinnym Poznaniu, był współzałożycielem Inst. Socjologicznego tegoż uniw. W okresie 1930–38 pracował w Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, prowadził wówczas badania ankietowe nad rolą rent ubezpieczeniowych dla sytuacji ludzi starych wsi poznańskiej. Od roku 1939 pracował w → Zakładzie Unezpieczeń Społecznych (ZUS) w Warszawie, a po II wojnie światowej był rzeczoznawcą ubezpieczeniowem, przewodniczącym komisji międzyresortowej ds. reformy → ubezpieczeń społecznych i redaktorem naczelnym wydawnictw ZUS. Był także redaktorem czasopism „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Zagadnień Socjalnych" oraz „Praca i Zabezpieczenie Społeczne". W latach 1973–77 pracował w Inst. Filozofii i Spcjologii PAN w Warszawie. Zrealizował zespołowe badania socjologiczne dotyczące sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej ludzi starych w Polsce (1966–68, zob. Piotrowski, 1973). Był członkiem Pol. Tow. Socjologicznego i → Pol. Tow. Gerontologicznego. Jest autorem wielu publikacji z dziedziny ubezpieczeń społecznych, aktywizacji zawodowej kobiet, problematyki → starzenia się i →starości, oraz → gerontologii, → gerontosocjologii i → geriatrii (zob. Piotrowski, 1948,1957, 1966, 1970, 1973, 1975, 1986).

AAZ

B: Frąckiewicz, 2001; Piotrowski, 1948,1957, 1966, 1970, 1973, 1975, 1986; Rysz-Kowalczyk, 2001.

O: badania gerontologiczne: badanie zespołu Jerzego Piotrowskiego, gerontosocjologia, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, społeczne teorie starzenia się.

planowanie opieki nad osobami z otępieniem

Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych (ang. *cognitive impairment* – CI) to szczególna grupa osób, która przebywa w placówkach → opieki długoterminowej zazwyczaj z innego powodu niż deficyty kognitywne. W Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL) najczęściej leczeni i usprawniani są pacjenci po przebytym → udarze mózgu (ok. 50%) lub z urazami ortopedycznym (ok. 35%). Dlatego też dokumentacja medyczna zawiera przede wszystkim informacje dotyczące głównej jednostki chorobowej będącej podstawową przyczyną → rehabilitacji. → Otępienie (demencja) jest w tym przypadku problemem współistniejącym, często nierozpoznanym, który jednak bardzo utrudnia opiekę i rehabilitację. Bez względu na kliniczną przyczynę zaburzeń (→ choroba Alzheimera, otępienie o podłożu naczyniowym czy też inne rodzaje otępień) zawsze występowanie deficytów kognitywnych komplikuje przebieg hospitalizacji. Pacjenci otępiali osiągają gorsze wyniki → fizjoterapii – zarówno krótko-, jak i długoterminowej – i częściej niż ich sprawni intelektualnie równolatkowie są wypisywani z oddziału rehabilitacyjnego do innego szpitala na dalsze leczenie lub do → domu opieki. Z uwagi na nieadekwatne ocenianie sytuacji i/lub podejmowanie tzw. ryzykownych działań, oraz specyficzne → zaburzenia równowagi, pacjenci z CI w większym stopniu narażeni są na → upadki i urazy wewnątrzszpitalne. Uważa się nawet, że niski wynik w → Krótkiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (*Mini Mental State Examination* – MMSE) koreluje z większym ryzykiem zgonu wewnątrzszpitalnego.

Pierwszoplanowa kwestia to rozpoznanie wśród podopiecznych osób z zaburzeniami poznawczymi. Otępienie często pozostaje niezdiagnozowane. Jeśli na oddziale nie wykonuje się standardowo badań funkcji poznawczych, to znajomość podstawowych zagadnień z obszaru psychopatologii otępień pomaga personelowi wychwycić niepokojące objawy i – jeśli to możliwe – skierować pacjenta na dodatkową konsultację psychiatryczną / psychologiczną. Podczas przyjętego zwyczajowo kontaktu z podopiecznym często umykają naszej uwadze bardzo istotne objawy z zakresu zaburzeń językowych, ponieważ podstawowe zdolności komunikacyjne – naprzemienne przyjmowanie roli mówcy i słuchacza – długo zostają zachowane nawet u osób z zaawansowanym otępieniem. Dostosowanie wypowiedzi do ograniczonych możliwości percepcyjnych chorego ułatwia nawiązanie współpracy, pozwala w jak największym stopniu angażować podopiecznego, np. w wykonywanie → czynności życia codziennego (samodzielne ubieranie i/lub rozbieranie, proste czynności higieniczne, spożywanie posiłków itp.). Jest to niezwykle ważna kwestia, która powinna być stale podnoszona przy okazji omawiania problemów opieki długoterminowej nad osobami z CI. Zaniechanie samodzielnego wykonywania tych czynności podczas hospitalizacji powoduje zazwyczaj utratę zdolności ich wykonywania. Po powrocie do domu starsza osoba jest całkowicie bezradna i nawet w najprostszych czynnościach skazana na pomoc osób trzecich, co stanowi też ogromne obciążenie dla jej opiekunów (por. ilustr. 1). Poza tym zachowanie podstawowych umie-

jętności samoobsługowych w trakcie pobytu pacjenta w ZOL pomaga podtrzymać poczucie własnej wartości i godności, stanowi formę usprawniania fizycznego, a także jest metodą na odciążenie personelu medycznego.

Trzeba jednak pamiętać, że aktywność, która może być niebezpieczna dla chorego, np. samodzielne przesiadanie się z wózka inwalidzkiego na łóżko lub toaletę, korzystanie z natrysku itp., musi odbywać się pod nadzorem pracownika. Deficyty poznawcze utrudniają prawidłową ocenę sytuacji i są przyczyną podejmowania nieracjonalnych decyzji, które mogą doprowadzić do nieszczęśliwego wypadku. Na pewnym etapie choroby pacjent nie zdaje sobie już sprawy, że mokra podłoga może być śliska, a wózek inwalidzki, jeśli nie ma zablokowanych kół, po prostu odjedzie przy próbie przesiadania się na niego, np. z łóżka lub toalety. Nakłanianie podopiecznego do samodzielnego wykonywania tego typu czynności jest błędem. Chodzi raczej o to, aby w wykonywaniu codziennych czynności pacjent umiał współpracować z opiekunem, by później, w warunkach domowych do sprawowania opieki wystarczała obecność jednej osoby.

W tym miejscu wypływa kolejna ważna kwestia dotycząca pacjentów z CI. Podczas pobytu w placówce leczniczej lub opiekuńczej warto zaprosić → rodzinę chorego do wspólnego z personelem wykonywania niektórych czynności pielęgnacyjnych. W Polsce takie postępowanie nadal należy do rzadkości. Pracownicy placówek medycznych nie traktują rodziny w kategoriach sprzymierzeńca w opiece nad pacjentem, ale raczej jak intruza na własnym terenie. Wyznacza się zalecane pory wizyt, zazwyczaj wtedy, kiedy wszystkie czynności pielęgnacyjne i rehabilitacyjne są już wykonane. Warto przynajmniej w końcowym okresie hospitalizacji zaprosić rodzinę na oddział w porze, gdy pracownicy poszczególnych profesji są dostępni i mogą zaprezentować, w jaki sposób np. zmienić pieluchomajtki (jeśli są konieczne), czy też pomóc choremu przy ubieraniu się, kąpieli, poruszaniu. Fizjoterapeuci powinni przedstawić podstawowy zestaw ćwiczeń usprawniających, który pacjent wraz z → opiekunem rodzinnym może wykonywać w domu, w celu podtrzymywania sprawności fizycznej. Powinni także z odpowiednim wyprzedzeniem zapoznać rodzinę z koniecznością zakupu określonego → sprzętu ortopedycznego, czy też urządzeń ułatwiających sprawowanie → opieki domowej nad tego typu osobą. Wybór sprzętu ortopedycznego spośród bardzo bogatej oferty dostępnej obecnie w sprzedaży, to osobne zagadnienie. Biorąc pod uwagę postępujący proces otępienny należy założyć, że po wyjściu z ośrodka rehabilitacyjnego, pomimo uzyskanej poprawy → sprawności funkcjonalnej, chory będzie jednak potrzebował stałej → opieki osób trzecich. Dlatego też należy odpowiednio sformułować cele fizjoterapii. W porozumieniu z opiekunem trzeba ustalić, jaki zakres sprawności będzie podopiecznemu najbardziej potrzebny. W przypadku, gdy w budynku, w którym mieszka chory nie ma windy, dla rodziny bardzo ważna jest nauka i doskonalenie chodzenia po schodach, tak, aby nie trzeba było każdorazowo znosić i wnosić chorego po schodach. W przypadku, gdy w mieszkaniu nie ma kabiny prysznicowej, ważna jest umiejętność bezpiecznego korzystania z wanny itp. Wybór określonego rodzaju sprzętu ortopedycznego musi uwzględniać zarówno warunki, w których będzie mieszkał pacjent, jak i jego ograniczenia poznawcze. Bezpieczniej będzie nauczyć → seniora przemieszczania się z jedną kulą, a nie z dwoma, którymi należy poruszać naprzemiennie. Tego typu złożone koordynacyjnie czynności z czasem stają się zbyt trudne dla osób z CI i mogą być przyczyną → upadków. Balkonik daje większą stabilizację niż kule i trudniej się o niego potknąć. Lepiej wybrać wersję bez kółek, jest bardziej stabilna i prostsza w obsłudze. Trzeba także upewnić się, czy wybrany model swobodnie mieści się w każdych drzwiach w obrębie mieszkania. W związku z nieprzewidywalnym zachowaniem pacjenta warto zadbać, aby w domu miał łóżko z bocznymi barierkami zabezpieczającymi przed upadkiem na podłogę w momentach nocnego pobudzenia i splątania. W ciągu dnia należy rozważyć zastosowanie specjalnej kamizelki (kaftana) zabezpieczającej przed wypadnięciem z wózka inwalidzkiego lub z fotela.

Dla opiekunów chorego bardzo ważna jest także pełna informacja dotycząca stanu → zdrowia podopiecznego, w tym także jego ograniczeń poznawczych i związanych z nimi problemów psychicznych. Niestety często zdarza się, że pacjent opuszcza oddział z bogatą dokumentacją dotyczącą zdiagnozowanych chorób somatycznych i oczywiście listą leków, które powinien zażywać, ale rodzina nie dowiaduje się ani słowa o problemie zaburzeń poznawczych. Dzięki prowadzonej → rehabilitacji pod względem ruchowym pacjent może być w bardzo dobrej kondycji fizycznej i sprawiać wrażenie zupełnie samodzielnego, ale w wyniku rozwijającego się otępienia w żadnym wypadku nie powinien np. mieszkać samodzielnie. To może być ogromne zaskoczenie dla bliskich, którzy zazwyczaj potrzebują trochę czasu, aby zorganizować mu odpowiednią opiekę (wynająć opiekunkę, zorganizować przeprowadzkę itp.). Dlatego określone informacje trzeba przeka-

zać możliwie szybko, jeszcze w trakcie hospitalizacji. Dzięki nim rodzina ma czas, aby oswoić się z nową sytuacją i zorganizować odpowiednią formę opieki. Im więcej opiekunowie będą wiedzieć na temat objawów otępienia, tym lepiej będą mogli przygotować się do poważnej zmiany.

Niebagatelny wpływ na zachowanie chorego ma postępowanie personelu medycznego. Jeżeli działania pielęgniarki czy rehabilitanta powodują ból, nie można oczekiwać, że podopieczny to zaakceptuje i będzie spokojnie poddawał się bolesnym czynnościom. W takim wypadku tłumaczenie pacjentowi, że określone zabiegi są konieczne dla jego zdrowia zazwyczaj nie przynosi pożądanego efektu. Ból jest tak silnym, negatywnym bodźcem dla osoby otępiałej, że z pewnością dobrowolnie nie pozwoli na kontynuowanie bolesnych zabiegów. Gdy pacjent czuje się zagrożony to próbuje się bronić i może być agresywny w stosunku do personelu (odepchnąć, uderzyć, podrapać, kopnąć itp.). Należy pamiętać, że najczęściej jest to tylko obrona przed zagrażającą sytuacją, a nie świadomy, zaplanowany atak. W tego typu sytuacjach najgorszym doradcą jest pośpiech, gdy zapracowany personel chce szybko wykonać swoje obowiązki, to niestety prowokuje agresywne zachowanie podopiecznego. Gdy podobne sytuacje powtarzają się, chory czuje się niepewnie, jest pobudzony i nieufny przy każdym kontakcie z pracownikami placówki. Aby zminimalizować możliwość niebezpiecznych zachowań trzeba założyć, że w zetknięciu z osobą otępiałą potrzebujemy na wykonanie codziennych obowiązków znacznie więcej czasu niż zakładają standardy. Wszystkie czynności należy wykonywać niezwykle ostrożnie, zaczynając od tych niebolesnych, powoli oswajać chorego ze swoją osobą. Nieocenioną rolę w przypadku niespokojnych, pobudzonych pacjentów pełni delikatny → masaż leczniczy. Jest doskonałym sposobem na wyciszenie chorego, zredukowanie napięcia, nawiązanie kontaktu i budowę wzajemnego zaufania. Czasami zachodzi konieczność zamiany niektórych zabiegów z zakresu fizykoterapii na inne o podobnym działaniu, lepiej tolerowane. Często osoby z demencją nie akceptują → elektrostymulacji, krioterapii, inhalacji – szczególnie, gdy na twarz zakładana jest maska. Pacjenci znacznie lepiej znoszą inhalacje, jeśli sami mogą trzymać przy ustach dyszę aparatu.

W trakcie planowania pracy zespołu terapeutycznego należy brać pod uwagę zwiększoną ilość czasu, która będzie potrzebna w przypadku osób z CI. Mając tą świadomość personel medyczny może wykonywać swe obowiązki spokojnie i bez pośpiechu. Starajmy się także nie obciążać nadmiernie jednego z pracowników, a pracę z otępiałymi pacjentami rozdzielać równomiernie w obrębie całego zespołu. Przeciążony pracownik może reagować bardziej nerwowo, szybciej traci cierpliwość, co naraża podopiecznego na niepotrzebny → stres i/lub niszczy budowane wcześniej przymierze terapeutyczne. Na barkach kierownika zespołu terapeutycznego spoczywa odpowiedzialność za jakość pracy podwładnych. Jednym z podstawowych zadań jest poszerzanie wiedzy pracowników z zakresu psychopatologii zaburzeń psychicznych → wieku podeszłego. Podwyższanie standardów pracy w ośrodkach świadczących opiekę nad osobami w podeszłym wieku ma podstawowe znaczenie dla → jakości życia przebywających tam pacjentów, ich bliskich i samych pracowników służby zdrowia. W dobie → starzenia się społeczeństw i rosnącego zapotrzebowania na tego rodzaju usługi, dbanie o ich jakość staje się warunkiem niezbędnym – *conditio sine qua non*…

JS-G

B: Messer, 2009; Nowicka, 2015; Szczepańska-Gieracha, Kowalska, Rymaszewska, 2011.

N: http://www.mhinnovation.net…

O: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, łagodne zaburzenia poznawcze, holistyczna opieka w starości, interdyscyplinarna opieka geriatryczna, opieka, opieka domowa, opieka geriatryczna, opieka nieformalna, opiekun osoby starszej, opiekun rodzinny, otępienie, otępienie przedstarcze, otępienie starcze, pedagogika osób z otępieniem, stymulacja funkcji poznawczych, zaburzenia mowy i komunikacji w starszym wieku, zaburzenia pamięci związane z wiekiem.

TK: ang. *care planning for people with dementia*, fr. *planification des soins pour des personnes avec démence*, hiszp. *planificación de la atención para las personas con demencia*, niem. *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz*, ros. *планирование ухода для людей с деменцией* / *планирование ухода за людьми* [*пожилого и старческого возраста*] *при деменции*.

plastrowanie dynamiczne (kinesiotaping)

– jest metodą fizjoterapeutyczną (zob. fot. 1), której głównym celem jest poprawa mechanizmów regeneracyjnych organizmu za pomocą plastrów, które w zależności od techniki aplikacji mogą wpływać na: poprawę funkcji mięśni i stawów, normalizację napięcia mięśniowego i pracy układu limfatycznego oraz poprawę mikrokrążenia. Do głównych technik wykorzystywanych w tej metodzie należą korekcje: mechaniczna, powięziowa, przestrzenna, więzadłowa (ścięgnowa), funkcjonalna i limfatyczna (Mikołajewska, 2011).

AMB

B: Mikołajewska, 2011.
N: http://www.webconsultas.com…
O: choroba, choroby przewlekłe, fizykoetrapia, kinezyterapia.
TK: ang. *elastic therapeutic tape / kinesiotaping*, fr. *le bandaże adhésif thérapeutique*, hiszp. *el vendaje neuromuscular / kinesiotaping*, niem. *kinesiologische Tape*, ros. *кинезиотейп / кинезио тейп*.

platońska wizja starości

Platon (427 p.n.e.–347 p.n.e.), rozważając różne aspekty ludzkiej egzystencji, przedmiotem swej refleksji uczynił także → starość, problemy związane z upływem → czasu i nieuchronnym zbliżaniem się → śmierci. Refleksja nad → życiem i rolą osób w → wieku podeszłym w środowisku rodzinnym oraz w strukturach społeczno-politycznych pojawia się przede wszystkim w platońskiej koncepcji idealnego państwa przedstawionej w *Państwie* i *Prawach*. Jednakże – oprócz rozważań teoretycznych – twórca Akademii stara się także odmalować portret osób starszych, wprowadzając do swych dialogów starców jako *personae dramatis*. W niniejszym opracowaniu zostanie zatem przedstawiona zarówno platońska refleksja nad starością, jak i sposób, w jaki w utworach Platona zostały sportretowane postaci osób starszych.

Platońska refleksja nad starością – Idealistyczna wizja życia osób starszych

W nakreślonej przez Platona idealistycznej koncepcji państwa osoby w podeszłym wieku odgrywają niebagatelną rolę, pełniąc najważniejsze funkcje społeczno-polityczne, wybrani bowiem zostali na stanowiska sędziów, prawodawców, urzędników czuwających nad właściwym funkcjonowaniem różnych, ważnych dla istnienia państwa, instytucji i urzędów, jak również wychowawców dzieci i młodzieży. Strażnicy sprawują też kontrolę nad tak intymną sferą życia jak relacje łączące małżonków i posiadanie przez nich potomstwa, ponieważ nadrzędnym celem jest dobro państwa, a to może zapewnić, pośród innych, eugenika, pojmowana jako powołanie do życia i wychowanie jak najlepszych obywateli. Filozof wierny ogólnemu, znajdującemu oparcie w greckiej tradycji i literaturze poglądowi o → mądrości [życiowej] i doświadczeniu osób starszych, tworzy więc na kartach *Państwa* i *Praw* (Platon, 2003, 1997) ustrój, który, jak słusznie zauważa Joanna Sowa (2011), „można bez popadania w przesadę określić mianem → gerontokracji". Osoby w podeszłym wieku – tworzące elity rządzące – stoją zatem na straży porządku społeczno- politycznego, a szeroki zakres ich działania i kontroli nad życiem obywateli idealnego państwa ma być gwarantem trwałości i niezmienności ustroju. Podkreślić jednak należy, że wiek nie jest dla Platona kryterium rozstrzygającym o wyborze danej osoby na jeden ze wspomnianych urzędów. Jest jedynie warunkiem wstępnym, a kandydaci ubiegający się o powierzenie im ważnych dla istnienia państwa funkcji powinni spełniać wysokie wymagania intelektualne i etyczne, zwłaszcza w przypadku urzędników zajmujących się wychowaniem i wykształceniem dzieci i młodzieży, co nie powinno dziwić, gdyż kształtują ich charakter, „wewnętrzną konstytucję duszy" (*Rep*. 400 e), a tym samym wpływają w decydujący sposób na kształt przyszłego społeczeństwa. Nakreślona w *Państwie* pedagogiczna misja osób starszych jako wychowawców młodego pokolenia zostaje rozwinięta i ujęta w bardziej sformalizowany sposób w *Prawach*, w których wyróżniające się wiedzą i moralną postawą osoby starsze tworzą chór Dionizosa i sprawują najważniejszy i zaszczytny urząd nadzorcy wychowania, który należy powierzyć jedynie najbardziej szlachetnym jednostkom. Starsi obywatele powołani do roli pedagogów „muszą się wykazać nie tylko znajomością rytmów, harmonii i pieśni stosownych dla młodego wieku słuchaczy, ale przede wszystkim nieposzlakowaną opinią" (Głodowska, 2014). Członkowie dionizyjskiego chóru przewyższają zatem swą wiedzą i zaletami charakteru pozostałych obywateli, co sprawia, że również pieśni przez nich śpiewane są najpiękniejsze i najpożyteczniejsze (*Leg*. 665 d).

W koncepcji państwa nakreślonej przez rozmówców w platońskich *Prawach* najwyższe urzędy są sprawowane przez obywateli w podeszłym wieku. Osoby między 50. a 70. rokiem życia wchodzą w skład trzydziestu siedmiu strażników, spośród których zostanie wybrany najwyższy urzędnik w państwie – naczelnik wychowania, oraz dziesięciu członków Nocnego Zgromadzenia, stanowiącego organ doradczy i prawodawczy, Celem jego działalności powinno być wprowadzanie rozwiązań legislacyjnych, które zapewnią obywatelom właściwy rozwój duchowy. Członkowie Nocnego Zgromadzenia powinni zatem nie tylko odznaczać się etyczną doskonałością, ale również wykazać się umiejętnościami dialektycznymi, które pozwoliłyby im zdobyć wiedzę na temat różnych aspektów szeroko rozumianej cnoty, określanej w języku greckim słowem *ἀρετή* [arete], czyli doskonałością [etyczną]. Równie wysokimi predyspozycjami intelektualnymi i zaletami etycznymi muszą wykazać się filozofowie, sprawujący władzę w platońskim *Państwie*. Po trwającej wiele lat nauce i przejściu wielu prób, w wieku 50 lat dochodzą do poznania idei dobra, któ-

rą będą traktować jako paradygmat tworząc zasady decydujące o kształcie życia jednostki i społeczeństwa [o procesie kształcenia filozofa w *Państwie* zob. Jaeger (2001), Wróblewski (1972) – przyp. aut.]. W nakreślonej przez Platona koncepcji idealnego państwa sprawującym w nim władzę osobom starszym stawiane są wysokie wymagania intelektualne i etyczne, a ponadto muszą one odznaczać się znaczną wytrzymałością fizyczną, która wydaje się niezbędna, jeśli chcą wywiązywać się w pełni z powierzonych im rozlicznych zadań i funkcji. Oczywiście warunki takie mogą spełnić tylko nieliczni wybrańcy. To wyidealizowane spojrzenie na starość dotyczy zatem szeroko pojętych elit rządzących, które w wizji Platona powinny się odznaczać duchową doskonałością – jakby problemy związane z procesem → starzenia się organizmu w ogóle nie dotyczyły stojących na czele państwa starców. Nie znaczy to jednak, że Platon nie dostrzega osłabienia fizycznego i sprawności intelektualnej, jakie niesie ze sobą starość.

Platońska refleksja nad starością – Negatywny obraz starości

Filozof doskonale zdaje sobie sprawę, że większość osób starszych musi się zmagać z różnymi dolegliwościami związanymi z przemijaniem. Pesymistyczna, a właściwie należałoby powiedzieć, realistyczna wizja starości, zostaje nakreślona w *Państwie*, a następnie uzupełniona i poszerzona w *Prawach*. Platon w I księdze *Państwa* przywołuje skargi starszych ludzi, którzy narzekają na swój wiek przede wszystkim z powodu utraty radości życia, którą wiążą ze zmysłowymi uciechami młodości: aktywnością seksualną i ucztami w gronie przyjaciół suto zakrapianymi winem. Te narzekania starców należą do tradycyjnych motywów pojawiających się w greckiej literaturze przedstawiającej negatywny obraz starości. Platon zwraca również uwagę na przemoc, której mogą doznawać osoby starsze ze strony najbliższych. Są zastraszani, pozbawieni należytej → opieki i szacunku (*Rep*. 573 e–574 c). W ujęciu filozofa nie jest to zjawisko powszechne, raczej pojawia się sporadycznie i dotyczy sytuacji wyjątkowych, np. rodziców synów przejawiających cechy charakteru właściwe dla tyranów. Zdaniem Platona wina nie leży po stronie dręczonych przez despotyczne dzieci staruszków, bo to w ich potomkach dokonała się przemiana, która sprawiła, że zaczęli wyznawać inne od przekazanych im tradycyjnych wartości, nakazujących okazywanie szacunku osobom starszym. Odmiennego zdania jest Platon na temat samotności, na jaką cierpią ludzie w podeszłym wieku. Zakłada bowiem, że starcy opuszczeni przez bliskich musieli kiedyś zawieść ich zaufanie, dlatego wiodą smutne, samotne życie (*Leg*. 730 c, d). Platon zdaje sobie doskonale sprawę z tak oczywistych aspektów procesu starzenia, jak stopniowe osłabienie sił fizycznych i sprawności intelektualnej, o czym świadczą uwagi zawarte w *Prawach*. Bliżej jednak omawia przede wszystkim te negatywne zmiany zachodzące u osób starszych, które mogą okazać się szczególnie niebezpieczne dla harmonijnego rozwoju państwa i funkcjonowania ustalonego porządku społeczno-politycznego. Osłabione ciało można wzmocnić w ramach ćwiczeń rehabilitacyjnych, na przykład przez zażywanie kąpieli w basenach z ciepłą wodą zarezerwowanych dla najstarszych mieszkańców idealnego państwa (*Leg*. 761 c, d).

Znacznie jednak poważniejszy problem dla → rodziny i współobywateli stanowią zmiany zachodzące w charakterze i umyśle osoby starszej, której zmysły zawodzą, pogarsza się → pamięć i zmniejsza się zdolność racjonalnego myślenia. Osoby starsze, które utraciły zdolność pojmowania tego, „co jest piękne i sprawiedliwe" (*Leg*. 687 e), mogą dopuszczać się różnego rodzaju przestępstw (*Leg*. 864 d), a przede wszystkim mogą stanowić zagrożenie dla najbliższych, zwłaszcza jeśli stoją na czele rodziny i podejmują decyzje dotyczące życia jej członków. Platon dopuszcza wówczas możliwość pozbawienia rodziców ich władzy na drodze sądowej pod warunkiem, że → niepoczytalność rodzica zostanie potwierdzona przez grono rozjemców. Jeśli dojdzie do rozprawy sądowej i rodzic zostanie ubezwłasnowolniony, nie istnieje możliwość odwołania się od decyzji sądu, która jest ostateczna (*Leg*. 929 e).

W pesymistycznej wizji starości Platon zwraca uwagę przede wszystkim na te zmiany zachodzące w ciele i umyśle osób starszych, które wydają się szczególnie dotkliwe dla nich samych i ich rodzin, wskazując także na niebezpieczeństwa, jakie niosą ze sobą dla właściwego funkcjonowania społeczeństwa. Osoby starsze cierpiące na osłabienie władz umysłowych i niezdolne do podejmowania racjonalnych decyzji mogą bowiem stanowić zagrożenie dla najbliższego otoczenia i współobywateli.

Osoby starsze – *personae dramatis* dialogów Platona

Platon wybiera również osoby w podeszłym wieku na protagonistów swych dialogów. Poniżej zostaną przedstawione tylko te postaci starców, których wiek jest jednym z elementów charakterystyki postaci.

Najobszerniejsze rozważania na temat starości zawarł Platon w rozmowie Kefalosa z Sokratesem w I księ-

dze *Państwa*. Sędziwy ojciec Polemarcha znajduje się „na starości progu" (*Rep*. 328 e), co skłania go do refleksji nad jego dotychczasowym życiem. Nie posiada wprawdzie filozoficznego przygotowania, ale odebrał tradycyjne wychowanie, zna literaturę i potrafi uzasadnić swą wypowiedź, podając odpowiednio dobrane przykłady. Trudno więc zgodzić się ze zdaniem Julii Annas (1946–), która widzi w Kefalosie człowieka interesu, poświęcającego swój czas zarabianiu pieniędzy (Annas, 1991). Fakt, że nie oddawał się studiowaniu filozofii i nie posiada umiejętności prowadzenia dialektycznej dyskusji nie oznacza, że nie zastanawiał się nad sensem ludzkiej egzystencji. Zostaje przedstawiony przez Platona jako człowiek pogodzony z losem i przemijaniem, z którym wiąże się nieuchronnie myśl o zbliżającej się śmierci. Jean Améry (1912–1978) w swych rozważaniach na temat starości zauważa, że myśli o umieraniu i lęk przed śmiercią jest niejako naturalnym aspektem procesu starzenia się, ponieważ osoby młode, choć zetknęły się ze śmiercią swych najbliższych, nie odczuwają lęku przed śmiercią i nadal podejmują ryzykowne działania w przeciwieństwie do osób starszych (Améry, 2007). Kefalos wydaje się zadowolony ze swego obecnego położenia, ponieważ nie odczuwa już pragnień i pokus młodości, co przywróciło mu względny spokój duszy. Znalazł również pewne remedium na niepokój związany z przemijaniem i zbliżaniem się do kresu życia: zadośćuczynienie ludziom za krzywdy, które się im wyrządziło oraz składanie bogom ofiar przebłagalnych za ewentualne wcześniejsze zaniedbania. Kefalos wyznaje zatem system wartości oparty na prostych, znanych od dawna regułach, które można sprowadzić właściwie do jednej ogólnej zasady, aby prowadzić uczciwe życie i oddawać bogom i ludziom to, co im się należy (Głodowska, 2014).

Jak zauważa Sowa (2011), omawiając postacie starców występujące w dialogach Platona nie sposób pominąć *Lachesa* – dialogu, w którym zostały przedstawione dwa dobrane na zasadzie kontrastu typy starszych ludzi. Pierwszą parę tworzą Lizymach i Melezjasz, zatroskani o przyszłość swych synów ojcowie, którzy wycofali się z aktywnego życia w domowe zacisze, nie interesują się tym, co dzieje się w ich własnym mieście, w związku z tym sami nie potrafią wybrać właściwego nauczyciela dla swych synów. Ich przeciwieństwo stanowią Nikiasz i tytułowy Laches, którzy nadal prowadzą aktywne życie, chętnie spotykają się i rozmawiają z innymi ludźmi, zwłaszcza z Sokratesem.

W *Prawach* natomiast Platon obsadził w roli rozmówców wyłącznie starców: bezimiennego Ateńczyka, Kreteńczyka Kleiniasa i Lacedemończyka Megillosa, którzy w czasie wspólnej podróży zajmują się rozmową na temat systemu prawnego, zapewniającego właściwe funkcjonowanie państwa i duchowy rozwój obywateli. Christopher Bobonich (1996) zauważa, że Platon nie tworzy zindywidualizowanych portretów bohaterów dialogu, ale należy zwrócić uwagę, że postaci te nie są tylko głosami w toczącej się rozmowie. Ich cechą wspólną jest podeszły wiek, który decyduje również o tempie podróży i rytmie dyskusji, oraz intelektualna sprawność, pozwalająca na prowadzenie rozważań. Trzej starcy stanowią zatem w pewnym stopniu ucieleśnienie ideału starości, przedstawionego w *Państwie* i *Prawach*: szanowani starsi ludzie, obdarzeni wiedzą i doświadczeniem, stając u steru rządów w idealnym państwie tworzą podstawy jego systemu legislacyjnego.

Najpełniejszym jednak ucieleśnieniem idealistycznej wizji starości jest oczywiście mędrzec reprezentowany przez siedemdziesięcioletniego Sokratesa w *Obronie*, *Kritonie* i *Fedonie*. To niestrudzony badacz ludzkiej natury – jak sam o sobie mówi, wierny sługa Apollona, który poświęcił swe życie na badanie sensu słów wyroczni delfickiej, która miała właśnie jego wskazać jako najmądrzejszego z ludzi. Po wielu rozmowach przeprowadzonych z reprezentantami różnych zawodów, którzy w oczach ogółu są uważani za mądrych, doszedł do wniosku, że on sam rzeczywiście wyróżnia się mądrością, ponieważ nie twierdzi, że coś wie, jeśli tego nie wie. Stając przed sądem zamierza mówić w sposób, w jaki zwykł prowadzić rozmowy ze względu na brak doświadczenia w wystąpieniach sądowych, ponieważ wcześniej nigdy nie wysuwał przeciwko nikomu oskarżenia, ani sam nie był oskarżony. Ponadto nie zamierza przekonywać sędziów do swych racji używając zwykle wykorzystywanych przez oskarżonych środków perswazji, czyli powoływać na świadków płaczących i błagających o litość krewnych i przyjaciół, ponieważ to uwłaczałoby jego powadze i godności (*Apol*. 17 c, d, 34 c, d, 38 e, 39 a). Przekonany jest o słuszności obranej przez siebie drogi życiowej, nie uważa się za winnego zarzucanych mu czynów, a w rozmowie z Meletosem, jednym z oskarżycieli, wykazuje jego ignorancję i brak troski o wychowanie młodych ludzi, jaką rzekomo się kierował, składając skargę. Sokrates nie zamierza zmienić swego postępowania nawet za cenę życia, ponieważ właśnie filozofowanie, pobudzanie innych do poszukiwania prawdy i zachęcanie do duchowego rozwoju, do zabiegania o „sławę, o cześć, o rozum i prawdę, o duszę" (*Apol*. 29 e) uważa za sens swego istnienia. Jest dumny ze swej

działalności, stwierdzając wprost, że w Atenach nie ma niczego cenniejszego niż jego „służba boża" (*Apol*. 30 a). Jest pozbawiony zwykle towarzyszącego ludziom lęku przed śmiercią, ponieważ nie znając prawdziwej natury śmierci nie możemy wiedzieć, czy jest dla człowieka czymś złym, czy też okaże się „największym ze wszystkich dobrem" (*Apol*. 29 b). W *Fedonie* nawet stwierdza, że „ci, którzy się z filozofią zetknęli, jak należy, niczym innym się nie zajmują, jak tylko tym, żeby umrzeć i nie żyć" (*Fed*. 65 a), ponieważ ciało stoi na przeszkodzie do poznania prawdy i dopiero po śmierci, po wyzwoleniu się z cielesnej osłony możliwe jest poznanie czysto rozumowe, nie zakłócone przez zmysły. Sokrates do końca zachował spokój i jasność umysłu, prowadząc z przyjaciółmi filozoficzne dysputy.

W zaprezentowanej przez Platona wizji starości można wyróżnić dwa jej obrazy: idealistyczny i negatywny, czyli bardziej realistyczny, z wyraźną przewagą tego pierwszego. Piękna starość jest zarezerwowana dla nielicznych wybrańców, którzy zdołają zachować do późnych lat sprawność fizyczną i intelektualną, jak platoński Sokrates, wzór mędrca. Większość jednak musi zmagać się z utratą sił fizycznych i osłabieniem zdolności intelektualnych, a czasami z brakiem opieki i szacunku ze strony najbliższych lub samotnością. Filozof nie poświęca jednak zbyt wiele uwagi negatywnym aspektom starzenia się, dostrzegając w osobach starszych pozbawionych zdolności racjonalnego myślenia przede wszystkim zagrożenie dla stabilności rodziny i porządku społeczno-politycznego.

AGŁ

B: Améry, 2007; Annas, 1991; Diogenes Laertios, 1984; Głodowska, 2014; Jaeger, 1999; McKee, Barber, 2001; Platon, 1982 1997, 2003; Sowa, 2011, Wróblewski, 1972; Zmorzanka, 2011.

O: Arystoteles, Awicenna, Cyceron, starość w filozofii.

TK: ang. *Platonic vision of old age* / *Plato's vision of old age*, fr. *platonicienne vision de la vieillesse*, hiszp. *platónico visión de la viejez*, niem. *das Alter in platonische Vorstellung*, ros. *платоновское видение старения*.

pobyt w domu pomocy społecznej (człowiek stary w domu pomocy społecznej)

bywa często koniecznością życiową związaną m.in. ze średnią → długością życia, która w naszych czasach ulega znacznemu wydłużeniu, co sprawia, że coraz więcej osób w → wieku podeszłym „wymaga pomocy ze strony fachowego personelu w placówkach → opieki długoterminowej. Do takich należą także → domy pomocy społecznej (DPS), które mają obowiązek zaspokajania potrzeb życiowych mieszkańców (bytowych i rozwoju), ich upodmiotowienia, zapewnianie wolności i godnego → życia oraz świadczenia całodobowej, specjalistycznej → opieki, pielęgnacji i aktywizacji, → rehabilitacji oraz wsparcia duchowego, indywidualnego traktowania" (Mielczarek, 2010, s. 11). DPS jest zatem **instytucjonalnym środowiskiem zamieszkania** osoby po 60. roku życia. → Seniorzy wymagający całodobowej opieki z powodu → choroby i/lub → niepełnosprawności, niemogący samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, mogą starać się o przyjęcie do DPS. W Polsce jest ok. 1 600 różnorodnych DPS (zob. *Mały Rocznik…*, 2014). Osoby po 65./67. r.ż. mogą przebywać w następujących typach domów: dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie lub psychicznie chorych, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla osób niepełnosprawnych fizycznie (zob. Ustawa z 12 III 2004 r.). W roku 2013 w DPS przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku przebywało 19,8 tys. podopiecznych. W Stanach Zjednoczonych jest ok. 50 miejsc na każde 1000 osób, które ukończyły 65 lat życia w tego rodzaju domach (am. *social welfare homes*). W Polsce prawie trzy miejsca w DPS przypadają na ok. 1000 mieszkańców i to ogółu społeczności. Na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenie usług na terenie domu pomocy społecznej wskazuje lista 9,5 tys. osób oczekujących na ten rodzaj opieki (zob. *Mały Rocznik*…, 2014).

Domy pomocy społecznej działają na podstawie dwóch ustaw i jednego rozporządzenie (zob. Ustawa z 12 III 2004 r., Ustawa z 19 VIII 1994 r., Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 VIII 2012 r.) Osoba starsza, w celu ubiegania się o pomoc w formie umieszczenia w DPS, **składa wniosek** do → ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania ubiegającego się seniora, który na podstawie przeprowadzonego wywiadu środowiskowego podejmuje decyzję administracyjną o skierowaniu do odpowiedniego typu domu. Osoby po 65. r.ż., wymagające umieszczenia w domu pomocy społecznej, kieruje się do DPS, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca ich zamieszkania. Jednocześnie należy podkreślić, że istnieje konieczność uzyskaniu zgody seniora zainteresowanego pobytem w DPS lub jego przedstawiciela ustawowego na umieszczenie w tej placówce. Decyzję o skierowaniu do DPS i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w tej placówce wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do DPS. Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej

wydaje organ gminy lub starosta powiatu prowadzącego DPS. Jednocześnie w przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. W razie niemożności umieszczenia w DPS z powodu braku wolnych miejsc, powiadamia się seniora o wpisaniu na listę oczekujących oraz o przewidywanym terminie oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej. Warto pamiętać, że w przypadku gdy przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie w DPS danego typu zlokalizowanym najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej wynosi ponad 3 miesiące, seniora kieruje się na jego wniosek do DPS tego samego typu zlokalizowanego jak najbliżej miejsca jego zamieszkania, w którym przewidywany termin oczekiwania na umieszczenie jest krótszy niż 3 miesiące. Pobyt w DPS **jest odpłatny** do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w DPS są: mieszkaniec domu, małżonek, zstępni przed wstępnymi oraz gmina, z której senior został skierowany do DPS. Opłata za pobyt w domu pomocy społecznej w pierwszej kolejności pokrywa mieszkaniec domu **w kwocie nie większej niż 70% swojego dochodu**. DPS zobowiązany jest świadczyć mieszkańcom **usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne** na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych ich potrzeb (zob. Ustawa z 12 III 2004 r.).

Przebywanie osoby starszej w DPS wiąże się z wieloma problemami dla samego mieszkańca placówki, jak i dla jego bliskich. Należy podkreślić, że do problemów związanych z procesem → starzenia się, występowaniem schorzenia somatycznego i/lub psychicznego, często z → wielochorobowością oraz niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania w dotychczasowym miejscu zamieszkania, dochodzą nowe, specyficzne spowodowane zmienioną sytuacją życiową. Podstawowym problem, który pojawia się jako pierwszy to **poczucie życiowej porażki**, a nawet krzywdy. W polskim społeczeństwie nadal funkcjonuje wizerunek starości w gronie → rodziny (por. Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006). Niestety rodzin wielopokoleniowych jest z każdym rokiem mniej. Powszechna jest migracja młodych osób za pracą. Wejście Polski do Unii Europejskiej, a zarazem otwarcie granic dla naszych obywateli, ułatwiło przemieszczanie się do innych państw. Nawet w grupie osób, które pozostały w miejscu zamieszkania swoich przodków, natłok codziennych spraw zawodowych i osobistych ogranicza jednak możliwości częstych spotkań ze starszymi członkami rodziny. To wszystko skutkuje większym zapotrzebowaniem na usługi świadczone przez inne osoby niż rodzina (zob. Borowiak, 2013). Jednak osoba starsza, kiedy staje przed dylematem pozostania w miejscu i warunkach nie sprzyjających jej zdrowiu albo zamieszkaniem w instytucji, odczuwa tę sytuację jako niewdzięczność bliskich czy karę zadaną jej właśnie przez rodzinę. Jest to częsta przyczyna → depresji i złego samopoczucia (zob. Manthorpe, Iliffe, 2010). Drugim problem pojawiającym się na początku jest to **brak akceptacji nowych osób i warunków**. W momencie umieszczenia seniora w DPS następuje całkowita zmiana jego otoczenia (mieszkania, budynku). Na szczęście zgodnie z przepisami dąży się do ograniczenia zmiany obszaru zamieszkiwania / dzielnicy (zob. Ustawa z 12 III 2004 r.). Jednak wiele osób starszych tęskni za swoim pokojem, łazienką czy kuchnią. Zamieszkiwanie w DPS w istotny sposób ogranicza możliwość umieszczenia wszystkich mebli i rzeczy osoby starszej. Warto w miarę możliwości placówki umożliwić mieszkańcowi instytucji posiadania ważnych dla siebie pamiątek i drobnych mebli czy innych rzeczy.

Dotychczasowe kontakt z sąsiadami czy znajomymi są również w większym stopniu utrudnione. Nowi mieszkańcy instytucji opiekuńczej często **izolują się**, niechętnie nawiązują kontakt z nowymi znajomymi (por. Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008). Wyjątkowo ważna jest rola opiekunów, którzy powinni poświęcać dużo czasu na zapoznanie podopiecznego z otoczeniem i współmieszkańcami. Jednocześnie należy zachęcać bliskich i znajomych do częstych kontaktów z seniorem. Na tę sytuację nakłada się jeszcze częsta **konieczność zamieszkiwania z inną osobą starszą**, która też przeżywa rozgoryczenie własną sytuacją i posiada własne przyzwyczajenia. Dzielenie własnego mieszkania z inną, obcą osobą, **sprzyja wielu konfliktom**, często trudnym do rozwiązania. Bardzo często żadna ze stron, upierając się przy swoich racjach, nie chce ustąpić oraz dążyć do zgodnego przebywania w jednym otoczeniu. Jest to też duże wyzwanie dla personelu pracującego w DPS. Łagodzenie sporów i umiejętnego szukanie kompromisów jest codziennym elementem pracy zarówno opiekunów, pielęgniarek czy → pracowników socjalnych.

Kolejnym wielkim problem jest konieczność **uczestniczenia w żywieniu zbiorowym**. W każdej instytucji → opieki społecznej osoba starsza może skorzystać z kuchni i jej wyposażenia. W miarę swoich możliwości i posiadanych produktów spożywczych osoba starsza i/lub jej bliscy mogą przygotować ulubiony czy adekwatny do upodobań posiłek. Niestety w przypadku ograniczonej samodzielności mieszkań-

ca w tym zakresie w większości placówek w Polsce nie można, poza zaleceniami dietetycznymi, dostosować sposobu przyrządzania czy rodzaju posiłków do oczekiwań wszystkich seniorów. Ta sytuacja jest przyczyną wielu frustracji podopiecznych i konfliktów z personelem DPS. Każdy z nas ma przecież swoje upodobania dietetyczne i smaki do których chętnie wraca. Jednocześnie w sytuacji konieczności przygotowania posiłku dla wielu mieszkańców (czasami nawet dla ponad stu) nie ma możliwości uwzględnienia indywidualnych potrzeb żywieniowych każdego z mieszkańców. Należy jeszcze dodać, że wyjątkowo trudno jest zmienić niewłaściwe nawyki żywieniowe u osób starszych. Niestety wszystkie te elementy pogarszają stan odżywienia osób starszych zamieszkujących w DPS (por. Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008).

Następnym problem jest **bierność mieszkańców w życiu społeczności lokalnej**, który być może ma swoje źródło w biernej wizji starości (por. Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007). Często seniorzy powtarzają: „napracowałem się w życiu, teraz mam czas na odpoczynek". Niestety brak → aktywności fizycznej, nawet tej wywołanej codzienną aktywnością, skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia i nasileniem objawów depresji (por. Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007). Osoby starsze często odczuwają → samotność i osamotnienie, i oczekują większego zainteresowania ze strony rodziny i/lub opiekunów. Sami często nie przejawiają inicjatywny w zakresie udziału w proponowanych zajęciach organizowanych w ramach → terapii zajęciowej. Bierność mieszkańców przejawia się również w niechęci do wspólnego z innymi seniorami spożywania posiłków na stołówce. Bardzo dużą rolę spełnia personel pracujący w DPS. To oni poprzez edukację podopiecznych w zakresie korzyści wynikający z aktywności codziennej, podkreślania roli terapeutycznej proponowanych zajęć, a przede wszystkim poprzez dostosowanie proponowanych elementów do możliwości i zainteresowań seniora mogą uzyskać zwiększenie aktywności w życiu codziennym mieszkańców. W licznych badaniach wielokrotnie już potwierdzano znaczenie nawet najmniejszej aktywności dnia codziennego dla zdrowia somatycznego i psychicznego (por. Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008). Niestety nadal duża grupa seniorów, szczególnie w sytuacji, gdy płaci za usługi, oczekuje wykonywania za nich wszystkich nawet najmniejszych czynności.

Pobyt w DPS powinien umożliwiać **wdrażania działań usprawniających i opiekuńczych** (por. Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008). Wszyscy mieszkańcy DPS korzystają ze świadczeń leczniczych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych na bardzo podobnych zasadach jak pozostali seniorzy mieszkający we własnych domach. Istnieje tylko nieco wyższa stawka kapitacyjna 2,5 za mieszkańców DPS w porównaniu do osób po 65 r.ż. – 2,0. [Współczynniki korygujące wyceny usług medycznych kontraktowanych przez NFZ, czyli stawki kapitacyjnej – wynoszą: x 2,5 – dla podopiecznego DPS, oraz x 2,0 – dla osoby powyżej 65. roku życia, zob. *Podstawowa Opieka Zdrowotna*, 2010 – Internet: POZ_info-ptmr.edu.pl – przyp. red.].

Opieka pielęgniarska powinna być sprawowana w taki sposób, jak jest ona przewidziana dla osób starszych mieszkających w środowisku domowym. W Polsce osoba, która zamieszka w placówce → pomocy społecznej praktycznie (poza pobytami w szpitalu) pozostaje w niej do końca życia. W przypadku dalszego pogorszenia się stanu zdrowia mieszkaniec DPS zostaje objęty pielęgniarską → opieką długoterminową domową czy opieką → hospicjum domowego. Jest to sytuacja z jednej strony bardzo korzystna dla seniora, gdyż unika on kolejnej zmiany miejsca zamieszkani, osób sprawujących opiekę, oraz problemów z tym związanych. Niestety w obecnie panującym systemie ochrony zdrowia osoba starsza w DPS, wymagająca większej opieki, pielęgnacji czy rehabilitacji, traci możliwość większej refundacji tych elementów w porównaniu do pacjenta przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym czy rehabilitacji leczniczej.

Należy podkreślić, że większość mieszkańców DPS, mimo swojej już trudnej sytuacji zdrowotnej, mieszkaniowej czy rodzinnej, nadal **oczekują kontaktów z rodziną**. Osoby starsze z reguły bardzo dobrze oceniają świadczenia realizowane przez opiekunów i/lub pielęgniarki. Mimo to seniorzy tęsknią za bliskimi i nikt oraz nic tego nie jest wstanie zastąpić, dlatego personel DPS powinien ułatwiać kontakt mieszkańców z bliskim i edukować rodzinę w tym zakresie (Borowiak, 2013). Kontakt z rodziną jest elementem terapeutycznym zarówno dla mieszkańca DPS, jak i dla jego bliskich. Należy pamiętać, że bliscy często przeżywają traumę spowodowaną niemożnością (z różnych względów) świadczenia opieki nad osobą starszą w miejscu jej zamieszkania. Często rodzina czuje się winna obecnej sytuacji seniora, a zarazem ma poczucie niedostatecznego własnego zaangażowania się w opiekę nad nim. Pracownicy DPS mogą pomóc zrozumieć nową sytuacji i pojawiające się problemy, ułatwić kontakt ze starszą osobą a zarazem spowodować zadowolenie obu stron.

EJB

B: Borowiak, 2013; Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; *Mały Rocznik…*, 2014; Manthorpe, Iliffe, 2010; Mielczarek, 2010; Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008.
D: Rozporządzenie z 23 VIII 2012 r.; Ustawa z 19 VIII 1994 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.
N: http://wyborcza.pl/duzy_kadr…; *Podstawowa Opieka Zdrowotna*, 2010 – Internet: POZ_info-ptmr.edu.pl.
O: dom dla osób w podeszłym wieku, dom pomocy społecznej, specjalny dom pomocy społecznej.
TK: ang. *resident of social welfare home / living in a nursing home / nursing home as a place of residence*, fr. *résidence dans un bien-être social*, hiszp. *residencia en un hogar de ancianos / residencia de personas mayores*, niem. *Leben im Alten- und Pflegeheim*, ros. *пребывание в доме престарелых*.

człowiek stary w domu pomocy społecznej → pobyt w domu pomocy społecznej

pobyt w domu pomocy społecznej – ujęcie psychologiczne

Od zakończenia II wojny światowej do chwili obecnej → domy pomocy społecznej (DPS) przeszły prawdziwą rewolucję organizacyjną. Pierwotnie były one „przechowalnią" dla ludzi, którzy z racji posiadanej → niepełnosprawności (najczęściej wynikającej z działań wojennych) i braku osób bliskich, nie mogły mieć zabezpieczonej → opieki w naturalnym środowisku. W tym czasie DPS-y nie były nastawione na prowadzenie → rehabilitacji i aktywizacji społecznej swoich podopiecznych. W minimalnym stopniu realizowały zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze. Słabo finansowane przez państwo, nie zapewniały godnych warunków → życia. Często posłuszeństwo mieszkańców wymuszane było przy użyciu przemocy. Nic więc dziwnego, że w świadomości społecznej upowszechnił się wizerunek DPS-u jako miejsca, w którym człowiek skazany jest na wegetację, bez szansy na jakąkolwiek poprawę własnego losu (Dykcik, 1997).

Sytuacja zmieniła się radykalnie, gdy odpowiedzialność za funkcjonowanie DPS-ów przejął w roku 1989 Jacek Kuroń (1934–2004) – ówczesny minister pracy i polityki społecznej. Przede wszystkim dzięki jego zabiegom nastąpiła zasadnicza modernizacja tych placówek – polepszyła się infrastruktura, zatrudniony został fachowy personel, a przede wszystkim działalność opiekuńczo-pielęgnacyjna została uzupełniona o profesjonalną działalność rehabilitacyjną. Wreszcie mieszkańcy tych domów otrzymali to, na co bezskutecznie oczekiwali od wielu lat – nadzieję na poprawę własnej egzystencji, wynikającej z wszechstronnego usprawniania. DPS przestał być miejscem „zesłania", bez możliwości powrotu do normalnego życia społecznego. Wielu mieszkańców skorzystało z tej szansy i po okresie intensywnej rehabilitacji powróciło do naturalnego środowiska.

Za zmianami zachodzącymi w DPS-ach nie nadążała jednak świadomość społeczna. Pozostało w ludziach przekonanie, że ten typ placówek → pomocy społecznej przypomina „czarną dziurę", w której znika się na zawsze, jeśli się tam trafi. W związku z tym nadal – zupełnie niesłusznie – ludzie bronili się przed umieszczeniem w tego typu instytucji, a osoby bliskie często miały poczucie winy z tego powodu, że dopuściły do takiej sytuacji (Kowalik, 1997).

W 1998 doszło do kolejnej reformy pomocy społecznej w Polsce. Jej osobliwością okazała się nagła rezygnacja państwa z funkcji bezpośredniego wykonawcy → zabezpieczenia społecznego i ograniczanie odpowiedzialności do pełnienia roli nadzorczej nad samorządami lokalnymi, które stały się gwarantem zaspokajania potrzeb życiowych ludzi, którzy okazali się niezdolni do samodzielnego życia. Realizacja tej polityki spowodowała powstanie zupełnie nowych warunków dla funkcjonowania DPS-ów, m.in. utrudniono dostęp do tych instytucji ludziom, którzy mogli – przy odpowiednim → wsparciu społecznym – prowadzić niezależne życie w naturalnym środowisku. Niewątpliwie tę tendencję można uznać za korzystną. Inne działania należy jednak ocenić jako zdecydowany regres pomocy społecznej. Dotacje finansowe na działalność DPS-ów zostały ograniczone w takim stopniu, że trzeba było zmniejszyć liczbę fachowego personelu (szczególnie dokuczliwe okazało się ograniczenie w zatrudnieniu lekarzy). Personelowi narzucono takie standardy pracy, które doprowadziły do nadmiernego sformalizowania kontaktów z mieszkańcami. Ograniczono finansowanie usług rehabilitacyjnych, co w praktyce spowodowało zubożenie działalność aktywizującej mieszkańców tych placówek. Domy pomocy społecznej stały się znów placówkami opiekuńczymi [→ domami opieki]. Na szczęście w wielu DPS-ach ciągle jeszcze podtrzymywana jest dawna tradycja, akcentująca znaczenie prowadzonej rehabilitacji. Jest to niewątpliwa zasługa wielu dyrektorów DPS-ów. W sumie oferta opiekuńczo-pielęgnacyjna w DPS-ach jest zbliżona do stanu wcześniejszego, natomiast doszło do pogorszenia stanu usług rehabilitacyjnych świadczonych mieszkańcom tych placówek.

Do DPS rzadko trafia osoba z własnego wyboru, najczęściej zgadza się ona na pobyt w tej instytucji, gdyż nie widzi dla siebie alternatywnej formy życia. Zdarza się też i tak, że trzeba ją intensywnie nakłaniać do zamieszkania w nowym miejscu. Trafiając do DPS nowy jego mieszkaniec posiada zwykle upowszechniony w świadomości społecznej negatywny wizerunek tej instytucji. Poza tym trafia do miejsca zupełnie nieznanego. Mnóstwo w nim ludzi ciężko poszkodowanych przez los. Najczęściej są to osoby w → wieku podeszłym. Zdarzają się też ludzie z wyraźnie ujawnianymi zaburzeniami psychicznymi. Jeśli do tego dodamy, że wejście do DPS jest równoznaczne z koniecznością nagłego opuszczenia dotychczasowego miejsca zamieszkania, w którym wszystko było bliskie, a przede wszystkim było wielu przyjaciół i znajomych, to można sobie wyobrazić, jak silnych → stresów musi doświadczyć człowiek w momencie przejścia do nowego środowiska.

W celu ograniczenia tych traumatycznych przeżyć, personel specjalistyczny DPS-ów (a także miejskich i powiatowych → ośrodków pomocy społecznej, które kierują do DPS) zachęca → rodziny do wcześniejszych odwiedzin swoich placówek wspólnie z przyszłym mieszkańcem. Zwraca się także uwagę na to, aby mieszkaniec mógł zabrać ze sobą do DPS przedmioty z którymi jest szczególnie związany (niekiedy są to nawet zwierzęta: kanarki, koty, psy). Zdarzają się także bardziej złożone praktyki zamieszkania w nowym miejscu, które mają uchronić ich przed niepotrzebnym stresem. Jedna z nich polega na ulokowaniu mieszkańca na terenie placówki w pokoju, który uniemożliwia bezpośrednie kontakty z innymi mieszkańcami. W czasie kilkutygodniowej aklimatyzacji, nowy mieszkaniec stopniowo poznaje personel, a później także stopniowo zaznajamia się z innymi mieszkańcami. W czasie okresu adaptacji rozpoznawane są też jego potrzeby i oczekiwania życiowe. Na tej podstawie dobiera następuje stopniowe włączanie nowego mieszkańca w życie społeczne domu, a także proponuje się adekwatną do potrzeb ofertę rehabilitacyjną.

Na podstawie wielu rozmów można wnosić, że okres zaakceptowania nowych warunków życia przez mieszkańców DPS jest bardzo zróżnicowany. Niektórzy z nich twierdzą, że już po 2–3 tygodniach czują się w placówce jak u siebie w domu, a nawet lepiej. Trudno się temu dziwić, jeśli trafiają tutaj ludzie żyjący w trudnych warunkach, np. na dworcach kolejowych albo brudnych, wychłodzonych, zniszczonych mieszkaniach. Inni nie mogą przystosować się do nowych warunków życia przez wiele lat. Pobyt w DPS traktują jako krzywdę wyrządzoną przez najbliższą rodzinę, są zgorzkniali, odrzucają wszelką pomoc personelu. Dla każdego mieszkańca domu najbardziej frustrująca jest jednak samotność. Szczególnie dla osób w starszym wieku dużą trudność sprawia otwarcie się na nowe znajomości. Kiedy jednak na podstawie wspólnych zainteresowań, sympatii, a nawet miłości, powstają pary lub grupy przyjaciół, które wspierając się wzajemnie, znika poczucie osamotnienia. Poza wszystkim, najważniejsza jest jednak rodzina. Utrzymywanie z nią kontaktu poprzez wyjazd na wakacje, korespondencję, przyjazdy rodziny do DPS powoduje, że mieszkańcy – przynajmniej mentalnie – nie tracą więzi ze swoim środowiskiem naturalnym.

Innym źródłem frustracji dla mieszkańców DPS jest poczucie niepełnowartościowości. Pobyt w tej placówce traktują oni jako dowód nieudanego życia, często obwiniają siebie za zaistniałą sytuację. Rehabilitacja jest najlepszym środkiem terapeutycznym dla takich mieszkańców. Postępy w wykonywaniu czynności samoobsługowych, zwycięstwo w zawodach sportowych, wykonanie pięknego obrazu lub rzeźby, ukończenie rajdu krajoznawczego, to drobne przykłady sukcesów, które mogą przyczynić się do odbudowy samooceny mieszkańców DPS. Oczywiście zajęcia rehabilitacyjne i aktywizujące muszą być dobrze dobrane i właściwie prowadzone. Jako irytujące odbierane są propozycje aktywnego spędzania czasu, które polegają na śpiewaniu dziecięcych piosenek, opowiadaniu bajek, rysowaniu kredkami obrazków, które potem wyrzuca się do śmieci. Mieszkańców DPS-ów nie można traktować tak, jak traktuje się dzieci! (Kowalik, 1997).

Wreszcie trzeba wspomnieć o problemie być może najważniejszym. Mimo zaakceptowania życia w DPS, wielu starszych mieszkańców odczuwa niepokój – o którym mówią bardzo niechętnie – w związku z wyobrażeniami przyszłości. Boją się przede wszystkim sytuacji, w której będą obłożnie chorzy, a ich los będzie uzależniony całkowicie od personelu. Zapewne istnieje jakaś instytucjonalna bariera, która utrudnia pojawienia się u mieszkańców wiary w życzliwość i bliskość personelu w sytuacji krytycznej. Bardziej liczą na pomoc niektórych, zaprzyjaźnionych mieszkańców, niż na pomoc profesjonalistów. Trzeba podkreślić, że troskliwość personelu wobec mieszkańców chorych somatycznie lub cierpiących na zespoły otępienne jest zazwyczaj właściwa. Mimo tego lęk przed własną bezradnością w przyszłości nie jest łatwo zlikwidować. Można go jednak wykorzystać, zachęcając mieszkańców do większego zaangażowania się w działania rehabilitacyjne, które opóźniają moment pełnego uzależnienia od innych ludzi (Kowalik, 2009).

Na koniec trzeba wspomnieć o pobycie w DPS starszych mieszkańców cierpiących na różne schorzenia centralnego układu nerwowego. Opieka nad mieszkańcami, którzy nie tylko utracili zdolność do samoobsługi, ale dodatkowo mają trudności z porozumiewaniem się, → pamięcią, tracą orientację w sobie i otoczeniu, nie jest łatwa ani prosta. Mimo naturalnych trudności związanych z brakiem jakiejkolwiek aktywności lub skrajnego pobudzenia psychoruchowego, opieka nad tymi osobami realizowana jest w większości DPS-ów w sposób właściwy. Opieka pielęgnacyjna i troska o zaspokojenie podstawowych potrzeb nie budzi zastrzeżeń. Często włączani są w różnego rodzaju zajęcia aktywizujące, takie jak: → terapia zajęciowa, spacery, ćwiczenia ruchowe. U osób odwiedzających DPS może powstać negatywne odczucie związane z tym, że chorzy z zespołem otępiennym [→ otępieniem] znajdują się pod ciągłym nadzorem w izolowanych pomieszczeniach. Trudno jednak sobie wyobrazić, żeby można zapewnić im właściwą opiekę bez wprowadzenia tego ograniczenia.

Podsumowując, pobyt w DPS jest dla wielu ludzi koniecznością. Większość z nich potrafi to zrozumieć i zaakceptować, o ile natrafią na placówkę w której zatrudniony jest personel rozumiejący własną pracę jako humanistyczną misję. Zdecydowanie istotną rolę we właściwej organizacji DPS odgrywa jej dyrektor. Ponieważ jak dotąd większość osób pełniących tę funkcję pamięta jeszcze Kuroniowe czasy, gdy DPS-y działały znakomicie, dlatego też ciągle jeszcze można być spokojnym o losy ich mieszkańców. A jak będzie w przyszłości, tego nie wiadomo.

SZK

B: Dykcik, 1997; Kowalik, 1997, 2009.

O: dom dla osób w podeszłym wieku, dom pomocy społecznej, pobyt w domu pomocy społecznej – człowiek stary w domu pomocy społecznej, specjalny dom pomocy społecznej.

N: http://es.wikipedia.org/wiki/Residencia…

TK: ang. *residence in a care home* / *living in the social welfare home* / *living in a nursing home*, fr. *résidence dans un bien-être social*, hiszp. *residencia en un hogar de ancianos* / *residencia de personas mayores*, niem. *Leben im Alten- und Pflegeheim*, ros. *пребывание в доме престарелых*.

poczucie sensu życia

polski psycholog, Kazimierz → Obuchowski, zaliczył potrzebę sensu życia do „potrzeb orientacyjnych", czyli takich właściwości człowieka i jego wartości, których zaistnienie uzasadnia ludzkie → życie, dążenia i działania. Zatem jest to pewien „projekt życia" – koncepcja, którą kieruje się człowiek w samorealizacji i w porządkowaniu swojego istnienia. Jeśli zwróci się uwagę na dynamikę rozwoju i dojrzewania podmiotu, sens życia definiuje się jako: „stan podmiotowej satysfakcji jednostki, związany z działaniem celowym i ukierunkowanym na wartości bliskie i dalekie, względne i absolutne" (Frankl, 1978, s. 15–18, Popielski 1987, s. 128).

Biorąc pod uwagę fakt, że człowiek jako istota twórcza, poszukuje i dąży do odkrywania sensu życia (Frankl, 1978, 1984, Popielski, 1987, Tischner, 2001), określenie poczucie sensu życia wydaje się być bardziej adekwatne niż określenie sens życia. Ks. Kazimierz Popielski (1935–) uważa, że jest to związane z „pewnymi ogólnymi przeświadczeniami jednostki, które podtrzymują jej motywację, »siłę do życia«, dążenia i odniesienia. […] Związane są one z takimi treściami życia ludzi, jak: refleksja, nadzieja, zaufanie, perspektywa życiowa, miłość, dobro, życzliwość, wolność, Absolut, zaangażowanie, »sens«" (Popielski, 1994, s. 70, 170 i s. 193). Proces poszukiwania sensu życia jest dynamiczny i odbywa się poprzez realizowanie ważnych wartości w życiu każdego człowieka. Dlatego potrzeba sensu życia jest określana jako „potrzeba potrzeb" lub „metapotrzeba" (Frankl, 1984, Popielski, 1991, 1994, Grulkowski, 1998). Spełnianie i realizowanie potrzeby sensu życia prowadzi do poczucia sensu życia. Określenie „poczucie" wskazuje, że jest to pojęcie „zrelatywizowane do podmiotu doświadczającego go" (Popielski, 1987), a w odwołaniu do potrzeby sensu życia jest jej gratyfikacją – człowiek „doświadcza woli sensu w formie poczucia satysfakcjonującego i motywującego" (Popielski, 1991, s. 5).

Pojęcie poczucie sensu życia – w ujęciach Jamesa Charlesa Crumbaugha (1912–2005) i Leonarda Thomasa Maholicka (1921–2001) – oznacza: „stan psychiczno-noetyczny podmiotu, doświadczany w związku z realizacją jego osobowego sposobu bycia i spełniania swojej egzystencji. Jest to swoisty stan egzystencjalny, doświadczany przez jednostkę z tytułu jej spełniania się jej jako osoby i stawania się osobowością i orientacji egzystencjalnej" (Popielski, 1994, s. 189). Doświadczanie poczucia sensu życia jest możliwe do ujęcia i opisania w kategoriach doznań intelektualnych i emocjonalnych. Utrwala się w formie „doświadczenia" egzystencjalnego, które jest rezultatem zarówno własnej aktywności człowieka, jego odniesień, dążeń, jak i wpływu oddziaływań zewnętrznych. Poza tym poczucie sensu życia jest związane wprost z osobistym zaangażowaniem się jednostki w świat wartości, z odkrywaniem ich znaczenia dla swojego

istnienia i internalizacją wartości. Łączy się nie tylko z posiadaniem przez człowieka celów, zadań i wartości, ale także z brakiem stanów rezygnacyjnych, → depresji, zniechęcenia i podobnych stanów emocjonalnych w sytuacjach trudnych. Zdaniem Viktora Emila Frankla (1905–1997), człowiek może znaleźć sens „nie tylko w tworzeniu dzieła i spełnianiu czynu, nie tylko w spotkaniu kogoś i doświadczaniu czegoś, lecz również, jeśli trzeba, w sposobie, w jaki znosi cierpienie" (Frankl, 1978, s. 155).

Odczuwanie potrzeb, ich realizacja i zaspokajanie przez podmiot, rozpoznanie celów, aspiracji, wartości i postaw wpływa na → dobrostan psychiczny każdej osoby. Dobrostan zaś, determinuje poczucie → jakości życia i sensu życia. Jakość życia, czyli zaspokajanie potrzeb typu egzystencjalnego „mieć", bezpieczeństwa „być" i kontaktu społecznego „kochać", decyduje zatem o „poczuciu sensu życia" (sądach, poglądach i przeświadczeniach jednostki, które podtrzymują jej motywację, „siłę do życia"), zaś poczucie sensu życia wynika z określenia jakości życia przez człowieka i jest procesem dynamicznym, który uwzględnia stałe realizowanie potrzeb przez człowieka dorosłego i odkrywanie sensu życia, czyli „dążenie ku…" (Popielski, 1987, 1991, 1994). Dokonuje się to na osi czasu, począwszy od momentu aktualnej refleksji nad jakością życia i sensem życia, poprzez odniesienie do oceny poczucia jakości życia występującego w przeszłości, aż do skierowania się człowieka do przyszłości i jest określane jako „noodynamika egzystencjalna". Składają się na nią: 1. Jakości noetyczne – są to te wszystkie potencjalności podmiotowe, dzięki którym człowiek może realizować stan osobowego bycia i osiągać swój optymalny rozwój osobowościowy. Jakości te stanowią: wolność, odpowiedzialność, godność, wartość, sens i/lub znaczenie, wola i/lub dążenie, odniesienie „ku", miłość i życzliwość, cierpienie, nadzieja i zaufanie, otwartość osobowa, cele (ukierunkowania), akceptacja bycia, podmiotowość. 2. Temporalność noetyczna – związana jest z realizowaniem się człowieka jako jednostki zorientowanej czasowo, czyli lokującej przeżywanie swojego istnienia w jednym z możliwych wymiarów czasowych – w przeszłości, teraźniejszości, przyszłości. Do tego odnosi się koncepcja „czasu patologizującego egzystencję", czyli wiązanie się jednostki z jedną tylko perspektywą czasową, gdy tymczasem człowiek powinien istnieć i funkcjonować w pewnym „optimum temporalnym": przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. 3. Aktywność noetyczna – „[…] określa te właściwości egzystencji ludzkiej, które realizowane w procesie życia jednostkowego służą spełnianiu się egzystencji, kształtują jednostkę i pomagają jej być i stawać się sobą. Potwierdzają jej identyczność i pogłębiają samopoczucie jednostki jako podmiotu" (Popielski 1991, s. 18). Są to: samopotwierdzenie, autotranscendencja, autodystans, życie jako zadanie, satysfakcja z osiągnięć, kierowanie się sumieniem, akceptacja życia, kreatywność, nastawienie dialogalne, gotowość do wyrzeczeń, akceptacja drugich, ocena poczucia sensu życia. 4. Postawy noetyczne – postawy te, mające charakter egzystencjalny, („zreflektowane nastawienie ku…") łączy podmiotowe odnoszenie się do życia. Należą do nich: postawa wobec sukcesu, wobec → śmierci, postawa zaangażowania, intelektualna i emocjonalna.

MK-W

B: Adler, 1986; Frankl, 1978, 1984, 2009; Grulkowski, 1998; Obuchowski, 1966, 1995; Popielski, 1987, 1991, 1994; Tischner, 2001.

TK: ang. *perceptron of the meaning of life*, fr. *la perception du sens de la vie*, hiszp. *percepción de sentido de la vida*, niem. *der Sinn des Lebens empfinden*, ros. *чувство смысла жизни*.

sens życia → poczucie sensu życia

„Podróż w czasie" – warsztat rozwoju osobistego osób starszych

– stanowi propozycję pracy z osobami starszymi w oparciu o metaforyczną podróż w → czasie własnego → życia. Warsztat wspiera się na zdolności człowieka do mentalnej podróży w czasie (Tulving, Kim, 2007). Rozpoczyna się refleksją nad własną przeszłością, następnie prowadzi przez skupienie na teraźniejszości aż do kreowania przyszłości, w tym również przyszłości transcendentalnej. Ma na celu kształtowanie zrównoważonej perspektywy czasowej u osób w okresie → późnej dorosłości, stymulowanie autorefleksji nad poszczególnymi obszarami czasowymi oraz pomaganie w pozytywnym rozstrzygnięciu życiowego kryzysu integralność–rozpacz.

Zrównoważona perspektywa czasowa stanowi psychiczną zdolność do elastycznego przełączania się między perspektywami czasowymi w zależności od pełnionych funkcji, realizowanych zadań, sytuacji i zasobów osobistych. Jest również ujmowana jako częsta i względnie zbilansowana skłonność do myślenia zarówno o swojej przeszłości, jak i przyszłości w pozytywny sposób (zob. Zimbardo, Boyd 1999, Webster, 2011). Koncepcja zrównoważonej perspektywy cza-

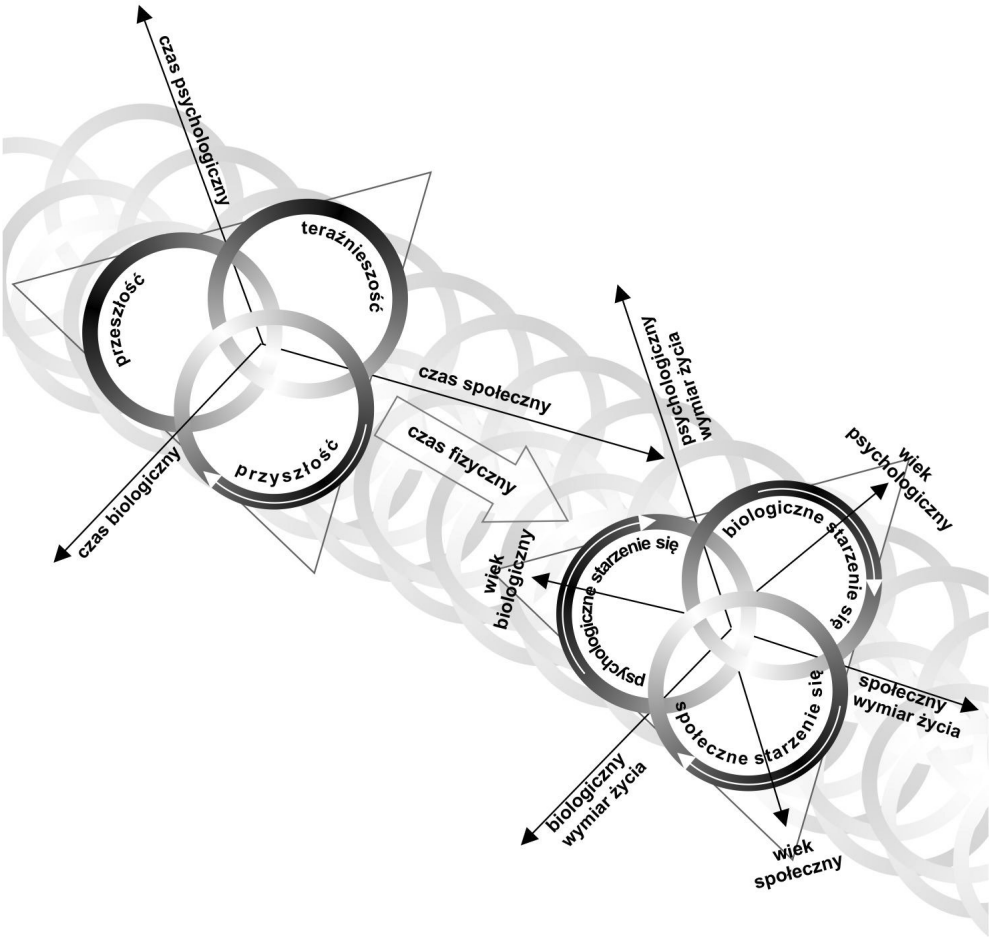
sowej jest komplementarna do koncepcji kompetencji funkcjonowania w czasie. Zdolność ta sprzyja adaptacji do rzeczywistości, tworzeniu wizji przyszłości i wiąże się z poczuciem szczęścia (por. Boniwell, Zimbardo 2004, Gao, 2011). Zrównoważona perspektywa czasowa sprzyja większemu spełnieniu w pracy, karierze, relacjach rodzinnych i przyjacielskich (Boniwell i współprac., 2010), a także → zdrowiu fizycznemu i psychicznemu (Oyanadel, Buela-Casal 2010).

Warsztat przeznaczony jest głównie dla osób powyżej 60. roku życia, w relatywnie dobrej kondycji psychicznej i poznawczej, chociaż po dostosowaniu i zmodyfikowaniu technik może być prowadzony z osobami w nieco słabszej kondycji psychofizycznej. W ramach warsztatu proponuje się 100 technik, niektóre z nich w dwóch wariantach. Przygotowane techniki w części są autorskie, w części natomiast stanowią ogólnodostępne techniki, które zostały dostosowane do możliwości osób starszych i celów warsztatu. Całość podzielona jest na pięć części, stanowiących etapy podróży są to: przygotowanie do podróży, podróż do przeszłości, podróżowanie do teraźniejszości, podróż do przyszłości i zakończenie podróży.

Warsztat rozpoczyna się od przygotowania do podróży, ukierunkowanego na integrację grupy oraz wprowadzenie do ogólnej koncepcji warsztatu. W celu zapoznania, zbudowania atmosfery opartej na zaufaniu oraz tworzeniu więzi między uczestnikami przygotowanych zostało 6 technik integracyjnych.

Część druga to podróż do przeszłości, składająca się z 32 technik, które mają na celu rozwijanie i kształtowanie pozytywnego nastawienia do własnej przeszłości, poprzez ponowną reinterpretacje minionych doświadczeń, a także nadawanie im nowego znaczenia.

Trzecia część – podróżowanie do teraźniejszości – to 20 technik, które umożliwiają zatrzymanie się nad tym, co „tu i teraz", pobudzają świadomość czasu własnego życia i jego pełne doświadczanie, pozwalają na uczenie się dostrzegania uroków życia, własnych możliwości pomimo ograniczeń, a także kształtują umiejętno-



Rys. 1. Wielowymiarowość starzenia się człowieka w czasie, Źródło: C. Timoszyk-Tomczak. B. Bugajska, *Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości*. Szczecin: Wyd. Nauk. Uniw. Szczec., 2012, s. 131.

ści wykorzystywania czasu teraźniejszego do własnego rozwoju.

Część czwarta to podróż do przyszłości, w tej części opisanych zostało 34 technik, z których 10 odnosi się do przyszłości transcendentalnej, rozumianej jako wyobrażenia dotyczące czasu po → śmierci. W ramach podróży do przyszłości osoby starsze mają możliwość poszerzenia własnego horyzontu czasowego, dostrzeżenia szans i możliwości w przyszłości. Proponowane techniki pozwalają również na reinterpretację obaw i zagrożeń związanych z przeszłością, tak aby nie stanowiły one przeszkody w kreowaniu tego, co jeszcze może nastąpić. Propozycje skierowane na kształtowanie i rozwijanie przyszłości transcendentalnej mają na celu poszerzenie własnej świadomości tak, aby jeszcze bardziej twórczo i perspektywicznie spojrzeć na własną przyszłość i całe życie. Osoby starsze motywowane są do refleksji nad przyszłością w kontekście nie tylko osobistym, ale również pokoleniowym i świata.

Ostatnia, piąta część – to zakończenie podróży. W ramach tej części opisano 8 technik ukierunkowanych na scalenie perspektyw czasowych, wzmocnienie powiązań między przeszłością a teraźniejszością i przyszłością, integrację tych obszarów i nadawanie im znaczenia. Ta część ukierunkowana jest na indywidualne zmiany, związane z tym, czego brakuje każdemu z uczestników. Ma na celu rozwijanie kreatywnego i elastycznego podejścia do czasu.

Proponowane techniki tworzą trzy układy: „horyzontalny", „wertykalny" i „scalony". Układ „horyzontalny" to techniki ułożone na osi czasu: przeszłość – teraźniejszość – przyszłość – przyszłość transcendentalna, które realizowane są w poszczególnych etapach warsztatu. Pozwala to na wyzwalanie dynamizmu każdej perspektywy czasowej, uświadamiając człowiekowi znaczenie czasu, który minął, który trwa aktualnie i który nadejdzie.

Układ „wertykalny" tworzą tzw. techniki przewodnie (lot balonem, dziennik podróży i mandala życia), powtarzają się one na koniec każdego etapu podróży. Daje to możliwość – z jednej strony – zrozumienia związków pomiędzy poszczególnymi perspektywami czasowymi, a z drugiej uświadomienia sobie, że czas w życiu człowieka jest jednością a wzajemne przenikanie się przeszłości, teraźniejszości i przyszłości wzmacnia świadomość czasu w życiu człowieka.

Układ „scalony" tworzą techniki mające na celu scalenie perspektyw czasowych i wypracowanie zrównoważonej perspektywy czasowej. Podróż do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości zatacza koło i tworzy nową jakość czasu własnego życia w okresie → starości.

Przeprowadzenie warsztatu, tak aby zrealizować jego podstawowy cel, czyli kształtowanie zrównoważonej perspektywy czasowej u osób starszych, oraz pozytywnego nastawienia do czasu własnego życia, wymaga przejścia wszystkich etapów podróży, wraz z technikami przewodnimi i scalającymi. Warsztat jest jednak tak pomyślany żeby można go było realizować w różnych wariantach czasowych. Istotnych jest przy tym kilka zasad. Planując warsztat z ograniczoną ilością czasu można zminimalizować ilość technik w układzie horyzontalnym – praca z przeszłością, teraźniejszością i przyszłością, wybrać jedną technikę przewodnią, np. układ horyzontalny, i zachować wybrane techniki scalające. Nie można jednak pominąć zupełnie technik przewodnych i/lub scalających, ponieważ zmieni to zupełnie sens pracy i uniemożliwi osiągnięcie celu. Warsztat rozwoju osobistego w okresie starości opiera na rezultatach badań naukowych i przekonaniu o potencjale rozwojowym ostatniej fazy życia człowieka.

BBU, CT-T

B: Boniwell i współprac., 2010; Boniwell, Zimbardo, 2004; Bugajska B., Timoszyk-Tomczak, 2013, 2014; Gao, 2011; Oyanadell, Buela-Casal, 2010; Tulving, Kim, 2007; Webster, 2011; Zimbardo, Boyd, 1999, 2009.

N: https://wikipedia.org/wiki/Muzeum…

O: czas, percepcja czasu, przyszłościowa perspektywa czasowa w starości.

TK: ang. *"Time travel" – the workshop for personal growth of the elderly*, fr. *"Le voyage dans le temps" – l'atelier de croissancie personnelle des personnes âgées*, hiszp. *"El viaje a través del tiempo" – el taller de crecimiento personal de las personas mayores futuro del tiempo*, niem. *"Als Zeitreise" – der Workshop für die persönliche Entwicklung der älteren Menschen*, ros. *"Путешествия во времени" – семинар для личностного роста пожилых людей*.

podwójne starzenie się ludności

– proces podwyższania się udziału osób bardzo starych w zbiorowości osób starszych. Niezależnie od tego, jak definiować początek późnej → starości, w trakcie przebiegu procesu → starzenia się ludności obserwowalny jest wzrost liczby i frakcji osób najstarszych (zob. tab. 1). Zjawisko to wynika z długookresowej logiki przemian umieralności, prowadzących do coraz większej skali redukcji prawdopodobieństwa zgonów wśród osób coraz starszych jako konsekwencji zarówno zmiany → stylu życia na wcześniejszych etapach ontogenezy na bardziej prozdrowotny, poprawy poziomu → życia, podnoszenia się poziomu wykształcenia ko-

lejnych generacji (a zatem i wzrostu kontroli nad przebiegiem życia i świadomą eliminacją i/lub ograniczeniem wielu szkodliwych czynników), jak i poprawy funkcjonowania ochrony → zdrowia.
Niekiedy – tak jak to miało i mieć będzie miejsce w przypadku Polski – podwójne starzenie się jest krótkotrwale zakłócone wpływem czynnika kohortowego, a zatem wpływem nadzwyczajnych zdarzeń z przeszłości (kryzysy społeczne o charakterze politycznym, ekonomicznym lub normatywno-obyczajowym), silnie modyfikujących odnotowywaną wówczas liczbę urodzeń.
Rezultatem podwójnego starzenia się ludności jest szybki wzrost liczby osób bardzo starych, wzrost tym silniejszy, z im starszą grupą wieku mamy do czynienia, a tym samym wzrost znaczenia słabo rozpoznanych problemów społecznych, bytowych i społecznych osób, które to problemy z uwagi na dotychczasową rzadkość występowania nie zostały dogłębnie zdiagnozowane.

PS

O: demografia starości w Polsce, demografia starzenia się, demograficzne problemy globalne, demograficzne starzenie się, starzenie się, starość, teorie procesu starzenia się ustroju.
TK: am. *double aging of the population*, am. *"double ageing" process*, fr. *double vieillissement démographique*, hiszp. *doble proceso de envejecimiento de la población*, niem. *Doppelalterungsprozess der Bevölkerung* / *demographische "Doppelalterung"* / *Hormone im Alter*, ros. *двойной процесс старения населения* / *двойной процесс демографического старения*.

poizometryczna relaksacja mięśni

– jest techniką, która ma calu poprawę zakresu ruchomości w stawie i normalizację napięcia struktur mięśniowych i powięziowych w okolicy stawu. Osoba poddana terapii napina mięśnie antagonistyczne w pozycji końcowej zakresu ruchomości w stawie, przeciw stawianemu oporowi ręki fizjoterapeuty (czas jednego napięcia wynosi ok. 30–60 sekund). Można wykonać napinanie mięśni kilka razy. Następnie przykłada się opór po przeciwnej stronie stawu i wykonuje jednorazowe napięcie mięśni działających przeciwnie, do mięśni napinanych wcześniej. W technice tej łączy się często pracę z oddechem, z kontrolą wzroku i z wykorzystaniem komend słownych, co sprzyja lepszemu rozluźnieniu mięśni. Metody tej nie można zastosować u pacjentów nieprzytomnych, ze względu za brak kontaktu i zniesienie czucia bólu, który też często jest sygnałem ostrzegawczym, o przekroczeniu pewnej bariery ochronnej, jeśli chodzi o ruch w stawie. Należy zastosować szczególne środki ostrożności, jeśli chodzi o prowadzenie usprawniania tą techniką u pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych (Ebelt-Paprotny, Wappelhorst, 2012).

AMB

A: PIR (am., ang.), ПИР (ros.).
B: Ebelt-Paprotny, Wappelhorst, 2012.
O: starzenie się mięśniowo-szkieletowe, starzenie się układu mięśniowego.
TK: ang. *post-isometric relaxation* [PIR] / *postisometric relaxation* [PIR], fr. *relaxation musculaire isométrique poste*, hiszp. *relajación muscular postisométrica*, niem. *postisometrischen Muskelrelaxationo*, ros. *постизометрическая реаксация мышц* [ПИР].

polipragmazja

pochodzące od grec. źródłosłowu (*πολυπραγμασία* – zajmować się wieloma różnymi bądź też nieswoimi

Tabela. 1. Liczba osób starszych (65+) i bardzo starych (80+) w Polsce w latach 1950–2030 (dane w tys.)

Rok	65+	80+	Udział osób 80+ w zbiorowości osób w wieku 65+ (w %)
1950	1 318,2	180,3	13,7
1960	1 788,5	213,0	11,9
1970	2 736,3	334,7	12,2
1978	4 053,5	479,6	11,8
1988	3 757,1	739,9	19,7
2002	4 852,6	827,7	17,1
2011	5 230,1	1 347,7	25,8
2020	7 193,6	1 684,4	23,4
2030	8 646,5	2 205,9	25,5

Źródło: dane Narodowych Spisów Powszechnych i Prognoza Demograficzna GUS z 2014 r.

sprawami) określenie oznaczające nadużywanie leków szkodzące → zdrowiu (zob. Kopaliński, 1994, s. 401).

Częstym zjawiskiem w → wieku podeszłym jest właśnie **polipragmazja**, czyli „zażywanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania i występujących między nimi interakcji albo przepisywanie nadmiernej liczby leków bez wyraźnej potrzeby" (Wielosz, 2008. – Internet: http://www.sluzbazdrowia.com.pl), niestety dotyczy to także leków o małym współczynniku terapeutycznym, jak digoksyna, która bywa przepisywana bez udokumentowanej niewydolności serca. Oczywiście zwiększa to nie tylko koszty terapii, ale przede wszystkim ryzyko objawów ubocznych, → geriatrycznych zespołów jatrogennych, → niepełnosprawności, chorobowości, hospitalizacji, przyjęcia do → domu opieki długoterminowej czy wreszcie śmiertelności.

Na przeciwległym biegunie znajduje się inne zjawisko – niedostateczne leczenie, czyli niepodawanie leków koniecznych w terapii lub profilaktyce albo stosowanie zbyt małych dawek. Dotyczy to tak istotnych chorób, jak: → astma [oskrzelowa], → cukrzyca, → choroba Parkinsona czy niewydolność serca. Okazuje się, że ok. 30% osób ≥ 85. roku życia. nie otrzymuje leków przeciwbólowych, mimo że zgłasza ból w przebiegu choroby nowotworowej, co jest postępowaniem niehumanitarnym i medycznie nieuzasadnionym (Morrison L. J., Morrison R. S., 2006). Podobny odsetek starszych pacjentów nie otrzymuje leków w ramach wtórnej prewencji udarów niedokrwiennych mózgu. Pokutuje stereotyp, że niektórzy pacjenci są „za starzy" lub „zbyt chorzy", aby zastosować u nich farmakoterapię. Tymczasem dane na temat interwencji farmakologicznych w chorobach przewlekłych (dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze) dowodzą, że osoby starsze często odnoszą większe korzyści z farmakoterapii niż młodsze grupy wiekowe (zob. La Rosa, He, Vupputuri, 1999). W rzeczywistości rezygnacja z profilaktyki jest usprawiedliwiona tylko u chorych z licznymi schorzeniami o krótkiej przewidywanej → długości życia, u których stosowanie leków wymagających długotrwałego podawania celem wywołania efektu prewencyjnego nie ma uzasadnienia. Inne zjawisko to uzależnienie od farmakoterapii, trudne do wykrycia w podeszłym wieku, gdy granica między koniecznym stosowaniem leków a ich nadużywaniem jest płynna. Najczęściej dotyczy to preparatów stosowanych w zaburzeniach psychicznych, → chorobie zwyrodnieniowej stawów, przewlekłych zespołach bólowych i zaburzeniach wegetatywnych. Do czynników ryzyka uzależnienia należą m.in.→ śmierć współmałżonka, nieradzenie sobie z codziennymi problemami, poczucie osamotnienia, przygnębienie czy strach przed zbliżającą się śmiercią. Najczęściej nadużywane bywają leki uspokajające i nasenne, przeciwbólowe i przeczyszczające. Nieracjonalne stosowanie tych leków lub zjawisko tolerancji prowadzi do błędnego koła chorobowego, którego przykładem są bóle głowy „z odbicia", przy stosowaniu leków przeciwbólowych lub biegunka rzekoma, przy stosowaniu środków przeczyszczających (zob. Ksiądzyna, Szeląg, 2013, s. 122)

Polipragmazji nie należy utożsamiać z **politerapią**, czyli właściwym stosowaniem kilku leków zgodnie z obowiązującymi zaleceniami farmakoterapii określonych jednostek chorobowych (zwykle pod kontrolą lekarza). Polipragmazja najczęściej wynika z samoleczenia, a konkretnie szkodliwego (lub potencjalnie szkodliwego) dla zdrowia zażywania wielu leków dostępnych bez recepty, preparatów ziołowych i suplementów diety jednocześnie, nie uzasadnionego racjonalnymi względami (por. Gryglewska i współprac., 2014).

Najczęstsze przyczyny niewłaściwego zażywania leków to nieznajomość mechanizmów ich działania, a zwłaszcza → interakcji leków oraz objawów niepożądanych wywoływanych przez leki. Obecne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej sprawia, że → seniorzy często próbują rozwiązać problemy zdrowotne samodzielnie lub wykorzystując doświadczenie własne, → rodziny i znajomych z pominięciem gabinetu lekarskiego. Temu zjawisku sprzyjają odległe terminy wizyt lekarskich, utrudniony dostęp do specjalistów czy brak pieniędzy na prywatną wizytę, jak również sugestywna reklama leków dostępnych bez recepty, preparatów ziołowych i suplementów diety w mediach oraz nie zawsze wiarygodne informacje na stronach internetowych. Jednocześnie powstaje coraz więcej standardów leczenia poszczególnych chorób, które mogą nakładać się na siebie u danego pacjenta leczącego się niejednokrotnie u kilku specjalistów. Ponadto, istnieje związek między liczbą lekarzy przepisujących leki a polipragmazją wieku podeszłego, ponieważ istotnym czynnikiem ryzyka polipragmazji jest korzystanie z porad licznych lekarzy bez informowania ich przez osoby starsze o wszystkich przyjmowanych lekach, preparatach ziołowych i suplementach diety (zob. Anderson, Kerluke, 1996). Dodatkowo, poza wiekiem pacjentów oraz liczbą leków ordynowanych im na początku terapii, wśród czynników, które mogą znacząco zwiększyć ryzyko polipragmazji wymienia się → wielochorobowość, a zwłaszcza współistnienie takich chorób jak cukrzyca czy schorzenia

układu pokarmowego. Ponadto ryzyko polipragmazji jest większe u kobiet, szczególnie z małych miejscowości i z niskim poziomem wykształcenia, jak również w przypadku leczenia objawowego, bez sprecyzowanego rozpoznania, profilaktyki lub leczenia niepożądanych objawów wywołanych innymi lekami czy też leczenie chorób afektywnych dwubiegunowych i neurodegeneracyjnych (Preskorn, Werder, 2006).

Do leków szczególnie związanych ze zjawiskiem polipragmazji zalicza się paracetamol oraz niesteroidowe leki przeciwzapalne, w tym kwas acetylosalicylowy i ibuprofen a także preparaty witaminowe, zobojętniające kwas solny i przeczyszczające. Przykładowo, stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (powszechnie dostępnych pod różnymi nazwami handlowymi) w ramach samoleczenia może prowadzić do przedawkowania, krwawienia z przewodu pokarmowego czy powikłań nerkowych u pacjentów z niewydolnością nerek.

Zjawisko polipragmazji może dotyczyć także leków dostępnych wyłącznie na receptę, w tym również o małym współczynniku terapeutycznym, czyli stosunku dawki leku wywołującej objawy toksyczne do dawki działającej terapeutycznie. Do takich farmaceutyków należy m.in. digoksyna, która bywa przepisywana seniorom bez udokumentowanej niewydolności serca, a jedynym kryterium włączenia leku wydaje się być podeszły wiek pacjenta. Takie postępowanie nie tylko zwiększa koszty terapii, ale przede wszystkim ryzyko objawów ubocznych, a nawet zgonu. Wśród innych leków istotnie zwiększających ryzyko polipragmazji wymienia się inne leki stosowane w chorobach układu sercowo-naczyniowego (β-blokery, inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę, blokery kanału wapniowego), astmie oskrzelowej oraz działające na ośrodkowy układ nerwowy.

Jak stwierdza się w dokumencie Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (zob. Załącznik do Uchwały Nr 238 Rady Min., 2014): „Aktualna sytuacja w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych sprzyja polipragmazji, która w podwójny sposób generuje olbrzymie koszty: poprzez finansowanie niepotrzebnych leków oraz przez konieczność leczenia działań niepożądanych tych leków. Dane z piśmiennictwa wskazują, że objawy jatrogenne u osób starszych są przyczyną około 20% wszystkich hospitalizacji, co świadczy o braku koordynacji w leczeniu osób starszych", i dodaje, że „schorzenie jatrogenne może powstać na skutek ubocznego działania leków bądź też powstaje u pacjenta przez autosugestię związaną z niezrozumieniem słów lekarza". Polipragmazja zatem pociąga za sobą dalsze problemy lekowe obniżające efektywność farmakoterapii i generujące dodatkowe koszty leczenia. Obejmują one m.in. kwestię nieprzestrzegania przez pacjenta zaleceń lekarskich, wystąpienie poważnych działań niepożądanych leków, interakcje lekowe czy konieczność hospitalizacji.

Działania zmierzające do ograniczenia polipragmazji w subpopulacji geriatrycznej obejmują m.in. ustalenie czy stosowany lek jest niezbędny, wykluczenie przeciwwskazań do stosowania leku w podeszłym wieku i możliwości przyjmowania przez pacjenta dwóch lub więcej preparatów o tej samej nazwie międzynarodowej lub podobnym mechanizmie działania, stosowanie leku w możliwie najniższej skutecznej dawce, wykluczenie możliwości przyjmowania leku w celu leczenia działań niepożądanych spowodowanych innym lekiem, uproszczenie schematów dawkowania stosowanego leku, ustalenie potencjalnych i rzeczywistych interakcji lekowych, ustalenie czy pacjent stosuje się do zaleceń lekarskich, ustalenie możliwości jednoczesnego stosowania przez pacjenta innych leków dostępnych bez recepty, preparatów ziołowych lub leków przepisanych dla innego pacjenta, np. członka rodziny (Bushardt, Jones, 2005). W warunkach zmniejszonej dostępności do lekarzy ważną rolę w ograniczaniu polipragmazji przypisuje się farmaceutom (Rollason, Vogt, 2003; Vinks i współprac., 2009; Jasińska, Orszulak-Michalak, 2009 – Internet: http://www.aptekarzpolski.pl/…).

DKS

B: Anderson, Kerluke, 1996; Bushardt, Jones, 2005; Gryglewska i współprac., 2014; Kopaliński, 1994; Książdyna, Szeląg, 2013; Morrison L. J., Morrison R. S., 2006; Preskorn, Werder, 2006; Rollason, Vogt, 2003; Vinks i współprac., 2009.

N: Jasińska, Orszulak-Michalak, 2009 – Internet: http://www.aptekarzpolski.pl/…; Wielosz, 2008 – Internet: http://www.sluzbazdrowia.com.pl.

O: działania niepożądane leków, interakcje leków.

TK: ang. *polypragmasy* / *polypharmacy*, fr. *polypragmasie* / *polypharmacie*, hiszp. *paciente polimedicado*, niem. *die Polypragmasie*, ros. *полипрогмазия* / *полифармация*.

polityka aktywnego starzenia się

– są to działania władz publicznych ukierunkowane na wdrażanie → aktywnego starzenia się (zob. ilustr. 1). Celem tych działań jest umożliwienie jak najdłuższego zachowania przez starzejącą się jednostkę społecznej produktywności, czyli zdolności do wykonywania

– odpłatnie lub nie – czynności przynoszących komuś korzyść, użytecznych dla kogoś. Pomimo prospołecznej frazeologii praktyka polityki aktywnego starzenia się skupia się przede wszystkim na karierze zawodowej, próbując zastąpić transfery socjalne redystrybucją pracy, stąd też działania władz publicznych ukierunkowane są głównie na wspieranie kariery zawodowej oraz oddziaływaniem na jak najpóźniejsze jej zakończenie. Tym, co wyróżnia politykę aktywnego starzenia się od → polityki senioralnej, czy innych polityk związanych ze → starzeniem się ludności (tj. polityk wobec → starości, starzenia się i osób starszych), jest: a) antycypacyjność działań (stosowanie działań z wyprzedzeniem w stosunku do potencjalnych problemów, koncentrowanie się na przygotowaniu do starości, sprawiające, że głównym beneficjentem wdrażania tego projektu są nie tylko osoby starsze, lecz i te na → przedpolu starości); b) holizm podejmowanych działań (ich całościowość, uwzględniająca oprócz ekonomiczno-prawnych bodźców wpływających na skłonność do bycia w zatrudnieniu i zatrudniania osób „starszych", oddziaływanie na inne ich kariery, warunkujące aktywność zawodową, przede wszystkim karierę zdrowotną, edukacyjną, rodzinną; c) systematyczność działań (spójność wewnętrzna, długofalowa, wspierająca się na „zarządzaniu przyszłością"); d) podporządkowanie logice polityk → biegu życia człowieka i inwestycji społecznych (próba oddziaływania na zgodność wyborów, jakie podejmuje jednostka, z normatywnymi modelami przebiegu → życia, wczesna prewencja → ryzyk społecznych).

PS

N: http://skierniewice.naszemiasto.pl…

O: aktywizacja ludzi starszych w środowisku lokalnym, aktywizacja psychosocjalna osób starszych, aktywizacja zawodowa osób starszych, aktywne starzenia się, aktywny senior, aktywny styl życia, polityka senioralna, polityka społeczna wobec osób starszych. starzenie się, starość.

TK: am. *active aging policy*, ang. *pactive ageing policy*, fr. *politique de vieillissement actif*, hiszp. *política de envejecimiento activo*, niem. *Politik des aktives Altern*, ros. *политика активного старения*.

polityka generacyjna

– jest to polityka kształtowania relacji międzypokoleniowych. Rozumiana jest na dwa sposoby. Po pierwsze, jako ogół wysiłków ukierunkowanych na instytucjonalizację indywidualnych i zbiorowych relacji między różnymi pokoleniami, zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej, czyli wypracowanie względnie trwałych i oczywistych sposobów koegzystencji różnych → generacji. Po drugie, jako próba kreowania warunków umożliwiających tworzenie relacji międzypokoleniowych między osobami i grupami żyjącymi dziś, w przyszłości, oraz w przeszłości, w sposób który gwarantuje wzmocnienie współodpowiedzialności, czyli → solidarności międzypokoleniowej. W praktycznym rozumieniu, stosowanym w naukach ekonomicznych, to przede wszystkim sposób traktowania przez władze publiczne obecnych i przyszłych generacji w zakresie redystrybucji zasobów, w tym i przyszłej spłaty zasobów obecnie zużywanych (tj. spłaty długu publicznego). W tym rozumieniu dyskusja o polityce generacyjnej koncentruje się na kwestii sprawiedliwości i równości międzypokoleniowej, których główny trzon zasadza się na przekonaniu, że prowadzone obecnie działania władz publicznych nie mogą prowadzić do pogorszenia sytuacji przyszłych pokoleń w stosunku do pokoleń obecnie żyjących.

PS

O: generacja, generacja sandwicz, opieka międzygeneracyjna, polityka aktywnego starzenia się, polityka senioralna, polityka społeczna wobec osób starszych, projekt międzypokoleniowy, solidarność międzypokoleniowa, transfery międzypokoleniowe, umowa międzypokoleniowa, więzi międzypokoleniowe.

TK: ang. *generational politics*, fr. *politique générationnelle*, hiszp. *la política generacionales*, niem. *Generationenpolitik*, ros. *политика по* отношению *к разным* поколениям.

Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera

– jest charytatywną, pozarządową organizacją pożytku publicznego, utworzoną w Warszawie w roku 1992, która zrzesza → rodziny, opiekunów i wolontariuszy zajmujących się pacjentami z → chorobą Alzheimera, jak również specjalistów (neurologów, psychiatrów, psychologów), którzy zajmują się rozpoznawaniem i leczeniem tej → choroby (zob. ilustr. 1). Od 2005 posiada status organizacji pożytku publicznego. Terenem jego działania jest obszar Rzeczpospolitej Polskiej, natomiast siedzibą Zarządu jest miasto stołeczne Warszawa. Aktualnie stowarzyszenie kieruje działalnością ok. 35 organizacji alzheimerowskich w różnych miastach całego kraju i zrzesza ponad 500 osób.

Podstawowym celem stowarzyszenia jest niesienie wszechstronnej pomocy osobom z chorobą Alzheimera i zaburzeniami pokrewnymi oraz ich rodzinom i opiekunom. Jego realizacja odbywa się po-

przez: „1) Organizowanie różnych form pomocy i → wsparcia dla osób chorych na chorobę Alzheimera i zaburzenia pokrewne, mających na celu poprawę jakości ich życia. 2) Wzmacnianie psychologiczne opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera i zaburzenia pokrewne oraz włączanie ich do działań samopomocowych. 3) Popularyzację wiedzy i problemów związanych z chorobą Alzheimera i zaburzeniami pokrewnymi. 4) Wydawanie materiałów edukacyjnych dla chorych i opiekunów. 5) Wymianę informacji i kształcenie osób opiekujących się pacjentami z chorobą Alzheimera i zaburzeniami pokrewnymi. 6) Inspirowanie, organizowanie i prowadzenie badań naukowych. 7) Wpływanie na politykę i polityków mające na celu wzrost uwagi i pomoc dla pacjentów z chorobą Alzheimera i ich rodzin. 8) Współpracę z odpowiednimi ośrodkami zagranicznymi w celu wymiany doświadczeń. 9) Wpływanie na politykę zdrowotną i społeczną dla poprawy → jakości życia chorych. 10) Podejmowanie innych działań, które bezpośrednio lub pośrednio wiążą się z podstawowym celem" (§7 Statutu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, zob. http://www.alzheimer-waw.pl/images…).

Stowarzyszenie prowadzi różnorodne formy działalności. Jedną z nich jest tworzenie i koordynacja działalności dzielnicowych → grup wspierania i samopomocy. Aktualnie istnieje 7 takich grup, których spotkania odbywają się w każdą pierwszą sobotę miesiąca. Tworzą je mieszkańcy danej dzielnicy Warszawy, sprawujący → opiekę nad chorymi z → otępieniem typu alzheimerowskiego. Spotkania te, poza walorem integracyjnym, służą też popularyzacji wiedzy na temat choroby i wymianie informacji na temat sposobów sprawowania opieki nad osobami nimi dotkniętymi. Na co dzień grupy wsparcia współpracują z pracownikami dzielnicowych ośrodków pomocy społecznej i przedstawicielami samorządu lokalnego (Sadowska, 2007).

Od początku istnienia stowarzyszenia działa ogólnopolski telefon zaufania (22 622 11 22) i bezpłatna infolinia (tel. 800 250 250) dla osób cierpiących na tę chorobę oraz dla ich rodzin. We wtorki i czwartki, w godz. 15:00–17:00, w siedzibie stowarzyszenia (00-118 Warszawa, ul. Emilii Plater 47) dyżurują opiekunowie chorych oraz psycholog. Poza udzielaniem informacji i porad telefonicznych, odpowiadają również na pytania zainteresowanych przesłane do nich za pośrednictwem poczty elektronicznej**:** alzheimerpl@gmail.com. Średnio w ciągu roku udzielają blisko 1 500 porad i informacji (Nowicka, 2015).

Od 1992 stowarzyszenie organizuje coroczny „Tydzień Alzheimera", a od 1994 również uroczyste obchody Światowego Dnia Choroby Alzheimera (21 IX), w ramach których odbywają się konferencje prasowe, a także różne imprezy, np. koncerty i pikniki. Natomiast od 1997 stowarzyszenie prowadzi uliczne kampanie informacyjno-edukacyjne, w trakcie których rozdawane są poradniki, biuletyny i ulotki oraz organizuje publiczne wykłady na temat choroby Alzheimera (Sadowska, 2007).

W ostatnich latach Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera inicjuje bądź aktywnie uczestniczy w kampaniach społecznych organizowanych wspólnie z innymi polskimi organizacjami alzheimerowskimi. Jesienią 2015 r. z okazji wyborów parlamentarnych Stowarzyszenie wzięło udział w Kampanii Społecznej polegającej na wysłaniu do kandydatów na parlamentarzystów Apelu Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich pt. *Pomóż nam uczynić choroby demencyjne priorytetem zdrowia publicznego.* Apel ten zawierał prośbę o włączenie do ich programów wyborczych problematyki → starzenia się społeczeństwa oraz informacji o wzroście zachorowań na → choroby otępienne, a także konieczności podjęcia starań o poprawę jakości życia osób nimi dotkniętych i ich opiekunów (http://www.alzheimer-waw.pl/kampania-spoleczna).

Innym przykładem podjętej w 2015 przez Stowarzyszenie inicjatywy była organizacja kampanii społecznej pn. *List zwrócony do nadawcy,* której celem było dotarcie do znanych osób (polityków, dziennikarzy), a za ich pośrednictwem także i do społeczeństwa, z informacją o pilnej potrzebie stworzenia w naszym kraju systemu wszechstronnej opieki medycznej i pozamedycznej dla osób dotkniętych zaburzeniami otępiennymi i ich opiekunów rodzinnych. Polegała ona na wysyłaniu do różnych nieistniejących osób ręcznie napisanych listów–apeli, których nadawcą była jakaś popularna osoba, np. polityk czy dziennikarz. Takie listy wracały do nadawcy z adnotacją „adresat nie istnieje / adresat nieznany…", który z czytając ich treść mógł się dowiedzieć, jak może się czuć osoba cierpiąca na zaburzenia → pamięci oraz jak ważne jest wspieranie działalności polskich organizacji alzheimerowskich. W liście znajdowała się też prośba do nadawcy o zainicjowanie dyskusji czy debaty, której tematem przewodnim byłyby problemy osób z chorobami dementywnymi oraz ich rodzin i/lub zaproszenie przedstawicieli Stowarzyszenia do udziału np. w audycji telewizyjnej poświęconej tej te-

matyce (zob. http://www.alzheimer-waw.pl/kampania-spoleczna). Pierwszą publiczną osobą, która pozytywnie zareagowała na list był dziennikarz stacji TVN Grzegorz Miecugow (1955–). Wiosną 2015 r. zaprosił on członka Zarządu Stowarzyszenia Mirosławę Wojciechowską-Szepczyńską (1952–) do udziału w programie pt. *Inny punkt widzenia*, który poświęcony był problematyce choroby Alzheimera, sytuacji chorych i ich rodzin oraz działalności istniejących w Polsce organizacji alzheimerowskich.

W latach 1995–2011 Stowarzyszenie wydawało periodyk „Bliżej Alzheimera", którego kolejne numery można znaleźć w Bibliotece Narodowej, w bibliotekach wojewódzkich, uniwersyteckich i medycznych, a także wznawiany co kilka lat pierwszy polski poradnik *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów.* Dzięki Stowarzyszeniu od 1995 → opiekunowie rodzinni chorych będący jego członkami mogą korzystać z wyjazdów na turnusy rehabilitacyjno-wypoczynkowe do Konstancina. Mogą również otrzymać konkretne wsparcie dla swoich podopiecznych w zakresie zaopatrzenia ich w środki pielęgnacyjno-higieniczne i sprzęt rehabilitacyjny, a dla chorych leżących uzyskać bezpłatną pomoc pielęgniarską (Sadowska, 2007).

Pracownicy Stowarzyszenia zajmują się także → profilaktyką gerontologiczną. Seniorom po 60 roku życia przeprowadzają bezpłatnie → badania przesiewowe pamięci, a tych, u których rozpoznają ryzyko → otępienia kierują na pogłębioną diagnozę specjalistyczną. Pierwsza taka akcja pn. „Pomóż swojej pamięci" została przez nich zorganizowana w 2000. Ponadto wszystkim zainteresowanym osobom udzielają wyczerpujących informacji na temat choroby Alzheimera i innych zaburzeń otępiennych, właściwych sposobów sprawowania opieki nad chorymi w warunkach domowych oraz trudności związanych z tym procesem. Dysponują też bazą danych na temat istniejących w Polsce ośrodków wsparcia dziennego, publicznych i prywatnych → domów opieki, wyspecjalizowanych w pieczy nad osobami z demencją, a także istniejącymi na terenie całej Polski stowarzyszeniami dla chorych i ich opiekunów. Stowarzyszenie organizuje także szkolenia dla osób profesjonalnie zajmujących się opieką i leczeniem chorych, a także zajmujących się szeroko rozumianym wsparciem dla ich rodzin (dla pielęgniarek, lekarzy, pracowników pomocy społecznej).

Pozytywne doświadczenia omawianego Stowarzyszenia, związane z niesieniem pomocy ludziom dotkniętym chorobami otępiennymi oraz ich bliskim, stały się impulsem do tworzenia się na terenie całego kraju kolejnych, lokalnych stowarzyszeń alzheimerowskich. W chwili obecnej istnieje ok. 35 tego rodzaju organizacji pozarządowych (Rossa, 2014). Większość przystąpiło do Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, którego celem jest „koordynacja działań zmierzających do podniesienia jakości życia chorych i ich rodzin, lepszego zrozumienia przez społeczeństwo problemów, jaki stwarza choroba Alzheimera oraz przyczynianie się do zmiany polityki społecznej Państwa" (§1 Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, zob. http://www.alzheimer-porozumienie.org/tresc-porozumienia-1/). Inicjatorem tego przedsięwzięcia i jego sygnatariuszem było Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Porozumienie dysponuje mandatem do reprezentowania całego ruchu polskich organizacji alzheimerowskich w kraju – przed władzami rządowymi i za granicą – przed organizacjami europejskiego i światowego ruchu alzheimerowskiego. W 2011 Porozumienie zawiązało z → Polskim Towarzystwem Alzheimerowskim zawiązało Koalicję Alzheimerowską, której pierwszym wymiernym sukcesem było opracowanie Polskiego Planu Alzheimerowskiego (Nowicka, 2015). Od 1992 Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera należy do europejskiej (*Alzheimer Europe*), a od 1997 r. do światowej (*Alzheimer's Disease International*) federacji stowarzyszeń alzheimerowskich. Jest również członkiem Europejskiej Platformy Ludzi Starszych [AGE]. Ta współpraca międzynarodowa przynosi wymierne efekty w postaci dostępu do najnowszej specjalistycznej literatury poświęconej problematyce choroby, a także uczestnictwa członków Stowarzyszenia w międzynarodowych konferencjach naukowych będących okazją do wymiany doświadczeń (Nowicka, 2004).

Przewodniczącym Zarządu Stowarzyszenia jest obecnie Zbigniew Jacek Tomczak 1946–). Mottem stowarzyszenia są znamienne słowa: *Nie zapominajmy o tych, którzy już nie potrafią pamiętać…*

AN, AAZ

B: Nowicka, 2004, 2015; Rossa, 2014; Sadowska, 2007, 2011.

N: http://www.alzheimer-porozumienie…; http://www.alzheimer-waw.pl; http://www.alzheimer-waw.pl/images…; http://www.alzheimer-waw.pl/kampania-spoleczna.

O: Alzheimer Alois, choroba Alzheimera, choroby neurodegeneracyjne, choroby otępienne, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, planowanie opieki nad

osobami z otępieniem, Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie, zaburzenia zachowania w otępieniu, zespół otępienny.
TK: ang. *Polish Association of Support for People with Alzheimer's Disease*, fr. *Société Polonaise de l'aide aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer*, hiszp. *Associación polaca de ayuda par alas personas con enfermedad de Alzheimer*, niem. *Polnische Gesellschaft zur Hilfe für Personen mit Alzheimer-Krankheit*, ros. *Польская ассоциация ухода и поддержки людей с болезнью Альцгеймера*.

Ilustr. 1. Logo Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.

Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie (PTA)

– jest stowarzyszeniem założonym w roku 2006 przez lekarzy specjalistów – naukowców, którym bliska jest problematyka → chorób otępiennych, w tym także → choroby Alzheimera, tworzących nieformalny zespół, który nosił nazwę Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępienia (IGERO). Do ścisłego grona założycieli Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego (PTA) należą tacy eksperci ds. → otępienia, jak: Maria Barcikowska (neurologia), Tomasz Gabryelewicz (psychiatria), Katarzyna Gustaw (neurologia), Iwona Kłoszewska (psychiatria), Wojciech Kozubski (neurologia), Paweł P. Liberski (neuropatologia), Elżbieta Łuczywek (neuropsychologia), Rafał Motyl (neurologia), Stanisław Ochudło (neurologia), Tadeusz Parnowski (psychiatria), Joanna Siuda (neurologia), Tomasz Sobów (psychiatria), Maria Styczyńska (neurologia), Andrzej Szczudlik (neurologia) i Jerzy Adam Vetulani (farmakologia).
Aktualnie PTA zrzesza około 220 członków – przedstawicieli nauk medycznych (głównie neurologów, psychiatrów i geriatrów) i nauk społecznych (psychologów, neuropsychologów, logopedów) oraz reprezentantów innych profesji. Jego siedziba znajduje się w Krakowie, przy ul. Ariańskiej 7. Towarzystwo działa na podstawie przepisów Ustawy z 7 IV 1989 r. oraz Statutu, a swoją działalnością obejmuje obszar Rzeczypospolitej Polskiej.
Do najważniejszych celów statutowych PTA (zob. ilustr. 1) należą: 1) „wspieranie rozwoju profilaktyki i leczenia chorób mózgu prowadzących do otępienia, a szczególnie choroby Alzheimera oraz promocja zdrowia w tym zakresie wśród społeczeństwa; 2) upowszechnianie wiedzy o mózgu i jego chorobach, a szczególnie o chorobie Alzheimera, wśród lekarzy, psychologów oraz innych pracowników ochrony zdrowia i pracowników naukowych prowadzących badania naukowe w tym zakresie; 3) inicjowanie i wspieranie badań naukowych w dziedzinie chorób mózgu, a w szczególności choroby Alzheimera i innych prowadzących do otępienia, oraz krajowej i międzynarodowej wymiany naukowej w tym zakresie; 4) współpraca z różnymi podmiotami i organizacjami w poprawie → opieki nad chorymi z otępieniem w Polsce; 5) współudział w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych kadry medycznej (lekarzy, psychologów i innych pracowników ochrony zdrowia) w zakresie wiedzy na temat przyczyn rozpoznania oraz profilaktyki i leczenia choroby Alzheimera i innych chorób mózgu prowadzących do otępienia" (pkt. 3.1. Statut PTA, zob. http://www. alzheimerpolska.pl…).
Działalność PTA polega na popularyzacji w społeczeństwie wiedzy na temat choroby Alzheimera i in. postaci otępienia, a także promowania najnowszych osiągnięć związanych z ich profilaktyką, diagnozowaniem oraz leczeniem podczas organizowanych przez członków stowarzyszenia wystaw, koncertów, pokazów i odczytów. Sprowadza się również do organizacji kongresów i konferencji naukowych oraz spotkań szkoleniowych dla lekarzy oraz przedstawicieli in. profesji zainteresowanych problematyką zaburzeń otępiennych (Nowicka, 2015).
W okresie 2009–14 PTA zorganizowało sześć konferencji (tabela 1). Pierwsza z nich odbyła się 16 V 2009 r. w Warszawie i miała charakter naukowo-szkoleniowy. Jej tematem przewodnim było wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimera. Natomiast ostatnią zorganizowano w dniach 14–15 XI 2014 r., a jej głównym tematem było zapobieganie otępieniu. Dodatkowo stowarzyszenie było współorganizatorem kilku in. konferencji i kongresów. Warto zauważyć, że zawsze podczas tych spotkań naukowych odbywają się również szkolenia oraz warsztaty dla lekarzy, psychologów i logopedów, których celem jest pogłębienie wiedzy, jak również umiejętności diagnozowania i leczenia

różnego rodzaju zaburzeń otępiennych, w tym szczególnie otępienia typu Alzheimera, a także w zakresie oddziaływań terapeutycznych wobec osób chorych. Ponadto PTA obejmuje swym patronatem konferencje i in. wydarzenia organizowane przez inne podmioty, których problematyka związana jest chorobami otępiennymi. Przykładem może być patronat nad konferencją naukowo-szkoleniową poświęconą komputerowo wspomaganej diagnozie → chorób neurodegeneracyjnych sponsorowaną przez projekt „DECIDE" Komisji Europejskiej (Warszawa, 26 II 2013); konferencją *Zaburzenia chodu* (Kraków, 28 II 2014) czy *Neurodegeneracje. Diagnostyka i terapia pacjentów z chorobami neurozwyrodnieniowymi* (Gdańsk, 8–9 V 2015). Zarząd PTA zdecydował też o objęciu patronatem programu *Alzheimer XXI wieku – Ogólnopolski program badania pamięci w Polsce,* który był realizowany w 2011. PTA objęło również patronatem wydarzenie pod hasłem *Harmonia psychiczna to podstawa zdrowia*, które w dniach 6–12 X 2014 r. w ramach „Tygodnia Zdrowia Psychicznego" zorganizowano w sopockim wydziale WSPS.

Stowarzyszenie prowadzi także działalność wydawniczą w postaci czasopism, broszur, książek. Niewątpliwym sukcesem członków PTA jest między innymi wydanie w 2011 publikacji pt. *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego* (Otwock: MediSfera). Stanowi ona aktualizowaną wersję wytycznych opracowanych w 2006 pt. *Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień [IGERO 2006]* (Lublin: Czelej) oraz kontynuację opublikowanego w 1999 stanowiska Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępienia [IGERO] pt. *Wczesne Rozpoznawanie i Leczenie Otępienia typu Alzheimera* (Gdańsk: MAKmed). Najnowsze rekomendacje opierają się na Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) i są przeznaczone głównie dla lekarzy specjalistów, geriatrów, neurologów, psychiatrów, którzy sprawują opiekę medyczną nad osobami w starszym wieku, którzy uskarżają się na zaburzenia funkcji kognitywnych. Stanowią one kompendium wiedzy na temat procesu diagnozowania i leczenia chorych z podejrzeniem lub rozpoznaniem otępienia (zob. Nowicka, 2015).

PTA ogłasza również konkursy i przyznaje nagrody za wyróżniające się prace z zakresu choroby Alzheimera i innych chorób prowadzących do otępienia lub w zakresie badań prowadzących do wyjaśnienia przyczyn choroby Alzheimera lub zwiększających możliwość jej diagnozowania i leczenia. Promuje także inicjatywy badawcze, a zwłaszcza te, które powodują zbliżenie Polski ze światem w zakresie wiedzy na temat mózgu i jego chorób (pkt. 3.2. Statutu PTA, http://www.alzheimerpolska.pl…).

Dla dobra osób dotkniętych chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów rodzinnych stowarzyszenie podejmuje współpracę z innymi polskimi organizacjami alzheimerowskimi. Przykładem cennej i owocnej współpracy PTA z Ogólnopolskim Porozumieniem Organizacji Alzheimerowskich było zawiązanie 24 VIII 2011 r. Koalicji Alzheimerowskiej, do zadań której należą: „Opracowanie Narodowego Planu Alzheimerowskiego w Polsce. Wpisanie chorób mózgu do priorytetów polityki zdrowotnej w prezydencji Polski w UE. Wspieranie równoległego i racjonalnie przemyślanego funkcjonowania trzech działów medycyny – neurologii, psychiatrii i → geriatrii w zajmowaniu się chorobą Alzheimera. Wspieranie badań epidemiologicznych, społecznych w Polsce w zakresie choroby Alzheimera, które byłyby punktem wyjścia do opracowania Narodowego Planu. Wspieranie społecznej kampanii edukacyjnej dotyczącej choroby Alzheimera z uwagi na bardzo niską świadomość wśród Polaków w tym temacie oraz kampanię edukacyjną dla lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek" (PTA, zob. http://www.alzheimerpolska.pl…). Jednym z pierwszych sukcesów Koalicji Alzheimerowskiej było opracowanie w 2011 Polskiego Planu Alzheimerowskiego, który składa się z pięciu części, w których nakreślono społeczne znaczenie choroby Alzheimera i genezę powstania planu, w tym jego zgodność z inicjatywami i dokumentami europejskimi, a także najważniejsze zadania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji chorych na → otępienie typu alzheimerowskiego i ich opiekunów rodzinnych. Koncentrują się one wokół edukacji, badań naukowych, organizacji opieki medycznej (diagnostyki i leczenia), jak również opieki nad pacjentem.

Aktualnie Prezesem PTA jest Andrzej Szczudlik, a wiceprezesami są Maria Barcikowska-Kotowicz i Tomasz Gabryelewicz. Fundusze na swoją działalność PTA pozyskuje ze składek członkowskich swoich członków; darowizn, zapisów, spadków, subwencji, dotacji i dochodów finansowych (odsetek) od środków pieniężnych zdeponowanych w bankach (pkt. 13.2. Statutu PTA, http://www.alzheimerpolska.pl…).

AN

A: PTA.

B: *Diagnostyka*…, 2011; Nowicka, 2015; *Rozpoznawanie*…, 2006; Szczudlik, Barcikowska-Kotowicz, Sadowska 2014; *Wczesne*…, 1999.
D: Ustawa z 7 IV 1989 r.
N: http://wawalove.pl/…; http://www.alzheimerpolska.pl…
O: Alzheimer Alois, choroba Alzheimera, choroby neurodegeneracyjne, choroby otępienne, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, pedagogika osób z otępieniem, planowanie opieki nad osobami z otępieniem, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, zaburzenia zachowania w otępieniu, zespół otępienny.
TK: ang. *Polish Alzheimer's Association*, fr. *Association Polonaise de Alzheimer*, hiszp. *Polaco de la Alzheimer's Asociación*,, niem. *Polnische Alzheimer Gesellschaft*, ros. *Польское Общество Альцгеймера*.

Ilustr. 1. Logo Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG)

– powstało w roku 1972 z inicjatywy polskiego socjologa J. → Piotrowskiego. Można przyjąć, że ukonstytuowało się ono jesienią następnego roku, albowiem w dniach od 2–3 X 1973 odbyło się w ośrodku Polskiej Akademii Nauk (PAN) w Jabłonnie pod Warszawą walne zebranie konstytucyjne, którego organizatorem był J. Piotrowski.

PTG jest obecnie stowarzyszeniem zarejestrowanym, działającym na podstawie prawa o stowarzyszeniach i z tego tytułu posiada osobowość prawną, a jego siedzibą jego władz jest Warszawa. Towarzystwo powołano jako wielodyscyplinarne stowarzyszenie naukowe skupiające przedstawicieli różnych dziedzin: socjologów, demografów, psychologów i lekarzy prowadzących badania przede wszystkim w obszarze nauk medycznych i społecznych (zob. ilustr. 1).

Pierwotnie grono naukowców współtworzących PTG nie było zbyt duże, ale z biegiem lat liczba członków zwiększała się obejmując dzisiaj ok. 500 osób. Obecnie, zgodnie ze Statutem, członkiem zwyczajnym PTG może zostać obywatel Rzeczypospolitej Polskiej, który zajmuje się problemami → gerontologii teoretycznej lub stosowanej, a osobę taką przyjmuje Zarząd Główny PTG, na podstawie pisemnej deklaracji podpisanej przez dwóch członków wprowadzających. Zmieniła się zatem pierwotna formuła towarzystwa, w oparciu o którą do grona członków przyjmuje się nie tylko pracowników naukowych (osoby z wyższym wykształceniem), jak to było w okresie wcześniejszym, ale także osoby zajmujące się zawodowo problemami ludzi starszych lub zainteresowane szeroko rozumianymi problemami gerontologii. PTG stara się integrować to bardzo zróżnicowane środowisko, inspirować kierunki badań naukowych i/lub sposoby rozwiązań praktycznych oraz kształtować osobiste zainteresowania członków PTG. Wspólnota PTG starała się również nawiązywać kontakty z gerontologami z zagranicy, współpracować z nimi, uczestniczyć w grupach eksperckich oraz brać udział w międzynarodowych konferencjach gerontologicznych. Działania te znajdowały swój wyraz m.in. w prezentacji referatów na światowych kongresach gerontologicznych organizowanych przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Gerontologii i Geriatrii (*International Association of Gerontology and Geriatrics* – IAGG, wcześniej IAG).

Statut PTG stanowi, że Walne Zebranie Członków jest najwyższą władzą Towarzystwa. Zwoływane jest ono raz na cztery lata i wówczas wybiera spośród swoich członków Zarząd Główny liczący od siedmiu do dziewięciu osób. Zarząd konstytuuje się wybierając z kolei ze swojego grona przewodniczącego, dwóch wiceprzewodniczących, sekretarza i skarbnika. Ponadto, w skład Zarządu Głównego wchodzą przewodniczący Zarządów Oddziałów terenowych.

Pierwszym przewodniczącym PTG został wybrany na I Zjeździe Towarzystwa w Warszawie Piotrowski, który pełnił tę funkcję przez 3 kadencje (w okresie 1974–80). Osobami, które później sprawowały funkcje przewodniczących PTG były kolejno: → Kuratowska (1980–82), → Pędich (1982–83), → Tymowski (1983–89 – 2 kadencje), ponownie Pędich (1989–2001 – 3 kadencje), Barbara Bień (2001–05), Piotr Błędowski (1956–) – 2 kadencje (2005–13) oraz od 2013 Katarzyna Wieczorowska-Tobis (1963–)

Jak zaznaczono w statucie Towarzystwa, celem jego działalności jest popieranie i rozwijanie nauk z zakresu gerontologii oraz działanie na rzecz popularyzacji problematyki → gerontologii społecznej, → gerontologii klinicznej i teoretycznej. PTG realizuje swoje cele poprzez:

Tabela 1. Konferencje Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego

Numer konferencji	Termin i miejsce konferencji	Temat konferencji	Poruszana problematyka
I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTA	16 V 2009 Warszawa		1. Nowe osiągnięcia w zakresie genetyki otępienia. 2. Wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimera. 3. Rola biomarkerów we wczesnym rozpoznaniu i diagnostyce różnicowej choroby Alzheimera. 4. Zaburzenia zachowania w otępieniu. 5. Leczenie otępień.
II Konferencja Naukowo-Szkoleniowa PTA	11 IX 2010 Warszawa		1. Otępienie. 2. Choroba Alzheimera. 3. Prezentacja przypadków.
Konferencja	5–6 XI 2010 Kraków	*Neuropsychiatryczne aspekty chorób zwyrodnieniowych mózgu*	1. Choroba Huntingtona. 2. → Choroba Parkinsona. 3. Zaburzenia ruchowe, impulsywność i irytacja, halucynoza, → depresja [i zaburzenia nastroju] oraz apatia w chorobach zwyrodnieniowych mózgu. 4. Choroba tikowa.
IV Szczecińska Konferencja Alzheimerowska	23 X 2010 Szczecin		1. Leczenie choroby Alzheimera. 2. Problemy psychologiczne w chorobie Alzheimera. 3. Problemy kliniczne w chorobie Alzheimera. 4. Problemy leczenia choroby Alzheimera.
II Konferencja Naukowa	20–21 V 2011 Kazimierz Dolny nad Wisłą	*Postępy w neuroradiologii*	Neuroobrazowanie chorób i zespołów otępiennych
VIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Psychogeriatrycznego	1–2 XII 2011 Wrocław	*Standardy leczenia zaburzeń otępiennych i innych zaburzeń psychicznych → wieku podeszłego*	
III Konferencja PTA	5 XI 2011 Warszawa		1. Nowe rekomendacje IGERO 2011. 2. Nowe kryteria diagnostyczne otępienia i choroby Alzheimera. 3. Choroba Alzheimera w programie polskiej prezydencji EU. 4. Patogeneza i przedkliniczne stadium choroby Alzheimera. 5. Medyczne problemy terminalnego okresu choroby Alzheimera.
IV Konferencja PTA	21–22 IX 2012 Warszawa	*Diagnostyka i terapia chorób prowadzących do otępienia*	1. Patofizjologia i diagnostyka zaburzeń otępiennych. 2. Leczenie otępień. 3. Problemy diagnostyki i terapii zaburzeń otępiennych. 4. Doniesienia z badań.
V Konferencja PTA	18–19 X 2013 Warszawa	*Diagnostyka i terapia chorób prowadzących do otępienia*	**1.** Standardy postępowania w leczeniu i opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera**.** **2.** Nowe perspektywy w leczeniu pacjentów z chorobą Alzheimera. **3.** Kurs dla lekarzy: Otępienie. **4.** Kurs dla psychologów, lekarzy i logopedów: Choroby neurodegeneracyjne – neuropsychologiczna diagnoza różnicowa.
VI Konferencja PTA	14–15 XI 2014 Warszawa	*Zapobieganie otępieniu*	1. Biomarkery w chorobie Alzheimera i innych chorobach neurozwyrodnieniowych. 2. Czynniki ryzyka otępienia. 3. Prewencja otępienia. 4. Leczenie otępienia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie strony PTA: http://www.alzheimerpolska.pl.

1. Inicjowanie, organizowanie i popieranie badań naukowych z zakresu gerontologii w różnych dyscyplinach specjalistycznych i w ich wzajemnej współpracy,
2. Ułatwianie kontaktów i organizowanie współdziałania osób i organizacji pracujących na różnych odcinkach gerontologii teoretycznej i stosowanej,
3. Organizowanie zjazdów naukowych, wykładów, odczytów, zebrań naukowych, konferencji, seminariów oraz kursów o charakterze naukowym i popularno-naukowym,
4. Krzewienie wymiany myśli i informacji naukowej w środowisku osób zajmujących się problematyką gerontologiczną oraz pomiędzy przedstawicielami środowiska gerontologów a przedstawicielami innych dyscyplin naukowych i praktyki społecznej,
5. Prowadzenie działalności wydawniczo-informacyjnej z zakresu gerontologii klinicznej i społecznej,
6. Fundowanie stypendiów, nagród oraz stosowanie innych form pomocy osobom pracującym naukowo nad problemami gerontologicznymi,
7. Utrzymywanie stałych kontaktów naukowych z pokrewnymi stowarzyszeniami i placówkami w kraju i za granicą,
8. Reprezentowanie i propagowanie osiągnięć polskiej gerontologii w międzynarodowych towarzystwach i organizacjach,
9. Uczestniczenie w krajowych i międzynarodowych kongresach, zjazdach i konferencjach.

Zadania statutowe PTG są realizowane od lat na wiele sposobów, np. w ramach PTG ukonstytuowały się dwa komitety ukierunkowane na dwie dziedziny nauk czyli Komitet Nauk Społecznych i Komitet Nauk Medycznych. W ramach Towarzystwa powołano też trzy sekcje:

1. Sekcję rehabilitacji (1994) prowadzoną przez Hannę Jędrkiewicz, która w okresie 1994–97 organizowała w Ełku sympozja i kursy szkoleniowe poświęcone usprawnianiu osób starszych;
2. Sekcję → Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UTW), kierowaną przez → Szwarc, która włączyła PTG w promowanie idei dokształcania permanentnego (→ edukacji ustawicznej) osób w → trzecim wieku;
3. Sekcję → Gerontologii Doświadczalnej, prowadzoną przez Andrzeja Myśliwskiego (1936–).

Działalność statutowa PTG znajduje swój wyraz w szczególności w postaci realizowania ogólnopolskich zjazdów naukowych odbywających się co cztery lata. Ich wykaz i tematykę zawiera tabela 1. PTG zaangażowane jest też w realizację licznych konferencji organizowanych przez poszczególne oddziały regionalne PTG, które niejednokrotnie mają charakter międzynarodowy. Niestety nie zachowała się do dzisiaj pełna dokumentacja z wielu innych sympozjów naukowych realizowanych we wczesnym okresie funkcjonowania PTG.

W okresie ponad 40 lat swego istnienia PTG rozszerzało zakres swojego funkcjonowania m.in. poprzez powoływanie kolejnych oddziałów terenowych, których obecnie są to (w porządku alfabetycznym): Dolnośląski (Wrocław), Kujawski (Bydgoszcz), Gdański, Katowicki, Krakowski, Lubelski, Łódzki, Mazowiecki (Warszawa), Podlaski (Białystok), Poznański (Wielkopolski), Szczeciński i Oddział Świętokrzyski (Kielce). Dodajmy, że zgodnie ze Statutem oddziały powstają na podstawie uchwały ZG PTG w miejscowości, w której zamieszkuje lub pracuje co najmniej 10 członków PTG.

Warto podkreślić, że PTG włącza się aktywnie w zróżnicowaną działalność ekspercką. Dla przykładu, zespół członków PTG opracował na zlecenie m.in. Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej cztery ekspertyzy dotyczące potrzeb ludzi starych, zasad organizacji opieki zdrowotnej i społecznej nad tą grupa ludności oraz uprawnień ludzi starych, jakie wynikają z międzynarodowych aktów prawnych jak również przygotował ekspertyzy dla Rzecznika Praw Obywatelskich. Z kolei szczegółowe analizy odnoszące się do systemu opieki zdrowotnej oraz sytuacji społeczno-kulturowej były prezentowane członkom Komisji Rodziny Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (RP) oraz Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP.

Istotnym zadaniem podejmowanym przez wielu członków PTG jest prowadzenie badań naukowych. Ze względu na ich liczbę trudno o większości z nich wspomnieć chociażby w zarysie, niemniej jednak należy w tym miejscu zasygnalizować dwa z nich. Z inicjatywy PTG został bowiem przygotowany i zrealizowany projekt badawczy (1999–2001) pt. *Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej*, który sfinansowano z Komitetu Badań Naukowych w Warszawie. W ramach tego projektu, który został zrealizowany przez zespół badaczy PTG pod kierunkiem → Synaka (2002), przeprowadzono obszerne reprezentatywne badania ogólnopolskie, dotyczące ówczesnej sytuacji życiowej ludzi starych (65+). Co warte podkreślenia, badania te były badaniami porównawczymi z pionierskimi w Polsce badaniami ludzi starych przeprowadzonymi w okresie 1966–67 przez zespół Piotrowskiego (1973).

Od 1991 PTG rozpoczęło ogłaszanie drukiem materiałów naukowych we własnym periodyku.

Początkowo było to pismo wewnętrzne PTG, wydawane pt. „Zeszyty Problemowe PTG.", potem pojawił się kwartalnik „Gerontologia Polska", redaktorem naczelnym którego był przez wiele lat → Kocemba, następnie Tomasz Grodzicki (1959–), a obecnie funkcję tę pełni Kornelia Kędziora-Kornatowska (1962–). Czasopismo stwarza możliwości publikowania prac naukowych z dziedziny geriatrii i gerontologii nie tylko dla członków PTG, ale także dla innych autorów uprawiających te dziedziny nauki, jest też formą podyplomowego kształcenia z zakresu geriatrii i gerontologii społecznej. PTG było także wydawcą polskiej edycji książki opracowanej przez Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pt. *The art of aging* (1990, tłum. pol. *Sztuka starzenia się*, 1993), która została wydana z okazji Światowego Roku Ludzi Starych. Warto dodać, że na stronie internetowej PTG w zakładce „Publikacje" zamieszczane są informacje o licznych wydawnictwach poświęconych problematyce gerontologicznej – wśród nich o pierwszym polskim podręczniku akademickim z zakresu gerontologii społecznej (zob. Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006). W PTG utrwaliła się tradycja ogłaszania konkursów naukowych na prace doktorskie i prace magisterskie z dziedziny gerontologii i geriatrii, która została zapoczątkowana w 1993. Celem konkursów jest zwrócenie uwagi wyższych uczelni w Polsce na problematykę gerontologiczną oraz wyróżnienie młodych pracowników naukowych zajmujących się tą tematyką. Laureatami pierwszego konkursu zostali Małgorzata Halicka (1957–) i Piotr Czekanowski (1956–) za rozprawy doktorskie, oraz Joanna Śmigiel i Helena Jędrzejewska za prace magisterskie.

Formą szczególnego uznania za zasługi dla PTG stało się przyznawanie od 2001 tytułu Honorowego Członka Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Ten szczególny tytuł otrzymały dotąd następujące osoby: Szwarc, → Żakowska-Wachelko, Józef Marczak, Pędich, → Frąckiewicz, → Czerniawska, Kocemba, → Velimirović, Joanna Staręga-Piasek (1939–), Irena Szymanowska, → Dyczewski i Synak. Podkreślić należy, że podczas X Zjazdu PTG (2005) W. Pędichowi została nadana godność honorowego prezesa (przewodniczącego) PTG.

Czynnikiem warunkującym dalszy rozwój towarzystwa jest zainteresowanie ludzi młodych problemami gerontologii, a także ich czynny udział w działalności PTG. Z tego względu PTG zaprasza kolejne osoby, reprezen-

Tabela 1. Zjazdy Naukowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w latach 1973–2013

Data	Miejsce	Temat/Tytuł	Organizator
2–3 X 1973	Jabłonna k, Warszawy	Walne zebranie konstytucyjne	Piotrowski
2–3 XII 1974 I Zjazd Nauk.	Warszawa	Starzenie się i starość w polskich badaniach gerontologicznych	Piotrowski
28–30 III 1976 II Zjazd Nauk.	Katowice	Starzenie się i starość a praca zawodowa	Frąckiewicz
19–20 IX 1980 III Zjazd Nauk.	Białystok	Starość a środowisko	Pędich
22–23 III 1983 IV Zjazd Nauk.	Gdańsk	Problemy ludzi starych w sytuacji kryzysu	Tymowski
18–19 IX 1986 V Zjazd Nauk.	Łódź	Długie życie jako wartość	Czerniawska
14–16 IX 1989 VI Zjazd Nauk.	Poznań	Starość i niepełnosprawność	Lech Hryniewiecki (1929–)
17–18 IX 1993 VII Zjazd Nauk.	Kraków	Biologiczne i społeczne aspekty trwania życia	Kocemba
16–18 X 1997 VIII Zjazd Nauk.	Bystra Śląska	Odpowiedzialność za własną starość	Frąckiewicz
31 V–1 VI 2002 IX Zjazd Nauk.	Gdańsk	Starość – wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej	Zygmunt Chodorowski (1938–)
16–18 VI 2005 X Zjazd Nauk.	Białystok	Jakość polskiej starości	Bień
10–12 XII 2009 XI Zjazd Nauk.	Warszawa	Pomyślna i niepomyślna starość. Wyzwania dla ochrony zdrowia, polityki społecznej i edukacji	Błędowski
4–5 XII 2013 XII Zjazd Nauk.	Poznań	Gerontologia wobec nowych wyzwań	Błędowski

Źródło: Opracowano na podstawie materiałów własnych oraz danych z oficjalnej strony internetowej PTG: http://www.gerontologia.org.pl/

tujące różne zawody, do członkostwa w nim a także do korzystania i włączania się w różnorodne formy naukowej i edukacyjnej działalności proponowanej przez PTG i jego kwartalnik „Gerontologię Polską".
Za dobre podsumowanie opisu działalności PTG może posłużyć charakterystyka jego misji:
„Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG) ma na celu integrować działania rozmaitych profesjonalistów zajmujących się problemami → starości i starzenia, by poprzez harmonizowanie odrębnych dla tych dyscyplin metod i zainteresowań, budować holistyczne podejście do Starszego Człowieka – podmiotu działań Towarzystwa. PTG promuje wysoką jakość programów badawczych nad starością i → starzeniem [się], wszechstronną i dostępną → opiekę dla starszej wiekiem polskiej populacji. Towarzystwo dostarcza wiedzy dla praktyków ochrony zdrowia i → pomocy społecznej, polityków i decydentów poprzez stymulowanie, rozwijanie i upowszechnianie projektów badawczych, edukacyjnych, zdrowotnych, jak i opracowywanie ekspertyz i standardów" (http://www.gerontologia.org.pl/).

PAC

A: PTG.
B: Frąckiewicz, Żakowska-Wachelko, 1987; Piotrowski, 1973, 1975; Synak, 2002; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006; *Sztuka…*, 1993; Zych, 2010.
N: http://www.gerontologia.org.pl/.
O: badania gerontologiczne, czasopisma gerontologiczne, gerontologia.
TK: ang. *The Polish Gerontological Society / Polish Society of Gerontology*, fr. *Association Polonaise de Gérontologie*, hiszp. *La Sociedad Polaca de Gerontología*, niem. *Der Polnische Gesellschaft für Gerontologie*, ros. *Польское Геронтологическое Общество*.

Ilustr. 1. Logo Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Źródło: http://www.gerontologia.org.pl/.

PTG → Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

pomoc sąsiedzka (usługi sąsiedzkie)

– to jedna z form usług środowiskowych, jakie są projektowane w nowej regulacji prawnej ustawy o → pomocy społecznej [Obecnie trwają konsultacje społeczne nad przyjęciem ustawowych zmian. Przygotowano dwa warianty w dwóch niezależnych dokumentach. To, który dokument będzie obowiązujący zależeć będzie od przyjętej przez nowy rząd nowej koncepcji pomocy społecznej – przyp. aut.]. W katalogu usług interwencyjnych występują usługi opiekuńcze, sąsiedzkie usługi opiekuńcze, usługi świadczone w mieszkaniach chronionych z wariantem mieszkań treningowych lub wspomaganych.
Sąsiedzkie usługi opiekuńcze w założeniu obejmować mogą czynności związane z dokonywaniem zakupów, przygotowywaniem i podawaniem posiłków, prowadzeniem prac porządkowych, pomocy w → czynnościach życia codziennego, pomocy w załatwianiu spraw urzędowych, pomocy przy w wykupie recept czy w dokonywaniu opłat za czynsz i media, prowadzenie rozmów towarzyskich i wspierających, monitorowanie samopoczucia osoby zależnej itp. Wprowadzenie do standardów pomocy społecznej sąsiedzkiej usługi opiekuńczej wymagać będzie nie tylko zdefiniowania zakresu tego świadczenia, ale także sprecyzowania realizatora tej usługi wraz z jego formalnymi i nieformalnymi kompetencjami. Dotychczasowi nieformalni opiekunowie osób zależnych zostaną zalegalizowani.
Projektowane rozwiązanie usługi pomocy sąsiedzkiej wskazuje wyraźnie na potrzebę wzmocnienia merytorycznego, organizacyjnego i finansowego nieformalnych opiekunów osób zależnych rekrutujących się z członków → rodzin, grup przyjacielskich, kręgów sąsiedzkich i koleżeńskich. Opiekunowie ci stanowią nieformalne ogniwo systemu pomocy wspierające profesjonalnych „pomagaczy" (ang. *helper*). Usługi sąsiedzkie nie są nowym rozwiązaniem, od lat wykorzystywano w sposób naturalny relacje dobrosąsiedzkie. Między sąsiadami − dzięki bliskości zamieszkania − latami budowana jest więź, która w sytuacjach codziennych, zarówno pomyślnych (np. przyjście na świat nowego członka rodziny, podjęcie intratnego zajęcia, itp.), jak kryzysowych (np. → choroba,

→ niepełnosprawność) jest wykorzystywana. Relacje pomocowe między sąsiadami są nieodpłatne i mają charakter wzajemnościowy. Jedynie kontrola społeczna weryfikuje ich jakość i zakres. Do idei pomocy sąsiedzkiej wracają pracownicy socjalni → ośrodków pomocy społecznej. W ramach realizacji projektów systemowych koordynują działania promujące i upowszechniające pomoc sąsiedzką. Traktują tę formę jako narzędzie przeciwdziałania marginalizacji i wykluczenia społecznego osób samotnych − starszych i niepełnosprawnych (zob. ilustr. 1). Często osoby te poprzez uwarunkowania rodzinne, zdrowotne, finansowe, komunikacyjne czy technologiczne w codziennym życiu napotykają na → bariery powodujące odrzucenie, wyalienowanie, utratę kontaktów i relacji z innymi oraz z najbliższym otoczeniem. Konsekwencją tych zachowań jest samotność zamknięta w domu i rezygnacja z jakiejkolwiek form aktywności.

W innym wymiarze pomoc sąsiedzka traktowana jest jako bezkosztowy system wymiany usług i obecnie przezywa renesans. Na portalach społecznościowych mieszkańcy okolicznych bloków, ulic, dzielnic, osiedli, stowarzyszają się w ramach różnych inicjatyw obywatelskich m.in. również w tym celu, by świadczyć sobie nieodpłatnie usługi wzajemnościowe. Usługi obejmują bardzo szeroki zakres − od pomocy w codziennych czynnościach domowych, poprzez remonty mieszkań i naprawy usterek, spacery z psem, opiekę nad domem, pomoc w transporcie, usługi → opieki pielęgniarskiej, doradztwo prawne, urzędowe, architektoniczne, aż po koszenie trawników, opiekę nad rabatkami, odprowadzanie dzieci do szkoły i udzielanie im korepetycji. Te formy pomocy często przybierają formę tak zwanych → banków czasu.

EM

B: Perek-Białas, 2015; Szarota, 2011, 2014; Szweda-Lewandowska, 2009.

N: http://www.keepeek.com…

O: opieka, opieka nieformalna, opieka społeczności, opieka w okresie starości, społeczny system oparcia, środowisko a starość, środowiskowa opieka geriatryczna, środowiskowa praca geriatryczna, wsparcie społeczne osób starszych.

TK: ang. *neighbours aid* / *neighbours assistance* / *neighbours services* / *"neighbours helping neighbours"*, fr. *aide des voisins*, hiszp. *ayuda de los vecinos*, niem. *nachbarliche Hilfe* / *Hilfe von Nachbarn*, ros. *соседская помощь* / *помощь соседей*.

usługi sąsiedzkie → pomoc sąsiedzka

pomoc społeczna

Odwołując się do definicji ustawowej – „**pomoc społeczna** jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i → rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości" (zob. art. 2.1. Ustawy z 12 III 2004 r.).

Pomoc społeczna realizuje swoje zadania na zasadach partnerskiej współpracy między podmiotami administracji publicznej, sektorem społecznym, organizacjami kościelnymi i związkami wyznaniowymi a podmiotami prywatnymi. Ten pluralizm podmiotów istniejących w obszarze pomocy społecznej zwiększa szanse na wystąpienie zróżnicowanej oferty pomocowej, gwarantującej lepszą jakość i skuteczność świadczonych usług.

Kształtowanie się systemu pomocy społecznej po 1990 roku

Obecny wymiar pomocy społecznej stanowi rezultat wielu przeobrażeń, jakie miały miejsce w okresie zmian ustrojowych. Przed rokiem 1989 → wsparcie osób biednych i potrzebujących związane było z → opieką społeczną, która w ogólnych ramach została określona w Ustawie z 16 VIII 1923 r. o opiece społecznej. Działania pomocowe opierały się o system wsparcia rzeczowego i zasiłkowego. Z chwilą uchwalenia Ustawy z 29 XI 1990 r. o pomocy społecznej zostały nakreślone nowe kierunki rozwoju sytemu pomocy społecznej odchodzące od paternalizmu państwowego.

W założeniach ustawy dopuszczono do współpracy z pomocą społeczną inne niepubliczne podmioty. W nowej koncepcji pomocy społecznej porzucono działania opiekuńcze i ratownicze względem osób potrzebujących na rzecz ich aktywizacji i życiowego usamodzielnienia. Zbudowano nową strukturę organizacyjną pomocy społecznej w ramach ówczesnego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Podstawową jednostką organizacyjną uczyniono → ośrodki pomocy społecznej. Nowe struktury otrzymały zadania, obowiązki i uprawnienia. Sprecyzowano kompetencje zawodowe kadry systemu pomocy społecznej. Od resortu edukacji przejęto placówki opiekuńczo-wychowawcze, rodziny zastępcze. Powołano nowe instytucje, np. ośrodki interwencji kryzysowej. Na przestrzeni lat zmieniał i rozszerzał się zakres odbiorców pomocy społecznej – o osoby bezrobotne, uzależnione od narkotyków, osoby bezdomne itp. Wdrożono proces modelowania standardów usług w → domach pomo-

cy społecznej, który trwał przez wiele lat. Narastające problemy społeczne okresu transformacji ustrojowej wymusiły kilkukrotną nowelizację ustawy o pomocy społecznej i uchwalenie nowej Ustawy z 12 III 2004 r. o pomocy społecznej. Z chwilą wejścia Polski do struktur Unii Europejskiej (UE) wyznaczono nowe kierunki polityki socjalnej (strategia zatrudnienia i strategia integracji społecznej), koncentrując się na działaniach związanych z aktywizacją i spójnością społeczną. Pomoc społeczna otrzymała możliwość wykorzystania środków finansowych z budżetu UE z przeznaczeniem na aktywizację społeczną, zawodową i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu. Pojawiły się warunki do powoływania nowych podmiotów, zwłaszcza w obszarze ekonomii społecznej, typu: centrum integracji społecznej, kluby integracji społecznej, przedsiębiorstwa społeczne, spółdzielnie socjalne, warsztaty terapii zajęciowej, itp. Cel ich działania ogniskował się na podnoszeniu i wzmacnianiu kompetencji społecznych, personalnych i zawodowych odbiorców pomocy społecznej.

Zgodnie z przyjętym przez resort polityki społecznej założeniem (pomocy i integracji społecznej) wszelkie działania instytucji pomocy za priorytet przyjmowały aktywizowanie, samoorganizację, zaradność oraz usamodzielnianie się beneficjentów systemu pomocy. Na przestrzeni lat rozszerzał się zakres udzielanych świadczeń. Zwracano znaczną uwagę na niepieniężne formy pomocy, a zwłaszcza na pracę socjalną. Klasyczne metody pracy socjalnej (metoda indywidualnego przypadku, metoda grupowa i metoda środowiskowa) otrzymały warunki do rozwoju. Zostały wypracowane ich odmiany. W codziennej pracy zawodowej praktykowano nowe modele, np. podejście skoncentrowane na rozwiązaniach. Pracownicy socjalni zyskali nowe kwalifikacje zawodowe i nowe kompetencje.

Cele i zadania pomocy społecznej

Celem oddziaływania pomocy społecznej jest zapewnienie osobom potrzebującym godnych warunków do zaspokojenia podstawowych potrzeb, przy jednoczesnym zachowaniu ich prawa do samostanowienia. Cele koncentrują się na wsparciu osób i rodzin w przezwyciężeniu ich trudnych sytuacji życiowych. Pomoc społeczna skupia się na działaniach związanych z indywidualnym i społecznym wzmocnieniem – budowaniem potencjału (ang. *empowerment*) osób potrzebujących. Wszystkie działania pomocowe adresowane do odbiorców pomocy społecznej mają prowadzić do aktywizacji i życiowego usamodzielnienia oraz aktywnej integracji z najbliższym środowiskiem. Założone cele pomoc społeczna osiąga poprzez organizację świadczeń, w tym: świadczenie usług → pracy socjalnej, prowadzenie niezbędnej infrastruktury pomocowej, analizę potrzeb i zjawisk społecznych uzasadniających → interwencję społeczną i/lub socjalną, poszukiwanie i wdrażanie innowacyjnych form pracy socjalnej wpływających na skuteczność i efektywność pomocy społecznej.

Kryteria i rodzaje pomocy

Pomoc społeczna adresowana jest do grupy osób, która spełnia równocześnie dwa warunki: osiąga ustawowe kryterium dochodowe oraz znajduje się w co najmniej w jednej z sytuacji trudnych, takich jak: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, długotrwała lub ciężka → choroba, → niepełnosprawność, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa i/lub wielodzietność, bezradność w kwestiach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy, trudności w przystosowaniu się do → życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania, zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa, klęska żywiołowa lub ekologiczna.

W zależności od opracowanej przez pracownika socjalnego diagnozy społecznej osoba ubiegająca się o świadczenia może oczekiwać przyznania pomocy w postaci świadczeń pieniężnych i/lub niepieniężnych. Katalog świadczeń pieniężnych przewiduje pomoc w formie → zasiłków stałych, okresowych, celowych i specjalnych celowych, zasiłku i pożyczki na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc w usamodzielnianiu i kontynuowaniu nauki, sfinansowanie kosztów nauki języka polskiego dla cudzoziemców oraz zapewnienie wynagrodzenia dla opiekuna z tytułu sprawowania opieki przyznanej decyzją sądu. Dodatkowo oprócz działań o charakterze osłonowym klient pomocy społecznej może się starać o przyznanie usług w postaci: pracy socjalnej, → poradnictwa specjalistycznego, → interwencji kryzysowej. Może także skorzystać z pakietu usług socjalnych świadczonych w formie: schronienia i posiłku. W ośrodkach wsparcia system pomocy zapewnia podstawowe i specjalistyczne usługi opiekuńcze, natomiast w rodzinnych domach świadczy tylko niezbędne usługi opiekuńcze. Usługi socjalne świadczone są również poprzez ofertę mieszkań chronionych oraz ofertę domów pomocy społecznej. Dla osób doświadczających sytuacji bezrobocia przewidziane są usługi wspierające ich

w uzyskaniu zatrudnienia. Osobom bezdomnym oferuje się pomoc w wychodzeniu z bezdomności, w tym pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, zmarłym pozbawionym rodziny – usługę pogrzebu.

W katalogu świadczeń niepieniężnych dodatkowo zostały przewidziane formy pomocy o charakterze rzeczowym, w tym opłacenia składek na → ubezpieczenie zdrowotne, społeczne, a także zapewnienia biletu kredytowego. Przepisy zobowiązują świadczeniobiorców do podjęcia współpracy z instytucjami pomocy społecznej. W przypadku odmowy przyjęcia oferty podjęcia pracy, szkolenia lub udziału w leczeniu odwykowym, a także niedotrzymania warunków kontraktu socjalnego lub innych postanowień ustawodawca może cofnąć decyzję o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej lub zamienić ją na inną. Podobnie jest wtedy, gdy pojawi się sytuacja: marnotrawstwa przyznawanej pomocy, celowe jej niszczenie lub wykorzystywanie pomocy niezgodnie z przeznaczeniem. Przyjęte unormowania prawne zmierzają do zmiany postaw, świadomości odbiorców pomocy społecznej, wypracowania u nich nowych kompetencji personalnych i społecznych ułatwiających im właściwe pełnienie ról życiowych.

Struktura instytucjonalnej pomocy społecznej

Zadania pomocy społecznej zostały podzielone w zależności od szczebla samorządu terytorialnego. W gminie zadania pomocy społecznej realizuje ośrodek pomocy społecznej. W powiecie wsparcie organizuje powiatowe centrum pomocy rodzinie. Na szczeblu samorządowego województwa politykę społeczną kreuje marszałek województwa za pośrednictwem regionalnego ośrodka polityki społecznej. Od 2015 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odpowiada za opracowanie koncepcji wraz z kierunkami rozwoju polityki socjalnej oraz prawodawstwa socjalnego. Agendy rządu w terenie nadzorowane przez wojewodów prowadzą nadzór, kontrolę nad stopniem spełnienia standardów oraz monitorują pracę jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Za pośrednictwem wojewódzkich urzędów polityki społecznej kontrolowana jest praworządność i jakość świadczonej pomocy w poszczególnych samorządach. Podstawowymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej – oprócz ośrodka pomocy społecznej, powiatowego centrum pomoc rodzinie i regionalnego ośrodka polityki społecznej – są: dom pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodek wsparcia i ośrodek interwencji kryzysowej. Każdy szczebel samorządu terytorialnego jest zobowiązany do corocznego przygotowywania dokumentów zwanych oceną zasobów pomocy społecznej. Dokument ten obejmuje zarówno diagnozę społeczną społeczności lokalnej wraz z rekomendacjami planowanych zmian, jak i narzędzie ewaluacji podejmowanych działań w tejże społeczności. Samorządy gmin i powiatów obowiązkowo dysponują także dokumentami zwanymi strategią rozwiązywania problemów społecznych wyznaczającą kierunki działań rozwojowych, naprawczych i interwencyjnych w swoich społecznościach wraz ze wskazanymi sposobami realizacji i ramami finansowymi. W odróżnieniu od nich samorządowe województwo musi dysponować strategią polityki społecznej będącą spójnym elementem wojewódzkiej strategii rozwoju.

EM

B: Grewiński, Krzyszkowski, 2011; Grewiński, Zasada-Chorab, 2012; Hrynkiewicz, 2004,

D: Ustawa z 16 VIII 1923 r.; Ustawa z 19 XI 1990 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.

O: opieka, opieka społeczna, opieka społeczności, opieka w okresie starości, pomoc dla osób starszych, sieć społeczna i wsparcie społeczne, społeczny system oparcia, wsparcie społeczne osób starszych.

TK: ang. *social aid* / *social welf*are, fr. *aide sociale* / *assistance sociale*, hiszp. *asistencia social*, niem. *Sozialhilfe* / *Fürsorge*, ros. общественная помощь.

pomyślne starzenie się

– jako pojęcie ma relatywnie długą i udokumentowaną historię w → gerontologii. Już w czasach starożytnych → Cyceron w swoim dziele *De senectute* przekonywał, że wiek starczy to nie tylko okres osłabienia funkcji życiowych, ale również czas pozytywnych przemian i rozwoju, szczególnie w odniesieniu do funkcji umysłowych, mówiąc (w roku 44 p.n.e.) o „normalnym" i „chorym" → starzeniu się (Cyceron, 2010).

Termin ten na nowo został odkryty i spopularyzowany przez Johna Willisa Rowe'a (1944–) i Roberta → Kahna w ich przełomowej pracy opublikowanej na łamach pisma „Science" (1987), która w dalszych latach wywołała szeroką dyskusję i zachęciła do dalszych badań. Na podstawie długofalowych badań populacyjnych autorzy ci zdefiniowali kategorię osób starszych starzejących się pomyślnie w oparciu o jednoczesne spełnienie trzech kryteriów: 1) bez współistnienia → chorób zależnych od wieku; 2) o dobrej → sprawności fizycznej i psychicznej; oraz 3) o wysokim zaangażo-

waniu społecznym. [Niektórzy dodają czwarte kryterium, tj. stabilizację materialną i/lub zabezpieczenie finansowe (Zych, 2015) – przyp. red.].

Poczyniona przez Rowe'a i Kahna rekonceptualizacja pojęcia starzenia się zdobywa nowych zwolenników ze względu na nowe spojrzenie na proces starzenia z bardziej pozytywnej perspektywy. Zaletą zaproponowanego modelu jest jego potencjał hierarchizujący możliwe skutki starzenia. Zazwyczaj, pojawienie się choroby powoduje upośledzenie sprawności i wydolności organizmu, a to prowadzi do ograniczenia aktywności społecznych i relacji interpersonalnych.

Rowe i Kahn (1998) zwrócili uwagę na ogromną i rosnącą z wiekiem chronologicznym heterogeniczność starzejącej się populacji. Zastosowanie określonych kryteriów odnośnie nieobecności lub obecności choroby, sprawności i zaangażowania społecznego teoretycznie pozwala wedle nich na przyporządkowanie osobniczych trajektorii starzenia do jednego z trzech przebiegów starzenia się: pomyślnego; zwyczajnego i patologicznego. Starzenie pomyślne manifestuje się minimalnymi lub żadnymi ubytkami funkcji życiowych z wiekiem, a wewnętrzne uwarunkowania starzenia odgrywają neutralną lub pozytywną rolę.

Proces zwyczajnego (ang. *usual ageing*) bądź → normalnego starzenia się, czyli z normalnymi dla wieku starszego stratami i deficytami warunkowanymi wewnętrznymi determinantami starzenia, chociaż bez widocznej patologii, przeciwstawiany jest starzeniu patologicznemu (ang. *impaired ageing*) – o dramatycznym spadku funkcji narządowych z powodu nakładających się chorób, które w efekcie zazwyczaj prowadzą do przedwczesnej → śmierci (Bień, 1997).

Zaproponowana przez Rowe'a i Kahna (1999) definicja starzenia pomyślnego umożliwiła dwukierunkowy rozwój koncepcji pomyślnego starzenia, a mianowicie w obszarze psychospołecznym i biomedycznym (Glass, 2003). Pierwszy kierunek definiuje to pojęcie jako subiektywny stan mentalny (np. akceptacja śmierci, → satysfakcja życiowa), a drugi, jako uniknięcie chorób i niesprawności. Tym niemniej, problem polega na braku syntezy i trudności w pogodzeniu obu przedstawianych obszarów rozumienia starzenia pomyślnego (Glass, 2003). Ann Bowling i Paul Dieppe (2005) rozważają definicję starzenia pomyślnego w szerszym znaczeniu, włącznie z możliwością wypowiedzenia się samych ludzi starszych. Zwracają oni uwagę, że zasadnicze wydłużenie trwania życia w XX wieku z towarzyszącym postępem medycyny oraz niespotykanym wzrostem wydatków publicznych na opiekę zdrowotną i społeczną rozbudziły na całym świecie zainteresowanie, w jaki sposób można promować zdrową → starość i „pomyślne" starzenie się. Cel taki staje się bardziej realistyczny wobec zmieniającego się wzorca chorobowości z kompresją niesprawności do coraz krótszego okresu przed śmiercią. Pojawiają się pytania, czy taka niepełnosprawność mogłaby być jeszcze bardziej odroczona, na co wskazują wyniki → badania gerontologicznego *Berlin Ageing Study* (P. B. Baltes, Mayer, 1999). Przegląd obszernej literatury (Bowling, Dieppe, 2005) dotyczącej pojęcia „starzenie pomyślne" potwierdza niezwykłą złożoność pojmowania tej koncepcji – z teoretycznymi podstawami uzasadniającymi podejście psychospołeczne lub biomedyczne, ale także z nakładaniem się obu obszarów, zwłaszcza w rozumieniu potocznym. To ostatnie rozumienie prezentowane przez osoby starsze wydaje się być bardziej całościowe i wielowymiarowe.

Model biomedyczny definiuje pomyślne starzenie się przede wszystkim jako wydłużanie oczekiwanego trwania → życia z minimalnym pogorszeniem funkcji fizycznych i psychicznych typowym dla wieku. Koncentruje się na braku chorób przewlekłych i czynników ryzyka dla tych chorób, czyli współistnieniu dobrego → zdrowia, wysokiego poziomu niezależnego funkcjonowania, mobilności i sprawności poznawczej. Model opisany przez Rowe i Khana ilustruje tę grupę teorii, tym niemniej kryteria tego modelu są tak wyśrubowane, że stają się nierealnymi dla większości ludzi. Co więcej, dowiedziono, że spośród ludzi określających siebie za starzejących się pomyślnie jedynie mniej niż co piąta osoba mogłaby być faktycznie zaliczona do kategorii starzejących się pomyślnie wg tego modelu (Strawbridge, Wallhagen, Cohen, 2002, Zych, 2015).

Model psychospołeczny za podstawowe kryterium starzenia pomyślnego uważa satysfakcję życiową, partycypację społeczną, zasoby psychiczne, włącznie z osobniczym rozwojem (zob. Havighurst, 1963). Składają się na to takie cechy, jak: energiczność, decyzyjność, niezłomność, poczucie szczęścia, powiązania między pożądanymi a osiągniętymi celami, pomysł na siebie, wysokie morale i/lub ogólny dobrostan. Pozwalają one na pozytywne relacje z innymi ludźmi, → integrację społeczną i wzajemne powiązania. Takie zasoby psychiczne umożliwiają pomyślne starzenie dzięki osiąganiu dobrych perspektyw na przyszłość, wysokiej samoocenie oraz kontroli nad własnym życiem, a także dzięki poczuciu niezależności, skuteczności działań z możliwością elastycznego przystosowania się do zmieniających się okoliczności życiowych.

Podejście laików (ang. *lay model*) przedstawia opinie samych ludzi starszych na temat pomyślnego starzenia (Phelan i współprac. 2004). Okazuje się, że osoby starsze rozumieją przez to pojęcie zarówno poznawcze, psychiczne, fizyczne, jak i społeczne aspekty zdrowia, a także poczucie celu w życiu, bezpieczeństwo materialne, nabywanie nowych umiejętności, osiągnięcia życiowe, wygląd fizyczny, produktywność, wkład w różne sfery życia, czy poczucie humoru. Znacznie rzadziej pojęcie definiowano jako kapitał społeczny, czyli życie na emeryturze w bezpiecznym otoczeniu z licznymi udogodnieniami.

Duża część badaczy uważa, że nie ma konieczności wypracowania konsensusu dotyczącego wspólnej definicji, ani jednakowego rozumienia koncepcji, by traktować pomyślne starzenie nawet jako niedosięgłe odniesienie. Wg Thomasa Glassa (2003) istnieje zgoda gerontologów na to, by starzenie w rozumieniu pomyślnego traktować niezależnie od pełni zdrowia i → długowieczności [ludzkiej], a jedynie jako „dobre życie" w późnej starości (zob. fot. 1). Takie rozumienie obejmuje wydolność funkcjonalną w wielu wymiarach, włączając w to sprawność poznawczą, społeczną i emocjonalną (Inui, 2003). Starzenie pomyślne w dużej części stanowi element dobrej → jakości życia i nieuniknionej, ale „dobrej" śmierci (Patrick i współprac., 2003).

Yuchi Young i współprac. (2009) proponują wielowymiarową definicję starzenia pomyślnego, która próbuje wyjaśnić i pogodzić paradoksalne połączenie subiektywnie wysokich i obiektywnie niskich ocen u tych samych osób. Brzmi ona następująco: „Starzenie się pomyślne jest stanem, w którym jednostka jest zdolna uruchomić mechanizmy adaptacyjne (psychologiczne i społeczne) w celu zrekompensowania fizjologicznych ograniczeń, by osiągnąć → dobrostan [psychiczny], wysoką jakość życia i poczucie osobistego spełnienia pomimo chorób i niesprawności".

W świetle tej definicji autorzy proponują możliwość mierzenia poziomu starzenia pomyślnego niezależnie w trzech obszarach: 1) fizjologicznym (np. choroby, ograniczenia czynnościowe); 2) psychologicznym (np. witalność, żywotność emocjonalna, radzenie sobie ze → stresem, elastyczność myślenia); oraz 3) społecznym (np. duchowość, adaptacja poprzez mechanizmy → wsparcia społecznego).

Koncepcja wielowymiarowego modelu starzenia pomyślnego (rys. 1.) umożliwia zrozumienie złożoności tego pojęcia, stopniowanie ocen i odejście od czarno-białego podejścia dychotomicznego, w którym przeciwstawia się osoby spełniające (pole A na rysunku) osobom niespełniającym kryteriów starzenia pomyślnego (pozostałe pola). Model ten uwzględnia możliwe deficyty w którymś z trzech obszarów, ale całkowicie nie wyklucza jednostki z atrybutu osoby starzejącej się pomyślnie, np. osoba z wieloma chorobami (niska punktacja w tej domenie starzenia) prezentuje jednocześnie wysoką ocenę w domenie psychologicznej (pole D) lub w społecznej (pole B). To właśnie dzięki uruchomieniu mechanizmów kompensacyjnych, osoby te czują, ze starzeją się pomyślnie i tak mogą być postrzegane. Takie podejście napawa optymizmem, tym bardziej że wiele → chorób przewlekłych i → niepełnosprawności może być doskonale kontrolowanych (np. → cukrzyca za pomocą dobrze dobranej terapii, a niedosłyszenie za pomocą aparatu słuchowego).W ten sposób koncepcja pomyślnego starzenia uległa przeobrażeniu w koncepcję starzenia się pomyślnie, mimo rozmaitych ograniczeń, deficytów i okoliczności życiowych (Morley, 2009). Teoria pomyślnego starzenia dokonała swoistego przełomu w badaniach populacyjnych. Całkowicie przeorientowała postrzeganie starzenia się, zwracając uwagę badaczy na ocenę czynników prognozujących pozytywne efekty starzenia. Wiele populacyjnych → badań podłużnych (longitudinalnych) ukierunkowanych zostało na identyfikowanie coraz to nowych predykatorów pomyślnego bądź zdrowego starzenia. Na podstawie wyników badań gerontologicznych *Alameda County Study* wykazano, że wysoki poziom funkcjonowania w starości warunkowany jest przynależnością do rasy kaukaskiej, wyższym poziomem wykształcenia, wysokim dochodem → rodziny, posiadaniem sieci wsparcia i kontaktów towarzyskich, abstynencją nikotynową, prawidłową masą ciała i wykonywaniem ćwiczeń fizycznych, umiarkowanym spożywaniem alkoholu, brakiem → nadciśnienia tętniczego, → choroby zwyrodnieniowej stawów, cukrzycy, → przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, → depresji [i zaburzeń nastroju] (Guralnik, Kaplan, 1989, Strawbridge i współprac, 1996). David M. Reed i współprac. (1998) podsumowując badania kardiologiczne *Honolulu Heart Program* wykazali korzystny dla długiego przeżycia bez chorób: niskie wartości ciśnienia tętniczego i poziomu glukozy, niepalenie tytoniu, brak otyłości i dużą siłę mięśni ocenianą uściskiem dłoni. Z kolei wyniki badania *Cardiovascular Health Study* (Newman i współprac., 2003) ujawniły czynniki częściowo zbieżne z wcześniej wymienionymi. Do predykatorów dłuższego życia bez chorób przewlekłych (układu sercowo-naczyniowego, obturacyjnej choroby płuc i choroby nowotworowej) należą: aktywność

fizyczna, picie wina (zwłaszcza przez kobiety), wyższy poziom wykształcenia, niepalenie tytoniu, niski poziom białka C-reaktywnego, wyższy poziom aktywności fizycznej oraz mniej wyrażone objawy → choroby niedokrwiennej serca. Podobne wyniki przyniosły m.in. badania *Physicians' Health Study* (Yates i współprac. 2008), czy *Rotterdam Study* (Walter i współprac., 2012). To ostatnie badanie ujawniło aż 36 predykatorów pomyślnego starzenia, wśród których pięć dotyczyło określonych genów. Stanowi to szczególny znak naszych czasów świadczący o wkraczaniu medycyny w nową erę, w której główną rolę zacznie odgrywać diagnostyka genetyczna i medycyna spersonalizowana. Być może ludzkość wykorzysta szanse na modyfikowanie własnego toru starzenia nie tylko na podstawie nauki płynącej z badań populacyjnych w zakresie potencjalnie modyfikowalnych czynników (zdrowe zachowania i → styl życia), ale również będzie w stanie w przyszłości pozytywnie modyfikować odziedziczony po przodkach genom.

Starzenie pomyślne stanowi pewnego rodzaju odniesienie wykorzystywane szeroko w medycynie, zdrowiu publicznym i gerontologii. Przykładem jest podejmowanie badań interwencyjnych, których celem jest poprawa szans osób starszych na osiągnięcie pomyślnego starzenia poprzez modyfikację zachowań, stylu życia, odżywiania, a także korzystanie z różnego typu usług (Syme, 2003).

Pomyślne starzenie niesie istotne implikacje dla klinicystów, ponieważ zmusza ich do zgłębiania wiedzy na temat oczekiwań pacjentów, wartościowania ich potrzeb oraz umiejętności równoważenia czasem sprzecznych celów, m.in. takich jak określone działania zmierzające do utrzymywania jak najdłuższego przeżycia kosztem pogorszenia jakości życia. [Zdaniem Piotra Szukalskiego (1969–): „Pomyślne starzenie się w ujęciu Rowe'a i Kahna nie uwzględnia jednak innych wymiarów ideału kulturowego i wyznaczników oceny własnej starości za udaną, np. satysfakcji z życia, umiejętności uczenia się, rozwiązywania nowych problemów, duchowości, poczucia kontroli własnego życia. Dodatkowo zarzuca się mu nadmierną kategoryczność, tj. konieczność wyboru w przypadku oceny przebiegu starzenia się jednostki między oceną »pomyślną« i nie, bez uwzględnienia kontinuum zmian, oraz nieświadome piętnowanie tych, którzy nie spełniają kryteriów uznania za starzejących się pomyślnie. Stąd też obecnie pojęcie to jest rzadziej wykorzystywane w gerontologii" – przyp. red.].

BB

B: P. B. Baltes i współprac., 1993; P. B. Baltes, Mayer, 1999; Bień, 1997; Bowling, Dieppe, 2005; Cyceron, 2010; Glass, 2003; Guralnik, Kaplan, 1989; Havighurst, 1963; Inui, 2003; Morley, 2009; Newman i współprac., 2003; Patrick i współprac., 2003; Phelan i współprac., 2004; Reed i współprac. 1998; Rowe, Kahn, 1987, 1998, 1999; Strawbridge i współprac., 1996; Strawbridge, Wallhagen, Cohen, 2002; Syme, 2003; Walter i współprac., 2012; Yates i współprac. 2008; Young i współprac., 2009; Zych, 2015.

N: Kahn, 2004 – Internet: http://deepblue.lib.umich.edu…; http://lodz.wyborcza.pl…

O: normalne starzenie się, starzenie się.

S: aktywne starzenie się, dobre starzenie się, efektywne starzenie się, optymalne starzenie się, piękne starzenie się, pozytywne starzenie się, produktywne starzenie się, skuteczne starzenie się, „starzenie się z wdziękiem", szczęśliwe starzenie się, udane starzenie się.

TK: am. s*uccessful aging*, ang. s*uccessful ageing*, fr. *le vieillissement réussi* / *"bien vieillir"*, hiszp. *envejecimiento exitoso*, niem. *Erfolgreiches Altern*, ros. *успешное старение*.

R

rada ds. seniorów (rada seniorów)
– gminny organ konsultacyjny, doradczy, inicjatywny, którego celem jest poprawa sytuacji ludzi starych. Działania rad seniorów od grudnia 2013 objęte zostały regulacjami Ustawy z 8 III 1990 r. o samorządzie gminnym. Regulacje te ujęto w rozdziale pierwszym ustawy, art. 5 c, pkt 1–6. W myśl zapisów gmina sprzyja solidarności międzypokoleniowej oraz tworzy warunki do pobudzania aktywności obywatelskiej osób starszych w społeczności lokalnej. Wyrazem tego jest utworzenie przez radę gminy – z własnej inicjatywy lub na wniosek zainteresowanych środowisk – gminnej rady seniorów. Rada ma charakter konsultacyjny, doradczy i inicjatywny. Gminna rada seniorów składać się może z przedstawicieli osób starszych oraz przedstawicieli podmiotów działających na rzecz osób starszych, w szczególności przedstawicieli organizacji pozarządowych oraz podmiotów prowadzących → uniwersytety trzeciego wieku (UTW). Rada gminy nadaje radzie seniorów statut określający tryb wyboru członków i zasady działania, dążąc do wykorzystania potencjału działających organizacji osób starszych oraz podmiotów działających na rzecz osób starszych, a także zapewnienia sprawnego sposobu wyboru członków gminnej rady seniorów.
W Polsce osoby starsze zbyt rzadko uczestniczą w życiu publicznym i angażują się w sprawy obywatelskie. Wg diagnozy stanu partycypacji publicznej w Polsce prowadzonej przez Instytut Spraw Publicznych *w* 2012, aż 73% → seniorów deklaruje brak wpływu na to, co dzieje się w ich gminie. Duża grupa osób 60+, nadal chce być czynnym uczestnikiem życia publicznego, wykorzystywać swoje doświadczenie i kompetencje (zob. Olech, Sobiesiak-Penszko, 2012). Rady seniorów mogą przyczynić się do zmiany tej sytuacji. Jednak w 2014 na prawie 2,5 tys. gmin, jedynie w 76 z nich funkcjonowały rady seniorów. Raport *ZOOM na rady seniorów…*, 2014 (zob. http://www.zoomnaradyseniorow.pl) opisuje m.in. sposoby powoływania i funkcjonowania rad seniorów, podejmowane przez nie działania, strukturę prawno-administracyjną, współpracę z samorządem, instytucjami publicznymi i społecznością lokalną, a także wskazuje na rosnącą skalę zjawiska powstawania rad seniorów w Polsce. W raporcie wskazane są trzy podstawowe scenariusze powstawania rad seniorów: inicjatywa lidera środowiska związanego z osobami starszymi albo prezydenta, burmistrza lub wójta, najrzadziej jest to organizacja pozarządowa działająca na rzecz osób starszych. W ich działalność angażują się przeważnie osoby w wieku powyżej 60 lat, znacznie częściej są to kobiety, mężczyźni stanowią niespełna jedną trzecią członków. Liczebność rad seniorów jest bardzo zróżnicowana: waha się od pięciu do nawet 30 osób. Rady seniorów najczęściej współpracują z samorządem – wydziałami zdrowia, edukacji, spraw społecznych urzędów gmin, a w następnej kolejności z lokalnymi instytucjami kultury; seniorskimi organizacjami pozarządowymi i UTW; → domami dziennego pobytu oraz → ośrodkami pomocy społecznej. Z badania wynika, że rady pełnią przede wszystkim funkcję aktywizacyjno-integracyjną. Największymi barierami formalnymi w funkcjonowaniu rad seniorów wg raportu są: brak precyzyjnie spisanych kompetencji i zadań rady seniorów, brak wyodrębnionego budżetu oraz własnego lokalu. W zakresie barier merytorycznych wskazano głównie niedostateczną wiedzę o pracy samorządu oraz o skutecznych strategiach komunikacji.
W lutym 2014 w gmachu Sejmu RP w Warszawie odbyło się Ogólnopolskie Spotkanie Rad Seniorów. Przewodniczący sejmowej Komisji Polityki Senioralnej, Michał Szczerba (1977–) podkreślił, że rady są ważnym narzędziem dialogu społecznego, a → aktywizacja ludzi starszych w środowisku lokalnym jest jednym ze współczesnych wyzwań. Przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Bolesław Samoliński (1956–), zapowiedział, że rada, którą kieruje, opracuje „katalog dobrych praktyk tworzenia i realizacji misji rad senioralnych", który ma pomóc w upowszechnianiu rad seniorów. Na spotkaniu tym obecny był również Minister Pracy i Polityki Społecznej, Władysław Kosiniak-Kamysz (1981–), który zwrócił uwagę na odpowiedzialność rządu i samorządów za pełną podmiotowość starszych obywateli, którzy skupieni w radach seniorów. będą mogli współdecydować → o polityce [senioralnej] na poziomie lokalnym, dodając, że konieczne jest, by przepisy ustawowe zostały doprecyzowane na poziomie każdej jednostki samorządu terytorialnego, po to by wyraźnie określały zakres obowiązków i uprawnień rad seniorów. Natomiast wicemarszałek Sejmu Elżbieta

Radziszewska (1958–) poinformowała o pomyśle zorganizowania 1 października – w → Międzynarodowym Dniu Osób Starszych – obrad parlamentu seniorów, na wzór odbywającej się 1 czerwca każdego roku sesji Sejmu Dzieci i Młodzieży.

AM-K

B: Olech, Sobiesiak-Penszko, 2012.
D: Ustawa z 8 III 1990 r.
N: *ZOOM na rady seniorów…*, 2014 – Internet: http://www.zoomnaradyseniorow.pl.
S: „rada starszych".
TK: ang. *council of the elderly* / *council of seniors*, fr. *comité des doyens* / *comité des personnes âgées*, hiszp. *consejo de los ancianos*, niem. *Seniorenbeirat*, ros. *совет старейшин*.

rada seniorów → rada ds. seniorów

refleksje nad starością

– są niewątpliwie ważnym zakresem debaty gerontologicznej, prowadzonej przez badaczy gerontologów. Rozważania nad → starością są także często podejmowane przez osoby zwyczajne, gdy dotyka je codzienność starości – ta aktualnie osobiście doświadczana bądź ta obserwowana u innych i/lub zbliżająca się. Refleksja to „myśl, głębsze zastanowienie, rozmyślanie nad czymś, analizowanie czegoś". Zdaniem Władysława Kopalińskiego (1994, s. 431) refleksja to „głębszy namysł, zastanowienie; myśl, wniosek, będące wynikiem, owocem rozmyślania, medytacji". Zatem refleksja to wewnętrzna aktywność poznawcza (myślenie–reflektowanie), czyli pewien namysł, zaduma, poznawanie intelektualne, połączone często z doświadczeniem osobistym, w tym także emocjonalnym. To rozpoznawanie rozumem tego, co nas interesuje, niepokoi, intryguje. Refleksja to także efekt tego namysłu, efekt rozmyślania, w postaci myśli – nowej, inaczej skonstruowanej, pogłębionej itp. Reflektowanie (myślenie) przynosi refleksje (myśl) i pozwala na formułowanie nie tylko odpowiedzi, ale także i pytań. Pozwala na odnajdowanie nowych horyzontów i sposobów oglądu rzeczywistości, której namysł dotyczy. Refleksje łączy się z pogłębionym oglądem rzeczywistości, wnikliwością tego oglądu, swoistą medytacja nad danym zagadnieniem. Zdolność do refleksji jest cechą indywidualną i możliwą do ćwiczenia.

Gdy myślimy o refleksjach nad starością, mamy na uwadze szeroki wachlarz zagadnień, które wiążą się ze starością i → starzeniem się i dla badacza–gerontologa stanowią przedmiot badań. W polskiej → gerontologii kategoria językowa i poznawcza „refleksje nad starością", w sposób bezpośredni pojawiła się w roku 1992, jako tytuł międzynarodowej konferencji gerontologicznej w Łodzi i pokonferencyjnej publikacji: *Refleksje nad starością…* (Dzięgielewska, 1992). Początek myślenia o problemach starości w kategorii refleksji nad starością pochodzi od Józefa Marczaka (1992 b), który, sam będąc w wieku senioralnym, chętnie snuł rozważania, poparte własnym doświadczeniem, nad, jak to określił, wątkami filozofii → życia starego człowieka. We wskazanym tomie także inne teksty dotyczyły ważkich dla gerontologicznych refleksji zagadnień, takich jak: czas i jego wymiary – → Czerniawska, cierpienie – Jan Helander, → rodzina – → Tryfan, „dziadowanie" – Zuzanna Małecka, rozmowa – Kazimierz Zawadzki, samotność – Brygida Butrymowicz, Anna Kotlarska-Michalska, Elżbieta Dubas. Także wiele innych rozważań włączono w szerszą problematykę miejsca człowieka starszego w społeczeństwie XXI wieku.

Kolejnym ważnym opracowaniem, które również w sposób bezpośredni odniosło się do kategorii „refleksje nad starością", była księga jubileuszowa poświęcona → Pędichowi: *Zostawić ślad na ziemi* (Halicka, Halicki, 2006). Jeden z działów tej pracy pt. *Refleksje nad starością…*, zawiera opracowania dotyczące → starości w literaturze [pięknej] – Lucyna Aleksandrowicz-Pędich, starości w filozoficznych rozważaniach nad tożsamością – Beata Bugajska, wartości w życiu człowieka starego – → Dyczewski, mądrości zawartej w refleksji Heleny Radlińskiej (1879–1954), a dotyczącej wychowania człowieka – Dubas, mitów odnoszonych do ludzi starych – Joanna Staręga-Piasek, skrajnych postaw wobec starości – Jolanta Twardowska-Rajewska, i zasad dobrego starzenia się – Zbigniew Woźniak.

Idąc tropem „refleksji nad starością" warto zwrócić uwagę na zawartość treściową jednego z ostatnich podręczników → psychogerontologii Stanisławy Steuden (1950–), w którym znajdujemy osobne rozdziały poświęcone takim zagadnieniom, jak: psychobiograficzne podejście do starości, → mądrość życiowa, wymiary doświadczenia starości – godność, → jakość życia, → adaptacja do starości, → postawy wobec starzenia się i starości, egzystencjalne wymiary starości: doświadczanie → czasu, → choroba i cierpienie, → śmierć, religia. Referowane przez autorkę refleksje poparte są wynikami badań empirycznych z zakresu psychologii.

Niezwykle bogaty i wieloaspektowy kontekst refleksji nad starością uwidaczniają prace Adama A. Zycha (1945–), poczynając od znaczącej w polskiej gerontologii monografii: *Człowiek wobec starości* (1995),

a kończąc na tomie pt. *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* (2014), w których autor snuje rozważania nad starością jako niezwykle złożonym fenomenem ludzkiego życia, ważnym i dogłębnym doświadczeniem egzystencjalnym, możliwym do przeżycia także w sposób budujący, nie tylko dla samego człowieka starszego, bezpośrednio „uwikłanego" w starość, ale i dla jego otoczenia. Wspomniane prace są przy tym przykładem narracji o starości prowadzonej nie tylko rzeczowym i obiektywizującym językiem gerontologa, ale również językiem wrażliwego humanisty i estety, oraz człowieka doświadczającego uczuć i emocji.

Warto też odnotować geragogiczny wątek refleksji nad starością podejmowany w bezpośredniej formie (Dubas, 2004, 2012, 2013, 2016). Uwypukla on związek między starością, aktywnością, uczeniem się a rozwojem, wskazuje na znaczenie kształtowania na przestrzeni całego życia właściwych postaw wobec starości własnej i innych, traktowania starości jako wartości, budowanie własnej filozofii życia, ale również → filozofii starzenia się i → filozofii starości, oraz osiąganie → sztuki starzenia się jako efektu działań edukacyjnych i samorozwojowych.

Niewątpliwie bogata i wielowątkowa jest paleta zagadnień, jakie pojawiają się, gdy badacze snują refleksje nad starością. Cechą charakterystyczną tych refleksji często jest próba docierania do istoty starości, jej sensu, jej egzystencjalnego znaczenia. Refleksje nad starością równocześnie mogą być także refleksją nad konkretnym działaniem w konkretnej rzeczywistości – refleksją nad starością mniej lub bardziej opartą o realia życia, prowadzoną przed, w trakcie i po działaniu – **refleksyjny praktyk**. Refleksje nad starością często mają podłoże w rozważaniach filozoficznych, teologicznych, pedagogicznych, opierają się na analizie literatury pięknej czy dzieł sztuki. Refleksje te nie zawsze są poparte badaniami empirycznymi, ale mogą zachęcać do takich badań. Refleksje nad starością zazwyczaj wynikają z badań empirycznych, doświadczeń klinicznych, są ich następstwem i dopełnieniem – **refleksyjny badacz**. Refleksje nad starością często też wykraczają poza warstwę obiektywną – bywają myślową spekulacją, opierającą się czasem o genialne intuicje uczonych, umiejętnie łączących wiedzę o przeszłości z aktualną sytuacją i przewidywaną przyszłością – **uczony–myśliciel**. Refleksje nad starością mogą być też marzeniem, wizją, utopią, stymulującą do zmian, wskazującą kierunki, inspirującą zarówno badaczy, jak i praktyków.

Podsumowując, refleksję teoretyczną o charakterze spekulacji myślowej prowadzi uczony–myśliciel, refleksję w kontekście badań empirycznych – refleksyjny badacz, oraz refleksje nad działaniem – przed, w trakcie i po – realizuje refleksyjny praktyk. Refleksje nad starością można więc „uprawiać" w kontekście różnych zagadnień dotyczących starości oraz z różnych perspektyw ich oglądu.

ED

B: Dubas, 2004, 2012, 2013, 2016; Dunaj, 2002; Dzięgielewska, 1992; Halicka, Halicki, 2006; Kopaliński, 1994; Marczak, 1992 a, 1992 b; Steuden, 2011; Zych, 1995, 2014.

N: http://www.magnesphoto.pl…

O: bilans życiowy, filozofia starości, filozofia starzenia się, starość, starość i biografia, starość w filozofii, starzenie się.

TK: ang. *reflections on old age*, fr. *réflexions sur le vieillissement*, hiszp. *reflexiones sobre la vejez*, niem. *Reflexionen zum Alter*, ros. *размышления о старении и о старости*.

rehabilitacja medyczna

→ **Rehabilitacja** to słowo pochodzące od łacińskiego źródłosłowu: *re* – znowu, na nowo, z powrotem, *habilitas* – sprawność, zręczność, giętkość, które określa szereg działań bio-psycho-społecznych mających na celu poprawę sprawności funkcjonalnej pacjenta, która została obniżona w następstwie → choroby, → urazu [i traumy psychicznej] lub wad wrodzonych (zob. http://krasuski.com…). Wg Europejskiej Unii Lekarzy Specjalistów (UEMS – *Union Européenne des Médecins Spécialistes*) **rehabilitacja medyczna** to proces aktywny, poprzez który osoba –niepełnosprawna na skutek urazu lub choroby – osiąga pełne wyzdrowienie, a jeśli nie jest ono możliwe, to proces powyższy ma na celu ułatwienie realizacji na optymalnym poziomie fizycznych, umysłowych i społecznych funkcji pacjenta oraz integracji w najbardziej właściwym dla niego otoczeniu społecznym (zob. http://www.ptreh.com…).

Ciągły rozwój medycyny, ratowanie ludzi po poważnych wypadkach i poprawa wyników leczenia wielu chorób, jak również → starzenie się społeczeństwa, to czynniki które powodują systematyczne zwiększanie liczby osób z różnymi → niepełnosprawnościami. Sytuacja ta powoduje zwiększenie nakładów finansowych na opiekę i leczenie takich chorych. W Polsce w roku 2011 liczba osób niepełnosprawnych wynosiła około 4,7 mln co stanowiło 12,2% ludności kraju (http://www.niepelnosprawni.gov.pl). Rehabilitacja to działania, które mają z jednej strony poprawić stan funkcjonalny, samodzielność, możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym osób dotkniętych niepełnosprawnością, a z drugiej, obniżyć rów-

nież koszty finansowe i społeczne ponoszone w związku z tym przez poszczególne państwa. Wg Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji (PTReh) i Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) rehabilitacja to „kompleksowe, zespołowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie (na skutek wad wrodzonych, schorzeń, urazów), które ma na celu przywrócenie tym osobom pełniej lub maksymalnej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz do brania czynnego udziału w życiu społecznym". Obok działań z zakresu rehabilitacji medycznej, która rozpoczyna proces, podejmowane są działania w ramach rehabilitacji zawodowej i społecznej, w taki sposób, aby osoba poddana tym zabiegom mogła powrócić do wypełniania swoich ról w życiu osobistym, zawodowym i społecznym. Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych ma na celu przygotowanie osoby niepełnosprawnej do uzyskania zatrudnienia i wykonywania pracy. Z kolei rehabilitacja społeczna odpowiada za umożliwienie (lub poprawę uczestniczenia) osobom niepełnosprawnym w życiu społecznym (Marciniak, Szulc, 2003).

Zgodnie z Kartą Narodów Zjednoczonych (1993), ustaleniami Europejskiego Roku Osób z Niepełnosprawnością (2003) oraz 58 Uchwałą Światowego Zgromadzenia Zdrowia (2005) dostęp do rehabilitacji jest podstawowym prawem człowieka (https://www.rpo.gov.pl…). W obecnym modelu rehabilitacji przyjęta jest Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) wprowadzona przez WHO i zatwierdzona przez Światowe Zgromadzenie Zdrowia w 2001. Klasyfikacja ta opisuje funkcjonowanie człowieka w sposób niezależny od etiologii niepełnosprawności na poziomach od indywidualnego do ogólnospołecznego, korzystając z ogólnie przyjętej terminologii. Zaburzenie zdrowia (dysfunkcja lub choroba) wpływają na: struktury i funkcje ciała, czynności i/lub aktywności danej osoby, oraz na jej uczestnictwo społeczne. Pomiędzy poszczególnymi elementami składowymi występują wzajemne zależności. Ważną rolę odgrywają także czynniki środowiskowe i osobowe, i od nich również zależy przebieg i ostateczny efekt rehabilitacji (*Międzynarodowa Klasyfikacja…*, 2012 – Internet: http://www.pfon. org/dokumenty…).

Niepełnosprawność

Podstawowym zadaniem rehabilitacji jest oddziaływanie na osoby niepełnosprawne w celu poprawy ich stanu funkcjonalnego, zarówno w zakresie → czynności życia codziennego, w pracy zawodowej i życiu społecznym (→ rodzina, środowisko). Definicja niepełnosprawności nie jest prosta ani łatwa, zawiera się między przestrzenią medyczną a społeczną. Zgodnie z przepisami Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) „niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy" (zob. https://www.pfron.org.pl…). Osoby z niepełnosprawnościami coraz aktywniej biorą udział w tworzeniu i rozwoju systemu rehabilitacji (Kwolek, 2013).

Rehabilitacja medyczna – zarys historyczny

Korzystny wpływ ćwiczeń fizycznych i/lub oddziaływań fizykalnych na zdrowie człowieka był obserwowany od tysięcy lat. Pozytywna rola ćwiczeń została zauważona już w starożytnych Chinach, np. tai chi, i Indiach, np. joga, podobnie jak pozytywne oddziaływanie czynników fizycznych, takich jak: ciepłe kąpiele, kąpiele słoneczne i morskie. Także starożytni Grecy i Rzymianie uznawali gimnastykę za metodę umożliwiającą prawidłowy, harmonijny rozwój ludzkiego ciała, jak również stosowali gimnastykę leczniczą w wielu schorzeniach (Zembaty, 2002). W Polsce działanie lecznicze ruchu podkreślał już w XVI stuleciu lekarz nadworny królów polskich Stefana Batorego (1533–1586) i Zygmunta III Wazy (1566–1632) – Wojciech Oczko [Ocellus] (1537–1599), który uważał , że „ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu". Swoim pacjentom zalecał jazdę konną, zapasy, szermierkę, piłkę i tańce.

Rehabilitacja medyczna jako samodzielna dziedzina medycyny ukształtowała się w połowie XX wieku. Rozwój tego kierunku związany był ze wzrostem liczby osób niepełnosprawnych w społeczeństwie w następstwie działań w okresie II wojny światowej. Kolejnym bodźcem stały się następstwa epidemii choroby Heinego Medina w latach 50. ubiegłego wieku (Karwat, Skwarcz 2000). Za ojców rehabilitacji uważa się w Polsce profesora Wiktora Degę (1896–1995), a w Stanach Zjednoczonych Howarda A. Ruska (1901–1989). W 1947 w szpitalu Bellevue w Nowym Jorku dr Rusk uruchomił pierwszy oddział medycyny fizykalnej na świecie. Wkrótce w Klinice Ortopedii w Poznaniu w 1948 powstał Dział Rehabilitacji, drugi na świecie ośrodek oparty na naukowych podstawach kompleksowej, zespołowej rehabilitacji medycznej, na podstawie którego powstała pierwsza w Polsce Klinika Rehabilitacji.

Różnica w podejściu do rehabilitacji w obu wzmiankowanych ośrodkach polegała na tym, że wg dra Ruska rehabilitacja rozpoczynała się po zakończeniu procesu leczenia, natomiast profesor Dega uważał, że rehabilitacja powinna być prowadzona od początku zachorowania pacjenta, równolegle z procesem leczenia. W rozwój rehabilitacji w Polsce zaangażowany był także profesor Marian Allan Weiss (1921–1981), który przyczynił się do powstania Stołecznego Centrum Rehabilitacji (STOCER) w Konstancinie, w którym od początku rehabilitacja rozwijała się kompleksowo, na bardzo wysokim poziomie (Kiwerski, Górski, 1989).

Polska Szkoła Rehabilitacji

Rehabilitacja medyczna to działania kompleksowe, które prowadzi interdyscyplinarny zespół rehabilitacji pod kierownictwem lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. W skład zespołu rehabilitacji wchodzą lekarze konsultanci innych specjalności (np. specjalista kardiologii, neurologii, urologii, ortopedii, pediatrii, onkologii, geriatrii i in.), fizjoterapeuci, terapeuci zajęciowi, psycholodzy, logopedzi i pedagodzy, inżynierowie tworzący sprzęt dla osób niepełnosprawnych, pracownicy socjalni, duchowni i inni specjaliści, w zależności od rodzaju niepełnosprawności i potrzeb pacjenta. Działania rehabilitacji medycznej obejmują postępowanie fizjoterapeutyczne (→ kinezyterapia, → fizykoterapia, → masaż leczniczy), oddziaływanie psychologiczne, → terapię zajęciową, zajęcia logopedyczne, pomoc socjalną, naukę szkolną oraz zmianę zawodu lub przygotowanie do zatrudnienia.

Model Polskiej Szkoły Rehabilitacji charakteryzują cztery cechy: powszechność, wczesne zapoczątkowanie, ciągłość i kompleksowość (Lubecki, 2011). **Powszechność rehabilitacji** – to umożliwienie dostępu do leczenia przez zespoły interdyscyplinarne wszystkim potrzebującym chorym. Zgodnie z myślą profesora Degi bardzo ważne w celu osiągnięcia najlepszych efektów są **wczesne oddziaływania**, mające również na celu profilaktykę niepełnosprawności. Wdrożenie działań rehabilitacyjnych powinno się odbywać zatem jak najwcześniej, w zależności od stanu i możliwości pacjenta. **Ciągłość rehabilitacji** odpowiada za lepsze i trwałe efekty terapeutyczne u pacjenta. W wielu przypadkach rehabilitacja powinna być prowadzona do końca życia osoby z niepełnosprawnością. **Kompleksowość działań** gwarantuje najlepsze efekty, możliwe do osiągnięcia w odpowiednim czasie u poszczególnych pacjentów. Polska Szkoła Rehabilitacji w 1970 została zaakceptowana jako model godny do naśladowania przez Światową Organizację Zdrowia na posiedzeniu Biura Europejskiego WHO.

Podspecjalności i rodzaje rehabilitacji medycznej

Szybki rozwój medycyny powoduje wyodrębnienie w rehabilitacji medycznej jej podspecjalności. W pierwszej kolejności rozwinęła się rehabilitacja ortopedyczna, neurologiczna, oddechowa, psychiatryczna i pediatryczna. Obecnie swoje ważne miejsce ma już rehabilitacja kardiologiczna, onkologiczna i geriatryczna. Rehabilitacja może być prowadzona **stacjonarnie**, w ramach oddziałów stacjonarnych i w sanatoriach, **ambulatoryjnie**, w ramach poradni rehabilitacji bądź oddziałów i/lub ośrodków dziennych rehabilitacji, oraz **w warunkach domowych**, w zależności od potrzeby wynikającej ze stanu pacjenta. Kolejnym etapem rehabilitacji może być leczenie sanatoryjne. Finansowanie rehabilitacji medycznej jest ciągle niewystarczające, odbywa się w ramach funduszy Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jak również PFRON oraz środków pozyskanych przez organizacje pozarządowe i osoby prywatne.

Ważnym elementem rehabilitacji medycznej jest → fizjoterapia, która składa się z leczenia ruchem, czyli kinezyterapii, a także oddziaływań fizykalnych czyli fizykoterapii oraz masażu.

Kinezyterapia

Nazwa pochodzi od od greckiego źródłosłowu: *κίνησις* – ruch, i *θεραπεία* – leczenie, i jest to metoda fizjoterapeutyczna polegająca na zastosowaniu ruchu ciała jako formy leczniczej, mająca na celu przywrócenie największej sprawności fizycznej i psychicznej pacjenta. Największe znaczenie ma w schorzeniach narządu ruchu, ale stosowana jest w każdej dziedzinie medycznej. Umożliwia uzyskanie poprawy utraconych funkcji, kompensuje, koryguje postawę, wzmacnia i przywraca utracone funkcje, wpływa na wszystkie układy, zapobiega powikłaniom ze strony układu oddechowego i krążenia. Kinezyterapia może być podstawową formą leczenia lub może być łączona z innymi oddziaływaniami. Wyróżniamy kinezyterapię miejscową, która polega na ćwiczeniach stawu z dysfunkcją lub kinezyterapię ogólną, polegającą na ćwiczeniach całego ciała i pobudzeniu wszystkich grup mięśniowych. Najlepsze efekty terapeutyczne terapii osiągane są wtedy, gdy pacjent pracuje indywidualnie z fizjoterapeutą. Istnieje wiele różnych form ćwiczeń, które wykorzystuje się w pracy z chorym, takich

jak: ćwiczenia bierne, czynno-bierne, samo wspomagane, czynne w odciążeniu, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne, synergistyczne, oddechowe, indywidualne, relaksacyjne, pionizację i naukę chodzenia oraz inne, w tym metody kinezyterapeutyczne, np. PNF (ang. *Prorioceptive Neuromuscular Facilitation*), metody Bobath lub Vojty, neuromobilizacje i in. Wykorzystuje się w nich połączenie wiedzy neurofizjologicznej z kompleksowym oddziaływaniem terapeutycznym.

Fizykoterapia
Określenie pochodzi od od starogreckiego źródłosłowu: *φύσις* – natura, przyroda, i *θεραπεία* – leczenie, i jest to metoda lecznicza i/lub rehabilitacyjna, która wykorzystuje bodźce naturalne, występujące w przyrodzie, np. czynniki termiczne, wody, promienie słoneczne lub bodźce sztuczne, np. prądy różnej częstotliwości. Fizykoterapia zajmuje znaczące miejsce w leczeniu fizjoterapeutycznym, np. uszkodzeń narządu ruchu bądź ośrodkowego układu nerwowego, a także w dermatologii. Celem zabiegów fizykalnych są przede wszystkim działania przeciwbólowe i przeciwzapalne, przyspieszające gojenie ran. W fizykoterapii wyróżniamy elektroterapię, w której stosowane są zabiegi wykorzystujące – w zależności od wskazań medycznych – prąd o różnej częstotliwości, magnetoterapię, ultrasonoterapię, laseroterapię, światłoterapię, termoterapię (zimnolecznictwo, ciepłolecznictwo), hydroterapię itp. (Zwolińska, 2011).

Masaż
Kolejnym oddziaływaniem fizjoterapeutycznym jest masaż ciała. Pochodzenie słowa „masaż" ma różne źródła – w jęz. polskim oznacza mięsienie, mieszanie, w greckim: *μάσσω* [masso] to ugniatać, w arabskim: مس [mass] – dotykać, w hebrajskim: עִסָּה [machach] – dotykać, macać, a w jęz. francuskim: *le massage* – nacierać lub masować. Już w czasach starożytnych masaż był uzupełnieniem obrzędów religijnych. W Indiach i Chinach dotyk stanowił naturalną metodę leczniczą. W XVI stuleciu francuski lekarz Ambroży [Ambroise] [Ambroży] Paré (ok. 1510– 1590) obserwował pozytywne skutki masażu u chorych po operacjach (http://wwww.masazysci. org.pl…). Istnieją rozmaite formy masażu, takie jak: masaż klasyczny, relaksacyjny, segmentalny, leczniczy, sportowy, drenaż limfatyczny i wiele innych. Masaż może być wykonywany ręcznie – dłonią terapeuty lub mechanicznie – aparaty aquavibron, masaż pneumatyczny, specjalne łóżka do masażu.Techniki stosowane w masażu leczniczym to: głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, wyciskanie, oklepywanie, wibracja, wałkowanie, roztrząsanie (Zborowski, 2000). Obecnie coraz częściej można spotkać się z techniką pracy na tkankach miękkich, która wizualnie przypomina masaż, jednak jest techniką bardziej precyzyjną, polegającą na poszukiwaniu restrykcji w obrębie powięzi naszego ciała i ich likwidacji.

KZ, JF, ZBW

B: Barnes, Ward, 2008; Karwat, Skwarcz, 2000; Kiwerski, 2005; Kiwerski, Górski, 1989; Kwolek, 2013; Lubecki, 2011; Marcinaik, Szulc, 2003; Zborowski, 2000; Zębaty, 2002; Zwolińska, 2011.
D: Ustawa z 27 VIII 1997 r.
N: http://krasuski.com…; https://www.pfron.org.pl…; http://www.ptreh.com…;
https://www.rpo.gov.pl…; http://wwww.masazysci. org.pl…; *Międzynarodowa Klasyfikacja…*, 2012 – Internet: http://www.pfon. org/dokumenty…
O: inwalidztwo, niepełnosprawność, rehabilitacja, rehabilitacja medyczna osób starszych, rehabilitacja podstawowa, rehabilitacja psychospołeczna osób starszych, rehabilitacja seksualna, wielochorobowość.
S: rehabilitacja lecznicza.
TK: ang. *medical rehabilitation*, fr. *la réadaptation médicale*, hiszp. *rehabilitación médica*, niem. *medizinische Rehabilitation*, ros. *медицинская реабилитация*.

rehabilitacja medyczna osób starszych (rehabilitacja geriatryczna)

– to zespół działań leczniczych i psychologicznych, edukacyjnych i społecznych mających na celu umożliwienie osobie starszej maksymalne wykorzystanie jej potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego. Działania te zależą od indywidualnych niesprawności i ograniczeń osoby starszej oraz istniejących w jej środowisku → życia → barier, oraz mają na celu indywidualne dobro starszego pacjenta i poprawę jakości jego życia (Mrożek-Gąsiorowska, 2011).
Podstawowe zasady w rehabilitacji geriatrycznej to:
- zorientowanie na funkcję, a nie na → chorobę i/lub → niepełnosprawność, oraz
- interdyscyplinarne podejście zespołowe.

W przypadku osoby starszej największy wpływ na → jakość życia ma nie liczba i rodzaj występujących schorzeń, ale to w jakim stopniu wpływają one na jej sprawność funkcjonalną i możliwość samodzielnego radzenia sobie z → czynnościami życia codziennego. Stąd → rehabilitacja medyczna w → starości, której celem jest umożliwienie realizacji fizycznych, umysłowych i społecznych funkcji pacjenta na optymalnym

poziomie i integracji w środowisku społecznym, ma tak ważne znaczenie w procesie leczenia osób starszych (Żak, Śliwiński, 2014).

W procesie rehabilitacji geriatrycznej zaangażowany powinien być → interdyscyplinarny zespół [geriatryczny], składający się z lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, geriatrów (i – w zależności od potrzeby – lekarzy konsultantów innych specjalności), fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów, logopedów, inżynierów tworzących sprzęt dla osób niepełnosprawnych, pracowników socjalnych, duchownych i innych specjalistów. Skład zespołu powinien być dostosowany do rodzaju niepełnosprawności i/lub potrzeb pacjenta. Interdyscyplinarność (a nie multidyscyplinarność) relacji w zespole polega na aktywnej komunikacji i współpracy miedzy członkami zespołu, gdyż jedynie takie podejście umożliwić może właściwe adresowanie potrzeb pacjenta i jego opiekunów.

Specyfika → rehabilitacji osób starszych

Stan funkcjonalny starszego pacjenta zależy z jednej strony od następstw fizjologicznego starzenia się jego organizmu, z drugiej zaś od nakładających się na nie wpływów → chorób i niesprawności, które gromadzone są na przestrzeni mijających lat. Swoiste piętno na tym wywiera także sytuacja społeczno-środowiskowa starszej osoby.

→ Starzenie się organizmu definiuje się jako postępujące wraz z wiekiem ograniczenie rezerwy czynnościowej wszystkich narządów i układów. Procesy starzenia się obejmują wszystkie elementy układu ruchu – dochodzi do zmiany postawy ciała, zmiany środka ciężkości, pojawienia się nieprawidłowości chodu, utraty masy kostnej, która sprzyja złamaniom. Zmiany zachodzą w narządach zmysłu – w narządzie wzroku powszechna jest → nadwzroczność starcza, tzw. prezbiopia, w narządzie słuchu niedosłuch starczy, czyli prezbioakuzja (Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011). Starzenie się układu sercowo-naczyniowego i oddechowego wiąże się ze zmniejszeniem tolerancji wysiłku i gorszą adaptacją do niego. Starzenie się układu nerwowego wiąże się z wydłużeniem czasu reakcji, zaburzeniami czucia i wzrostem progu percepcji bodźców. Wszystkie te zmiany mają wpływ na bezpieczeństwo rehabilitacji geriatrycznej. Ponadto powodują, że osoba starsza jest szczególnie podatna na utratę → sprawności funkcjonalnej w sytuacji dodatkowych obciążeń, takich jak: zachorowanie ostre, unieruchomienie, hospitalizacja.

Charakterystyczną cechą patologii geriatrycznej jest → **wielochorobowość**, która w miarę upływu czasu skutkuje niesprawnością. Współwystępujące schorzenia muszą być uwzględnione podczas planowania rehabilitacji i wpływają na sposób jej prowadzenia oraz osiągnięte wyniki. Szczególnie schorzenia układu sercowo-naczyniowego i układu oddechowego ograniczać mogą zdolność do podejmowania wysiłku i możliwość uczestniczenia starszego pacjenta w procesie rehabilitacji. Najczęstsze patologie występujące u → seniorów to → choroba zwyrodnieniowa stawów, → nadciśnienie tętnicze oraz → choroba niedokrwienna serca (zob. Białkowska, Mroczkowska, 2014).

Najczęstsze problemy w → rehabilitacji medycznej osób starszych to zaburzenia w poruszaniu się i wykonywaniu → czynności życia codziennego, brak koordynacji ruchowej i → zaburzenia równowagi oraz ryzyko powtarzających się → upadków. Częstą przyczyną tych problemów jest → sarkopenia – osłabienie siły mięśniowej, która ogranicza sprawność funkcjonalną i zaburza pracę wielu narządów i układów. Niski poziom → aktywności fizycznej stanowi poważne ryzyko wystąpienia sarkopenii, która jest czynnikiem ryzyka → zespołu słabości/kruchości (Smyj, Góra, Kozak, 2013.) Stan ten polega na zmniejszeniu rezerw i odporności na czynniki stresogenne, wynikający ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych systemów fizjologicznych oraz wielosystemowej dysregulacji. Zdolność do utrzymania homeostazy organizmu i reagowania na → stres jest w przypadku osób z zespołem słabości ograniczona, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonej podatności na wystąpienie niekorzystnych następstw. Zespół ten można stwierdzić, gdy wystąpią minimum 3 z 5 wymienionych stanów: → zmęczenie, obniżone tempo poruszania się, zmniejszona aktywność fizyczna, osłabienie, utrata masy ciała (Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011).

Zalecenia, cele i planowanie rehabilitacji osób starszych

Tworząc program rehabilitacyjny osobom w starszym wieku należy brać pod uwagę wyżej wymienione stany i indywidualnie dobierać terapię usprawniającą. Należy zawsze określać wskazania i przeciwwskazania do danej formy leczenia oraz uwzględniać je w prowadzonym procesie usprawniania ruchowego. Rehabilitacja osób starszych powinna być **ciągła, kompleksowa i powszechnie dostępna**, co zakłada Model Polskiej Szkoły Rehabilitacji.

Podstawowym elementem w rehabilitacji geriatrycznej jest prewencja utraty sprawności funkcjonalnej (rehabilitacja prewencyjna), co wymaga przewidywania i podejmowania działań, które mogą pomóc

uniknąć niekorzystnych następstw procesu starzenia, chorób i urazów. Działania prewencyjne powinny obejmować korzystne modyfikacje → stylu życia (zarzucenie nałogu tytoniowego, regularna aktywność fizyczna, prawidłowa dieta, regularne kontrole lekarskie stanu → zdrowia), co zapobiegać ma utracie kondycji fizycznej i psychicznej. Szczególnie niekorzystne są następstwa unieruchomienia starszej osoby w wyniku ostrego zachorowania (upośledzenie funkcji lewej komory serca; hipotonia ortostatyczna, ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych, utrata siły mięśniowej, zaniki i przykurcze mięśni, nasilenie utraty masy kostnej, ujemny bilans azotowy, pogorszenie tolerancji glukozy, rosnące ryzyko → odleżyn, utrata apetytu, zaparcia, infekcje układu moczowego, → zapalenie płuc, pogorszenie stanu psychicznego, np. → depresja i zaburzenia nastroju bądź majaczenie i stany splątaniowe).

Kolejnym, ważnym elementem w rehabilitacji geriatrycznej jest kompleksowe zidentyfikowanie uszkodzeń i niesprawności występujących u starszego pacjenta. Służą temu metody → **całościowej oceny geriatrycznej (**COG), w której istotne miejsce znalazła ocena funkcjonalna. Przeprowadzenie COG umożliwia oszacowanie deficytów i ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, z uwzględnieniem zaplecza jakim dysponuje starszy pacjent w postaci sieci wsparcia formalnego i nieformalnego oraz jego środowiska życia (*Standardy postępowania*…, 2013). Ocena sprawności starszego pacjenta i jego potencjału rehabilitacyjnego oparta o bezpośrednią obserwację wykonywania przez chorego różnych zadań i czynności jest oceną najbardziej wiarygodną. Jego samoocena może być bowiem zawyżona (gdy obawia się np. umieszczenia w instytucji opiekuńczej), lub zaniżona (gdy z niesprawnością współwystępuje np. zespół depresyjny).

Kolejnym etapem rehabilitacji geriatrycznej jest ustalenie realistycznych, możliwych do osiągnięcia celów. Najlepiej, gdy na tym etapie w dyskusji uczestniczy zarówno pacjent, jak i jego opiekunowie. Ważne jest, by cele były dobrze zdefiniowane i możliwe do osiągnięcia w konkretnych odstępach czasu (jest to szczególnie istotne w przypadku osób z obniżoną motywacją do współpracy, np. w depresji). Cele te mogą być bardzo ograniczone w sytuacji osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i/lub → otępieniem, w przypadku których ważne jest wykorzystywanie umiejętności, które pacjent jeszcze posiada i niezmienianie bez potrzeby jego środowiska życia. W przypadku niesprawności istniejącej od wielu lat obejmować mogą one strategie kompensacyjne, a bardziej intensywne postępowanie rehabilitacyjne dopiero w przypadku pogorszenia stanu chorego. Odmienne będą cele rehabilitacji w sytuacji osób terminalnie chorych – w tym przypadku powinny być podejmowane raczej działania zmniejszające dyskomfort pacjenta i obciążenie jego opiekuna. Niski potencjał rehabilitacyjny dotyczyć będzie także starszych chorych w stanie → niedożywienia [białkowo-kalorycznego] w starszym wieku, uniemożliwiającego odbudowę masy mięśniowej. Efektywność rehabilitacji uwarunkowana będzie w tym przypadku uzyskaniem poprawy stanu odżywienia. Przy konstruowaniu celów terapii usprawniającej ważne jest uwzględnienie uwarunkowań społecznych i kulturowych, które mogą ograniczać możliwość korzystania z rehabilitacji lub niektórych jej form (brak opiekuna, ograniczenia finansowe). Elementem wzmacniającym efektywność podejmowanych działań jest okresowa ocena postępów rehabilitacji i stopnia osiągnięcia założonych celów (Wolska i współprac., 2013).

Należy ustalić także w jakich warunkach powinna odbywać się rehabilitacja starszego pacjenta w indywidualnym przypadku – w szpitalu, poradni rehabilitacyjnej czy też w warunkach domowych oraz jaki jest niezbędny poziom nadzoru specjalistycznego nad tym procesem. Istotne jest też, czy ma to być rehabilitacja ogólna (skierowana na aktywizację przewlekle chorych), czy też celowana (ukierunkowana na indywidualnego pacjenta i jego specyficzne potrzeby). Ważne jest określenie zapotrzebowania pacjenta na sprzęt wspierający lokomocję, sprzęt rehabilitacyjny ułatwiający wykonywanie codziennych zadań, konieczność oprotezowania narządu wzroku i słuchu oraz konieczność przeprowadzenia odpowiednich adaptacji w środowisku zamieszkania. Zależnie od stopnia niesprawności pacjenta powinno się także określić jego zapotrzebowanie na pomoc środowiskową udzielaną w warunkach domowych, lub też konieczność okresowego (do czasu odzyskania sprawności) lub na stałe (w przypadku niepomyślnego rokowania i braku sieci wsparcia) umieszczenia w instytucji opiekuńczej.

Ograniczenia rehabilitacji u osób starszych

Należy pamiętać o tym, że u osób starszych, zwłaszcza tych mało aktywnych, nawet niewielki wysiłek fizyczny może wiązać się z zagrożeniem życia. Program rehabilitacji, rodzaj i wielkość obciążeń należy dostosować do wieku ćwiczącego, jego dotychczasowej aktywności i poziomu wytrenowania, wydolności krążeniowo-oddechowej, stanu układu kostno-stawowo-mięśniowego i układu nerwowego, stanu psychicznego oraz do chorób współistniejących (Łukasik, Barylski,

Irzmański, 2011). W przypadku starszych pacjentów ważne jest także, by zebrać wywiad na temat przyjmowanych przez nich leków, które mogą rzutować na bezpieczeństwo rehabilitacji (zob. tab. 1). Gdy planowane jest podjęcie intensywnej aktywności fizycznej przez osoby dotychczas nieaktywne i osoby z chorobami układu krążenia wskazane jest rozważenie wykonania próby wysiłkowej, która jest podstawowym badaniem oceniającym odpowiedź układu krążenia na wysiłek. Pomaga ona także ocenić czynniki ograniczające wydolność fizyczną, wykryć chorobę wieńcową i określić związane z nią ograniczenia w prowadzeniu rehabilitacji, wyznaczyć bezpieczny zakres tętna i ciśnienia podczas ćwiczeń u osób z chorobą niedokrwienną serca i bez niej oraz ustalić odpowiedni program treningu/ćwiczeń rehabilitacyjnych. Istnieje szereg ograniczeń w wykonaniu próby wysiłkowej u starszych chorych (zmiany w układzie ruchu, zaburzenia sensoryczne, zaburzenia koordynacji ruchu, ograniczenia emocjonalne, ograniczenia adaptacyjne- nowa forma wysiłku, zaburzenia równowagi/ zawroty głowy). Alternatywą może być w tych sytuacjach test 6-minutowego chodu, znany także jako test korytarzowy lub test swobodnego marszu (Żołądź, Majerczak, Duda, 2011)

W niektórych stanach rehabilitację starszego pacjenta należy odroczyć. Dotyczy to np. zespołu majaczenia/delirium (w którym z uwagi na zaburzenia świadomości starszy pacjent nie jest w stanie współpracować, uczyć się wykonywania nowych zadań), ostrej infekcji (której może towarzyszyć splątanie, zmęczenie, hipotonia) czy niestabilności hemodynamicznej (tu istnieje niebezpieczeństwo związane z wykonywaniem pewnych rodzajów ćwiczeń).

Bezwzględne przeciwwskazania do rehabilitacji ruchowej to takie sytuacje, jak: ostre stany zagrożenia życia, ostry zespół wieńcowy, świeży → udar mózgu, niestabilna → stenokardia (dławica piersiowa), niebezpieczne niemiarowości, ostre zapalenie osierdzia, wsierdzia, mięśnia sercowego, niewyrównana niewydolność serca, istotne zwężenie lewego ujścia tętniczego, nieustabilizowane nadciśnienie układowe, czy ostre, zakrzepowe zapalenie żył. W przypadku pacjentów w starszym wieku ważne jest jednak, by zapobiegać nagłemu pogorszeniu sprawności wynikającemu z konieczności unieruchomienia chorych w tych stanach. Zawsze istnieją tutaj wskazania do ćwiczeń indywidualnych zależnie od możliwości chorego (ćwiczenia w łóżku w zakresie ruchu w stawie, delikatne ćwiczenia wzmacniające, zachęcanie i ułatwianie podejmowania → aktywności ruchowej, gdy tylko stan zdrowia na to pozwala).

Formy rehabilitacji osób starszych i jej efekty

Rehabilitacja medyczna osób starszych jest zespołem działań kompleksowych, w którego skład działań wchodzą postępowania fizjoterapeutyczne (→ kinezyterapia, → fizykoterapia, → masaż leczniczy), działania psychologiczne, → terapia zajęciowa, zajęcia logopedyczne, pomoc socjalna, dostosowanie mieszkania i zaopatrzenie w potrzebny sprzęt i pomoce. Każdy z członków zespołu terapeutycznego ma określone zadania do wypełnienia (zob. tab. 2).

Podstawą rehabilitacji osób starszych jest kinezyterapia, obejmująca ćwiczenia indywidualne, ogólnokodycyjne, metodę usprawnienia neurorozwojoweg NDT (ang. *Neurodevelopmental Treatmenti*) Bobath dla dorosłych, metoda torowania nerwowo-mięśniowego PNF (ang. *Prioprioceptiv Neuromuscular Facilitation*) i inne, ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń poprawiających równowagę i koordynację ruchową, zmniejszających ryzyko → upadków. Pamiętać powinno się o zasadzie stopniowania trudności i obciążeń pacjenta. Zabiegami dobrze tolerowanymi i akceptowanymi przez osoby w wieku starszym są zabiegi z fizykoterapii i masażu.

Rehabilitacja w istotny sposób wpływa na poprawę sprawności funkcjonalnej osób starszych. Dzięki zabiegom fizjoterapii można uzyskać zmniejszenie nasilenia bólu (co skutkuje zmniejszeniem ilości zażywanych leków przeciwbólowych), zmniejszenie aktywności procesu zapalnego, zapobiec deformacjom stawów, przykurczom mięśni, uzyskać poprawę sprawności fizycznej poprzez zwiększenie siły mięśniowej i poprawę zakresu ruchów w stawach. Ważnym celem rehabilitacji w geriatrii jest też przygotowanie do zabiegów operacyjnych oraz przywrócenie sprawności po przebytych zabiegach.

Wg ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) celem polityki geriatrycznej jest wczesne wykrywanie i zapobieganie problemom zdrowotnym, promocja zdrowia poprzez utrzymanie i poprawę sprawności pacjenta, poprawa funkcjonowania w środowisku społecznym, edukacja na temat zachowań prozdrowotnych i samokontroli zdrowia, organizacja → opieki zapewniająca jak najdłuższą samodzielność w środowisku domowym oraz zapobieganie i przeciwdziałanie → niepełnosprawności psychofizycznej pacjenta. Wszystkie te cele w dużej mierze umożliwić może wdrożenie postępowania odpowiednich działań z zakresu rehabilitacji geriatrycznej. Istnieje jednak wiele barier dla powszechnego ich wdrożenia. Niedostateczna jest dostępność w Polsce usług z zakresu rehabilitacji medycznej dla osób starszych. Dotyczy

to szczególnie obszarów wiejskich. Ponadto fizjoterapeuci zbyt rzadko stosują kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne u osób w starszym wieku, na co też niestety ma negatywny wpływ system organizacji i finansowania usług rehabilitacyjnych w naszym kraju. Wciąż panuje pogląd, że wiek starszy obniża oczekiwania wobec osiągnięcia wysokiego poziomu sprawności funkcjonalnej. Często jednak niedostateczna jest po prostu świadomość osób starych na temat korzyści wynikających z rehabilitacji w przypadku wielu schorzeń i → wielkich zespołów geriatrycznych. Czasem przyczyna może leżeć jednak po stronie starszego pacjenta, który pomimo dość niezłej sprawności wchodzi w rolę osoby chorej-niesprawnej, wymagającej pomocy ze strony osób trzecich, np. dzieci, którymi się wcześniej opiekował i które powinny teraz się za to odwdzięczyć.

Brak jest norm sprawności funkcjonalnej dla określonych grup wiekowych, często nie formułuje się celu rehabilitacji i nie przeprowadza pomiaru jej wyników, co przyczynia się do niedostatecznego wykorzystania potencjału rehabilitacyjnego i możliwości poprawy stanu zdrowia osób starszych. Barierą w wykorzystaniu możliwości rehabilitacji geriatrycznej mogą być także praktyki dyskryminujące ze względu na wiek, znane jako → ageizm [i dyskryminacja].

ZBW, KZ, JF

A: GPT.

B: Białkowska, Mroczkowska, 2014; Bohannon, 2006; Łukasik, Barylski, Irzmański, 2011; Mrożek-Gąsiorowska, 2011; Smyj, Góra, Kozak, 2013; *Standardy postępowania*…, 2013; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011; Wolska i współprac., 2013; Żak, Śliwiński, 2014; Żołądź, Majerczak, Duda, 2011.

Tabela 1. Uwarunkowania bezpieczeństwa rehabilitacji ruchowej pacjenta w starszym wieku

▪ Dokładna ocena przed, w trakcie i po ćwiczeniach oraz po 24 godz.
▪ Uwzględnienie schorzeń współistniejących i/lub przyjmowanych leków.
▪ Stabilny stan pacjenta (choroba niedokrwienna serca, niewydolność krążenia, cukrzyca i in.).
▪ Dokładny nadzór początkowy i/lub nadzór lekarski zależnie od stanu chorego, formy i intensywności.
▪ Jasny i wyczerpujący instruktaż, dostosowany do możliwości chorego.
▪ Uprzedzenie pacjenta o ewentualnych początkowych skutkach ubocznych ćwiczeń (np. bóle mięśniowe).
▪ Stopniowanie obciążeń.
▪ Dłuższy czas odpoczynku w trakcie i po sesji ćwiczeń.
▪ Dłuższy czas do osiągnięcia zamierzonego celu rehabilitacji.
▪ Współpraca środowiska domowego.

Tabela 2. Przykładowe zadania członków zespołu rehabilitacji geriatrycznej

Lekarz (specjalista rehabilitacji lub geriatra)	Kierowanie zespołem rehabilitacji geriatrycznej i nadzór nad: oceną stanu pacjenta, ustaleniem celów i programu rehabilitacji oraz jej ograniczeń, okresowa kontrola wyników terapii i jej bezpieczeństwa
Pielęgniarki	Zachęcanie do samodzielności, pomoc fizyczna, instruktaż, monitorowanie stanu skóry, profilaktyka przeciwodleżynowa i pielęgnacja skóry, program kontroli wypróżnień i mikcji, edukacja pacjenta i rodziny, trening pacjenta i/lub opiekunów przed wypisem ze szpitala
Fizjoterapeuta	Opracowanie programu ćwiczeń zwiększających zakresy ruchu w stawach, siłę mięśniową, koordynację, równowagę, wytrzymałość. Ocena lokomocji i ćwiczenia chodu lub poruszania się na wózku, z użyciem sprzętu pomocniczego, pokonywania schodów, wstawania po upadku. Zabiegi z zakresu fizykoterapii.
Terapeuta zajęciowy	Ćwiczenia bezpiecznego i samodzielnego wykonywania czynności z zakresu samoobsługi (np. toaleta, ubieranie się, higiena osobista, jedzenie) i instrumentalnych czynności dnia codziennego (np. gotowanie, korzystanie z telefonu, sprzątanie, zakupy, radzenie sobie z pieniędzmi). Zabezpieczenie w sprzęt pomocniczy i trening posługiwania się nim. Ocena i leczenie dysfagii po udarze, w demencji, parkinsonizmie. Ćwiczenia funkcji poznawczych.
Logopeda lub terapeuta mowy	Ocena i leczenie dyzartrii, afazji, apraksji. Wzmacnianie zdolności komunikowania się. Edukacja rodziny.
Specjalista z zakresu rekreacji	Wzmacnianie umiejętności podejmowania aktywności rekreacyjnej i zajęć w grupie oraz stymulowanie powrotu do życia w społeczeństwie
Psycholog	Identyfikacja zaburzeń funkcji poznawczych, zaburzeń sfery psychicznej. Pomoc w stworzeniu strategii postępowania w indywidualnym przypadku.
Pracownik socjalny	Nawiązanie kontaktu z rodziną, koordynacja planów wypisowych, pomoc w uzyskaniu niezbędnego wsparcia i w zorganizowaniu opieki

O: rehabilitacja, rehabilitacja medyczna, rehabilitacja podstawowa, rehabilitacja psychospołeczna osób starszych, rehabilitacja seksualna, wielochorobowość.
S: rehabilitacja w wieku podeszłym, terapia usprawniająca osób starszych.
TK: ang. *medical rehabilitation in old age* / *geriatric rehabilitation* / *Geriatric Physical Therapy* / *rehabilitation in old age*, fr. *la réadaptation médicale un vieil homme* / *la réadaptation gériatrique*, hiszp. *rehabilitación médica del hombre viejo* / *rehabilitación geriátrica* / *rehabilitación en geriatria*, niem. *medizinische Rehabilitation älterer Menschen* / *geriatrische Rehabilitation*, ros. *медицинская реабилитация людей пенсионного возраста* / *гериатрическая реабилитация*.

rehabilitacja geriatryczna → rehabilitacja medyczna osób starszych

rehabilitacja podstawowa (rehabilitacja czynności życia codziennego)

– dział rehabilitacji osób niewidomych i słabowidzących, obejmujący wszelkie formy aktywności człowieka – z pominięciem → orientacji przestrzennej i poruszania się, stanowiącej osobny dział → rehabilitacji.
Dysfunkcja wzroku często powoduje ograniczenia lub wręcz uniemożliwia uzyskanie samodzielności w zakresie samoobsługi. Stanowi to powód uzależnienie części osób niewidomych od pomocy innych. Celem **rehabilitacji podstawowej** jest zatem wypracowane technik i sposobów radzenia sobie z podstawowymi czynnościami w zakresie samoobsługi.
Ze względu na zakres i cel, rehabilitacja podstawowa obejmuje następujące działy:

1. **Higiena osobista i dbałość o wygląd** – kąpiel w wannie i pod prysznicem, mycie zębów, pielęgnacja paznokci, makijaż, golenie, użycie kosmetyków;
2. **Przygotowanie garderoby i ubieranie się** – techniki ubierania się, przechowywanie ubrań, pranie i segregowanie, prasowanie, szycie;
3. **Sprzątanie** – ścieranie kurzu, mycie powierzchni, zamiatanie, odkurzanie odkurzaczem, słanie łóżka;
4. **Czynności kuchenne** – gotowanie, pieczenie, smażenie, nakrywanie i podawanie do stołu, użycie naczyń i sprzętów kuchennych;
5. **Opieka nad dzieckiem**;
6. **Posługiwanie się pieniędzmi** – monetami, banknotami, kartami płatniczymi, przelewami internetowymi;
7. **Użycie telefonu** – tradycyjnego, komórkowego, smartfonu;
8. **Zachowania w różnych sytuacjach** – gesty, zachowanie przy stole, blindyzmy;
9. **Inne czynności**, takie jak: praca podstawowymi narzędziami – młotkiem, śrubokrętem, piłą, obcęgami, miarką; zapalanie ognia – zapałkami, zapalniczką; korzystanie z urządzeń mechanicznych i elektrycznych – kuchnie, kuchenki mikrofalowe, pralki; zajęcia rekreacyjne – szachy, warcaby, karty, gry planszowe, sport.

Niewiele jest opracowań naukowych dotyczących rehabilitacji podstawowej. Są to przede wszystkim opracowania zawierające konkretne porady praktyczne. Badania przeprowadzone przez Melissę A. Hensley (1987) obejmowały pomiary poziomu niepokoju dorosłych osób ociemniałych, mieszkających we własnych domach. Poziom niepokoju był mierzony za pomocą *Skali niepokoju osób niewidomych* – przed, a następnie po zrealizowaniu programu rehabilitacji podstawowej. Porównanie wyników badań pozwoliło na sformułowanie następującego wniosku: program rehabilitacji miał istotny, pozytywny wpływ na obniżenie poziomu niepokoju osób niewidomych.
Program rehabilitacji podstawowej może być realizowany indywidualnie lub grupowo: w miejscu zamieszkania; podczas zajęć w internacie; w czasie obozów i kolonii; na turnusach rehabilitacyjnych. Jest on ustalany indywidualnie i zależy od wieku, możliwości oraz potrzeb a przede wszystkim od oczekiwań rehabilitowanego. Duże znaczenie w ćwiczeniach ma sama umiejętność, a także właściwe planowanie i organizacja stanowiska pracy (przygotowanie niezbędnych materiałów, posprzątanie po zakończeniu) – wypracowanie odpowiedniego sposobu postępowania. W czasie zajęć, poprzez nauczanie konkretnej czynności, kształtuje się nie tylko zręczność, koordynację ruchową, równowagę, ale także: orientację w przestrzeni, systematyczność, wytrwałość, planowanie.
Należy pamiętać, ż nie istnieje jeden – uniwersalny dla wszystkich – algorytm wykonania danej czynności. W wielu przypadkach można zastosować dedykowane lub adaptowane pomoce, np. czujnik poziomy cieczy, sprzęty, takie jak: waga kuchenna, termometr czy glukometr podający wyniki pomiarów głosem. Prawidłowe opanowanie czynności samoobsługowych zwiększa niezależność, daje poczucie własnej wartości i bardzo dobrze wpływa na możliwość pełnienia wszelkich ról społecznych.
Tadeusz Majewski (1939–) już w latach 60. XX wieku uznał opanowanie umiejętności wykonywania podstawowych → czynności życia codziennego za jedno z ważniejszych zadań rehabilitacji osób niewidomych

i – mimo wielkich zmian w programach rehabilitacyjnych oraz oczywiście w technologii – zadanie to jest jak najbardziej aktualne w obecnych czasach.

DR

B: *Dostosowanie*…, 2001; Duffy, 2002; Hensley, 1987; Kowalski, b.r.; *Krok*…, 1979; Kuczyńska-Kwapisz, 1996; Majewski, 1971; *Rehabilitacja*…, 1995; *Sprawność*…, 1967.

O: czynności życia codziennego, rehabilitacja, ślepota.

S: rehabilitacja umiejętności życia codziennego.

TK: ang. *primary rehabilitation* / *rehabilitation of activities of daily living* / *rehabilitation in daily living skills*, fr. *la réadaptation d'activités de vie quotidienne*, hiszp. *la rehabilitación primaria* / *la rehabilitación en las habilidades de la vida diaria*, niem. *primäre Rehabilitation*, ros. *первичная реабилитация*.

rehabilitacja czynności życia codziennego → rehabilitacja podstawowa

rehabilitacja psychospołeczna osób starszych

→ Starzenie się człowieka powoduje znaczne zmiany we wszystkich sferach jego → życia. W znaczeniu psychospołecznym starzenie się jest procesem dynamicznym i ciągłym. Zmiany te obejmują procesy fizjologiczne organizmu, psychiczne oraz społeczne. Zmiany spowodowane rozwojem procesu starzenia można zatem rozpatrywać w kilku aspektach: biologicznym, psychicznym i społecznym (Chmielewska, 2000, s. 203). → Rehabilitacja osób starszych powinna być podejmowana w adekwatnym odniesieniu do postępujących zmian w życiu i funkcjonowaniu człowieka starszego, we wszystkich sferach jego życia i funkcjonowania.

Rehabilitacja stanowi zespół skoordynowanych działań kompleksowych (organizacyjnych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych) zmierzających do osiągnięcia – przy aktywnym uczestnictwie osób niepełnosprawnych – możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, → jakości życia i integracji społecznej (Zych, 2001, s. 177). Nie ma jednoznacznej definicji rehabilitacji, gdyż dotyczy ona różnych struktur, ograniczeń możliwości oraz → niepełnosprawności człowieka. Rehabilitacja psychospołeczna dotyczy dwóch struktur funkcjonowania człowieka, tj. struktury psychicznej i fizycznej. Rehabilitacja psychiczna to działania skoncentrowane na psychicznych funkcjach i problemach osoby. Celem tej rehabilitacji jest umożliwienie zaakceptowania niepełnosprawności i ograniczeń z nią związanych oraz pomoc w zmianie planów i celów życiowych możliwych do realizacji przy posiadanych ograniczeniach, dysfunkcjach i/lub niepełnosprawnościach (Zych, 2001, s. 179). Z kolei rehabilitacja społeczna dotyczy społecznego funkcjonowania człowieka posiadającego różne dysfunkcje społecznego rozwoju i funkcjonowania, ograniczenia możliwości funkcjonowania społecznego oraz różnych niepełnosprawności. Dotyczy ona funkcjonowania rodzinnego i społecznego. Celem jej jest umożliwienie osobom uczestnictwo w możliwie najpełniejszym zakresie, w życiu rodzinnym i zawodowym. Może ona być realizowana w środowisku rodzinnym lub społecznym oraz instytucjonalnym w zakresie medycznym i → pomocy społecznej. Rehabilitacja społeczna ukierunkowana jest na wyrobienie zaradności osobistej i pobudzenie aktywności oraz wyrobienie umiejętności samodzielnego pełnienia ról rodzinnych i społecznych poprzez: likwidację → barier architektonicznych, urbanistycznych, → barier społecznych, → barier prawnych, oraz usuwanie barier w dostępie do informacji (Zych, 2001, s. 179–180).

Rehabilitacja psychospołeczna osób starszych z różnymi dysfunkcjami, ograniczeniami oraz niepełnosprawnościami. Powinna być realizowana nie tylko wobec osoby starszej, ale również i jednocześnie wobec jej środowiska rodzinnego i społecznego.

→ Rodzina jako naturalne środowisko człowieka ma w pierwszej kolejności zapewnić odpowiednią → opiekę oraz warunki do możliwie najpełniejszego życia i funkcjonowania starszego członka rodziny. W zakresie tej opieki powinny być zaspokajane potrzeby biologiczne osoby starszej, tj. odpowiednie odżywianie z uwzględnieniem diety (związanej ze stanem → zdrowia lub → choroby), odpowiedniej higieny osobistej, snu i/lub wypoczynku, oraz zajęć kulturalno-oświatowych. Pełniąc funkcję opiekuńczą wobec staruszka rodzina powinna również tworzyć i zabezpieczać → seniorowi odpowiednie warunki bezpieczeństwa, psychicznego życia i funkcjonowania. Warunki te służą w szczególności do zaspokajania psychospołecznych i kulturalnych potrzeb, których zaspokojenie tych wpływa na motywację i kształtowanie postaw psychicznych osoby starszej. Prawidłowo funkcjonująca rodzina daje seniorowi dobre prognostyczne perspektywy życiowe. Wspiera i inicjuje podtrzymywanie kontaktów społecznych i emocjonalnych oraz kulturalnych osoby starszej, dając stały kontakt emocjonalny. Jest zawsze w chwilach zmartwień, trosk oraz radości. Zabezpiecza dla seniora potrzebę przynależności i użyteczności (zob. Orzechowska, 2010).

We współczesnej rzeczywistości społecznej rodzina niestety z różnych powodów nie zawsze może lub

chce zapewnić starszej osobie wystarczającej i wszechstronnej opieki w szeroko rozumianym zakresie życia i funkcjonowania seniora. Rodzinę w wypełnianiu swoich zadań względem starszej osoby powinny wspierać różne instytucje działające w tym zakresie, np. → ośrodki pomocy społecznej, ośrodki zdrowia, instytucje użytku publicznego itp.

Ważna w funkcjonowaniu seniorów jest aktywność w szeroko rozumianym zakresie. Z tego powodu różne instytucje wspierające rodzinę i osoby starsze powinny działać w taki sposób, aby umożliwić osobom starszym uczestnictwo w różnorodnych formach aktywności społecznej poza rodziną, dążyć do wzbogacania doznań i przeżyć seniorów oraz rozwoju własnych zainteresowań, uzdolnień, zamiłowań i/lub pasji. W realizacji różnych funkcji rehabilitacji psychospołecznej ważna jest → edukacja gerontologiczna nie tylko osób starszych, ale również ich opiekunów, tj. dzieci i/lub wnuków. Właściwa realizacja funkcji opiekuńczych nie może ograniczać aktywności osoby starszej i indywidualności poprzez nadmierną troskę, ochronę i/lub ograniczania samodzielności. Działania takie hamują indywidualność seniora, uzależniają od opiekuna, demobilizują, ubezwłasnowolniają i nie pozwalają na realizowanie aktywności społeczno- rodzinnej (Orzechowska, 2010).

W związku z postępującym procesem → demograficznego starzenia się [społeczeństw] pojawia się zapotrzebowanie na społeczną edukację gerontologiczną w wymiarach: rodzinnym, środowiskowym i społecznym. Jej zadaniem byłoby edukowanie, informowanie oraz wspieranie rodzin, a także instytucji i służb społecznych, zajmujących się najstarszą → generacją i/lub działających na rzecz osób starszych.

Opiekę, → wsparcie i pomoc dla seniorów w swoich ustawowych zadaniach mają także samorządy terytorialne, tj. gminy, powiaty i województwa. Organizują one pracę środowiskową w tym zakresie, która powinna uwzględniać społeczne potrzeby wspólnoty samorządowej gminy. Działania w zakresie wsparcia, opieki, rehabilitacji zdrowotnej, psychicznej i społecznej powinny być organizowane w taki sposób, aby mogły zaspokajać w szeroko rozumianym zakresie potrzeby osób starszych. Powinny również stwarzać możliwość spędzania → czasu wolnego seniorów, ich uczestnictwa w życiu kulturalnym, sprzyjającym rozwijaniu zainteresowań intelektualnych, twórczych oraz społecznych, a także inspirować do poszukiwania i nawiązywania kontaktów społecznych z osobami o podobnych zainteresowaniach czy pasjach. Zdarza się czasami, że z powodu wieku, ciężkiej → choroby przewlekłej i/lub → niepełnosprawności osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Rodzina nie może wspomóc tej osoby oraz zaopiekować się nią z powodu braku możliwości związanych np. ze zbyt dużą odległością od miejsca zamieszkania, nadmiaru obowiązków zawodowych i rodzinnych, niepełnosprawności lub choroby innego członka rodziny. W takiej sytuacji zachodzi konieczność oraz istnieje możliwość zapewnienia opieki dla potrzebującej osoby starszej w instytucji opiekuńczej, np. w → domu pomocy społecznej (DPS).

Zadania instytucji opiekuńczej są podobne do zadań rodziny, tylko bardziej sformalizowane i realizowane profesjonalnie. Dotyczą to także zaspokojenia potrzeb biologicznych, higienicznych, kulturalno-oświatowych i/lub społecznych. Starszy mieszkaniec instytucji opiekuńczej, np. DPS poddany jest tzw. diagnozowaniu. Diagnoza seniora stanowi dogłębne poznanie stanu zdrowia, zaburzeń, chorób, dysfunkcji, niepełnosprawności, ale i możliwości, zainteresowań, zamiłowań, uzdolnień, sprawności fizycznej, zdrowotnej i/lub społecznej. Diagnoza stanowi podstawę opracowania indywidualnego dostosowania różnych form terapii w zakresie aktywności: biologicznej, fizycznej, ruchowej, zajęciowej, psychologicznej, społecznej itp. Indywidualny plan
oddziaływań terapeutycznych opracowuje zespół terapeutyczno-wychowawczy w skład, którego wchodzą: lekarze różnych specjalności, psycholodzy, pedagodzy, rehabilitanci, terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, opiekunowie. Taki plan działań terapeutycznych opracowany jest indywidualnie dla każdej osoby z uwzględnieniem jej potrzeb, możliwości oraz ograniczeń zdrowotnych, fizycznych, psychicznych, emocjonalnych, społecznych itp.

Istotnym elementem opieki i rehabilitacji psychospołecznej w DPS jest aktywizacja jego mieszkańców mająca na celu: usamodzielnienie, pobudzenie samodzielności; nauka współżycia w grupie i w środowisku; pobudzenie wiary w → sens życia; rozwijanie osobowości i różnych zainteresowań; niwelowanie agresji; likwidowanie jednostajnego życia, oraz wytworzenie u mieszkańca domu poczucia społecznej użyteczności (Kott, 2005, s. 151–152).

Planując rehabilitację psychospołeczną osób starszych należy uwzględnić indywidualne właściwości starszego człowieka, kompleksowy zakres działań rehabilitacyjnych, a także pomoc współpracę i współdziałanie środowiska rodzinnego oraz społecznego seniora (Zych, 2001). Realizując opiekę, wsparcie, pomoc, rehabilitację w szerokim zakresie oraz terapię różne-

go rodzaju dla osób starszych , zarówno w środowisku rodzinnym, jak i społecznym, zawsze należy mieć na uwadze, że oferowane działania mają służyć dla poprawy komfortu życia osób starszych. Im bardziej aktywni będą seniorzy, tym bardziej będą czuć się lepiej i zdrowiej, będą bardziej samodzielni, samowystarczalni, pogodni, życzliwi, jak również będą pozytywnie nastawieni do życia widząc jego sens w dalszej perspektywie, tworząc *przyszłościową perspektywę czasową w starości* (por. Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2012).

MK

B: Chmielewska, 2000; Kott, 2005; Orzechowska, 2010; Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2012; Zych, 2001.
O: rehabilitacja.
TK: ang. *psychosocial rehabilitation in older adults* / *psychosocial rehabilitation in the elderly* / *aged persons psychosocial rehabilitation*, fr. *la réadaptation psychosociale des personnes âgées*, hiszp. *la rehabilitation psicosocial de las personas de edad*, niem. *psychosoziale Rehabilitation des älteren Menschen*, ros. *психосоциальная реабилитация пожилых людей*.

rekreacyjny trening zdrowotny

– jest rodzajem → aktywności fizycznej, której głównym celem jest profilaktyka → chorób przewlekłych, w tym cywilizacyjnych i utrzymanie → sprawności funkcjonalnej jak najdłużej na jak najlepszym poziomie (zob. Warburton, Nicol, Bredin, 2006). Osoby starsze, które rozpoczynają trening zdrowotny, powinny też skonsultować swój stan → zdrowia z lekarzem i z fizjoterapeutą, aby w odpowiedni sposób dobrać rodzaj aktywności, który będzie dla nich odpowiedni, np. w przypadku osoby, u której występują zmiany zwyrodnieniowe w stawach kolanowych, lepszą formą niż marszobieg, będzie jazda na rowerze lub pływanie. Rekreacyjny trening zdrowotny powinien być dobrany indywidualnie do stanu zdrowia osoby starszej i do jej zainteresowań. Może być okazją do spotkań towarzyskich i do wypoczynku.

AMB

B: Warburton, Nicol, Bredin, 2006.
O: aktywność fizyczna, aktywność ruchowa, *nordic walking*, sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna, trening relaksacyjny dla osób starszych, trening wydolnościowy.
TK: ang. *recreational health training*, fr. *formation en santé de loisirs*, hiszp. *capacitación en salud recreativo*, niem. *Freizeitgesundheitstraining*, ros. *рекреационный подготовки медицинских*.

Rembowski Józef (1923–1995)

polski psycholog, przedstawiciel → gerontopsychologii i → psychologii biegu życia, nauczyciel i administrator oświaty pow. malborskiego, dziennikarz i red. „Głosu Wybrzeża", wykładowca, następnie docent i profesor Uniwersytetu Gdańskiego, Łódzkiego, UMK w Toruniu i UKW w Bydgoszczy; był dyrektorem utworzonego przez siebie Instytutu Psychologii, prorektorem ds. nauczania UG i wieloletnim członkiem Pol. Tow. Psychologicznego. W środowisku psychologów przede wszystkim znany jest jako badacz → rodziny ze szczególnym uwzględnieniem więzi emocjonalnych w rodzinie, wpływu rodziny na rozwój osobowościowy jej członków, skutków nieobecności fizycznej ojca w codziennym procesie wychowania i socjalizacji dziecka, problemów z jakimi stykają się jedynacy w rodzinie i szkole, jak również zagadnień samotności i osamotnienia, empatii i zrozumienia empatycznego (por. Rembowski, 1972, 1975, 1986 a, 1986 b, 1989, 1992). Jednakże w późniejszym okresie swojej pracy badawczej doświadczając także własnej → starości podjął zagadnienia → starzenia się człowieka i starości. Rembowski , który przez wiele lat badał zagadnienia rodziny nuklearnej, podejmując te zagadnienia zdawał sobie sprawę, że zarówno w badaniach polskich, jak i zagranicznych, są to dopiero początki rozpoznawania wielorakich czynników psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, zdrowotnych, kształtujących styl i jakość funkcjonowania człowieka w wieku → podeszłym, po zakończeniu aktywności zawodowej. We wstępie do monografii poświęconej psychologicznym problemom starzenia się człowieka Rembowski (1984) pisał: „Celem publikacji jest wypełnienie luki w zakresie wiedzy o rozwoju człowieka oraz o tym, w jaki sposób można wpływać na psychikę starzejącego się człowieka". Ta deklaracja ukazuje dwa istotne cele badawcze, które przyświecały Rembowskiemu – dogłębniej poznawać to, co jest mało znane, by skutecznie pomagać człowiekowi w realizacji jego egzystencji na wszystkich etapach życia. Ujmował problemy ludzi starych w szerokim kontekście przemian cywilizacyjnych rodziny, urbanizacji i industrializacji tamtego okresu, a tym samym zmian w pełnionych rolach społecznych, zawodowych oraz procesach demograficznych i kondycji zdrowotnej na każdym etapie życia. Rembowski (1984, s. 79) pisał: „Ze studiów nad ludźmi starymi wynika, że zależność funkcjonowania człowieka starego od warunków osobistych i społecznych życia bywa niekiedy duża. Dobre → zdrowie fizyczne i dobre warunki środowiskowe, a przede wszystkim rodzinne, i stała pomoc ze strony najbliż-

szych mogą przyczyniać się do przedłużenia → życia człowieka. Narody ocenia się po tym , jaki maja stosunek do ludzi starych i w jaki sposób zapewniają im przyszłość". Po trzydziestu latach od tych słów, w wieku XXI można powiedzieć, że narody będą oceniane po tym, w jaki sposób zagospodarują i wykorzystają potencjał i/lub → kapitał społeczny ludzi starszych dla rozwoju i zmian cywilizacyjnych. Podobnie jak, w badaniach nad rodziną i jej wpływem na rozwój dziecka, również w badaniach nad postawami wobec osób starszych Rembowski wykorzystywał projekcyjne metody badawcze – testy niedokończonych zdań, testy obrazkowe, ale także testy psychometryczne, np. Skalę Postaw wobec Osób Starszych Nathana Kogana (1927–2013). Dodajmy, że Rembowski jest autorem polskiej adaptacji Gerontologicznego Testu Apercepcji (GAT). Początkowo zajmował się psychologią rozwojową i wychowawczą oraz metodami badań psychologicznych. Wyraźne zainteresowanie psychologią okresu starzenia się w pracach naukowo-badawczych wystąpiło w anglojęzycznej literaturze w latach 60. ubiegłego wieku. Również polscy badacze podejmowali te zagadnienia w kontekście pełnionych przez te osoby ról dziadka i babci (por. Cz. Czapów 1968), a wkrótce ukazała się w pol. przekładzie klasyczna praca → Bromleya (1969). W okresie 1975–80 pod kierunkiem Rembowskiego na UŁ i UG zrealizowano w ramach seminariów magisterskich wiele badań dotyczących m.in. takich psychologicznych problemów starzenia się człowieka i starości, jak: postawy młodych ludzi wobec osób starych, życie emocjonalne i stosunek do otoczenia ludzi starych, aspekty regulacji zachowania ludzi starych, osobowość ludzi starych w świetle testu projekcyjnego GAT. Rembowski (1982, 1988), wykorzystując badania zagranicznych autorów, analizował również aktywność zawodową, sposoby spędzania → czasu wolnego i predylekcję twórczą osób w → wieku poprodukcyjnym oraz zmiany zachodzące pod wpływem starzenia się w takich funkcjach, jak: → pamięć, spostrzeganie, zdolności psychomotoryczne, jakość narządów zmysłu i ich wpływ na procesy psychiczne. Innym podejmowanym zagadnieniem przez Rembowskiego było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: *jak ludzi starzy odnoszą się do → śmierci?*, analizując zarówno badania autorów anglojęzycznych, jak i badawczy polskich. Uważał, że niektóre reakcje ludzi starych na utratę bliskich lub zwiastuny śmierci są w swoich reakcjach podobne do reakcji z okresu dzieciństwa, człowiek stary mając więcej wokół siebie sytuacji straty bliskich częściej i dotkliwiej przeżywa osamotnienie, opuszczenie, odrzucenie. Może także sam przeżywać poczucie winy, że nie dołożył zbyt dużo starań, by ktoś jeszcze cieszył się życiem. Te konstatacje nie były jednak oparte na prowadzonych przez samego Rembowskiego badaniach, ale mają do dziś znaczący, inspirujący i ukierunkowujący charakter badawczy (zob. Żerko, 2010).

KTO

B: Bromley, 1969; Czapów, 1968; Rembowski, 1972, 1975, 1982, 1984, 1986 a, 1986 b, 1988, 1989, 1992; Żerko, 2010.

renta socjalna

– jest świadczeniem, jakie → Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub inny organ emerytalno-rentowy, np. → Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) wypłaca osobom pełnoletnim, niezdolnym do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Do roku 2003 rentę socjalną wypłacały → ośrodki pomocy społecznej. Prawo do renty i zasady jej przyznawania regulowała Ustawa z 29 Xi 1990 r. o → pomocy społecznej. W artykule 27a wskazanej ustawy zapisano, że: „1) renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu → inwalidztwa powstałego przed ukończeniem 18. roku życia, niezależnie od dochodu. 2) Prawo do renty socjalnej przysługuje również osobie całkowicie niezdolnej do pracy z powodu inwalidztwa powstałego w trakcie nauki w szkole w szkole ponadpodstawowej lub w szkole wyższej przed ukończeniem 25. roku życia, a także w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej, niezależnie od dochodu". Renta socjalna nie przysługiwała osobie, która nabyła uprawnienia do renty inwalidzkiej czy → emerytury, z wyłączeniem → renty rodzinnej. Wysokość renty socjalnej ustalono na 406 zł miesięcznie. Wprowadzenie renty socjalnej w 1990 znacznie poprawiło kondycję finansową nie tylko indywidualnych osób posiadających stopień → niepełnosprawności, ale też całych instytucji. Przykładem mogą być → domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (przed 1990 funkcjonowały p.n. zakładu specjalnego dla dzieci upośledzonych). Sytuacja materialna w tych placówkach była bardzo trudna z uwagi na znikome dotacje państwowe, a pensjonariusze nie posiadali żadnych uprawnień do świadczeń rentowych. Toteż zakłady te najczęściej same czyniły starania o pozyskanie środków, a głównym źródłem utrzymania były gospodarstwa rolne (zob. Zbyrad, 2004. 2010). Ustanowienie renty socjalnej i przyznanie pensjonariuszom tych instytucji świadczenia znacznie po-

lepszyło standard materialny. Prawo do renty socjalnej przysługiwało mieszkańcom po uzyskaniu pełnoletniości na podstawie orzeczenia lekarskiego o stopniu niepełnosprawności znacznym lub umiarkowanym powstałym przed 16. r.ż. z otrzymanego świadczenia 30% pozostaje do dyspozycji mieszkańca, zaś 70% przeznacza się na utrzymanie w domu pomocy społecznej. Istotne zmiany w przyznawaniu renty socjalnej nastąpiły w 2003 wraz z Ustawą z 27 VI 2003 r. o rencie socjalnej. Ustawa określa zasady i tryb przyznawania oraz wypłaty renty socjalnej. Od 1 X 2003 r. organem uprawnionym do wypłacania renty stał się ZUS, a nie jak to było wcześniej ośrodek pomocy społecznej. W szczególnych przypadkach renta ta jest wypłacana także przez inne organy emerytalno-rentowe, np. KRUS. Zgodnie z art. 4.1. i 4.2. wymienionej ustawy: „Renta socjalna przysługuje osobie pełnoletniej całkowicie niezdolnej do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało: 1) przed ukończeniem 18. roku życia; 2) w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25. roku życia; 3) w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej. Osobie, która spełnia warunki określone w ust. 1, przysługuje: 1) renta socjalna stała – jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest trwała; 2) renta socjalna okresowa – jeżeli całkowita niezdolność do pracy jest okresowa. Ustalenia całkowitej niezdolności do pracy dokonuje lekarz orzecznik. Ustawa zaostrzyła kryteria przyznawania renty socjalnej. Prawo do odmowy świadczenia reguluje natomiast art. 7.1. „Renta socjalna nie przysługuje osobie uprawnionej do emerytury, uposażenia w stanie spoczynku, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty inwalidzkiej lub pobierającej świadczenie o charakterze rentowym z instytucji zagranicznych, renty strukturalnej, a także osobie uprawnionej do → zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego lub nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego. Renta socjalna nie przysługuje osobie będącej właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej w rozumieniu Kodeksu cywilnego o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 5 hektarów przeliczeniowych. Renta socjalna wynosi 84% minimalnej emerytury, od 1 III 2015 r. wynosi 739,58 zł brutto. Renta ta podlega waloryzacji na zasadach i w trybie określonym w przepisach ustawy emerytalnej (por. *Renta socjalna* – Internet: http//www.zus.pl).

TZ

B: Zbyrad, 2004, 2010.

D: Ustawa z 29 XI 1990 r.; Ustawa z 27 VI 2003 r.

N: *Renta socjalna* – Internet: http//www.zus.pl.

O: bezpieczeństwo socjalne, niepełnosprawność, pomoc społeczna, renta, renta dożywotnia, renta rodzinna, renta z tytułu niezdolności do pracy, świadczenia społeczne, wsparcie społeczne, wsparcie społeczne osób starszych, zasiłek.

S: zasiłek pieniężny stały.

TK: ang. *disability welfare pensions*, fr. *rente sociale*, hiszp. *pensión de social / renta de social*, niem. *Sozialrente*, ros. *социальная пенсия*.

retinopatia cukrzycowa

Retinopatia jest to każdy proces chorobowy dotyczący siatkówki (od łac. *retina* – siatkówka). W niniejszej encyklopedii omówione będą te najczęściej występujące, związane z → chorobami cywilizacyjnymi, jakimi są → cukrzyca i → nadciśnienie tętnicze. Wystąpienie zmian okulistycznych w przebiegu cukrzycy jest ściśle związane z jej czasem trwania i skutecznością kontroli poziomu cukru we krwi. Im dłuższy czas trwania choroby i większe trudności z utrzymaniem prawidłowego poziomu cukru, tym większe niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań ocznych. Badania epidemiologiczne wskazują, że ryzyko wystąpienia zmian ocznych w czasie pierwszych 5 lat trwania cukrzycy jest bardzo małe, ale po 10 latach od początku wystąpienia schorzenia znacznie wzrasta. Podstawowe jest tym kontekście podkreślenie, że → czas trwania schorzenia nie musi być tożsamy z jego rozpoznaniem. Niestety w niektórych przypadkach, zwłaszcza wśród osób z typem II cukrzycy (insulinoniezależnej), jej rozpoznanie może być znacznie opóźnione w stosunku do rzeczywistego zachorowania. Dlatego wszyscy pacjenci z rozpoznaną cukrzycą powinni poddać się badaniu okulistycznemu. W kolejnych latach, o ile okulista nie wyda innych zaleceń, badanie okulistyczne powinno być wykonywane co najmniej raz w roku. Regularna kontrola okulistyczna u chorych z cukrzycą jest bardzo ważna, ponieważ objawy uszkodzenia cukrzycowego oka mogą rozwijać się podstępnie, bezobjawowo dla pacjenta. Co więcej, leczenie powikłań ocznych w cukrzycy polega głównie na zatrzymaniu postępu zmian, a w mniejszym stopniu daje szansę na ich cofnięcie i poprawę. Brak zrozumienia tego prostego faktu prowadzi niejednokrotnie do dramatycznych konsekwencji: często pacjenci chorujący na cukrzycę nie zgłaszają się do okulisty na regularne kontrole, ponieważ nie zauważają niepokojących objawów, aż do momentu, gdy dochodzi u nich do istotnego spadku widzenia na skutek powikłań ocznych cukrzycy. Wtedy

niestety możliwość poprawy ostrości widzenia dzięki leczeniu okulistycznemu jest bardzo ograniczona i często niezadowalająca dla pacjenta. Badania epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na fakt, że podstawowym problemem w leczeniu chorych ze zmianami cukrzycowymi jest zbyt późne rozpoczęcie leczenia. Zmiany w gałce ocznej zachodzące w przebiegu cukrzycy są związane są z dwojakim typem procesów zachodzących w drobnych naczyniach krwionośnych: nieszczelnością ściany naczyniowej i zamknięciem ich światła. W pewnym uproszczeniu można przyjąć, że nieszczelność ściany naczyniowej prowadzi do obrzęku siatkówki, a zamknięcie światła naczyń do powstania obszarów pozbawionych ukrwienia, czyli bezperfuzyjnych. Obszary te produkują substancję wazoaktywną, czyli stymulującą wzrost nowych naczyń. Należy tu zauważyć, że naczynia nowopowstające w siatkówce zawsze są naczyniami nieprawidłowymi: są kruche, łatwo dochodzi do ich przerwania i krwawienia do gałki ocznej, czy śród- i podsiatkówkowo, mogą powodować pociąganie, a w konsekwencji odwarstwienie siatkówki, zaś nadmierny ich rozrost w przedniej części gałki ocznej i przerastanie kąta przesączania prowadzi do powstania → jaskry neowaskularnej, postaci bardzo trudnej do leczenia. Obrzęk siatkówki w przebiegu cukrzycy, obejmując obszar odpowiedzialny za ostre widzenie, czyli obszar plamkowy, powoduje stopniowe obniżenie ostrości widzenia. W przypadkach długotrwałego utrzymywania się tego stanu (miesiące bądź lata) obniżenie ostrości widzenia staje się nieodwracalne. Leczenie polega na laseroterapii, lub na wewnątrzgałkowym podaniu inhibitorów czynnika wzrostu śródbłonka naczyń, takich jakie podaje się w przypadkach → zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) lub sterydoterapii. Laseroterapia ma najbardziej trwały charakter, ale nie zawsze jest możliwa do przeprowadzenia. Co prawda, trwale ogranicza powstawanie nowych naczyń w miejscu jej przeprowadzenia, ale nieodwracalnie niszczy zlokalizowane tam włókna nerwowe, co powoduje powstawanie ubytków w polu widzenia. Dlatego też aplikacja lasera w centralnej części siatkówki, czyli w plamce, jest zastrzeżona dla ściśle określonych przypadków. Iniekcje preparatów z grupy inhibitorów czynnika wzrostu śródbłonka naczyń, czyli powstrzymanie rozrostu nowych, patologicznych naczyń i zmniejszenie obrzęku, w wielu przypadkach są skuteczne, jednak należy pamiętać, że zwykle konieczne jest ich powtarzanie, nawet co m-c lub co 2 m-ce. Doszklistkowe zastrzyki sterydowe zwykle działają nieco dłużej, jednak obarczone są także większym ryzykiem działań niepożądanych: wzrostem ciśnienia wewnątrzgałkowego, co jest czynnikiem rozwoju → jaskry i/lub rozwojem → zaćmy. Mogą być jednak skuteczne w przypadku braku efektów po podaniu inhibitorów czynnika wzrostu śródbłonka naczyń. Często stosuje się leczenie skojarzone, polegające na zastosowaniu laseroterapii i iniekcji wewnątrzgałkowych. W niektórych przypadkach dzięki takiemu postępowaniu udaje się uzyskać najbardziej optymalny efekt: jak najrzadsze iniekcje przy utrzymaniu skuteczności leczenia. Najbardziej niebezpieczne powikłania oczne u chorych na cukrzycę dotyczą zmian neowaskularnych. Ich powstanie jest ostatnim, najbardziej groźnym etapem rozwoju retinopatii cukrzycowej. Jeśli nie są odpowiednio wcześnie leczone, dochodzi do opisanych powyżej powikłań, które, od pewnego stadium zaawansowania, można leczyć jedynie operacyjnie. Zabiegiem wykonywanym w takim przypadku jest witrektomia, czyli operacyjne usunięcie ciała szklistego oraz, w zależności od istniejących patologii, próba ich usunięcia, bądź zmniejszenia stopnia nasilenia. Należy podkreślić, że z uwagi na fakt często bardzo poważnego stadium retinopatii cukrzycowej, często nie jest już możliwe przywrócenie dobrej ostrości wzroku, a jedynie zapobieżenie dalszemu postępowi zmian, a w konsekwencji całkowitej → ślepocie. Wszystko to sprawia, że częste badania kontrolne i ścisłe stosowanie się do zaleceń lekarza są najlepszą metodą zapobiegania rozwojowi retinopatii cukrzycowej.

RK

O: choroby oczu w starszym wieku, cukrzyca, jaskra, retinopatia nadciśnieniowa, ślepota, zaćma.

TK: ang. *diabetic retinopathy* / *diabetic eye disease*, fr. *rétinopathie diabétique*, hiszp. *la retinopatía diabetica*, niem. *die diabetische Rethinopathie* / *Rethinopathia diabetica*, ros. *диабетическая ретинопатия*.

retinopatia nadciśnieniowa

– jest to ogół zmian obserwowanych w siatkówce oka i jej naczyniach w przebiegu → nadciśnienia tętniczego. Należy zauważyć, że → badanie okulistyczne dna oka jest jedynym nieinwazyjnym (czyli niewymagającym ingerencji we wnętrze organizmu) badaniem ukazującym niejako na żywo naczynia żylne i tętnicze człowieka. Dlatego też w przypadku chorób naczyniowych, do których zaliczamy m.in. takie choroby cywilizacyjne, jak: → cukrzycę czy wspomniane nadciśnienie tętnicze, badanie dna oka jest nieocenionym narzędziem diagnostycznym. Objawy, jakie moż-

na zaobserwować w takim badaniu, rozwijają się z różną szybkością, zależną od wielu zmiennych, takich jak: wiek pacjenta, charakter nadciśnienia (np. nadciśnienie złośliwe może powodować gwałtowne narastanie objawów, podczas gdy w nadciśnieniu łagodnym zmiany mogą rozwijać się latami lub też praktycznie wcale nie postępować), obciążenie innymi → chorobami, zwłaszcza dotyczącymi naczyń tętniczych i żylnych. Niekorzystne zmiany w pierwszej kolejności dotyczą samych naczyń krwionośnych. Początkowo są to zaburzenia czynnościowe, w dalszej kolejności strukturalne, następnie zaś, w konsekwencji uszkodzenia ścian naczyń i zaburzeń przepływu krwi, zmiany dotyczące siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego.

Obserwowane zmiany pojawiają się zwykle wedle podanego niżej schematu, co pozwala okuliście klasyfikować stadium retinopatii; stanowi to istotną informację diagnostyczną dla lekarza prowadzącego leczenie ogólne (lekarza rodzinnego, internisty, hipertensjologa):

1. Skurcz drobnych naczyń tętniczych, miejscowy lub uogólniony, jest objawem wczesnym, nie dochodzi tu jeszcze do stwardnienia tętnic. Częściej u osób młodych.
2. Stwardnienie i zgrubienie ścian drobnych naczyń tętniczych (→ arteriioskleroza – łac. *arteriosclerosis*) jest wynikiem długotrwającego nadciśnienia tętniczego. Dochodzi do niego na skutek przerostu włókien mięśniowych i zesztywnienia błony wewnętrznej, co w efekcie powoduje zwężenie światła naczyń tętniczych. Objaw skrzyżowania, opisany w roku 1892 przez Roberta Marcusa Gunna (1850–1909), jest pochodną stwardnienia tętniczek. W miejscach skrzyżowania naczynia tętniczego z żylnym naczynia te mają wspólną błonę, tzw. przydankę. Z powodu organicznych zmian w naczyniu tętniczym dochodzi do mechanicznego ucisku naczynia żylnego, co powoduje następujące kolejno objawy:
   - Gunn+ lub inaczej objaw Salusa: kolankowate ugięcie naczynia żylnego;
   - Gunn++ lub inaczej objaw Bonneta: spłaszczenie mogące imitować przewężenie lub nawet przerwanie ciągłości naczynia żylnego przed i rozdęcie za skrzyżowaniem;
   - Gunn+++: wyraźne zwężenie naczynia żylnego przed i za skrzyżowaniem z pozornym przerwaniem prądu krwi.

Należy zauważyć, że łagodny objaw skrzyżowania może być obserwowany u osób ze stwardnieniem naczyń tętniczych postępującym z wiekiem, bez objawów nadciśnienia tętniczego.

Objaw miedzianego drutu związany jest ze stwardnieniem i zwężeniem naczyń, co prowadzi do utraty naturalnego, falistego przebiegu, w zamian powodując ich wyprostowanie, przez co wyglądem przypominają druciki. Objaw srebrnego drutu jest związany z utratą przejrzystości ścian naczyń tętniczych na skutek powyżej opisanych procesów. Krew płynąca w naczyniu przestaje być dobrze widoczna, a samo naczynie wyglądem przypomina srebrny drucik. W końcu „krótkie spięcia" są bezpośrednimi połączeniami tętnic i żył siatkówki, z pominięciem układu włośniczkowego; ich powstanie spowodowane jest obliteracją najdrobniejszych naczyń. Jest to sposób na utrzymanie przepływu krwi mimo braku drożności części układu krwionośnego, ale niestety obszary siatkówki odżywiane przez chorobowo zmienione naczynia nie są prawidłowo ukrwione, przez do dochodzi do powstania stref braku perfuzji. Wiąże się to z niedotlenieniem, a w konsekwencji z obumieraniem komórek nerwowych siatkówki obszaru pozbawionego sieci naczyniowej. Wczesnym objawem niedotlenienia komórek nerwowych (komórek zwojowych) jest miejscowy zastój aksoplazmy, czyli substancji odżywczej tkanki nerwowej. W badaniu oftalmoskopowym widoczne jest to jako białe puszyste ogniska, obrazowo zwane kłębkami waty. Jeśli z czasem dochodzi do obumierania komórek nerwowych, ogniska waty zanikają.

3. Obrzęk tarczy nerwu wzrokowego to objaw bardzo charakterystyczny dla złośliwej fazy nadciśnienia, gdzie dochodzi do szybkiego narastania poziomu ciśnienia i zastoju aksoplazmy na poziomie blaszki sitowej (miejsce wejścia nerwu wzrokowego do gałki ocznej), co uwidacznia się w postaci uniesienia tarczy i rozmycia jej granic. Jest to stan wymagający podjęcia pilnych działań leczniczych zmierzających do obniżenia ciśnienia tętniczego. Chorzy z nadciśnieniem w stadium, w którym dochodzi do obrzęku tarczy nerwu wzrokowego mają najczęściej powikłania nie tylko okulistyczne, ale również ze strony ośrodkowego układu nerwowego, nerek i innych organów. Należy zauważyć, że obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, choć charakterystyczny dla opisywanego schorzenia, może również występować w innych jednostkach chorobowych i zwykle wymaga poszerzenia diagnostyki o badania obrazowe.
4. Przerwanie bariery krew–siatkówka następuje w wyniku rozszczelnienia ścian naczyń, do którego dochodzi w przebiegu nadciśnienia tętniczego. Substancje przedostające się do otaczających tkanek powodują powstawanie miejscowego obrzęku,

wysięków twardych (złogi związków → cholesterolu) i krwotoczków.

Na podstawie powyższych objawy można dokonać klasyfikacji nadciśnienia tętniczego, co, jak już wspomniano, stanowi istotną informację diagnostyczną dla lekarza prowadzącego.

RK

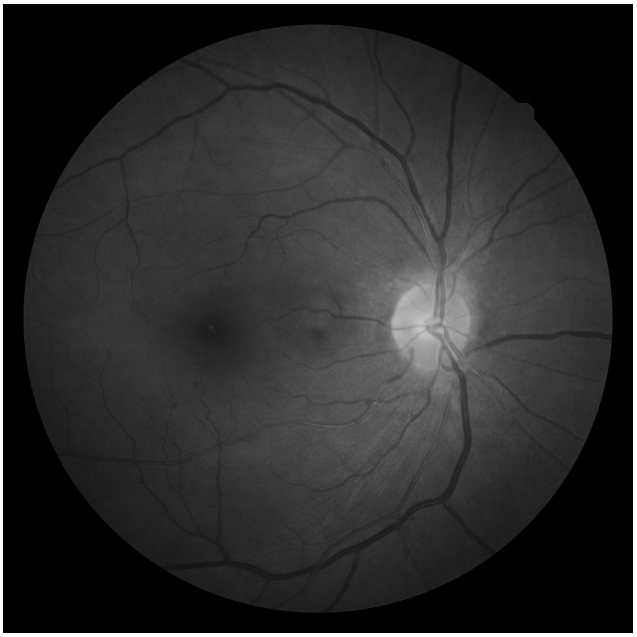
A: FH (niem.).

B: Szczeklik, 2005.

N: http://en.wikipedia.org.wiki/Hypertensive…; Wong, McIntosh, 2005 − Internet: http://bmb.oxfordjournals…

O: choroby oczu w starszym wieku, nadciśnienie tętnicze, retinopatia cukrzycowa.

TK: ang. *hypertensive retinopathy*, fr. *rétinopathie hypertensive*, hiszp. *la retinopatía hypertensiva*, niem. *Fundus hypertonicus* [FH] / *der hypertensive Rethinopathie*, ros. *гипертоническая ретинопатия*.



Ilustr. 1. Retinopatia nadciśnieniowa. Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Hypertensive_retinopathy.

robotyzacja a starzenie się

– to nowy nurt badań i zastosowań współczesnej → gerontotechnologii. Humanoidalny robot ASIMO – towarzyszący premierowi Japonii Junichiro Koizumi (1942–) podczas oficjalnej wizyty w Czechach (2003) – złożył kwiaty pod pomnikiem Karela Čapka (1890–1938). Pisarz ten w roku 1920 jako pierwszy (Honczarenko, 2010, Zdanowicz 2011), użył słowa robot w sztuce R.U.R. (*Rosumovi Univerzální Roboti*). W utworze dramatycznym Čapka wystawionym w 1921 nazywano tak maszyny–imitacje człowieka, zdyscyplinowane, wydajne, zdolne do podejmowania decyzji i wykonywania prac, wolne od wszelkich uczuć (Honczarenko, 2010). W 1932 w Londynie został wystawiony robot podający dokładny czas i czytający gazety (Zdanowicz, 2011). W 1940 Isaac Asimov (1920–1992) stworzył prawa robotyki.

Obecnie pojęcie *robot* oznacza każdy automat wykonujący lub uzupełniający jedną lub wiele czynności człowieka (Honczarenko, 2010). Zdaniem Adama Moreckiego (1929–2001) „**robot** to urządzenie techniczne przeznaczone do realizacji niektórych czynności manipulacyjnych i lokomocyjnych człowieka, mające określony poziom energetyczny, informacyjny i sztucznej inteligencji (autonomii działania w pewnym środowisku)" (Morecki, 1986). Roboty mogą być sterowane przez człowieka, przez wprowadzony wcześniej program, bądź przez zbiór ogólnych reguł, które zostają przełożone na działanie robota przy pomocy technik sztucznej inteligencji.

Gerontotechnologia (ang. *gerontechnology*) jest interdyscyplinarną dziedziną łączącą → gerontologię i technologię. Blisko współpracuje również z pielęgniarstwem, medycyną – szczególnie z → geriatrią i psychiatrią, a także z psychologią, socjologią i → geragogiką. Zdaniem ekspertów Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontotechnologii (International Society for Gerontechnology – ISG), gerontotechnologia – dzięki odpowiednim rozwiązaniom technologicznym – ma ułatwić i umożliwić niezależne oraz aktywne społecznie → życie przy dbałości o dobry stan → zdrowia, komfort i bezpieczeństwo osób starszych. ISG od 2001 ogłasza drukiem międzynarodowe czasopismo „Gerontechnology" (http://gerontechnology…), a od 2009 wydawany jest kwartalnik „International Journal of Social Robotics".

Wśród zalet stosowania robotów w → opiece, terapii i → rehabilitacji wymienia się najczęściej obniżenie kosztów: leczenia, rehabilitacji i opieki; zwiększenie powtarzalności, precyzji i szybkości wykonywanych operacji; odciążenie specjalistycznego personelu medycznego; możliwość zapewnienia mobilności części systemu poprzez wykorzystanie robotów przywózkowych; możliwość przeniesienia części leczenia i rehabilitacji do domu pacjenta (zastosowanie systemu telenadzoru i działań telerehabilitacyjnych), przy zindywidualizowaniu czasu, intensywności terapii prowadzonej w środowisku rodzinnym bez konieczności opuszczania domu; całodobowy dostęp do specjalistycznej pomocy (monitoring, alarmy, telekonsultacje,

telewizyty); odciążenie → opiekunów osób starszych i zapobieganie powstawaniu → zespołu wypalenia zawodowego opiekunów; zachowanie intymności pacjenta, oraz trwałość i łatwość utrzymania czystości (Mikołajewska, Mikołajewski, 2011). Roboty mogą pomóc osobom starszym zachować zdrowie, niezależność i aktywność w pracy lub w ich społeczności. Mogą zastąpić osoby starsze lub ich opiekunów w ciężkich i monotonnych pracach, ale także uzupełnić kontakty z ludźmi, zapobiec izolacji i samotności, zmniejszyć → stres, dzięki przekazywaniu poczucia obecności zaspokajać potrzebę bezpieczeństwa, zaoferować usługi rekreacyjne (gry, śpiew i taniec), wezwać pomoc, dozorować dom czy mieszkanie. Jako narzędzia terapeutyczne mogą zapewnić stymulację sensoryczną u osób z → otępieniem, pobudzić tworzenie więzi emocjonalnej, ale także pomóc ograniczyć agresywne zachowanie. Roboty mogą stymulować wspomnienia i uczucia.

Rozwojem robotyki związanym z usługami dla osób starszych szczególnie zainteresowana jest Japonia. Spodziewany jest tu w latach 2010–25 wzrost subpopulacji ludzi po 65. roku życia o ok. 7 mln. Odsetek osób starszych w zbiorowości generalnej, wzrośnie wówczas z 23% do 30%. Wymagać to będzie zwiększenia liczby opiekunów do ok. 232–244 mln, tj. ponad 1,5 razy więcej, niż w 2010. Sektor opieki nad osobami starszymi już cierpi w tym kraju na wysoką rotację pracowników z powodu niskiego wynagrodzenia. Około 70% opiekunów skarży się na bóle kręgosłupa ze względu na stałe podnoszenie osób w podeszłym wieku przy przenoszeniu z łóżek na wózki inwalidzkie, przy kąpieli i innych codziennych czynnościach. Projekty rządu japońskiego ukierunkowane na wsparcie przez roboty opieki pielęgniarskiej zakładają wzrost inwestycji w ten sektor z 16,7 mld jenów w 2015 do 404,3 mld jenów w 2035 (zob. *Japan moving*…, 2013 – Internet http://asq.org/qualitynews/…).

Wysokie ceny są obecnie przeszkodą w upowszechnieniu robotów w sektorze usług dla ludzi starszych. Zaawansowany technologicznie robot kosztuje dziś ponad 10 mln jenów (ok. 100 000 dol.). Celem inwestycji w robotykę dla → seniorów w Japonii jest wyprodukowanie tanich robotów w cenie od 100 000 do 200 000 jenów (od 1000 do 2 000 dol.). Dąży się do tego aby w każdym domu seniora, lub co najmniej w co trzecim/czwartym domu, była taka jednostka (zob. *Japan moving*…, 2013 – Internet http://asq.org/qualitynews/…). W Europie już od 2020 będziemy mieć do czynienia z 2 mln wolnych miejsc pracy w → opiece społecznej i zdrowotnej. W Unii Europejskiej (UE) w latach 2010–60 całkowite wydatki państwowe na → emerytury, opiekę zdrowotną, → opiekę długoterminową, → zasiłki dla bezrobotnych i edukację wzrosną o prawie 20% (lub 4,1 pkt. proc. PKB), podczas gdy wydatki na opiekę długoterminową podwoją się (por. *The 2012 Ageing Report*…, 2012 – Internet: https://ec.europa.eu/…). Stephen Von Rump, prezes firmy Giraff Technologies AB, twierdzi, że europejski rynek robotów i innych urządzeń pomagających opiekować się osobami starszymi osiągnie wartość 13 mld € przed rokiem 2016, natomiast wartość rynku amerykańskiego wzrośnie w tym czasie do około 14,5 mld dol. (zob. *Prezentacje projektów*…, b.r. – Internet: http://cordis.europa.eu…). Europejczycy w wieku powyżej 65 lat już mają zdolność nabywczą ponad 3 000 mld €, a liczba osób z zaburzeniami związanymi z wiekiem wzrośnie z 68 mln w 2005 do 84 mln w 2020 (*Policies for ageing well*…, 2015 – Internet: http:// http://ec.europa.eu/…). Wg. Eurostatu w 2010 ok. 56 mln Europejczyków powyżej 65 lat cierpiało na przewlekłe schorzenia, takie jak: → choroby układu krążenia i układu oddechowego, choroby naczyniowe mózgu i → cukrzycę. Potencjalny rynek odbiorców usług domowych → telezdrowia w 2010 szacowano w przedziale 14–33 mln pacjentów, a w 2060 przewiduje się liczbę odbiorców takich usług w przedziale 24–60 mln (Busquin i współprac., 2013 – Internet: https://ec.europa.eu.). W samych Stanach Zjednoczonych ponad 5,2 mln pacjentów cierpi na → chorobę Alzheimera. Szacuje się, że koszty opieki nad chorymi z tym schorzeniem i pozostałymi → otępieniami w roku 2050 osiągną kwotę 1,2 bilionów dol. Tylko w 2012, ponad 15 mln Amerykanów zatrudniano jako opiekunów pacjentów chorych na Alzheimera (Vitelli, 2013).

Komisja Europejska finansuje badania i innowacje, mające na celu rozwój nowych produktów i usług przeznaczonych dla osób starszych w całej Europie (np. Horyzont 2020 – program w dziedzinie badań i innowacji lata 2014–20). Na uwagę zasługują takie projekty: *ACCOMPANY*, *GiraffPlus*, *The GrowMeUp*, *Robot-Era*, *The Silver project*, *Mobiserv*, *CommonWell*, *DOMEO*, *Projekt w Salford*, *Carebot P37 S65*, *The STRANDS project* i inne. Od 1997 regularnie co roku, w różnych krajach rozgrywane są międzynarodowe zawody robotów autonomicznych i mobilnych RoboCup. Zawodnicy pochodzą z Azji, Europy, Ameryki Północnej i Południowej oraz Afryki. W 2006 wprowadzono nową konkurencję: RoboCup@Home – zastosowanie robotów w życiu codziennym. Standardowe środowisko stanowią tu kuchnia i jadalnia, ale także supermarket. Roboty testowane są w za-

kresie: interakcji człowieka z robotami autonomicznymi, nawigacji i tworzenia map otoczenia w zmieniającym się środowisku, wizji i rozpoznawania obrazów w warunkach naturalnego oświetlenia, manipulacji przedmiotami, zachowań adaptacyjnych, logiki rozmytej, integracji komponentów heterogenicznych. Przykładowe zadania: podążać za człowiekiem w dynamicznym środowisku; odnaleźć przedmiot i dostarczyć do użytkownika; odnaleźć i zapamiętać nieznajomą osobę; odebrać zamówienie i zaserwować napój; pobrać przedmioty ze sklepowych półek; dokonać autoprezentacji w nieznanym środowisku; odnaleźć i uporządkować przedmioty na ziemi itp. (zob. http://www.robocup.org).

Rodzaje robotów w służbie ludzi starszych

Ze względu na strukturę kinematyczną roboty mogą mieć charakter stacjonarny lub mobilny – poruszają się po stałym torze jezdnym lub autonomiczny - jeżdżą wyłącznie do przodu, w przód i w tył lub jeżdżą w każdą ze stron (Honczarenko, 2010).

Ze względu na sposób programowania i możliwości komunikowania się ze środowiskiem zewnętrznym wyróżnia się trzy generacje robotów:

- **Roboty I generacji (nauczane)** – urządzenia wyposażone w pamięć, zdolne do wykonywania czynności zaprogramowanych bez ingerencji operatora. Niekiedy mają duży udźwig i wysoką dokładność pozycjonowania.
- **Roboty II generacji (adaptacyjne)** – są zdolne rozpoznać żądany obiekt w zbiorze, bez względu na jego położenie i kształt. Posiadają sensory dotyku i/lub wzroku. Są sprzężone z komputerem. Nowoczesne roboty adaptacyjne będą zdolne do przyjmowania poleceń w formie słownej od człowieka.
- **Roboty III generacji (uczące się, inteligentne)** – zdolne są do samodzielnego rozwiązywania zadań w zmieniających się warunkach, czy w sytuacjach zawierających elementy nieokreśloności i nowości. Będą zbierać informacje o środowisku zewnętrznym dzięki sensorom dotyku, wzroku i/lub innych zmysłów. Sprzężone będą z komputerami o dużo większej mocy obliczeniowej, niż roboty II generacji. Oczekuję się, że jeszcze w XXI wieku będą stosowane roboty III generacji, zdolne do ruchu względem zewnętrznego środowiska (Honczarenko, 2010). Przewiduje się, że rozwój techniki mikroprocesorowej oraz procesorów mechanicznych spowoduje lawinowy rozwój robotów III generacji (Zdanowicz, 2011).

Eksperci Międzynarodowej Federacji Robotyki (IFR) dzielą roboty na: przemysłowe, usługowe (medyczne, militarne, ratownicze, eksplorujące, sprzątające, budowlane, rozrywkowe, nadzorujące, w gospodarstwie domowym, osobiste, platformy mobilne, oraz edukacyjne, w tym zabawki autonomiczne, towarzysze: „zwierzaki" / humanoidy lub opiekunowie), manipulacyjne, mobilne (kołowe, skaczące, kroczące, pełzające, pływające, latające) i mikro- lub nanoroboty.

Potrzeby ludzi starszych będą zaspokajać **roboty usługowe**, tj. wedle stanowiska IFR roboty, które działają w pełni lub czasowo autonomicznie celem wykonania usług na rzecz ludzi i/lub urządzeń (zob. http://www.cfr.org/…). Wśród robotów, które mogą wykorzystywać osoby starsze, należy wyróżnić: roboty funkcjonujące w miejscach publicznych (do użytku ogólnospołecznego) i osobiste (prywatne); ze względu na sposób produkcji (fabryczne – masowe, amatorskie oraz prototypy eksperymentalne i badawczo-rozwojowe); ze względu na sposób kierowania i komunikowania się z robotem (mobilne, autonomiczne, półautonomiczne, teleoperowane, inteligentne); ze względu wygląd zewnętrzny (humanoidalne, zoomorficzne i pozostałe).

Emilia Mikołajewska (2012) rozróżnia roboty pomocnicze (wykorzystywane głównie w ramach → opieki domowej do następujących czynności: pomocy przy karmieniu, podawaniu leków; pomocy przy utrzymaniu higieny; włączaniu i obsłudze sprzętu RTV i AGD oraz innego wyposażenia domu; pomocy w podawaniu i posługiwaniu się różnymi przedmiotami; pomocy w realizacji dodatkowych funkcji związanych z nauką lub pracą, np. odnajdywanie książek, materiałów itp., reagowanie na przycisk alarmowy, instrukcje lub określone działanie pacjenta; jako opcja: realizacji funkcji telemedycznych, w tym telewizyt i telenadzoru oraz urządzenia alarmującego o zmianie parametrów życiowych użytkownika oraz wypadkach szczególnych, takich jak upadek lub zasłabnięcie) i obsługowe (do usług masowych w środowisku szpitala, → hospicjum, → domu opieki itp. Roboty obsługowe oprócz funkcji robotów pomocniczych oraz przystosowania do znacznie większych obciążeń i tempa nieprzerwanej pracy muszą umożliwiać zmianę pozycji pacjenta, przenoszenie go na łóżko, krzesło lub wózek oraz zmianę pozycji pacjenta w łóżku; zastępują czynności podstawowego personelu pomocniczego w placówkach służby zdrowia lub → opieki społecznej.

Ze względu na pełnione funkcje roboty, które mogą wykorzystywać osoby starsze, należy podzielić na:

- **Roboty wspomagające w czynnościach samoobsługowych oraz do pomocy w gospodarstwach domowych i/lub w pracach przydomowych**. Pierwszą grupę tego typu stanowią roboty w pełni autono-

miczne, które mogą bez nadzoru człowieka wykonać swoje zadanie w zamkniętym lub otwartym środowisku np. samodzielnie sprzątnąć garaż, usunąć śnieg z podwórka i chodników, ostrzyc przydomowe trawniki, odkurzyć mieszkanie. Druga grupa to egzoszkielety, które umożliwią przenoszenie ciężkich przedmiotów, ale także poruszanie się i pracę (np. w sadzie) stabilizując postawę, chroniąc przed upadkiem. Trzecia grupa to głównie roboty przeznaczone do pomocy w czynnościach, takich jak: jedzenie i picie, higiena osobista, podawanie gazet, włączanie urządzeń elektronicznych – ta umiejętność łączy tą grupą robotów z robotami zarządzającymi domem (*HANDY 1*), ramię robotyczne *RAID* wspomagające jedzenie i picie, naukę lub pracę na komputerze; roboty opiekuńcze: *HelpMate*, *RoboDOMO* i *RP-7 Remote Presence Robotic System*; zrobotyzowane wielofunkcyjne narzędzia (chwytaki i inne) mocowane do wózków dla osób niepełnosprawnych lub w → wieku podeszłym, a także zrobotyzowane łóżka telemedyczne, np. z możliwością transformacji w wózek inwalidzki. Do mycia włosów i masażu głowy dla osób z ograniczonym ruchem ramieniem został stworzony robot z 24 palcami. Czwarta grupa to roboty zarządzające domem: od pilota do urządzeń elektronicznych, poprzez dozorowanie domu do rozwiązań inteligentnego domu. *Robot Apripoko* waży 2,3 kg i ma wymiary 21 × 27 cm, wyglądem przypomina zabawkę o kształcie pisklęcia. Potrafi mówić oraz przyjmować od ludzi komendy głosowe. Działa jak uniwersalny pilot do wszelkiego rodzaju urządzeń elektronicznych znajdujących się w gospodarstwie domowym. Jeśli użyjemy pilota, Apripoko odbierze promienie w podczerwieni i zapyta, co zrobiliśmy. Zapamięta naszą odpowiedź, a później wystarczy tylko podać odpowiednią komendę i Apripoko włączy za nas odpowiednie urządzenie. Robot ma w głowie kamerę i oprogramowanie do rozpoznawania rysów twarzy. Zaproponuje i włączy urządzenie elektroniczne preferowane przez znaną mu osobę /np. wyszuka odpowiedni kanał RTV (zob. http://www.asimo.pl/modele…). Z kolei Giraffplus to projekt badawczy UE. System ten zainstalowano w 21 domach, m.in. w Hiszpanii, Szwecji i we Włoszech. Sieć czujników we współpracy z robotem ma pomóc osobom starszym żyć bezpieczniej, niezależnie w swym własnym domu. Czujniki te wykryją takie czynności, jak: gotowanie, spanie lub oglądanie telewizji, ale również ustalą dane medyczne, jak: ciśnienie krwi i temperatura ciała. Czujniki ruchu pozwalają śledzić, czy ktoś jest w danym pokoju, a czujniki ciśnienia pod łóżkiem i kanapą ustalą, czy ktoś siedzi. Istnieją również czujniki, które monitorują, czy drzwi i okna są otwarte, czy zamknięte. System pozwala opiekunom danej osoby zdalnie monitorować stan → zdrowia i możliwość → upadków lub wypadków. Robot Giraff porusza się, umożliwia za pośrednictwem wideokonferencji interakcje z → rodziną, przyjaciółmi i/lub pracownikami służby zdrowia (zob. *Prezentacje projektów*…, b.r. – Internet: http://cordis. europa.eu…).

- **Roboty w opiece i usługach pielęgniarskich**. Obok robotów wykorzystywanych do operacji i zabiegów przez lekarzy roboty coraz częściej stosowane są w opiece i usługach pielęgniarskich. Robot Bloodbot Alexa Zivanovica (1970–) z Imperial College w Londynie wyszukuje naczynia krwionośne i niemal bezboleśnie wykonuje nakłucie (zob. www.asimo.pl/modele…). Roboty przyłóżkowe (ang. *bedside robots*) wykorzystywane są do opieki pooperacyjnej. Personel medyczny korzysta z egzoszkieletów medycznych, np. Ekso stosowane są przy opiece nad osobami z paraliżem. Egzoszkielety służą także do pomocy pielęgniarskiej dla osób nie mogących poruszać się o własnych siłach. Mogą być wykorzystane w szpitalach, domach opieki i w prywatnych domach. Można nimi sterować: mechanicznie (np. za pomocą joysticka), głosem (komendy głosowe są przesyłane poprzez mikrofon do komputera, a stąd odpowiednia instrukcja wysyłana jest do sterownika egzoszkieletu), czujnikami naskórnymi lub podskórnymi (implantami w ciele pacjenta czy osoby starszej), a także z użyciem sygnałów bioelektrycznych z ośrodkowego układu nerwowego osoby starszej. Z egzoszkieletu mogą dzięki tym rozwiązaniom korzystać osoby częściowo sprawne fizycznie, z niedowładami i po uszkodzeniach rdzenia kręgowego, ale z zachowanymi funkcjami kory ruchowej mózgu i funkcjami poznawczymi umożliwiającymi bezpieczne korzystanie z robota. Pielęgniarka–robot, np. japoński robot RoBear, podnosi pacjenta z łóżka, przenosi na wózek inwalidzki lub jest wsparciem dla pacjenta, który jest w stanie wstać, ale wymaga pomocy. W 2016 rząd japoński zamierza wdrożyć do produkcji trzy inne urządzenia wspomagające, z których każde kosztuje mniej niż 100 000 jenów (1000 dol.). Pierwsze będzie pomagać chorym chodzić samodzielnie, drugie to przenośne, samooczyszczające nocne WC. Trzeci robot będzie służył do monitorowania i raportowania pobytu w szpitalu pacjentów cierpiących na demencję. W szpitalach

używane są także roboty np. sprzątające bez ingerencji człowieka, uruchamiane przyciskiem niewymagające do pracy klimatyzacji ani oświetlenia.

- **Roboty rehabilitacyjne**. Za robota rehabilitacyjnego (ang. *robot mediated therapy*) „uważa się praktycznie każdą reprogramowalną, elastyczną platformę, umożliwiającą fizyczną interakcję robota z pacjentem oraz manipulacje przez robota elementami ciała pacjenta w celach terapeutycznych" (Mikołajewska, Mikołajewski, 2013). Do robotów rehabilitacyjnych w ścisłym znaczeniu tego pojęcia Emilia Mikołajewska i Dariusz Mikołajewski (2013) zaliczają roboty stacjonarne, egzoszkielety oraz niektóre roboty wykorzystywane w telerehabilitacji, a wykluczają roboty terapeutyczne, oddziałujące tylko na zdolności poznawcze i samopoczucie pacjenta; roboty służące wyłącznie poprawie komunikacji, uczenia się, diagnostyki czy samoobsługi, a także bardzo zaawansowane protezy robotyczne (konstrukcyjnie i funkcjonalnie mogące nie różnić się np. od elementów egzoszkieletów), które z czasem może będą uznane za roboty rehabilitacyjne. Roboty w rehabilitacji geriatrycznej muszą, oprócz warunków bezpieczeństwa, uwzględniać wymagania, jakie stawiają schorzenia charakterystyczne dla okresu → starzenia się, jak np. → osteoporoza czy zmiany w zakresie funkcji poznawczych. Roboty pozwalają na indywidualizację terapii, zorientowanie jej na cele pacjenta, prowadzą do zwiększenie zdolności funkcjonalnych pacjenta bądź osoby starszej. Rehabilitacja może być tańsza i skuteczna. E. i D. Mikołajewscy (2013) wymieniają zalety zastosowania robotów w rehabilitacji w stosunku do tradycyjnych działań: częściowa automatyzacja procesu diagnostycznego i terapeutycznego; zmniejszenie liczby terapeutów biorących udział w usprawnianiu pojedynczego pacjenta; wzrost powtarzalności parametrów ćwiczeń oraz precyzji ich ustawień, z uwzględnieniem wzorców ruchu fizjologicznego lub zbliżonego do fizjologicznego (biorącego pod uwagę ograniczenia pacjenta); możliwość ćwiczeń w dynamicznym odciążeniu oraz adaptacyjnego wspomagania przez robota zamiaru ruchu pacjenta (ang. *bio-cooperative control concept*); brak zmian parametrów ćwiczeń wynikających ze „zmęczenia" robota; możliwość praktycznie nieprzerwanego wykorzystania robota – za wyjątkiem przerw na zmianę pacjenta oraz konserwację robota; obiektywna kontrola położenia oraz sił przyłożonych do każdej z usprawnianych części ciała pacjenta; możliwość uzależnienia kierunku, szybkości i stopnia zmian parametrów ruchu od wyników uzyskiwanych przez danego pacjenta wcześniej podczas sesji terapeutycznej; w części robotów: możliwość zaprogramowania złożonych sekwencji ruchów, większej złożoności zadań, aż po zorientowanie na zadania funkcjonalne (szczególnie w usprawnianiu funkcji kończyn górnych); poprawione motywowanie pacjenta, dzięki wykorzystaniu biofeedbacku, gier komputerowych, systemów rzeczywistości wirtualnej (ang. *Virtual Reality* – VR) i innych form sprzężenia zwrotnego; wynikające z ww. potencjalnie lepsze wykorzystanie zdolności neuroplastycznych układu nerwowego oraz szybsze motoryczne uczenie się; próba obiektywizacji terapii: monitorowanie (w czasie rzeczywistym) ilości i jakości wykonywanych zadań (np. dzięki wbudowanym systemom analizy chodu), a także zmian w wynikach osiąganych przez pacjenta w ramach kolejnych sesji terapeutycznych; bezpieczeństwo (zarówno pacjenta, jak i terapeuty obsługującego sprzęt), również automatyczne wyłączenie w przypadku np. zasłabnięcia pacjenta, co zwiększa możliwości wykorzystania robotów rehabilitacyjnych w rehabilitacji domowej lub telerehabilitacji. Przykładem robotów rehabilitacyjnych mogą być nowoczesne zrobotyzowane i zautomatyzowane wózki dla niepełnosprawnych, iBot 4000 (możliwość pionizacji, balansu, jazdy na dwóch kołach, wspinania się po schodach oraz jazdy w trudnych warunkach terenowych), prototypowe wózki inteligentne, samoczynnie rozpoznające przeszkody i unikające kolizji, wymagające mniejszej koncentracji od osoby poruszającej się na wózku. Wysoki koszt wózka stanowi ogromną przeszkodę w jego produkcji masowej i zwiększeniu dostępności (Mikołajewska, 2012).
- **Roboty terapeutyczne**. Oddziałują na zdolności poznawcze i samopoczucie pacjenta, służą poprawie komunikacji. Najbardziej popularnym robotem terapeutycznym używanym przez starsze pokolenie w Japonii i Europie od 2003 jest zaawansowany interaktywny japoński robot Paro (AIST) w kształcie foki kanadyjskiej (Vitelli, 2013). Ma 57 cm i waży 2,7 kg wraz z serwisem i trzyletnią gwarancją kosztuje 420 tys. jenów, czyli około 3 tys. €. Paro posiada sierść o właściwościach antybakteryjnych i pozytywnie przeszedł test głaskania, który polegał on na sprawdzeniu trwałości i niezawodności czujników umieszczonych w foce poprzez ich stymulację sto tysięcy razy. Foka jest zadowolona, gdy się ją głaszcze, a zła, gdy się ją bije. Kiedy ktoś do niej mówi, Paro odwraca łeb w stronę, z której dobiega głos.

Kiedy zakryje mu się pysk, zamyka oczy. Reaguje na wzrok i temperaturę. Oprócz odpowiedzi na głaskanie, Paro może również reagować na dźwięk swego imienia i może nauczyć się nowych procedur, w zależności od życzenia użytkownika. Jego wąsy są szczególnie wrażliwe na dotyk. Twórca robota, Takanori Shibata (1967–), wybrał formę foki z uwagi na to, że człowiek niezbyt dokładnie zna to zwierzę. Paro ma relaksować i jednocześnie pobudzać, nie śliniąc się i nie wydając nieprzyjemnego zapachu. Ma własny charakter, który zmienia się w zależności od tego, jak się go traktuje. Podczas procesu produkcyjnego każda foka zostaje wyposażona w taki sam charakter. Zmienia się to gdy często bije się ją po głowie. Paro reaguje na bicie krótkim, przeraźliwym skowytem. Z uwagi na fakt, że ciągłe leżenie na grzbiecie aktywuje długotrwałą pamięć robota, może dojść potem do sytuacji, że foka mająca za sobą traumatyczne przeżycia będzie nieprzyjemnie piszczeć także podczas głaskania. Robot używany jest głównie w domach opieki, gdzie może być użytkowany przez wielu pacjentów z otępieniem jako narzędzie stymulujące lub rozrywka pacjentów (zob. fot. 1). Jak wykazują badania, te sztuczne zwierzęta pozytywnie oddziałują na psychikę osób starszych (zob. Wada i współprac., 2003, Shibata i współprac., 2003, Heerink i i współprac., 2006). Skuteczność Paro badano także w ośrodkach leczenia w Danii, Niemczech i Wielkiej Brytanii. Dania zaczęła używać Paro w 2004 i obecnie posiada setki fok robotów w całym kraju. Paro jest rzadziej stosowany w Niemczech i Wielkiej Brytanii. Poprzez proste interakcje bezpośrednie Paro – pacjenci można obniżyć poziom stresu i zwiększyć poziom oksytocyny we krwi. Paro w celu zapewnienia stymulacji sensorycznej może zmieniać się zależnie od poznawczych zdolności pacjenta. Niektórzy opiekunowie informowali, że Paro może pomóc ograniczyć agresywne zachowania. Aby upewnić się, że Paro jest właściwie wykorzystywany, Duński Instytut Technologiczny organizuje jednodniowe certyfikowane kursy dla opiekunów (obejmują etykę użytku Paro oraz różnorodne formy pracy z Paro) (Vitelli, 2013). Taku Katoono, dyrektor generalny domu opieki w Suisyoen, uważa, że Paro to doskonała alternatywa dla zooterapii. Po kataklizmie i ewakuacji mieszkańców wykorzystywano tam Paro do przywrócenia równowagi psychicznej osób, które powróciły do ośrodka (Błońska, 2011 – Internet: http://kopalniawiedzy.pl…). Podobne wnioski sugerował Alexander Libin (2004) analizując możliwości zastosowania zamiast zooterapii terapeutycznego robota–kota przez osoby z demencją w domach opieki.

- **Roboty jako osobiści asystenci i towarzysze osób starszych i z → niepełnosprawnościami**. Pierwsza grupa to roboty eksperymentalno-badawcze, pojedyncze egzemplarze, elitarne i bardzo drogie. Aiko (jap. 愛幸 – ukochana) jest robotem humanoidalnym z wbudowanym systemem biometrycznej sztucznej inteligencji (*Biometric Artificial Intelligence Neural System*), zaprojektowanym w Kanadzie przez Le Thi Trunga (1975–) jako idealna towarzyszka człowieka. Aiko mówi po angielsku i japońsku, umie prowadzić proste konwersacje z człowiekiem i odpowiadać na pytania (na razie ma umiejętność prowadzenia rozmowy na poziomie pięcioletniego dziecka). Ma 152 cm wzrostu i wymiary 82 × 57 × 84 cm. Zna matematykę, potrafi czytać mapę, umie nawet sama wysłać formularze podatkowe. Jeśli trzeba, zrobi kawę lub herbatę, powie jaka jest pogoda, przeczyta na głos artykuły z gazety lub przypomni o wzięciu lekarstw (http://www.projectaiko.com/). Następny projekt ACCOMPANY to UBOT 5 (zob. http://www.roboticstoday.com…). Jest to „robot społeczny" lokaj lub kamerdyner, który porusza się na polecenie użytkownika, ma ruchome ramię i może podawać przedmioty. Poznaje rutynę osoby starszej i stosuje się do niej (wie, kiedy użytkownik może się obudzić, może wyświetlać strony internetowe na interesujące daną osobę tematy, lub rozpocząć sesję Skype). Może okazać troskę o swego użytkownika: przypomnieć o przyjęciu leków lub może sugerować, wstawanie i poruszanie się, gdy użytkownik siedzi lub leży przez długi czas. Robot może również przenieść użytkownika, monitorować upadki i wezwać pomoc. Zapobiega izolacji i samotności, oferując działania stymulujące z poszanowaniem autonomii użytkownika. Z kolei Robot Asimo (zob. http://www.asimo.pl/modele…) może być sterowany przez komputer PC, z wykorzystaniem bezprzewodowego kontrolera (za pomocą joysticka), za pomocą gestów, komend głosowych i poprzez myśli (ograniczone sterowanie). Jest w stanie oszacować aktualną odległość od tych obiektów i kierunek w jakim się poruszają – umiejętność ta pozwala mu podążać za idącym człowiekiem, „przepuszczać" poruszające się przed nim obiekty czy pozdrowić człowieka, gdy ten się do niego zbliża. Może także zlokalizować źródło dźwięku i zwrócić twarz w tym kierunku. Zastosowanie dużej liczby mikrofonów dało humanoidowi możliwość rozróżniania i rozumie-

nia głosów trzech osób mówiących naraz. Asimo nie jest robotem autonomicznym – nie jest w stanie wejść do pomieszczenia lub samodzielnie podjąć decyzję, np. w kwestii nawigacji. Dodatkowo robot, aby mógł wykonać dane zadanie, musi być do tego uprzednio zaprogramowany lub musi być sterowany przez człowieka. Można rozkazać Asimo, aby szedł do przodu, do tyłu, poruszał się na boki, po przekątnej, zawracał w miejscu, chodził w kółko, itd. Asimo jest w stanie rozpoznać i odpowiednio zareagować na kilka gestów i postaw człowieka. Przykładowo można pokazać ręką konkretne miejsce, gdzie chcemy, aby Asimo poszedł. Jest on w stanie nawet rozpoznać moment, kiedy chcemy uścisnąć jego dłoń. Jeżeli człowiek pomyśli o prawej ręce podniesionej do góry, to robot po kilku sekundach automatycznie podniesie prawą rękę do góry. Poprawność identyfikowania myśli wynosi ok. 90%. Liczba komend obsługiwanych przez maszynę jest praktycznie nieograniczona. Jest nawet możliwość zarejestrowania głosu danej osoby, co pomoże Asimo rozpoznać ją i uznać jako „znajomą". Oprócz tego, że Asimo umie słuchać, to także potrafi mówić. Cecha ta jest wykorzystywana gdy robot pracuje jako recepcjonista, wita gości czy udziela odpowiedzi na pytania. W japońskim domu dla starszych osób w Fuyouen, niewielki (o wysokości 40 cm) robot Palro oferuje takie usługi rekreacji, jak: gry, śpiew i/lub taniec. W Holandii i Belgii testowany jest robot o nazwie Hector (*The CompanionAble Project*), który współpracuje z inteligentnym domem i centrum zdalnego sterowania wspierając osoby starsze mieszkające w domu. Hector przychodzi, przywołany, pamięta codzienną rutynę, przypomina o przyjmowaniu leku lub zaplanowanych zajęciach. Zabezpieczy okulary w „kieszeni", żeby ich nie zgubić, wykryje upadek, może wezwać pomoc przez centrum zdalnego sterowania, do którego jest podłączony, pomoże ustalić jak poważny był upadek i jakiego rodzaju pomoc może być potrzebna. Hector może również pomóc osobom starszym w kontaktach towarzyskich za pośrednictwem interfejsu wideo z telefonu. Hector mieszka z ludźmi starszymi, potwierdzając, że może on wspierać niezależne życie (Marti, Stienstra, 2013). Wreszcie AIBO (*Artificial Intelligence roBOt*) to autonomiczny robot przypominających wyglądem psa. Potrafi uczyć się jak prawdziwy pies oraz potrafi symulować takie zmysły jak: dotyk (sensory umieszczone na głowie, podbródku oraz plecach), słuch (wbudowane mikrofony stereo), wzrok (kamera umieszczona w głowie) zmysł równowagi. Dzięki czujnikom na podczerwień potrafi określić dystans oraz regulować własną prędkość (symulując bieg lub chód). W zależności od modelu AIBO potrafi reagować na komendy głosowe, wykonywać polecenia, poszukiwać przedmiotów czy osób. Nowsze modele mają możliwość połączenia się z Internetem, czytania poczty czy stron internetowych na głos, oraz prowadzenia własnego blogu nazywanego roblogiem, w którym mogą zamieszczać zdjęcia wraz z komentarzami bez ingerencji swojego opiekuna (zob. http://www.sony-aibo.com). Inne roboty towarzyszące skonstruowane w ostatnich latach to Yumel, PLEO i Huggable.

Trudności w upowszechnieniu oraz korzystaniu z robotów przez ludzi starszych – kwestie etyczne i psychologiczne

Mikołajewska i Mikołajewski (2013) wskazując duży potencjał w klinicznych zastosowaniach robotów rehabilitacyjnych, podają przyczyny trudności jego wykorzystania w Polsce: brak wytycznych klinicznych i regulacji prawnych oraz metodologii badań i dedykowanych narzędzi diagnostycznych w omawianym zakresie, mała liczba randomizowanych prób klinicznych na dużych grupach pacjentów, szczególnie w zakresie terapii łączących różne metody, istotna zwłaszcza w obliczu dominacji paradygmatu Medycyny Opartej na Faktach (ang. *Evidence Based Medicine* – EBM), ograniczenia terapii w przypadku stacjonarnych robotów rehabilitacyjnych: terapia w miejscu, brak możliwości ćwiczenia chodu po schodach, brak możliwości ćwiczenia na zewnątrz pomieszczeń, wysokie wymagania dla personelu medycznego, a w telerehabilitacji również dla rodziny i opiekunów pacjentów, brak badań z zakresu długoterminowych skutków wykorzystywania robotów rehabilitacyjnych (przykładowo – w usprawnianiu pacjentów z deficytami neurologicznymi), wysoka cena oraz duże rozmiary (np. wysokość wymagająca adaptacji pomieszczeń) niektórych robotów. Roboty są krytykowane jako opiekunowie osób starszych ze względu na niską jakość i płytkość kontaktu emocjonalnego pomiędzy człowiekiem a robotem. Z drugiej strony opiekunowie są najczęstszym źródłem → przemocy wobec osób starszych. Roboty mogą ograniczyć skalę tego zjawiska. Osoby starsze narzekają również na swoich opiekunów i bywają dla nich przykre. W Wielkiej Brytanii 45% opiekunów zgłaszało ten problem. Roboty przejmując część obowiązków opiekuna mogą polepszyć relacje między osobą starszą a opiekunem–człowiekiem. Roboty pełniące funkcje opiekuńcze i podtrzymują-

ce zdrowie (ang. *healtcare robots*) osoby starszej muszą być przez nią zaakceptowane, co oznacza, że są chętnie włączane przez nią do prywatnego życia. Trzy podstawowe warunki tej akceptacji to: istnienie motywacji do korzystania z usług robota, wystarczające kompetencje i umiejętności do obsługi robota oraz poczucie komfortu fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego przy korzystaniu z usług robota (zob. Broadbent, Stafford, MacDonald, 2009).

Belgijski psycholog Boris de Ruyter (1966–) z zespołem wskazał zachowania robota, które sprzyjają jego akceptacji przez osoby starsze: kontakt wzrokowy i potakiwanie głową, jako oznaka aktywnego słuchania; miła i przyjemna interakcja związana z uśmiechem robota; zapamiętywanie takich informacji o użytkowniku, jak np. jego imię, nazwisko; przyznawanie się do błędów oraz bycie robotem pełnym ekspresji, np. z bogatą mimiką twarzy (zob. Heerink i współprac., 2006). Osoby starsze akceptują towarzystwo robotów jako asystentów czy osób pełniących posługi (zob. Dautenhahn i współprac., 2005). Roboty wspomagające ludzi starszych w sytuacjach intymnych postrzegane są czasem przez nich przychylniej, niż ludzie, np. w kąpieli i załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Roboty mogą również zaspokajać → potrzeby seksualne trudne do zaakceptowania dla partnerów–ludzi (Royakkers, Est van, 2015). Do innych uwarunkowań akceptacji robotów przez osoby starsze należy: stan zdrowia, rodzaj oferty usług robota, koszt zakupu, możliwość użytkowania we własnym domu – dostosowanie do architektury mieszkania, kubatura robota etc.

Poza humanistycznymi aspektami instytucjonalizacji i robotyzacji życia osoby starszej ważne są też kwestie etyczne wiążące się z takimi pytaniami, jak: ***Co powinien zrobić robot, jeśli użytkownik odmówi przyjęcia leków lub nie chce prosić o pomoc w razie upadku? Czy robot powinien podjąć instrukcje od gościa jeśli użytkownik jest obecny w domu? Jakie wydarzenia będą na tyle poważne, że robot powinien wezwać pomoc niezależnie od tego, co mówi użytkownik?***

Odpowiedzi na te pytania udzielą lekarze, psycholodzy, gerontolodzy, gerontotechnolodzy, ludzie projektujący roboty i monitorujący ich pracę, ale efekty ostateczne funkcjonowania ludzi starszych i robotów, zawsze będą kompromisem między prawami jednostki, uznanymi prawnie i społecznie normami a procedurami oraz uczuciami i działaniami bliskich, którzy troszczą się na co dzień o osobę starszą.

ER

B: Broadbent, Stafford, MacDonald, 2009; Dautenhahn i współprac., 2005; Heerink i współprac., 2006; Honczarenko, 2010; Libin, 2004; Marti, Stienstra, 2013; Mikołajewska, 2012; Mikołajewska, Mikołajewski, 2011, 2013; Morecki, 1986; Royakkers, Est van, 2015; Shibata i współprac., 2003; Urbański, 2015; Vitelli, 2013; Wada i współprac., 2003; Zdanowicz, 2011.
N: Błońska, 2011 – Internet: http://kopalniawiedzy.pl…; Busquin i współprac., 2013 – Internet: https://ec.europa.eu. http://gerontechnology…; http://www.asimo.pl/modele…; http://www.asimo.pl/modele/robotasimo; http://www.cfr…; http://my3miasto.pl/…; http://www.projectaiko.com.; http://www.robocup.org; http://www.robocupathome.org…; http://www.roboticstoday.com…; http://www.sony-aibo.com; *Japan moving*…, 2013 – Internet http://asq.org/qualitynews/…; *Policies for ageing well*…, 2015 – Internet: http://ec.europa/eu…; *Prezentacje projektów*…, b.r. – Internet: http://cordis.europa.eu…; *The 2012 Ageing Report*…, 2012 – Internet: https://ec.europa.eu/…; Vitelli, 2013 – Internet: https://www.psychologytoday…; www.asimo.pl/modele…
O: roboty, zastosowanie robotów w opiece nad osobami starszymi.
S: automatyzacja a starzenie się.
TK: am. *robotization and aging*, ang. *robotisation and ageing / robotisation and growing old*, fr. *la robotisation et vieillisement*, hiszp. *la robotización y envejecimiento*, niem. *Robotisierung und Altern*, ros. *автоматизация и старение*.

rodzina a osoby starsze

→ Rodzina była jednym z ważniejszych tematów badań → Piotrowskiego (1973) dotyczących miejsca człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie Osoba starsza zwana często → seniorem, oznacza osobę starszą wiekiem w stosunku do innej osoby, z którą jest porównywana, człowiek jakiegoś zespołu, rodziny itp., najstarszy wiekiem (Nowicka, 2010, s. 17). Kategoria ludzi starych obejmuje (Zych, 1999, s. 74):

- osoby, które osiągnęły → wiek emerytalny, nieaktywne zawodowo;
- osoby powyżej określonego wieku;
- osoby o obniżonej kondycji psychicznej i fizycznej.

W Polsce naturalnym środowiskiem życia człowieka starszego jest rodzina. Rodzina dla osoby starszej daje → opiekę, pielęgnację oraz → wsparcie. Bliskie kontakty rodzinne lub wspólne zamieszkiwanie z rodziną ma ogromnie pozytywne znaczenie dla osoby starszej. Niestety zdarza się, że sytuacja taka jest źródłem cierpienia, bólu, udręki, a nawet celowej agresji wobec osoby starszej. Tego typu sytuacje zdarzają się dosyć często w rodzinach dotkniętych różnymi patologiami społecznymi (np. alkoholizmem, przemocą, przestępczością itp.).

Człowiek starszy wnosi do życia rodzinnego bardzo dużo wartości kulturowych, obyczajowych i historycznych. Dzieci i wnuki przebywające ze starszymi członkami rodziny uczą się szacunku do innych, kształtują swoje postawy, uwewnętrzniają normy i wartości, przyjmują poglądy i obyczaje. Członkowie rodziny korzystają z doświadczenia, wiedzy i umiejętności seniora. Starsza osoba może być autorytetem i przewodnikiem dla członków rodziny. We współczesnej polskiej rodzinie kontakty rodzinne pozostają nadal cenną wartością. Kontakty te wiążą się ze wzajemną pomocą i świadczeniem usług, które dla ludzi starszych mają bardzo ważne znaczenie zarówno w sensie materialnym, jak i wartości emocjonalnej (Szarota, 2004).

We współczesnym społeczeństwie zmieniła się w znacznym zakresie postawa młodych ludzi do osób starszych i → starości. Coraz bardziej człowiek starszy spychany jest na margines życia z powodu swojej nieporadności, → niepełnosprawności, degradacji zdrowotnej itp. Staruszkowie często nie umieją odnaleźć się we współczesnym świecie globalizacji, cywilizacji i teleinformacji. Dostrzega się we współczesnych relacji międzypokoleniowych dosyć częste traktowanie ludzi starszych z wrogością lub niechęcią (Zych, 1999, s. 105).

Wydłużenie → przeciętnego dalszego trwania życia spowodowało , że coraz częściej w tym samym czasie żyją przedstawiciele czterech → generacji rodziny: pradziadkowie – dziadkowie – wnuki – prawnuki. Sytuacja wspólnego zamieszkiwania 4 pokoleń w jednej wielopokoleniowej rodzinie we współczesnych czasach stanowi sytuację wyjątkową i bardzo rzadko spotykaną. Tego rodzaju rodzina jest zjawiskiem nieczęstym. Jeśli już, to składa się ona z trzech pokoleń, tj. dziadkowie, rodzice / dzieci, oraz dzieci / wnuczęta. Członkowie takiej wielopokoleniowej rodziny nie koniecznie zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym, jednak najczęściej pozostają ze sobą w ścisłych kontaktach rodzinnych i emocjonalnych. Taka rodzina jest we współczesnych czasach dość częstym zjawiskiem, mimo powszechnej tendencji do oddzielania się młodych małżeństw (Pędich, 1996, s. 23). Kontakty bezpośrednie i częste w rodzinie spajają rodzinę i umacniają jej więzi emocjonalne. Seniorzy są zawsze gotowi pomagać młodszym członkom rodziny, służyć swoją → mądrością życiową i radą zdobytą w doświadczeniu życiowym. Kontakty rodzinne korzystne są nie tylko z powodu możliwości świadczenia względem członków rodziny różnych usług, np. opieki nad osobami starszymi, lub opieki na wnukami. Stanowią ważny czynnik wychowawczy oraz dają własną osobą przykład osobowy, wpływając na kształtowanie postaw, internalizację wartości i norm, asymilację poglądów i/lub obyczajów. Często dla swoich młodszych pokoleń osoby starsze w rodzinie przekazują własne doświadczenia życiowe i umiejętności, uznawane zasady moralne, poczucie obowiązku a także patriotyzm wobec ojczyzny. Obecność seniorów w rodzinie jest czynnikiem wychowawczym, ale również scalającym rodzinę.

MK

B: Piotrowski, 1973; Nowicka, 2010; Pędich, 1996; Szarota, 2004; Zych, 1999.

O: rodzina, role społeczne osób starszych w rodzinie.

TK: ang. *older persons in a family / elderly people and the family*, fr. *des personnes âgées et la familie*, hiszp. *las personas de edad en la familia*, niem. *Familie und älteren Menschen*, ros. *семья и пожилые люди*.

rodzinny dom pomocy dla osób starszych

– to placówka całodobowej → opieki nad → seniorami. Pierwsze instytucje tego typu powstały w Polsce po roku 2001 (pierwsze rozporządzenie w sprawie rodzinnych domów pomocy pojawiło się w Polsce 17 X 2001 r.) i były wzorowane na instytucjach funkcjonujących w Danii, Holandii i Szwecji (zob. Kilian, Czech, 2012). Z założenia instytucje te miały być formą przejściową pomiędzy instytucjonalną formą opieki *sensu stricto*, jaką są stacjonarne → domy pomocy społecznej typu zamkniętego (zob. leszczyńska-Rejchert, 2008), a opieką w domu. Funkcjonowanie rodzinnych domów pomocy jest regulowane ustawą o pomocy społecznej (Ustawa z 12 III 2004 r.) oraz stosownym rozporządzeniem w sprawie rodzinnych domów pomocy, w którym określa się standardy, rodzaj i zakres świadczonych usług bytowych i opiekuńczych oraz warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad nimi. W art. 52 powyższej ustawy określono, że rodzinny dom pomocy to forma usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę (w jej miejscu zamieszkania) lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu osób wymagających → wsparcia w tej formie z powodu wieku lub → niepełnosprawności. Zgodnie z wytycznymi, z rodzinnych domów pomocy mogą korzystać osoby wymagające opieki z powodu wieku lub niepełnosprawności, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Sposób świadczenia usług bytowych (obejmujących zapewnienie pokoju mieszkalnego i innych stosownych pomiesz-

czeń, zagwarantowanie odpowiedniego wyżywienia, jak również pomocy w utrzymaniu higieny osobistej i czystości pomieszczeń) oraz opiekuńczych (tj. pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych, pielęgnacji, zapewnienia kontaktów z otoczeniem, organizowania → czasu wolnego, pomocy w sprawach osobistych, udostępnienie możliwości odbywania praktyk religijnych oraz inne czynności, jakie wynikają z indywidualnych potrzeb) powinien być dostosowany do stanu → zdrowia, → sprawności fizycznej i intelektualnej oraz indywidualnych potrzeb i/lub możliwości, a także do poziomu samodzielności podopiecznych, powinien też umożliwiać przestrzeganie takich praw człowieka, jak: prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa, oraz ochronę dóbr osobistych. Osoba, która wymaga całodobowych usług tej placówki, jest kierowana do rodzinnego domu pomocy na pobyt stały lub okresowy na swój wniosek lub za swoją zgodą, na wiosek opiekuna prawnego, złożony w → ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

Decyzję w sprawie skierowania do placówki wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej na podstawie: rodzinnego wywiadu środowiskowego (przeprowadzonego przez → pracownika socjalnego), zaświadczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy (wraz ze wskazaniem pielęgniarskim zakresu wymaganych usług opiekuńczych); dowodu otrzymywania → emerytury, → renty lub → zasiłku stałego. Początkowo decyzja jest wydawana na pobyt czasowy, związany z okresem przystosowawczym, trwającym co najmniej trzy m-ce. Następnie wydaje się decyzję na pobyt stały.

Pobyt w placówce jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom, ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy, zawartej między kierownikiem ośrodka pomocy społecznej a osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy. W uzasadnionych przypadkach kierownik ośrodka pomocy społecznej może w całości lub w części zwolnić pensjonariusza z ponoszenia odpłatności za pobyt, wówczas odpłatność odpowiadającą wysokości zwolnienia ponosi gmina. Co najmniej raz na pół roku rodzinne domy pomocy podlegają kontroli przez pracowników ośrodków pomocy społecznej.

Rodzinny dom pomocy może być korzystnym środowiskiem życia dla seniorów, potrzebujących całodobowej opieki. Pobyt w placówce tego typu sprzyja bowiem zachowaniu kameralnej atmosfery, nawiązaniu bliskich relacji z opiekunami, adekwatnemu dostosowaniu świadczonych usług do indywidualnych potrzeb człowieka starszego, łatwiej jest też w takiej placówce zapobiegać tzw. → instytucjonalizacji → życia osób starszych. Niestety liczba rodzinnych domów pomocy dla osób starszych w Polsce jest bardzo mała, w roku 2015 było ich zaledwie 20, przy czym kilka z nich było w stanie likwidacji. Osoby prowadzące te placówki nie mają bowiem wystarczającego wsparcia w systemie → pomocy społecznej. Zmagają się one samotnie z wypaleniem zawodowym spowodowanym koniecznością zapewnienia całodobowej opieki, bardzo często osobom potrzebującym znacznej opieki, wkładają wiele wysiłku by sprostać rosnącym wymogom ministerialnym co do powierzchni i rodzaju pomieszczeń mieszkalnych. Należy zatem udoskonalić akty prawne, regulujące funkcjonowanie tych placówek, by sprzyjały ich tworzeniu a nie zamykaniu. W polskiej → polityce społecznej [wobec osób starszych] powinno się również założyć rozpropagowanie działalności tych placówek oraz zwiększenie wsparcia w ich powstawaniu i prowadzeniu.

AL-R

B: Kilian, Czech, 2012; Leszcyńska-Rejchert, 2008.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 X 2001 r.; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 V 2012 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.

O: dom dla osób w podeszłym wieku, dom opieki, dom pomocy społecznej, dom pomocy społecznej dla ludzi starszych, dom wielopokoleniowy, rodzina, specjalny dom pomocy społecznej.

TK: ang. *family home for the elderly*, fr. *maison familiale pour les personnes âgées*, hiszp. *casa de la familia par alas personas mayores*, niem. Familie zu Hause für ältere Menschen, ros. *семейный дом для престарелых*.

rodzinny dom pomocy dla osób starszych

– to wprowadzona do praktyki pomocowej w roku 2001 (zob. Ustawa z 8 VI 2001 r.) alternatywna propozycja całodobowych usług opiekuńczych i bytowych, świadczonych w ramach → pomocy społecznej przez osobę fizyczną w jej miejscu zamieszkania lub organizację pożytku publicznego w ramach działalności gospodarczej. Od 2012 (zob. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 V 2012 r.) osoby, które prowadzą rodzinny dom pomocy (RDP) lub kierują nim na zlecenie organizacji pożytku publicznego, mogą przyjąć od nie mniej niż 3 do nie więcej niż 8 rezydentów na pobyt stały lub okresowy w kameralnych warunkach, jak najbardziej zbliżonych do środowiska domowego. → Seniorzy, zainteresowani tym typem świadczenia, są kierowani do RDP przez kie-

rownika → ośrodka pomocy społecznej na okres przystosowawczy, trwający co najmniej 3 m-ce, a następnie na pobyt stały. W RDP świadczone są usługi opiekuńcze, w tym pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb (w podstawowych czynnościach życiowych), pielęgnacja, w tym w czasie → choroby oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, przyjmowaniu leków, → opieka higieniczna, w miarę potrzeby pomoc w ubieraniu się, jedzeniu, myciu i kąpaniu, pomoc w zakupie odzieży i obuwia, niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych, w kontaktach z otoczeniem, organizacja → czasu wolnego, czynny udział w → życiu społeczności domowników, organizowanie świąt i uroczystości, możliwość odbywania praktyk religijnych) oraz usługi bytowe zapewniające miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości. Rezydenci powinni mieć zapewnione odpowiednie warunki lokalowe (tj. właściwie wyposażone pokoje, nie więcej niż dwuosobowe, o powierzchni od 12 m^2 w pokoju jednoosobowym do 8 m^2 na osobę w pokoju dwuosobowym), budynek i jego otoczenie pozbawione → barier architektonicznych, w budynkach wielopiętrowych bez wind – pokoje mieszkalne mają się znajdować na parterze. Wyżywienie: co najmniej 3 posiłki dziennie (także uwzględniające dietę) i odpowiednie warunki sanitarne (środki czystości, przybory toaletowe itp.). W budynku powinny znajdować się także pokój dzienny służący jako jadalnia, pralnia i suszarnia, sanitariaty: łazienki z przeznaczeniem dla nie więcej niż 5 osób i toalety z przeznaczeniem dla nie więcej niż 4 osób. Pozostałe standardy są obniżone w porównaniu z poziomem usług domów pomocy społecznej; niewymagany jest system przeciwpożarowy, nie trzeba prowadzić → terapii zajęciowej, gromadzić księgozbioru, nie ma samorządu mieszkańców. Podmioty, które zgłoszą gotowość prowadzenia RDP w oparciu o działalność gospodarczą, zawierają z gminą porozumienie, które określa obowiązki obu stron. Prowadzenie tej formy usług bez zgody wojewody jest nielegalne. Kontrole jakości usług przeprowadzane są co najmniej raz na pół roku. Opłatę za pobyt w rodzinnym domu ponosi osoba przebywająca w tym domu lub jej → rodzina. Wysokość tej opłaty ustala prowadzący RDP w porozumieniu z gminą na zasadach podobnych jak w przypadku odpłatności za świadczenia → domów pomocy społecznej, czyli 70% świadczenia emerytalno-rentowego). Jest to jednak forma usług wciąż małopopularna, jednak nie ze względu na rozmiar potrzeb społecznych, co z uwagi na trudności związane z prowadzeniem tego typu placówki.

Zofia Szarota

A: RDP.
B: Mirewska, 2011; Szarota, 2010.
D: Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 26 II 1998 r.; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 V 2012 r.; Ustawa z 8 VI 2001 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.
N: Попович, *Новые формы* …, b.r. – Internet: http://ni-s-in.ru…
O: asystent rodzinny, dom dla osób w podeszłym wieku, dom opieki, dom pomocy społecznej, opieka nieformalna, opiekun rodzinny, potencjał opiekuńczy rodziny, rodzina, rodzina a osoby starsze, specjalny dom pomocy społecznej, standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych.
S: rodzinny dom pomocy dla osób wymagających wsparcia z powodu wieku.
TK: ang. *family care home for the elderly* / *foster care home for the aged*, fr. *maison de la famille pour les personnes âgées*, hiszp. *cuidado de la familia en casa*, niem. *Familienpflegeheim für ältere Menschen*, ros. *дом семейного ухода* / *дом семейного ухода для престарелых* / *дом семейного ухода за престарелыми* / *семейный дом для пожилых людей*.

Rogala Stanisław (1932–2015)

polski psycholog i pedagog, przedstawiciel → gerontopsychologii, psychologii rozwojowej i psycholingwistyki, nauczyciel, działacz oświatowy, ekspert ds. oświaty, profesor Uniwersytetu Opolskiego (1990–2000), a od roku 2000 profesor Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu. Był wieloletnim członkiem Pol. Tow. Psychologicznego. W 1994 otrzymał odznakę „Zasłużony dla Polskiego Towarzystwa Psychologicznego". W środowisku psychologów przede wszystkim znany jest z badań w zakresie psychologii myślenia i rozwoju oraz psycholingwistyki. W późniejszym okresie swojej pracy pedagogicznej, doświadczając poważnej → choroby i własnej → starości podjął zagadnienia procesu → starzenia się człowieka, organizują w Opolu doroczne konferencje naukowo-szkoleniowe z tego zakresu (2006–12). S. Rogala (fot. 1) urodził się na ziemi kieleckiej, po II wojny światowej odbył studia matematyczne I stopnia w WSP w Katowicach (1951–54) i został nauczycielem matematyki w Liceum Pedagogicznym w Kluczborku, następnie po studiach eksternistycznych na Uniw. Warszawskim otrzymał dyplom magistra pedagogiki (1964), będąc uczniem Marii Żebrowskiej (1900–1978), po kilku latach pracy jako psycholog w Woj. Poradni Wychowawczo-Zawodowej w Opolu, doktoryzował się w 1974 w Inst. Psychologii Rozwojowej i Wychowawczej na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, a promotorem jego rozprawy doktorskiej z psycholingwistyki była Maria Przetacznik-Gierowska

(1920–1985), następnie habilitował się na UJ (1984) na podstawie pracy pt. *Psychologiczne determinanty współdziałania rodziców i nauczycieli* (1983). Od początku swej aktywności zawodowej związany był z ziemią opolską, najpierw jako nauczyciel (1954) i wicedyrektor Liceum Pedagogicznego w Kluczborku, potem wykładowca i dyrektor Studium Nauczycielskiego w Opolu, psycholog w Woj. Poradni Wychowawczo-Zawodowej w Opolu (1969), a następnie jako kurator Okręgu Szkolnego Opolskiego (1972–81) oraz w latach 1981–91 dyrektor Oddziału Doskonalenia Nauczycieli w Opolu (Oddziału Centrum Doskonalenia Nauczycieli w Warszawie). Od 1985 był docentem w opolskiej WSP. W 1990 został mianowany profesorem Uniw. Opolskiego i WSP w Częstochowie (obecna Akademia Pedagogiczna im. Jana Długosza). Od 2000 Rogala pracował jako prof. nadzw. i kier. Katedry Wpływu Społecznego w WSZiA w Opolu. W okresie 1975–90 kierował nowatorską na tamte czasy, unikatową w skali kraju, współpracą oświatową i wymianą delegacji nauczycielskich Opolszczyzny z krajem Schleswig-Holstein Republiki Federalnej Niemiec. Pierwsze badania naukowe Stanisława Rogali ukierunkowane były na abstrakcyjne myślenie uczniów w procesie nauczania matematyki, następnie zakres prac badawczych poszerzony został o zagadnienia dotyczące zaburzeń w zachowaniu dzieci i młodzieży, kolejne nurty badań to tematyka ewaluacji pedagogicznej, psycholingwistyka, a w szczególności denotacyjne i konotacyjne rozumienie pojęć przez uczniów szkół średnich, jak również zagadnienia doskonalenia zawodowego kadr oświatowych, społeczne uwarunkowania wychowania dzieci i młodzieży oraz wychowawcza rola nauczyciela. Rogala był autorem wielu prac z zakresu psychologii starzenia się i redaktorem zbiorów materiałów konferencyjnych poświęconych → gerontologii, → geriatrii i → opiece nad człowiekiem starzejącym się i starym (zob. Rogala, 2007, 2008 b, 2009, 2010, 2011 b, 2012, 2013), w tym też ekspertyz dla Komitetu Prognoz PAN „Polska 2000 Plus", przykładem może być artykuł: *Psychologiczno-społeczne uwarunkowania procesu starzenia się społeczeństwa* (2008 a), jak również jeden z ostatnich tekstów poświęcony problemom starczego osamotnienia (Rogala, 2014). Został ośmiokrotnie wyróżniony nagrodami resortowymi Min. Oświaty, w tym nagrodą I stopnia oraz odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżami Zasługi – Brązowym i Złotym, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i tytułem Zasłużonego Nauczyciela PRL (zob. Duda, 2014 c, Jasiński, 2015).

HD, AAZ

B: Duda, 2014 c; Jasiński, 2015; Palacz, Rogala, 1998; Rogala, 1979, 1983, 1989, 1996, 2000, 2005, 2007, 2008 a, 2008 b, 2009, 2010, 2011 a, 2001 b, 2012, 2013, 2014.

role społeczne osób starszych w rodzinie

→ Senior początków XXI wieku jest zdecydowanie inny od zapamiętanego staruszka z lat dzieciństwa, → generacji osób aktualnie wchodzących w → wiek podeszły. Nie pełni aktualnie niepodważalnej roli głowy rodziny, decydującej o ważnych losach i sprawach członków swojej rodziny. Nie stanowi także szczególnej wartości i autorytetu → rodziny. Jest zdecydowanie gorzej wyedukowany, znacznie mniej sprawny i gubiący się we współczesnym świecie szybkiego rozwoju cywilizacyjnego, globalizacji i poważnych zmian techniczno-informacyjnych.

Ma wiele racji Adam A. Zych (1945–), pisząc te oto słowa (Zych, 2013): „Niemiecki malarz i rysownik Adrian Ludwig Richter (1803–1884) pragnął oddać pełnię życia rodzinnego – senior rodu ze swą towarzyszką życia w otoczeniu dzieci i wnuków, przy płonącym kominku i turkoczącym kołowrotku, nabijając fajkę tytoniem rozpoczyna życiową opowieść z odległej przeszłości; wyczuwa się, że ludzie sędziwi w tym domu są poważani i szanowani, że młodzi liczą się z ich głosem i cenią sobie ich radę, zaś → starość kojarzy się z godnością i poszanowaniem, szczęśliwi wkroczyli w pełnię → życia, w wiek wieńczony laurem – jakże odległe, bezpowrotnie minione czasy". Obecnie osoba starsza często nie nadąża za współczesnym rozwojem, zmianami rzeczywistości i powierzchownym, przereklamowanym pięknem. W wielu przypadkach stanowi „relikt przeszłości" zupełnie nikomu niepotrzebny.

Przyczyn takiego odczucia i postrzegania osób starszych jest wiele. Zmienia się rzeczywistość współczesna świata, jego postrzegania i odczuwania. Wartości współczesne zdominowane są konsumpcjonizmem, indywidualizmem, kultem młodości. Coraz bardziej obniża się wartość rodziny. Współczesnej młodzieży brakuje wzorca babci z siwym koczkiem na głowie, w domowych bucikach, robiącej ciepłe skarpetki dla dzieci i wnuków. Brakuje pachnącego ciasta upieczonego przez babcię i opowieści kochanego dziadka. Zmienia się świat, moda, postrzeganie, dostrzeganie i znaczenie uznawanych dotychczas wartości, również wartości rodzinnych, zmianie ulegają również role pełnione w rodzinach przez jej członków.

Społeczne role seniorów określają i wyznaczają oczekiwane wobec niej zachowania, które wynikają z posia-

danego przez osobę starszą statusu społecznego. Role społeczne wynikają z obowiązków i praw człowieka starszego w odniesieniu do jego pozycji społecznej. Najważniejszą zmianą roli zawodowej osoby starszej jest przejście w obrębie ról związanych ze świadczeniem pracy zawodowej, czyli przejście z roli pracownika do roli emeryta, które jest wydarzeniem przełomowym w życiu każdego człowieka (Leszczyńska-Rejchert, 2005).

Sam fakt przejścia osoby starszej na → emeryturę powoduje utratę pełnionych dotychczas ról i konieczność przystosowania się do pełnienia nowych ról społecznych. Osoby starsze rozstające się zawodową rolą pracownika oraz wchodzące w nową rolę emeryta można podzielić na grupy: Pierwszą grupę stanowią osoby, które boją się faktu przejścia z roli pracownika do roli emeryta. Dotychczas praca dla tych osób dawała możliwość zaspokajania swoich aspiracji zawodowych i zainteresowań. Grupa druga to osoby, którym praca nie dawała zadowolenia, wręcz przeciwnie byli nią zmęczeni. Na emeryturze będą mogli realizować swoje zainteresowania i zamiłowania. Grupa trzecia obejmuje osoby raczej bierne, nie wykazujące szczególnej aktywności zawodowej i życiowej. Zarówno pracę, jak i emeryturę, traktują w kategorii materialnej (Szarota, 2004, s. 25).

Przemiany ról społecznych, związane ze zmianą statusu zawodowego i/lub pracowniczego na senioralny, dotyczą nie tylko ról zawodowych i społecznych, ale również rodzinnych. Znaczenie rodziny dla człowieka starszego pozostaje niezmiennie bardzo ważne. Rodzina dla seniora nadal pełni doniosłą rolę w jego życiu. Kontakty rodzinne i znaczenie więzów emocjonalnych w rodzinie jest jednym z najważniejszych rodzajów relacji społecznych seniora.

Niewątpliwie najważniejszą rolą, a zarazem dającą najwięcej radości i satysfakcji dla osób starszych, jest rola babci / dziadka. Dla osób starszych role babci i dziadka budują obraz ich własnej tożsamości. Poprzez pełnienie roli babci / dziadka ludzie starsi mają poczucie kontynuacji pełnionych dotychczas ról matki / ojca. Potocznie uznaje się i mówi, że pełnienie roli babci / dziadka, to rodzicielstwo przesunięte w czasie. Dziadkowie dość często pełnią rolę nieformalną wychowawców wnuków, chociaż najczęściej jest to rola nie w pełni uświadamiana zarówno przez seniorów, jak i wnuków. Bycie babcią / dziadkiem przyczynia się podtrzymywania aktywności życiowej seniorów. Wnukowie dają osobom starszym poczucie szczęścia i spełnienia. Wypełniają ich czas wolny, zaspokajają potrzebę bycia potrzebnym i użytecznym. Redukują poczucie osamotnienia i dostarczają życiowej radości.

Rola i znaczenie roli babci / dziadka w ostatnich latach uległy znacznym przemianom. Małe dzieci nadal kochają swoje babcie i dziadków, którzy zajmują w odczuciach wnuków bardzo ważną pozycję. W miarę wzrastania i rozwoju, tj. w wieku szkolnym, relacje babcia – wnuczek oraz dziadek – wnuczek zaczynają się różnicować, osłabiać z tendencją pogarszania się w okresie dojrzewania i dorastania wnuków. Nie zdając sobie sprawy z wyrządzanych przykrości wnukowie krytykują oraz czasami w jawny sposób wyśmiewają i lekceważą babcię bądź dziadka za brak przystosowania do współczesności, tradycyjne poglądy i/lub staroświeckie zachowania.

We współczesnym świecie osoby starsze dostrzegają zmiany ich atrakcyjności społecznej i/lub rodzinnej w odniesieniu do społeczeństwa, dzieci i wnuków. Często oferują swoją pomoc przy wychowywaniu wnuków i prawnuków. W aktualnej rzeczywistości społecznej zmienił się także charakter relacji pomiędzy babciami i dziadkami a wnukami. Relacje i więzy emocjonalne pomiędzy babciami, dziadkami a wnukami są bardzo silne i bliskie, co zdecydowanie wzbogaca życie seniorów.

MK

B: Leszczyńska-Rejchert, 2005; Szarota, 2004, Zych, 2013.
O: rodzina, rodzina a osoby starsze, role społeczne seniorów, społeczna rola babci, społeczna rola dziadka.
TK: ang. *social roles of old people in a family*, fr. *rôles sociaux des personnes âgées dans la famille*, hiszp. *roles social de las personas mayores en la familia*, niem. *die soziale Rollen des älteren Menschen in Familie*, ros. *социальные роли пожилые люди в семьи*.

role społeczne seniorów

Subpopulacja ludzi starych jest grupą wyraźnie zróżnicowaną wewnętrznie ze względu na status ekonomiczny, poziom wykształcenia, stan → zdrowia, sytuację rodzinną, poziom aktywności i stopień „włączenia" społecznego (inkluzji). Ich obecność manifestuje się poprzez role społeczne, które pełnią w mikrostrukturach, mezostrukturach i makrostrukturach społecznych, np. w → rodzinie, społeczności sąsiedzkiej, narodzie (Kotlarska-Michalska, 2000). Kategoria „roli społecznej" opracowana została przez amerykańskich socjologów Ralpha Lintona (1893–1953) i Roberta Mertona (1910–2003) dla oznaczenia zbioru norm i wartości związanych z konkretną pozycją społeczną,

które każda osoba – bez względu na własne predyspozycje – musi spełnić, o ile zajmuje tę właśnie pozycję (Sztompka, 2005).

Role pozostają w bezpośredniej relacji do wieku społecznego. Zofia Szarota (1961–) podkreśla normatywną naturę „roli", w której zawierają się nakazy, zakazy, przywileje i powinności, a także „zakres wolności jednostki oraz ograniczenia podyktowane dobrem ogółu" (Szarota, 2013, s. 18). W psychologii „rola" wyznacza relację między podmiotem a inną osobą lub grupą osób (Boski, 2010). Wyniki badań Harry'ego C. Triandisa (1926–) nad wpływem kultury na konstrukcję i regulacyjne funkcje ***ja*** wykazały, że w kulturach kolektywistycznych jednostka formuje własne ***ja*** w znacznie większym stopniu na podstawie ról społecznych, niż w kulturach indywidualistycznych, w których w samoopisie jednostek przeważają indywidualne cechy i własności (Triandis, 1994).

Role podejmowane są świadomie i/lub nieświadomie. Niektóre stanowią wybór jednostki, są intencjonalne i osiągane, np. rola słuchaczki / słuchacza → uniwersytetu trzeciego wieku (UTW); inne są przypisane, nadane lub narzucone w rezultacie zmian zachodzących w otoczeniu, np. rola dziadka / babci (Chabior, 2015) i/lub samej osobie starej – rola starej kobiety, rola pacjentki (Sztompka, 2005). Jedne są źródłem pozytywnych emocji (rola wolontariusza) inne negatywnych (rola pensjonariusza placówki opiekuńczej). Pewne role aktywizują → seniora (rola członka wspólnoty religijnej, rola elektora w wyborach), inne ograniczają jego aktywny → styl życia (rola emeryta, rola rencisty).

→ Starzenie się w perspektywie ekonomicznej oznacza przede wszystkim zamianę roli pracownika, czyli osoby niezależnej finansowo, a często stanowiącej fizyczny gwarant bezpieczeństwa ekonomicznego rodziny, na rolę emeryta, często osobę o gorszym ekonomicznie statusie. W następstwie → globalizacji starzenia się społeczeństw obserwuje się transformację systemów emerytalnych i powszechną praktykę wydłużania okresu realizacji roli pracownika przez osoby starzejące się i stare (Klimkiewicz, 2013).

Nowa, w sferze jednostkowego przeżycia, a dla wielu osób nieunikniona, staje się rola pacjenta i/lub klienta placówek zdrowia i → opieki społecznej. Zwłaszcza rola pensjonariusza → domu pomocy społecznej, czy innej instytucji długoterminowego pobytu, może być postrzegana negatywnie tak przez samą osobę starą (Susułowska, 1989), jak i jej otoczenie. Wynika to z procesu → instytucjonalizacji [opieki], w którym stopniowo zachodzi degradacja statusu osoby wraz z postępującym opróżnianiem się roli (ang. *role emptying*) do stanu zupełnie „pustej" roli (ang. *empty role*). Wówczas osoba nie ma już żadnych praw ani obowiązków, gdyż otoczenie niczego już od niej nie oczekuje (zob. ilustr. 1). Chorzy z → otępieniem, w najbardziej zaawansowanym stadium → choroby, w placówkach → opieki paliatywno-hospicyjnych są przykładem amorfizmu roli pacjenta (Rosow, 1985).

W okresie starzenia się i → starości człowiek realizuje role rodzinne: małżonka, rodzica, dziadka / babci, pradziadka / prababci. Ich wypełnianie rewiduje sytuacja indywidualna, jak i pokoleniowa. Wycofując się z aktywności zawodowej i podejmując rolę emeryta, w kontekście życia rodzinnego, osoba na nowo uczy się współżycia ze swoim partnerem. Nowym i często trudnym doświadczeniem jest konieczność spędzania dużej ilości czasu wspólnie z partnerem, który po wielu latach zdominowanych karierą i wychowaniem dzieci, stał się bardziej obcy aniżeli bliski. W roli rodzica, po uporaniu się z syndromem opuszczonego gniazda, trzeba wypracować kompromis w zaspakajaniu własnej potrzeby miłości i użyteczności wobec potrzeby szacunku i zaufania dorosłego dziecka. W roli dziadka / babci konkurencyjne stają się dwa style. Pierwszy opiekuńczy i kompensujący „ekonomiczną nieobecność" rodzica; drugi niezależny i zgodny z potrzebą samourzeczywistniania się i programem uczenia się przez całe → życie (A. Błachnio, 2014). Jakości te odpowiadają tradycyjnym, opisanym w literaturze, typom relacji dziadkowie-wnuki od: 1) typu zaangażowanego (opiekuńczego) – gdy dziadkowie włączają się w opiekę i wychowanie wnuków; przez 2) typ towarzyski – kiedy dziadkowie są obecni w życiu wnuków, budują z nimi emocjonalną więź, ale nie przejmują zadań rodzicielskich; do 3) typu zdystansowanego – gdy kontakty między obiema → generacjami są okazjonalne i emocjonalnie chłodne (Bee, 2004, Chabior, 2015).

Wcześniejsza typologia z lat 80. XX wieku, choć bardziej szczegółowa, prezentuje analogiczne rodzaje stylów: 1) styl formalny: dziadkowie podejmują działania tylko te, które „należy"; 2) styl „zastępczych rodziców": gdy dziadkowie wychowują dzieci zastępując nieobecnych rodziców; 3) rola „krynicy mądrości rodzinnej": dziadkowie cieszą się autorytetem, kultywują tradycję i uczą jej młodsze pokolenie; 4) rola rozrywkowa: dziadkowie wspólnie z wnukami bawią się i spędzają → czas wolny; 5) rola „życzliwych świętych Mikołajów": kontakt okazjonalny i marginalny polegający na obdarowywaniu prezentami, pieniędzmi (zob. Wawrzyniak, 2011).

Rola, jaką pełnią dziadkowie w rodzinie i społeczeństwie, jest ważna i wieloaspektowa. Stąd duże i niesłabnące od lat zainteresowanie badawcze tą problematyką (Susułowska, 1989). Jak złożona jest struktura i funkcjonalna dynamika tych ról, pokazuje bardzo szczegółowa typologia pełnienia roli babci w rodzinie opracowana przez Irenę Rybczyńską (1977): 1) babcia matkująca: w jej działaniu przeważają zachowania matczyne; 2) babcia obojętna: realizuje własne potrzeby nie interesując się wnukami; 3) babcia wyemancypowana: aktywna i realizująca siebie, kocha wnuki, ale nie ma wystarczająco dużo czasu, by się nimi zajmować; 4) babcia w pretensjach: wypiera swój wiek, wstydzi się bycia babcią; 5) babcia normalna: akceptuje i cieszy się z roli babci, żyjąc wnukami nie ingeruje w zadania i decyzje rodziców; 6) babcia entuzjastka: kocha wnuki i je rozpieszcza, a bycie babcią staje się jej życiową misją; 7) babcia „wszechmatka": daje poczucie akceptacji i bezpieczeństwa, obdarowuje ogromem miłości i dzieci i wnuki bez wyjątku; 8) babcia dyspozycyjna: kiedy jest potrzebna zawsze pomaga, potrzeby dzieci i wnucząt przedkłada przed własnymi; 9) babcia męczennica: chętnie opiekuje się wnukami, ale jej pomoc okupiona jest wyrzutami i deklaracją jej męczeństwa; 10) babcia dyktatorka: jest dominująca i autorytarna, jej decyzje regulują funkcjonowanie całej rodziny.

Nowe, uwzględniając rozpowszechnienie i rosnące ich znaczenia dla wysokiej jakości starzenia się, są role uczącego się (słuchacza UTW) i wolontariusza. Obie role reintegrują społecznie osobę starą, dają nową wiedzę i samowiedzę, nowe doświadczenia; gwarantują poczucie użyteczności; optymalizują zarządzanie wolnym czasem i są źródłem społecznej aprobaty (A. Błachnio, 2012, Steuden, 2011).

Tabela 1. Klasyfikacja ról społecznych seniorów

Kategoria	Typ	Rodzaj
Role nieformalne, związane z przynależnością do grupy pierwotnej	Role rodzinne	wynikające z pokrewieństwa: córka / syn, matka / ojciec babcia / dziadek, brat / siostra itp.
		wynikające ze spowinowacenia: żona / mąż, teściowa / teść, bratowej / szwagra itd.
	Role uczestników nieformalnych grup społecznych i szerszych społeczności	Role koleżeńskie, towarzyskie, przyjacielskie
		Role sąsiedzkie (członków społeczności lokalnych, wspólnot mieszkaniowych itd.)
		Role związane z przynależnością i poczuciem tożsamości narodowej/etnicznej, wyznaczone kulturą, tradycją, obrzędem i obyczajem („strażnicy obyczaju")
		Role członka wspólnoty wyznaniowej
Role instytucjonalne, związane z przynależnością do grup sformalizowanych (wtórnych)	Rola społecznika	Rola wolontariusza, Rola członka stowarzyszenia, organizacji, aktywisty w radzie parafialnej czy wspólnocie mieszkaniowej.
	Rola obywatela	Rola wyborcy
	Rola uczącego się	Rola słuchacza uniwersytetu trzeciego wieku Rola członka → klubu seniora Rola internauty
Role determinowane wiekiem podeszłym	Rola zawodowa	Rola emeryta / rencisty Rola zatrudnionego na etacie lub jego części Rola podwładnego lub przełożonego
	Rola użytkownika (nadmiaru) wolnego czasu, odbiorcy oferty tzw. przemysłu czasu wolnego (w wymiarze pasywnym i aktywnym – bierny wypoczynek lub rekreacja)	Rola podróżnika Rola działkowca (członka Polskiego Związku Działkowców) Rola turysty
	Rola podopiecznego	Rola chorego członka rodziny Rola pacjenta służby zdrowia Rola mieszkańca domu pomocy społecznej Rola podopiecznego instytucji opieki społecznej

Źródło: Szarota Z., *Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa*, w: R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem.*Warszawa: CRZL, 2013, s. 19–22.

W następstwie przemian społeczno-kulturowych coraz częściej udziałem starszych osób staje się rola rozwódki / rozwodnika, partnera/ partnerki w związku nieformalnym, czy małżonka w sformalizowanym w starszym wieku małżeństwie (Chabior, 2015, Szukalski, 2014). Natomiast inkluzja osób starych w obszar seksualności, która dokonała się na początku XXI wieku w nauce (Marshall, 2010), a następnie na rynku usług, w przekazie medialnym i stopniowo w opinii publicznej, zainicjowała dyskusję nad znaczeniem roli partnera seksualnego w okresie starzenia się i starości (zob. Grabowska, 2011, Długołęcka, 2014, Kijak, 2014).

W literaturze gerontologicznej prezentowane są różne klasyfikacje ról społecznych typowych dla seniorów. Jedną z aktualnych propozycji jest klasyfikacja ról osób starych Szaroty (2013, zob. tab. 1).

Starość jest okresem, w którym dochodzi do utraty ról społecznych (Susułowska, 1989). Zakres w jakim ten proces zachodzi istotnie oddziałuje na jakość doświadczania starości. W literaturze ścierają się różne paradygmaty starości. Jest negatywny model starości, w którym porzucanie ról i wycofywanie się z zadań odpowiedzialnych, ważnych, społecznie nobilitujących w kierunku zdecydowanie pasywnego stylu życia dominuje. Jest nurt przeciwstawny, → pomyślnego starzenia się i aktywnej starości. Akcentuje się w nim możliwość podejmowania szeregu działań służących jak najdłuższemu zachowaniu wypełnianych ról. W sytuacji utraty roli – zwłaszcza roli zawodowej, towarzyskiej i roli gwaranta ekonomicznego bezpieczeństwa – poprzez mechanizm kompensacji, wypełnia się powstałą lukę, np. szukając i podejmując nową rolę w rodzinie, będącą w zasięgu sprawności funkcjonalnej osoby starej (Kotlarska-Michalska, 2000).

Współcześnie coraz częściej wysuwana jest teza o słabnięciu związku pomiędzy rolą społeczną a wiekiem człowieka. Jest to rezultat postępującej indywidualizacji i pluralizacji stylów życia. Wielość wyborów i dynamika zmian dokonujących się w środowisku człowieka starego sprzyjają odejściu od wypełniania ról społecznych w sensie normatywnym, na rzecz rzeczywistych syndromów zachowania odpowiadających współczesnym zasobom jednostek i ich otoczenia (Sztompka, 2005). Wielość kultur, reguł i przynależności, nasila ambiwalencje i konflikty w obrębie konkretnej roli, np. roli starej kobiety w kulturze, w której pięknemu i estetycznemu ciału nadano status wartości bezwzględnej (Baudrillard, 2006), a także między rolami np. opiekuna i pracownika, które w efekcie podwyższenia → wieku emerytalnego stały się wobec siebie konkurencyjne (Turner, 1998, Sztompka, 2005).

AB

B: Baudrillard, 2006; Bee, 2004; A. Błachnio, 2012; Boski, 2010; Chabior, 2015; Długołęcka, 2014; Grabowska, 2011; Kijak, 2014; Klimkiewicz, 2013; Kotlarska-Michalska, 2000; Marshall, 2010; Przygoda, 2015; Rosow, 1985; Rybczyńska, 1977; Steuden, 2011; Susułowska, 1989; Szarota, 2013; Sztompka, 2005; Szukalski, 2014; Triandis, 1994; Turner, 1998; Wawrzyniak, 2011.

O: rodzina, rodzina a osoby starsze, role społeczne osób starszych w rodzinie, senior, społeczna rola babci, społeczna rola dziadka.

TK: ang. *social roles of seniors*, fr. *rôles sociaux des personnes âgées*, hiszp. *roles socials de las personas mayores*, niem. *die soziale Rollen des älteren Menschen*, ros. *социальные роли пожилые людей*.

Rosset Edward (1897–1989)

polski statystyk, demograf i gerontolog. Urodził się w Łodzi w rodzinie kupieckiej, jego ojciec Bogusław zajmował się organizacją sprzedaży na rynku rosyjskim towarów wytwarzanych w przedsiębiorstwach łódzkich, matka była pianistką i kompozytorką, uczennicą Ignacego Jana Paderewskiego (1860–1941). Po ukończeniu 8-klasowego Gimnazjum Filologicznego w Łodzi w roku 1916 Rosset podjął studia na Wydziale Prawa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego. W trakcie studiów zetknął się z wybitnymi przedstawicielami nauk prawniczych i społecznych, takimi jak: Ludwik Krzywicki (1859–1941), Leon Petrażycki (1867–1931) i Adam Kostanecki. Po ukończeniu studiów Rosset podjął pracę w Wydziale Statystyki Urzędu Miejskiego w Łodzi, którą kontynuował do roku 1939, a następnie w latach 1945–50 jako szef statystyki miejskiej. W latach 40. minionego stulecia Rosset rozpoczął też intensywną działalność dydaktyczną, naukową i organizacyjną. Utworzył dwie Katedry Statystyki – w Wyższej Szkole Ekonomicznej i w Uniwersytecie Łódzkim. Po połączeniu obydwu uczelni powstała kierowana przez niego w okresie 1945–68 Katedra Demografii i Statystyki UŁ.

W formalnej karierze naukowej Rosseta wyróżnić można kilka etapów: w latach 1929–1939 był st. asystentem w Katedrze Statystyki Wolnej Wszechnicy Polskiej w Łodzi, współpracując z Zofią Daszyńską-Golińską (1866–1934) i in. wybitnymi ludźmi nauki tego okresu. Stopień doktora uzyskał w 1947 na podstawie pracy pt. *Prawa demograficzne wojny*, w 1954 został nominowany na docenta, następnie otrzymał

tytuły prof. nadzw. (1958) i prof. zw. (1963). Będąc samodzielnym pracownikiem naukowym w WSE i UŁ, Rosset zajmował kolejno stanowiska prodziekana, dziekana, prorektora i rektora. Współpracował z Głównym Urzędem Statystycznym (GUS) jako członek Naukowej Rady Statystycznej, ponadto był członkiem Rządowej Komisji Ludnościowej. Od 1932 był czł. koresp. Comitato Italiano per lo Studio dei Problemas Della Populazione, od 1962 był czł. koresp., a od 1976 człon. rzecz. Polskiej Akademii Nauk (PAN), był również prezesem Komitetu Nauk Demograficznych PAN (1962–76) i wiceprzew. Oddziału PAN w Łodzi (1978–83). Z inicjatywy Rosseta powstała Prac. Demograficzna PAN (1966), skupiająca w ramach seminarium doktoranckiego wielu młodych adeptów demografii i → gerontologii społecznej. Był twórcą i red. naczelnym pisma „Studia Demograficzne".

W początkowym okresie przedmiotem badań i analiz Rosseta była statystyka. Przełomem była ogłoszona drukiem w 1959 obszerna monografia pt. *Proces starzenia się ludności*, traktująca o przyczynach i następstwach → starzenia się społeczeństw – problematykę tę kontynuował przez następne dziesięciolecia, dając tym samy podstawy do rozwoju → gerontodemografii. Kolejne książki z tego zakresu to: *Ludzie starzy. Studium demograficzne* (1967) i *Trwanie życia ludzkiego* (1979). W pracach tych podejmował kwestię społecznych, ekonomicznych i medycznych konsekwencji wzrostu liczby ludzi starych, w szczególności sędziwych, analizował wnikliwie przyczyny i uwarunkowania wydłużania się → życia ludzkiego. Prace E. Rosseta z pogranicza demografii i → gerontologii stały się inspiracją do badań wielu autorów, w tym jego doktorantów i współpracowników. Kolejnym nurtem badawczym była struktura demograficzna oraz proces reprodukcji ludności w ujęciu: przeszłość – teraźniejszość – przyszłość. W tym nurcie mieści się monografia *Demografia Polski* (2 t., 1975). Ważnym wątkiem w badaniach Rosseta była też problematyka teorii demografii, o czym świadczą takie publikacje, jak: *Eksplozja demograficzna* (1978 b) czy *Doktryna ludności optymalnej w rozwoju historycznym* (1983). Dodajmy, że Rosset na Międzynarodowym Kongresie Badań Ludnościowych w Rzymie (1931) sformułował prawa demograficzne wojny oznaczające skutki demograficzne wojny, takie jak: zmiany w strukturze płci i wieku ludności na obszarach objętych wojną, przymusowe ruchy migracyjne, spadek liczby małżeństw i urodzeń, wzrost śmiertelności, a w 1959 zaproponował współczynnik starości, wyrażający się frakcją 12% osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do populacji, zajmował się również leksykografią demograficzną (zob. Rosset, 1933, 1959, 1966, Zych, 2010, s. 134 i s. 38).

Rosset był wielokrotnie nagradzany za twórczość naukową, m.in. był laureatem Nagrody Państw. I st., Nagrody Ministra Szk. Wyższego I st., Nagrody Sekr. Naukowego PAN i Nagrody Łódzkiego Towarzystwa Naukowego (ŁTN). Był członkiem wielu towarzystw naukowych, w tym Pol. Tow. Ekonomicznego, Pol. Tow. Demograficznego, ŁTN oraz czł. Honor. Czechosł. Tow, Demograficznego, przyczynił się również do powstania → Pol. Tow. Gerontologicznego, którego był zasłużonym członkiem. Utrzymywał liczne kontakty z naukowcami zarówno ze wschodnich. jak i zachodnich krajów europejskich, oraz prowadził gościnne wykłady jako prof. wizytujący w uniwersytetach i uczelniach wyższych, m.in. w Wiedniu, Berlinie, Belgradzie, Bukareszcie, Moskwie, Rzymie i Florencji.

Profesor Rosset został odznaczony m.in. Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą i Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Orderem Sztandaru Pracy I i II klasy, dwukrotnie Złotym Krzyżem Zasługi i Medalem Uniwersytetu Łódzkiego, został też wyróżniony doktoratem honoris causa UŁ. W okresie międzywojnia został odznaczony medalami: Polska Swojemu Obrońcy 1918–1921, Za Długoletnią Służbę (1928) i Medalem Dziesięciolecia Niepodległości (1928), ponadto otrzymał Estoński Krzyż Oficerski Czerwonego Krzyża.

Spektrum zainteresowań badawczych Rosseta było nader szerokie. W różnych okresach życia zawodowego i naukowego interesowały go nieco inne problemy, jednak największą pasją badawczą obdarzał problematykę → starości, → demograficznego starzenia się populacji oraz społeczno-ekonomiczne i zdrowotne skutki tego zjawiska. Ogłosił drukiem wiele książek i artykułów z tego zakresu o znaczeniu międzynarodowym.Tego wybitnego uczonego-erudytę należy uznać za niewątpliwego współtwórcę gerontologii społecznej w wymiarze zarówno polskim, jak i europejskim.

HW-K

B: Domański, 1997; Kowaleski, Obraniak, 1997; *Kto jest kim*…, 1989; Rosset, 1933, 1959, 1961–1967, 1971 a, 1971 b, 1974, 1975, 1978 a, 1978 b, 1979, 1983, 1986; Valkovitcs, 1997; Worach-Kardas, 2001; Zych, 2010.

N: http://edustat.home.pl/…; Kowaleski, Obraniak, 2012 – Internet: http://stat.gov.pl/gfx/ portalinformacyjny…

rozwojowa teoria starzenia się

jest systemem wiedzy psychologicznej opisującej, na podstawie badań empirycznych, prawidłowości postępujących w czasie, stopniowych i kumulujących się zmian, dotyczących zarówno poszczególnych funkcji psychicznych, jak i całości → życia psychicznego człowieka oraz procesów adaptacji do tych zmian. Najważniejsze ustalenia współczesnej psychologii rozwoju w odniesieniu do fazy → starzenia się są następujące: 1) Człowiek może się rozwijać pod względem psychicznym przez całe życie, także w okresie późnej, a nawet zaawansowanej → starości. 2) Rozwój, po osiągnięciu dojrzałości, jest możliwością, a nie koniecznością życiową i zależy od wielu różnych czynników, wśród których najważniejszymi są, oprócz biologicznych dyspozycji (naturalne procesy wsteczne oraz patologiczne zmiany w organizmie), takie jak osobista motywacja prorozwojowa, stałe zaangażowanie w działania sprzyjające pozytywnemu starzeniu się, → styl życia, a także czynniki historyczne, cywilizacyjne i kulturowe, w postaci wzorców zachowań, ról społecznych czy potrzeb środowiskowych. 3) Rozwój człowieka w drugiej połowie życia jest najbardziej zindywidualizowanym procesem (m.in. z powodu wyżej wskazanych czynników), co utrudnia sformułowanie jednego modelu starzenia się człowieka. 4) Zmiany rozwojowe w drugiej połowie życia mają charakter wielopłaszczyznowy i wielokierunkowy, obejmują zarówno zmiany progresywne, jak i regresywne. Zmiany regresywne dotyczą głównie funkcji wykonawczych, takich jak: sprawność motoryczna, koordynacja wzrokowo-ruchowa, koncentracja uwagi, które bezpośrednio zależą od czynników biologicznych. Zmiany progresywne zauważalne są w strukturze osobowości, mogą też dotyczyć funkcji umysłowych, rozwijających się intensywnie w okresie wczesnej i średniej dorosłości, a polegających na myśleniu relatywistycznym, kontekstualnym i dialektycznym. Utrzymanie tych funkcji na wysokim poziomie owocuje → mądrością [życiową] – cnotą tradycyjnie przypisywaną → seniorom. 5) Rozwojowa teoria starzenia się opiera swoje ustalenia zarówno na badaniach poprzecznych, porównujących sprawność określonych funkcji u osób z różnych przedziałów wiekowych, jak i na → badaniach podłużnych (longitudinalnych), polegających na analizowaniu zmian funkcjonowania psychicznego u tej samej osoby, w różnych odstępach czasu. 6) Badania empiryczne w ramach psychologii starzenia się mają zarówno charakter interindywidualny, polegający na porównaniach sposobu funkcjonowania w określonych obszarach życia psychicznego u osób z tej samej (tu: senioralnej) grupy wiekowej, jak również intraindywidualny, dotyczący relacji różnych rodzajów zmian w odniesieniu do tej samej osoby. 7) Współczesna rozwojowa teoria starzenia się ma charakter wieloparadygmatyczny, korzysta z różnych modeli badawczych, nie tylko z klasycznego modelu ilościowego, lecz także z modelu jakościowego, narracyjnego i biograficznego.

MMS-R

TK: am. *developmental theory of aging*, ang. *developmental theory of ageing*, fr. *théorie du développement de la vieillesse*, hiszp. *teoría del desarrollo del envejecimiento*, niem. *Entwicklungstheorie des Alterns*, ros. *теория развития старения*.

rozwój człowieka

Rozwojem nazywamy postępujący w czasie, ciąg zmian występujących w uporządkowanych sekwencjach w organizmie, zachowaniu, procesach umysłowych i życiu społecznym, które to zmiany sprawiają uzyskanie przez człowieka wyższego poziomu sprawności adaptacyjnej.

Jak wynika z powyższej definicji nie każda zmiana jakiej podlega organizm, umysł lub społeczeństwo może być zmianą rozwojową. Musi być ona determinowana przez istniejący stan tego obiektu, a mówiąc dokładniej przez ciąg wcześniejszych zmian, który doprowadził do stanu aktualnego. Dzięki temu zapewniona jest ciągłość rozwojowa. W zachodzących zmianach rozwojowych musi dodatkowo występować określony porządek. Oznacza to, że zmiany powinny zachodzić w czasie w określonej kolejności. Dotyczy to zarówno rozwoju biologicznego organizmów należących do określonego gatunku, rozwoju psychicznego ludzi a także rozwoju dużych społeczności ludzkich.

W celu uporządkowania wiedzy o prawidłowym przebiegu rozwoju, proponuje się wyróżnienie faz rozwojowych, które określają nową jakość sprawności adaptacyjnej, uzyskaną przez zbiór obiektów żywych należących do danej kategorii. Jeśli chodzi o człowieka, to zaproponowano wiele klasyfikacji faz rozwojowych. Najbardziej prosta sprowadza się do wyróżnienia w rozwoju faz: dzieciństwa, adolescencji, dorosłości i → starości. Ze względów praktycznych (określania poprawności przebiegu rozwoju), często wyróżnia się znacznie więcej etapów rozwojowych.

Przykładowo Anna Brzezińska (1949–) za uzasadnione uznaje wyodrębnianie:

- wieku niemowlęcego – 0–1. rok życia,
- wieku poniemowlęcego – 1. –3. r.ż.,

- wieku przedszkolnego – 3. –6./7. r.ż.,
- wieku szkolnego – 6./7. –10./12. r.ż.,
- wieku dorastania – 10./12. –18./20. r.ż.,
- wieku wczesnej dorosłości – 20.–30./35. r.ż.,
- wieku średniej dorosłości – 30./35. –60./65. r.ż.,
- wieku → późnej dorosłości – powyżej 65. R.ż. (Brzezińska, 2000).

Niezależnie od tego, w jaki sposób będzie klasyfikowany przebieg ludzkiego rozwoju, każdy z proponowanych podziałów stara się zawsze uwzględnić skorelowane ze sobą współwystępowanie nowych właściwości biologicznych, psychologicznych i społecznych.

Przejścia przez kolejne fazy rozwoju, czyli jego uporządkowany przebieg organizowany jest przez biologiczne dyspozycje zawarte w genach, otrzymywane przez dziecko od swoich rodziców. One przede wszystkim określają osiągnięcia w rozwoju biologicznym i są odpowiedzialne w znacznym stopniu za przebieg rozwoju psychicznego dziecka w pierwszych jego fazach (Tempała, 2000). Później stopniowo wpływ czynników dziedzicznych słabnie, a przynajmniej przestaje być tak wyrazisty jak w dzieciństwie (Harris, 2010). Przyjmuje się, że ich rola polega na przygotowaniu dziecka do wykorzystywania oddziaływań zewnętrznych, które w coraz większym stopniu określają, w jakim stopniu program rozwoju ustalony przez zapis genetyczny, będzie realizowany w dalszym procesie rozwoju. Dziecko musi uzyskać odpowiedni poziom dojrzałość (osiągnąć stan sensytywności), aby mogło w maksymalnie dużym stopniu wykorzystać wpływ środowiska w tworzeniu nowych właściwości rozwojowych. Łącznikiem który zapewnia włączanie wpływów zewnętrznych w proces realizacji biologicznego programu rozwojowego jest aktywność własna dziecka. Dzięki niej zdobywa ono niepowtarzalne doświadczenia życiowe, które sprawiają, że rozwój dziecka nabiera zindywidualizowanego charakteru. W okresie adolescencji człowiek w coraz większym stopniu uniezależnia się od wpływów zewnętrznych. Wykształca w sobie takie cechy psychiczne, które umożliwiają mu samodzielne określenie kierunku własnego rozwoju – pojawia się zdolność do samoregulacji (Blair, Raver, 2012). W rozwijającej się osobowości stopniowo kształtuje się struktura ***ja***, która zapewnia względną autonomię w podejmowaniu decyzji ważnych dla dalszego → życia oraz kontrolę nad skutecznym realizowaniem tych decyzji. Poza rozwojem ***ja***, w adolescencji następuje także dynamiczna rozbudowa wiedzy o otaczającym świecie i o sobie. O ile w dzieciństwie wiedza ta ma charakter słabo ze sobą powiązanych epizodycznych doświadczeń życiowych, o tyle teraz – dzięki nauce w szkole – podlega ona coraz lepszej strukturalizacji, tworząc poznawczą reprezentację otoczenia, która umożliwia pełniejszą orientację w środowisku (Flavell, 1992). W okresie dorosłości człowiek jest już całkowicie przygotowany do świadomego partycypowania w życiu społecznym i świadomego kształtowania własnej drogi życiowej. Zarówno zdobyte kompetencje społeczne jak również uzyskana wiedza, umożliwia mu efektywne zaspokajanie potrzeb i podejmowanie zadań społecznych (Obuchowska, 2000). O takiej osobie mówimy, że osiągnęła ona wystarczający poziom dojrzałości rozwojowej do tego, aby prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie w ramach przypisanych ról społecznych. Teraz rozwój polega na ciągłym doskonaleniu i „konsumowaniu" osiągnięć w zakresie uzyskanej sprawności adaptacyjnej, poprzez podejmowaną działalność w życiu rodzinnym, zawodowym i towarzyskim (Kowalik, 2002). Chodzi o to, aby w dorosłym życiu jak najlepiej spożytkować osiągnięcia rozwojowe w wytwarzaniu dóbr, które będą cenione przez ich twórcę oraz innych ludzi. Faza → starzenia się charakteryzuje się również istotnymi zmianami. Niektóre z nich trudno określić jako rozwojowe. W wymiarze biologicznym następuje utrata wcześniejszej sprawności poszczególnych układów organizmu. Stopniowo pogarsza się także sprawność procesów poznawczych. Wraz z tymi zmianami zmniejsza się aktywność społeczna osób w → wieku podeszłym (Stuart-Hamilton, 2000). Nie oznacza to jednak pełnego regresu rozwojowego. W starszym wieku ludzie podejmują próby dokonywania → bilansu życiowego, starają się pogłębić jego sens, poprzez skupienie się na doskonaleniu własnego światopoglądu. Refleksyjny stosunek do życia i do siebie pozwala ludziom w starszym wieku przyjąć pozycję obserwatora wobec świata. Dzięki zdystansowaniu się w odniesieniu do codziennych problemów, potrafią odróżniać to, co w życiu jest naprawdę istotne, od tego co ma w nim drugorzędne znaczenie (→ mądrość życiowa). Przyjęcie takiej postawy życiowej sprzyja zwiększeniu troski o własne → zdrowie i podtrzymanie posiadanej sprawności adaptacyjnej, a także utrzymanie aktywności pomocowej w stosunku do osób bliskich (Kowalik, 2003).

SZK

B: Blair, Raver, 2012; Brzezińska, 2000; Flavell, 1992: Harris, 2010; Kowalik, 2002, 2003; Obuchowska, 2000; Stuart-Hamilton, 2000; Trempała, 2000.

O: rozwojowa teoria starzenia się, starzenie się a rozwój, zadania rozwojowe.

TK: ang. *human development*, fr. *développement humain*, hiszp. *desarrollo humano*, niem. *menschliche Entwicklung*, ros. *развитие человека*.

równowaga

Istnieje kilka terminów związanych z możliwościami utrzymania przez człowieka wyprostowanej postawy ciała i jednocześnie przeciwstawianiu się siłom, które mogą spowodować, że postawa ta może zostać w poważny sposób zaburzona skutkując → upadkiem. Spotyka się tu określenia, takie jak: równowaga ciała (ang. *body balance* lub *equilibrium*), stabilność posturalna (ang. *postural stability*), kontrola posturalna (ang. *postural control*), kontrola równowagi (ang. *balance contro*l). Wszystkie odnoszą się bezpośrednio lub pośrednio do kontroli biomechanicznego wskaźnika, jakim jest środek ciężkości ciała (COG). Terminy równowaga ciała i stabilność posturalna wiąże się zazwyczaj z możliwościami utrzymania pionowego rzutu środka ciężkości wewnątrz płaszczyzny podparcia, bądź odchyleniami kątowymi od pionu z osią obrotu w stawach skokowych. Równocześnie termin równowaga, w odniesieniu do sytuacji statycznych, zazwyczaj kojarzony jest z niewielkimi odchyleniami i w związku z tym „lepszy" poziom równowagi odnosi się do „mniejszych" przemieszczeń środka ciężkości ciała w odniesieniu do położenia optymalnego. Stabilność posturalna kojarzona jest natomiast ze zdolnością do przeciwstawiania się bodźcom destabilizującym wywołującym duże przemieszczenia COG w płaszczyźnie poziomej. Ze względu na segmentową budowę ciała i aktywną kontrolę mięśni posturalnych, jak również pracę serca, płuc i innych narządów wewnętrznych COG nigdy nie pozostaje w bezruchu, nawet gdy człowiek próbuje utrzymać maksymalnie „nieruchomą" pozycję ciała. Obserwowane przemieszczenia COG w płaszczyźnie poprzecznej (zazwyczaj ok. 1–2 cm^2) nazywane są wychwianiami posturalnymi. Są one na bieżąco korygowane dzięki tzw. strategii stawów skokowych – odpowiednie napięcia mięśni piszczelowego przedniego i brzuchatego łydki. W przypadku działania większych sił destabilizujących COG przemieszcza się w większym zakresie i by utrzymać równowagę konieczne jest wykonanie większych korekt. Jeśli człowiek jest w stanie przywrócić optymalne położenie ciała bez konieczności zmiany płaszczyzny podparcia oznacza to, że nie zostały przekroczone tzw. subiektywne granice stabilności (ang. *limits of stability* – LOS albo *stability borders*). Korekta natomiast odbywa się najczęściej przy użyciu strategii biodrowej (przemieszczenie bioder w tym samym kierunku, ale z przeciwnym zwrotem co bodziec destabilizujący). Wielkość LOS zależna jest przede wszystkim od stanu funkcjonalnego człowieka, w tym siły mięśniowej i sprawności działania układu nerwowego, ale również od dyspozycji dnia czy samopoczucia. W sytuacji gdy COG znajdzie się poza subiektywnymi granicami stabilności, ale nie przekroczy płaszczyzny podparcia możliwe jest jeszcze utrzymanie równowagi, jednak należy zwiększyć płaszczyznę podparcia (zrobić krok, podeprzeć się). Po przekroczeniu przez COG płaszczyzny podparcia następuje upadek.

Kontrola położenia COG opiera się na integracji informacji dostarczanych przez trzy główne wejścia sensoryczne: przedsionkowe, proprioreceptywne i wizualne. Narząd przedsionkowy kontroluje ruchy głowy (szybkość kątową i liniową) i jej pozycję względem działania siły ciężkości. Proprioreceptywna (głównie wrzeciona mięśniowe i narządy ścięgniste Golgiego, receptory stawowe oraz receptory nacisku w skórze) dostarcza informacji pozwalających ocenić położenie poszczególnych segmentów ciała względem siebie. Wzrok natomiast, pozwala na orientację przestrzenną względem innych obiektów w najbliższym środowisku zewnętrznym. Łącznie z narządem przedsionkowym bierze również udział w stabilizacji pozycji głowy. Ważna jest tu kontrola położenia gałek ocznych, a przez to i stabilizacja wzroku podczas szybkich ruchów kątowych głowy, co jest możliwe dzięki odruchowi przedsionkowo-okoruchowemu (reakcja skierowana przeciwnie do kierunku działania przyspieszenia). Wykorzystanie informacji z poszczególnych kanałów czuciowych zależne jest od wykonywanego programu motorycznego oraz od warunków w jakim jest on wykonywany. W niezakłóconym staniu najistotniejszą informacją dla naszego systemu kontroli posturalnej jest proprioreceptywna – przy dobrym oświetleniu, stojąc na stabilnej powierzchni człowiek w ok. 70% polega na informacji proprioreceptywnej, w 20% na informacji przedsionkowej i jedynie w 10% na informacji wizualnej. Natomiast w przypadku niestabilnej powierzchni system zaczyna w większym stopniu polegać na informacji przedsionkowej i wzrokowej. Istotna jest tutaj zdolność adaptacji systemu nerwowego polegająca na sprawnej zmianie wykorzystania poszczególnych źródeł informacji czuciowej (ang. *sensory information re-weight*) w celu efektywnego generowania odpowiednich sił stabilizujących. Przejawiane reakcje są zazwyczaj zautomatyzowane i wynikają z monosynaptycznych rdzeniowych odruchów na rozciąganie (odpowiedź na bodźce proprioreceptywne) o laten-

cji ok. 40–50 ms, odpowiedzi posturalnych o dłuższej latencji – ok. 100–120 ms – rozpoczynających się od mięśni dystalnych, oraz złożonych reakcji integrujących mechanizmy zawiązane z koordynacją wszystkich sygnałów sensorycznych – latencja nawet do 500 ms. W ostatnich latach coraz większa uwagę zwraca się na antycypacyjne dostosowania posturalne (ang. *anticipatory postural adjustment*) oraz potencjalną rolę procesów kognitywnych. W integracji sygnałów czuciowych, jak również generowaniu odpowiednich reakcji posturalnych, bierze udział móżdżek, jądra przedsionkowe oraz jądra podstawne.

Do niekorzystnych zmian inwolucyjnych w stabilności posturalnej, szczególnie u osłabionych osób starszych (ang. *frail elderly persons*), zaliczyć można:

- zmniejszenie LOS (przy słabszych bodźcach destabilizujących szybciej uaktywniane są kolejne strategie),
- korzystanie głównie ze strategii stawów biodrowych,
- nieefektywne korzystanie ze strategii kroku ze względu na zwiększony czas reakcji,
- niski poziom siły mięśniowej,
- ograniczenia w odbieraniu bodźców,
- spadek szybkości przetwarzania informacji i generowania właściwych reakcji posturalnych,
- „przełączenie" systemu kontroli z procesów automatycznych na świadome – preferencja dokładności nad szybkością reakcji.

Zmiany te mogą pociągać za sobą określone kompensacje ze strony systemu posturalnego:

- preselekcja programu obronnego (najczęściej strategia kroku) – redukuje to konieczność dokonywania wyboru reakcji, a przez to skraca czas trwania odpowiedzi,
- bardziej asymetrycznie obciążenie kończyn dolnych – umożliwia szybsze wykonanie strategii kroku przez kończynę mniej obciążoną,
- pochylenie (przesunięcie COG w przód) i ugięcie kończyn dolnych w kolanach (obniżenie COG) – przede wszystkim ochrona tylnej granicy stabilności,
- szerszy rozstaw stóp zapewniający ochronę bocznych granic stabilności,
- spadek szybkości chodu, zmniejsza się długość kroku i skraca faza przeniesienia przy zwiększonej fazie podwójnego podporu,
- niskie przenoszenie stóp nad podłożem.

W zmiennych, niespodziewanych sytuacjach kompensacje będą zazwyczaj działać na niekorzyść osoby starszej zwiększając ryzyko upadku (np. niskie przenoszenie stóp nad podłożem zwiększa możliwość potknięcia przy nierównym podłożu).

Potrzeba treningu równowagi

Niski poziom równowagi ciała jest jednym z podstawowych czynników ryzyka upadków. Te z kolei są główną przyczyną utraty niezależności przez osoby w → wieku podeszłym. Statystyki wskazują, że co najmniej raz w roku upada około 30% osób po 65. roku życia, oraz 50% osób po 80. r.ż. Upadki oraz ich konsekwencje w realny i wysoce poważny sposób zagrażają → zdrowiu i niezależności działania, a nawet → życiu osób starszych. Ok. 20% z nich kończy się poważnymi uszkodzeniami ciała, takimi jak: złamania, przemieszczenia stawowe lub urazy głowy. Upadki są wśród osób starszych bardzo silnym predyktorem przejścia pod stałą, zinstytucjonalizowaną → opiekę, szczególnie w przypadku odniesienia poważnych obrażeń. Są też jedną z głównych przyczyn śmiertelności wśród osób starszych. Ze względu na rozmiar zjawiska oraz potencjalnie niebezpieczne konsekwencje upadki zaliczane są do tzw. → wielkich zespołów [problemów] geriatrycznych.

Trening ukierunkowany na poprawę równowagi i/lub obniżenie ryzyka upadku

Globalne zalecenia dotyczące poziomu oraz jakości → aktywności fizycznej (ACSM, WHO) przechodziły od lat 50 XX wieku dużą ewolucję. Początkowo ukierunkowane na osiągnięcia sportowe, w niewielki stopniu odnosiły się do osób starszych. Problem został podjęty właściwie po roku 2000 i obecnie nie ma wątpliwości, że osoby po 65. r.ż. powinny ćwiczyć przynajmniej tyle samo co osoby dorosłe (minimalnie 150 minut tygodniowo umiarkowanej aktywności fizycznej lub 75 minut intensywnej aktywności). Jednakże wskazuje się, że osoby starsze w celu zapobiegania upadkom powinny też wykonywać dodatkowe ćwiczenia siłowe o umiarkowanej intensywności oraz ćwiczenia równoważne 3 razy w tygodniu. Należy rozróżnić ćwiczenia ukierunkowane na profilaktykę upadków u osób o stosunkowo dobrej kondycji fizycznej od aktywności rehabilitacyjnej ukierunkowanej na prewencję wtórną u osób osłabionych, w dużym stopniu narażonych na kolejne, częste upadki.

W pierwszym przypadku należy zwrócić uwagę na ogólny poziom aktywności fizycznej. Wszelkie ćwiczenia będą sprzyjały utrzymywaniu odpowiedniej → sprawności funkcjonalnej, a więc możliwości prowadzenia niezależnego życia w społeczeństwie. Spodziewać się tu można przeciwdziałania → sarkopenii i podtrzymywaniu odpowiedniego poziomu siły mięśniowej, co ma przełożenie przede wszystkim na zakres subiektywnych granic stabilności. Również na-

potykanie na różne, nowe sytuacje będzie działało korzystnie stymulując ośrodkowy układ nerwowy (OUN) i przyczyniając się do lepszego i szybszego rozeznania w sytuacjach zagrożenia ewentualnej utraty równowagi oraz generowania odpowiednich reakcji obronnych. Od kilku lat wiadomo, że w przypadku zapewnienia różnorodnych bodźców środowiskowych, jak i kognitywnych, mózg człowieka jest w stanie wytwarzać nowe neurony, nawet w przypadku osób w starszym wieku (dotyczy to przede wszystkim hipokampa, aczkolwiek badania na zwierzętach sugerują, że takie zjawiska mogą zachodzić też w móżdżku). Stąd też lepszymi, o ile stan funkcjonalny na to pozwala, zdają się być aktywności podejmowane w terenie (zob. fot. 1 i 2). Ćwiczenia w stałych warunkach (np. rower stacjonarny) będą miały wpływ przede wszystkim na układ mięśniowo-szkieletowy. Szczególnie przydatne formy ruchu dla poprawy równowagi to tai-chi i joga.

W przypadku działań rehabilitacyjnych u osób, u których stwierdzono problemy z utrzymaniem stabilnej postawy ciała zazwyczaj konieczne jest stosowanie częstszych ćwiczeń niż 3 razy w tygodniu. Konieczne jest tu również zachowanie środków ostrożności, ze względu na podwyższone ryzyko upadku i związane z nimi urazy. Najlepiej gdy ćwiczenia, przynajmniej w początkowej fazie treningu, wykonywane są pod ścisłym nadzorem i z asekuracją fizjoterapeuty. Uważa się również, że osoby osłabione powinny też być uczone techniki bezpiecznego upadania oraz wstawania z podłoża.

RS

B: Błaszczyk, Czerwosz. 2005.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Balance…; https://www.dr-gumpert.de…

O: choroby neurodegeneracyjne, Skala Równowagi Berg, Skala Równowagi Fullerton, Test Tinetti, upadki [w starszym wieku], zaburzenia równowagi.

TK: ang. *balance* / *equilibrium*, fr. *équilibre*, hiszp. *equilibrar* / *BodyBalance* / *BodyFlow*, niem. *Balancieren* / *Gleichgewicht*, ros. *баланс* / *равновесие*.

Różycka Jadwiga (1913–1990)

polska psycholog, przedstawicielka higieny psychicznej, pedagogiki specjalnej, psychologii klinicznej i → gerontopsychologii. W roku 1936 ukończyła studia psychologiczne na Wydz. Filoz. Uniw. Poznańskego, będąc uczennicą Stefana Baleya (1885–1952). Podczas okupacji hitlerowskiej Różycka została aresztowana w 1940 i została osadzona w obozie koncentracyjnym w Łodzi, gdzie przebywała pól roku, po uwolnieniu osiadła w Miechowie k. Krakowa. w 1950 uzyskała stopień doktora na Uniw. Adama Mickiewicza w Poznaniu, a w 1971 habilitowała się na Wydz. Filoz.-Historycznym Uniw. Wrocławskiego na podstawie pracy pt. *Psychologia zachowania się kobiet w wieku starszym* i została mianowana doc. W okresie 1950–64 kierowała Woj. Ośrodkiem Badań i Selekcji we Wrocławiu, następnie była pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Zakładzie Psychologii Klinicznej (1964–71), a od 1971 w Katedry Psychologii i w Inst. Psychologii Uniw. Wrocławskiego (początkowo na stanowisku adiunkta, następnie doc. i kierownika Zakładu Psychologii Stosowanej, 1973–1974). Zajmowała się gerontopsychologią, zwłaszcza odniesieniem płci i rodzaju do → starzenia się, psychologią kliniczną, pedagogiką specjalną i higieną psychiczną, interesowała się procesami integracji i dezintegracji w relacji do procesu przystosowania oraz prowadziła badania empiryczne nad neurotyzmem. Była członkiem Pol. Tow. Higieny Psychicznej (PTHP), Pol. Tow. Psychologicznego (PTP) i Międzynar. Tow. Psychologii Stosowanej (AIPA).

AZ

B: Bachmann, 1979; Różycka, 1971, 1972; Zych, 2013.

O: gerontopsychologia, wiek podeszły, zdrowie psychiczne.

Rybnikow Nikołaj Aleksandrowicz [ros. Рыбников Николай Александрович] (1880–1961)

rosyjski psycholog, prekursor europejskiej → psychogerontologii. W roku 1910 ukończył studia psychologiczne na Wydziale Historyczno-Filologicznym Uniw. Moskiewskiego, gdzie był uczniem i współpracownikiem Georgija Iwanowicza Czełpanowa (1862–1936). W 1943 uzyskał stopień doktora nauk pedagogicznych w zakresie psychologii. W okresie 1912–61 pracował w macierzystym uniw., początkowo był pracownikiem dydaktyczno-badawczym, a od 1945 był profesorem w Inst. Psychologii Uniw. Moskiewskiego, równolegle w latach 20. i 30. minionego wieku pracował m.in. w Inst. Defektologii Dziecięcej, w Laboratorium Psychologicznym Akad. Wojennej i w Inst. Metod Pracy Szkoły w Moskwie. Od 1947 był członkiem Akad. Nauk. Pedagogicznych byłej RFSRR. Zajmował się psychologią ogólną, pedagogiczną i rozwojową, zagadnieniami → pamięci, mowy i twórczości, a zwłaszcza → badaniami biograficznymi i metodami autobiograficznymi w psychologii (1917, 1918,

1920, 1930). W kręgu zainteresowań Rybnikowa znajdowały się też problemy → gerontologii, → geriatrii oraz psychologii → starzenia się i → starości. Był autorem rozprawy *Problemy psychologii starości* (1929), w której określił gerontologię jako behawioralną dziedzinę nauki, zajmującą się kwestiami starszego wieku, a w szczególności badaniem przyczyn i warunków postępującej starości. Został odznaczony m.in. medalem „Za obronę Moskwy" i „Orderem Lenina" (zob. Zych, 1980).

AAZ

B: Rybnikow [Рыбников], 1917, 1920, 1929, 1930; Zych, 1980.
O: geriatria, gerontologia, psychogerontologia.

S

Sadowska Alicja (1949–2015)

polska psycholog, absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, koordynator działań Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, czyli tzw. *Koalicji Alzheimerowskiej*, w której skupiła wokół siebie grono lekarzy, specjalistów, którzy opracowali założenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego dla Polski. Niestety, nie doczekała realizacji swojej koncepcji. Od dwudziestu paru lat niezłomnie walczyła o poprawę → jakości życia osób cierpiących na → chorobę Alzheimera i ich opiekunów, działając z ogromną pasją, poświęceniem i zaangażowaniem. Od roku 1993 aktywnie działała w → Polskim Stowarzyszeniu Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, będąc sekretarzem generalnym, a od 2005 przewodniczącą tegoż stowarzyszenia. Od 2004 była członkiem Zarządu Alzheimer Europe, federacji europejskich organizacji alzheimerowskich. Była współautorką poradników dla opiekunów osób chorych (Wojciechowska, Sadowska, 2003, Sadowska i współprac., 2008) i artykułów w piśmie „Bliżej Alzheimera", ogłaszanym drukiem przez Polskie Stowarzyszenie. Była też redaktorką poradnika dla opiekunów *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera* (1998). Wykładała na kursach i spotkaniach edukacyjnych dla → opiekunów rodzinnych i zawodowych, na → uniwersytetach trzeciego wieku, prowadziła też wykłady otwarte i szkolenia, m.in. organizowane przez Collegium Civitas w Warszawie, uczestniczyła w wielu konferencjach i spotkaniach panelowych, m.in. w ważnej debacie nt. *Europa 60+. Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie rozwojowe*, która odbyła się w Sopocie (2013). Sadowska (fot. 1) była członkiem Rady Naukowej → Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, a w Pol. Stow. Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera była odpowiedzialna za → wsparcie psychologiczne, doradztwo rodzinne oraz terapię dla → opiekunów rodzinnych. Była organizatorką i koordynatorką badań prowadzonych w Polsce w ramach europejskiego projektu badawczego m.in. nad problemem obciążenia → opieką. Wiedza psychologiczna Sadowskiej, jak również łatwość komunikacji interpersonalnej, pomogły tysiącom osób odwiedzających stowarzyszenie zrozumieć: *czym jest choroba Alzheimera?, jak ją zaakceptować?, jak sobie radzić w trudnych sytuacjach?, jak się nie poddawać?, jak porozumieć się z chorym?*

MW-S, AAZ

B: Sadowska, 1998, 2011, 2014; Sadowska i współprac., 2008; Sadowska, Wojciechowska-Szepczyńska, 2003; Wojciechowska, Sadowska, 2001.

samobójstwo osób starszych

→ Starość nierozerwalnie wiąże się z przygotowaniem i oczekiwaniem na ostatni etap → życia – → umieranie, przez Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004), zwany rozwojowym, gdyż poprzedza zmiany, a konkretnie ostatnią zmianę, ku najbardziej nieznanej, tajemniczej przyszłości – → śmierci (Kübler-Ross, 2007). Świadomość zbliżającej się śmierci pobudza do myślenia nad sensem życia i umierania. Nie wszyscy jednak radzą sobie z perspektywą zbliżającego się końca albo z problemami życia w starości, wtedy pojawić się może myśl o wcześniejszym zakończeniu własnego życia. Samobójstwo wśród osób starszych to zjawisko, które dostrzec można we wszystkich kulturach, Takie postępowanie upatruje się nie tylko w uwarunkowaniach genetycznych, ale przede wszystkim społecznych.

Zachowania suicydalne osób starych praktykowane były już w plemionach prymitywnych. Gdy człowiek przestawał być na tyle sprawny by funkcjonować w grupie: nadążyć w wędrówce, zebrać czy upolować więcej niż zjeść, stawał się ciężarem dla innych. Jedni pozostawali za grupą by umrzeć z głodu, inni zamarzając, niektórzy spożywali truciznę. Jeszcze innym rozwiązaniem było samobójstwo rytualne – jak czynili niektórzy wodzowie ludów afrykańskich (Minois, 1995). Samobójstwo przybierało i nadal przybiera różne postaci skrajnych zachowań, jak np. bezwarunkowe posłuszeństwo, w przypadku indyjskich kobiet poddających się samospaleniu, po śmierci męża. [*Sati* – od sanskryckiego przymiotnika *sat* – czysty, prawdziwy – oznacza zwyczaj, rytuał, ceremonię lub też praktykę pogrzebową, obecną w niektórych społecznościach w Indiach, a polegająca na samospaleniu wdowy wraz ze zwłokami męża, na jego stosie pogrzebowym (zob. ilustr. 1) – przyp. red.].

Skala zjawiska samobójstwa na świecie jest bardzo zróżnicowana. Dokładne określenie rzeczywistej liczby zgonów samobójczych jest niemożliwe, szczególne

w grupie osób starszych. Z wielu względów → rodziny samobójców starają się zatuszować rzeczywistą przyczynę śmierci, także sami lekarze stwierdzając zgon nie zawsze dochodzą do właściwych wniosków, nie mogąc dotrzeć do prawdziwych przyczyn śmierci. Znów w niektórych krajach reżimy dokonują morderstw, a za przyczynę śmierci oficjalnie podaje się samobójstwo, jeszcze w innych niejasne przypadki nie uwzględnia się w statystykach. Dane statystyczne dają jednak pewien obraz zachowań samobójczych. Wg *World Life Expectancy* Europa i Azja należą do kontynentów, o najwyższym wskaźniku samobójstw. Najmniej jest w Afryce (w szczególności płn. i wsch.) oraz Australii i Ameryce Płd. Dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazują, że w połowie lat 90. poprzedniego stulecia do samobójstw osób starszych najczęściej dochodziło na Węgrzech, w Bułgarii, Szwajcarii, Austrii, Francji, Rosji. Najmniejszy odsetek samobójców odnotowano wśród społeczeństw Albanii, Grecji, Meksyku, Wielkiej Brytanii. Obecnie ponad 800 tys. osób na całym świecie corocznie odbiera sobie życie. Z danych Eurostatu za rok 2012 wynika, że aktu samobójczego dokonało ok. 23 osób z grupy najstarszych mieszkańców Unii Europejskiej (pow. 85. roku życia) na 100 tys., w Polsce niespełna 15. Najwięcej – 61 osób najstarszych na 100 tys. popełnia samobójstwo na Węgrzech, najmniej w Grecji (zob. http://ec.europa.eu/eurostat/…).

Dane Europejskiej Organizacji Współpracy Gospodarczej (OECD) wskazują na niewielkie obniżenie się wskaźnika samobójstw w UE począwszy od ostatniej dekady ubiegłego stulecia do 2012. Niemniej w wielu krajach UE widoczny jest też wzrost wskaźników samobójczych wśród osób starszych, w tym w Polsce (por. Tucholska, 2006). Szczególnie wyraźny wzrost odnotowuje się na wsiach, gdzie w ciągu ostatnich 50 lat współczynnik zgonów samobójczych wzrósł czterokrotnie.

Liczba aktów suicydalnych wśród → seniorów jest ciągle na wysokim poziomie i w porównaniu do innych → grup wieku osoby starsze częściej dokonują prób samobójczych i –co ważne – próby te są skuteczne. W tej grupie wiekowej sprawdza się także prawidłowość, że mężczyźni częściej niż kobiety popełniają samobójstwa – przynajmniej trzykrotnie, a w niektórych krajach i wybranych grupach wiekowych nawet kilkukrotnie. Ok. 80% prób samobójczych kończy się śmiercią. Nawet 20% seniorów poważnie myślało już o samobójstwie (zob. Jasper 2002).

Zjawisko samobójstwa wśród osób starszych odbierane jest w wielu kulturach z wysoką akceptacją i postrzegane jest jako mniej tragiczne niż w przypadku osób młodych. Niejednokrotnie zauważyć można nawet ze strony społeczeństwa postawę oczekiwania wobec schorowanych seniorów zakończenia własnego życia w takiej formie (Schmidtke, Schaller, 2006).

Przyczyną samobójstwa jest współcześnie nie tylko trudna sytuacja życiowa, której jedyne rozwiązanie upatruje się w zakończeniu egzystencji. Targnięcie się na własne życie przybiera także formę zdrady reguł społecznych, jako ucieczka od odpowiedzialności, od cierpienia, czy jako wyraz honorowego rozwiązania sytuacji, protestu czy hołdu. Ważnym czynnikiem są zaburzenia psychiczne. Podłożem tych działań jest głównie stan depresyjny. Szeroki obraz czynników determinujących zagrożenie samobójstwem ludzi starszych podaje Adam A. Zych (1945–), powołując się na doniesienia → Butlera i → Lewis (1982), a są to: „→ depresja [i zaburzenia nastroju], → żałoba [i przeżywanie żalu], samotność, bezradność, → choroba somatyczna, objawy organicznego uszkodzenia mózgu, → zaburzenia snu, nadużywanie alkoholu, gorsza samoocena, utrata → [poczucia] sensu życia i odczucie jego bezcelowości, przeniesienie do zakładu opiekuńczego i związane z tym osamotnienie oraz płeć męska, gdyż częstość samobójstw mężczyzn wzrasta z wiekiem" (2010, s. 154). Do tego zestawu można dodać jeszcze trudności w relacjach międzyludzkich oraz niepewną i trudną perspektywę przyszłościową. Zachowania autodestrukcyjne, w tym samobójstwa, związane są w dużej części z osobami objętymi → opieką psychiatryczną czy psychologiczną. Niemniej, motywami podjęcia decyzji o targnięciu się na własne życie stają się także zmiany, związane z prawidłowym procesem → starzenia się, takie jak: utrata sił, czy → otępienie i/lub osłabienie zmysłów. Czynniki te najczęściej współwystępują, wzmacniają się wzajemnie, tworząc bardziej złożony konglomerat uwarunkowań podwyższający ryzyko samobójstwa. Najczęściej można mówić o splocie czynników, choć z pewnością jeden bądź kilka z nich uznane zostaną – słusznie bądź nie – za podstawowe. Niemniej, ażeby dany motyw tak silnie oddziaływał, by podjąć decyzję o odebraniu sobie życia musi zaistnieć wiele czynników. Ogólnie przyjmuje się, że somatyczne → choroby przewlekłe znacznie podwyższają ryzyko samobójstw wśród osób starszych, potwierdzają to także polskie badania (Szczepańska i współprac., 2002), wykazując, że u 2/3 badanych niedoszłych samobójców stany chorobowe miały charakter długotrwały, dla 1/3 można przyjąć, że była to główna przyczyna pozbawienia siebie życia. Niektóre z badań dowodzą, że mogą istnieć czynniki genetyczne, określane

jako genetyczna podatność. Wśród czynników biologicznych wymienić można także zmiany w aktywności serotoniny (Carson, Butcher, Mineka, 2005, s. 391). Anna Kubiak (2013, s. 79) do pierwszej grupy – czynników biologicznych – zaliczyła: niedostateczną stymulację układu nerwowego, zaburzenia gospodarki neurohormonalnej, uszkodzenia mózgu oraz nieoptymalny poziom pobudzenia. Wśród czynników psychospołecznych wyróżniła zaś utrudnioną komunikację z otoczeniem, izolację, przeżywane napięcia emocjonalnego, wzmocnienia pozytywne i negatywne, oraz obraz ***ja*** i zaburzenia relacji wczesnodziecięcych obrazów ***ja***. Robert Carson, James Butcher i Susan Mineka (2005) tę drugą grupę czynników nazwali społeczno-kulturowymi. Podkreślili oni rolę kulturowych zakazów odnośnie zamachów na własne życie i w ogóle znaczenie stosunku do śmierci w danej społeczności i reprezentowanej religii.

Odwołując się do Émile'a Durkheima (1858–1917), należy podkreślić, że to właśnie te uwarunkowania przesądzają o podejmowaniu aktów samobójczych (zob. Durkheim, 2006). Istotnym czynnikiem będą zatem relacje w związkach partnerskich, posiadanie dzieci, poczucie wartości w społeczeństwie, w którym się funkcjonuje, status rodzinny, miejsce i rola seniora w rodzinie, a także jego sytuacja ekonomiczna, bezrobocie, utrata statusu społecznego czy presja środowiskowa, której efektem może być wyobcowanie lub izolacja. Zakładając, że wiele osób starszych żyje samodzielnie i odczuwa samotność, czynnik ten wydaje się być szczególnie ważny w analizie zjawiska zachowań suicydalnych w najstarszej grupie. Są to najczęściej osoby owdowiałe lub rozwiedzione, zamieszkujące samotnie bądź w placówce opiekuńczej – współczynnik samobójstw w tej grupie bywa czterokrotnie większy niż wśród osób zamieszkujących z partnerami, bądź w stanie wolnym.

Badania Briana MacMahona (1923–2007) i Thomasa F. Pugha (1927–) dowodzą, że śmierć współmałżonka przyspiesza śmierć osamotnionej osoby (zob. McMahon, Pugh, 1965, Binczycka-Anholcer 2005). Najtrudniejszym czasem jest pierwszy rok po śmierci współmałżonka. Przejście krytycznego czasu zwiększa szansę na poprawne przeżycie żałoby. Stan zdrowia, a w szczególności choroby nowotworowe, neurologiczne, → cukrzyca, a także schorzenia powodujące ból i → niepełnosprawność fizyczną, jak również wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne mogą w znacznym stopniu przyczynić się do podjęcia decyzji o targnięciu się na własne życie. Zaobserwować można także wzrost aktów samobójczych po zmianie miejsca zamieszkania w → późnej dorosłości. Najczęściej jest to niechciana przeprowadzka do placówki opiekuńczej. Czynnikami ułatwiającymi podjęcie decyzji o samobójstwie, a czasami decydującymi są: → uzależnienie od alkoholu [w okresie starzenia się] bądź od narkotyków i/lub leków. Prawie co trzecie samobójstwo polskich seniorów popełniane jest pod wpływem alkoholu (Binczycka-Anholcer 2005). Podstawowe czynniki ryzyka sucydalnego u osób starszych prezentuje tabela 1.

Z wiekiem wzrasta ryzyko zagrożenia udanym w pełni samobójstwem, na rzecz rzadziej występującego zjawiska samobójstwa pozorowanego [parasamobójstwa]. Można zatem przyjąć, że parasamobójstwa, choć również występujące śród seniorów, nie są zjawiskiem tak częstym jak wśród innych grup wiekowych. Statystycznie na jedno samobójstwo w wieku senioralnym przypadają tylko dwa akty parasamobójcze, to kilkukrotnie mniej niż w przypadku osób młodych. Samobójstwo jest przemyślanym aktem, konsekwencją utraty nadziei na zmianę za życia, z jasno określonym celem – bezwarunkowym przerwaniem bólu psychicznego. Tylko takie rozwiązanie daje pewność rozwiązania problemu. „Jak się wydaje, decyzja o samobójstwie jest przez ludzi starych podejmowana w stanie skrajnej determinacji i nie ma w niej raczej motywów spotykanych w młodszych grupach wiekowych typu »wołania o pomoc«, zwrócenia na siebie uwagi otoczenia i innych" (Cichocka 2006, s. 100).

Podjęcie konkretnych czynności, zmierzających do odebrania sobie życia uwarunkowane jest różnymi czynnikami i w sposób indywidualny podejmowana jest realizacja zamierzeń. W niektórych przypadkach jest to spontaniczna decyzja i działania są nieprzygotowane i chaotyczne. Specyfiką aktów samobójczych dokonywanych przez osoby starsze jest umiejscowienie ich w odosobnieniu, wykluczające ewentualną interwencje innych osób. Najczęściej do samobójstw dochodzi w domu. Kobiety wybierają bardziej łagodne sposoby unicestwienia, takie jak: otrucie, zażycie środków farmakologicznych, mężczyźni wybierają metody bardziej gwałtowne: powieszenie, postrzał, skok z wysokości (Trnka, Szleszkowski, Szatny, 2004). Dla większości przypadków mężczyzn „twarde" metody odbierania sobie życia gwarantują śmiertelny efekt nawet bez wcześniejszego przygotowania. Kobiety, które wybierają bardziej delikatne metody częściej też przygotowują się do odebrania sobie życia. Zresztą czas przed samym aktem pozbawienia się życia obfituje w specyficzne zachowania, daje możliwość interwencji tym, którzy zauważają odmienność zachowań i odbiorą sygnały o nadchodzącym niebezpieczeństwie.

Można wyróżnić pięć typowych faz poprzedzających akt samobójczy:

- „**Zawężenie uwagi**. Zainteresowana i myśli koncentrują się wokół jednego problemu, postrzeganego za beznadziejną sytuację życiową, kontakty społeczne zostają ograniczone.
- **Hamowanie agresji.** Agresja wobec innych nie jest artykułowana, ujawnia się jedynie w formie poczucia winy względem siebie.
- **Ucieczka w fantazje.** Fantazje skupiają się na własnej śmierci, pogrzebie, żałobie osieroconych.
- **Konkretne planowanie i przygotowania.** Następuje proces szczegółowego planowania i przygotowań, np. odkładanie tabletek.
- **Cisza przed burzą.** Faza odprężenia, spokoju, błogości" (Jasper, 2002, s. 258–259).

Osoby samotnie zamieszkujące w mniejszym stopniu mogą zdać się na działania profilaktyczne i interwencję bliskich i odpowiednich służb z racji ograniczonego kontaktu ze światem zewnętrznym. W rodzinie czy w placówce opiekuńczej łatwiej dostrzec niepokojące sygnały i w porę przedsięwziąć odpowiednie kroki. Z pewnością nawet profesjonalny personel może odczuwać braki w przygotowaniu fachowym do radzenia sobie w trudnych sytuacjach, takich jak samobójstwa, a doświadczeń z samobójstwami czy parasamobójstwami z pewnością wielu opiekunów nie ma. Działania profilaktyczne w pracy z osobami starymi koncentrują się głównie na niedopuszczeniu do osamotnienia, w uzasadnionych sytuacjach można skorzystać z różnego rodzaju okazji, by podejmować rozmowy o samym zjawisku samobójstwa, a przede wszystkim dać się wypowiedzieć nie bagatelizując tego tematu, ani nie nadając mu zbytniego znaczenia. Zauważając oznaki, mogące świadczyć o myślach samobójczych konieczne jest przede wszystkim zadbanie o odpowiednią interwencję fachowców. Bez wątpienia pomóc może psycholog, duchowny, lekarz. Także członkowie rodziny, bliscy, znajomi, nieprofesjonalni członkowie zespołu opiekuńczego mają możliwość oddziaływać prewencyjnie i naprawczo na dotknięte myślami samobójczymi osoby stare.

Klasyczny już podział samobójstw zaproponowany przez Durkheima (2006) odwraca ówczesny punkt widzenia tego zjawiska, spychając na plan dalszy cechy dziedziczne i zaburzenia neurologiczne jako źródła zachować autodestrukcyjnych, wskazując na uwarunkowania społeczne, jako przyczynę zachowań suicydalnych i proponując jednocześnie ich rozróżnienie na cztery typy. Można zastosować ten podział także w odniesieniu do ludzi starszych.

Pierwszy typ samounicestwienia, określony jako **samobójstwo anomiczne**, jest oznaką dezintegracji społecznej wywołanej zakłóceniami ładu społecznego. Zmiany zachodzące w świecie szczególnie dla osób starszych stają się niezrozumiałe, wywołują chaos w systemie wartości, niechęć, a nawet bunt wobec nowych, nieakceptowanych norm społecznych, człowiek znajduje się w stanie moralnej dezorientacji. Człowiek starszy w takiej sytuacji może czuć się zagubiony, jego dotychczasowy system wartości koliduje z nowym ładem, a jego ideały poddawane są krytyce, odrzucane. Utrata stabilizacji, poczucie niedostosowania i buntu wobec nowego ładu wzbudzić może w końcu myśli samobójcze, bo inne rozwiązania wydają się być już nieskuteczne.

Samobójstwo egoistyczne występuje wtedy, gdy jednostka czuje się wyobcowana ze społeczeństwa. Wpierw musi istnieć związek spoistość między członkami społeczności, której poziom ulega redukcji. A przesadny indywidualizm doprowadza do depresji. Starsi ludzie popadają wtedy w stan rezygnacji, zamykają się w sobie, a ich związek z pozostałymi członkami społeczności słabnie i nabiera negatywnych cech, jest uciążliwy, nie do zniesienia. Taka → izolacja społeczna przedstawicieli najstarszej generacji może być bodźcem do świadomego, dramatycznego skrócenia swojej egzystencji.

Samobójstwo altruistyczne naznaczone jest bezwzględnym podporządkowaniem się grupom społecznym i wynika z silnej integracji osób starszych ze społeczeństwem. Dobro grupy jest tak ważne, że dobrowolne odebranie sobie życia staje się pewnego rodzaju obowiązkiem, jeśli miałoby to przynieść korzyści grupie i byłoby uzasadnione jej oczekiwaniami. Ta forma najbardziej obecna jest w pierwotnych społeczeństwach, ale dostrzec je także można w środowiskach wojskowych, może być także następstwem religijnych obrzędów czy wręcz politycznych przekonań. Dla osoby starszej współodczuwanie z bliskimi może doprowadzić do postrzegania siebie jako ciężaru, członka społeczności, który dezorganizuje, utrudnia funkcjonowanie grupy. Wtedy rozwiązaniem takiej sytuacji może być jedynie zakończenie własnego życia, uwalniające pozostałych członków grupy od balastu.

Samobójstwo fatalistyczne to ucieczka od nadmiernej regulacji życia z zewnątrz, gdy człowiek znajduje się w sytuacji niemożności przeciwdziałania zastanemu porządkowi. To sytuacja tragiczna, w której jednostka nie akceptuje norm, z którymi musi żyć, ale nie ma możliwości przeciwstawienia się nim, i nie istnieją żadne perspektywy przezwyciężenia trudnych warunków. Nieuchronność zasad i norm skłania wtedy

do jedynej możliwej metody ich złamania – wyłączenia się ze społeczeństwa poprzez samobójstwo. Ludzie starzy uwięzieni w dramatycznych sytuacjach ekonomicznych, nieuleczalnie chorzy, osamotnieni dokonać mogą samobójstwa, by przerwać cierpienie psychiczne związane z nieodwracalnością biegu wydarzeń. Samobójstwo fatalistyczne przeciwstawiane jest samobójstwu anomicznemu, a samobójstwo egoistyczne przeciwstawia się altruistycznemu, choć wiele przypadków analizować można z wielu perspektyw.

Beata Ewa Bugajska (1968–) zauważa, że do klasycznych typów samobójstw w literaturze gerontologicznej zaliczyć należy jeszcze dwa, charakterystyczne dla okresu starości rodzaje zachowań suicydalnych: **samobójstwo protestujące** i **wyprzedzające**.

Pierwsze „jest wyrazem trudności z → adaptacją do [własnej] starości, braku akceptacji dla zauważalnych u siebie zmian związanych z procesem starzenia się w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym […]. Z samobójstwem wyprzedzającym mamy do czynienia wówczas, kiedy jednostka była świadkiem traumatycznej śmierci, zwłaszcza bliskiej osoby. Poczucie bezradności, wspomnienie cierpienia sprawia, że nie chce ona znaleźć się w podobnej sytuacji, co może doprowadzić do decyzji o wcześniejszym zakończeniu własnego życia" (Bugajska, 2007, s. 315).

AF

B: Bińczycka-Anholcer, 2005; Bugajska, 2007; Butler, Lewis, 1982; Carson, Butcher, Mineka, 2005; Cichocka, 2006; Durkheim, 2006; Jasper, 2002; Kubiak, 2013; Kübler-Ross, 2007; McMahon, Pugh, 1965; Michalos, 1985; Minois, 1995; Schmidtke, Schaller, 2006; Szczepańska, Madej, Groszek, 2002; Trnka, Szleszkowski, Szatny, 2004; Tucholska, 2006; Zych, 2010.

N: http://ec.europa.eu/eurostat/…; https://pl.wikipedia.org/wiki/Sati…

O: depresja i zaburzenia nastroju, depresja egzystencjalna, depresja inwolucyjna, geragogika resocjalizacyjna, lęki egzystencjalne w starości, resocjalizacja osób starzejących się i starych, śmierć, śmierć i wartość śmierci.

TK: ang. *suicide among older persons/elderly suicide*, fr. *le suicide des personnes âgées*, hiszp. *el suicidio de ancianos/el suicidio de edad avanzada*, niem. *ältere Suicide/ältere Menschen Selbstmord*, ros. самоубийство *пожилых людей/самоубийство стариков*.

samocewnikowanie

– to samodzielna technika opróżniania pęcherza moczowego, w przypadku kiedy nie istnieje możliwość samodzielnego oddania moczu. Najczęściej do takiej sytuacji dochodzi w wyniku urazów neurologicznych (np. urazy i rdzenia kręgowego, guzów rdzenia oraz inne jego nieprawidłowości). Rzadziej do niemożności oddania moczu lub też poważnego jego utrudnienia dochodzi w wyniku powikłań operacji prowadzonych w zakresie dolnego odcinka dróg moczowych lub → zaburzeń statyki narządu płciowego. Samocewnikowanie umożliwia uniknięcie stałego stosowania cewnika dopęcherzowego, a tym samym pozwala na zmniejszenie odsetka infekcji w układzie moczowym. Technika ta poprawia → jakość życia i komfort → życia pacjentów, umożliwiając zbliżoną do prawidłowej częstość mikcji. Cewniki do samocewnikowania dostępne są w aptekach i sklepach zaopatrzenia medycznego.

EB

A: KMT (ros.).

B: Wolski i współprac., 2013.

O: nadreaktywność pęcherza moczowego, trening pęcherza moczowego. zaburzenia statyki narządu płciowego.

S: cewnikowanie przerywane.

TK: ang. *self catheterization*, fr. *l'auto cathétérisme*, hiszp. *auto cateterismo*, niem. *selbst-Katheterisierung*, ros. [*самостоятельная*] *катетеризация мочевого пузыря* [KMT].

Tabela 1. Czynniki ryzyka suicydalnego u osób starszych

Grupa czynników	Opis czynników
Czynniki fizyczne	choroby nowotworowe, choroby neurologiczne, utrata → sprawności fizycznej, unieruchomienie, zaburzenia zmysłów.
Czynniki psychiczne	depresja, stres, choroby psychiczne, otępienie, utrata małżonka, utrata rodziców, uzależnienie od alkoholu, uzależnienie od leków, problemy z aklimatyzacją w nowych warunkach.
Czynniki społeczne	izolacja, spadek statusu społecznego, osamotnienie, przyzwolenie społeczne na samobójstwa osób w → wieku podeszłym, brak → wsparcia społecznego.
Czynniki rodzinne	izolacja, zmiana ról w rodzinie, osłabienie więzi rodzinnych, zaniedbanie ze strony rodziny, → przemoc wobec ludzi starych.
Czynniki ekonomiczne	poczucie zagrożenia ekonomicznego, pogorszenie statusu materialnego po przejściu na → emeryturę, utrata niezależności materialnej.

samoleczenie

Na przestrzeni lat modyfikacjom ulegają założenia związane z miejscem i rolą pacjenta w systemie ochrony → zdrowia. Obecnie, od dłuższego czasu, w miejsce biernej postawy pacjenta mówi się o pacjencie aktywnym, zaangażowanym. Taki model, w dobie dużych możliwości technologicznych, związanych przede wszystkim z możliwością samodzielnego pozyskiwania informacji na temat zdrowia, jest z pewnością korzystny. Należy jednak podkreślić, że aby przyniósł on pożądane korzyści zdrowotne, musi zostać spełniony szereg warunków, dotyczących nie tylko kompetencji samego pacjenta, ale także pełnego realizowania zadań przez system ochrony zdrowia.

W dobie starzejącego się społeczeństwa należy pochylić się nad miejscem w systemie ochrony zdrowia pacjenta w → wieku podeszłym i rozważyć korzyści, które może on odnieść, dzięki stosowaniu świadomego i odpowiedzialnego samoleczenia. Mając na uwadze założenia polityki zdrowotnej państwa, odnoszące się do najstarszej części populacji, należy poszukiwać narzędzi realizacji celów tej polityki, czyli polepszania → jakości życia i budowania samowystarczalności osób starszych. Osiągnięcie pewnego poziomu świadomości zdrowotnej tej → grupy wieku stwarza możliwość na właściwe stosowanie samoleczenia, co z pewnością może pomóc w realizacji tych celów. Wymaga to szeroko zakrojonych działań aktywizujących takiego pacjenta, realizowanych zarówno przez państwo, jak i przez organizacje pozarządowe. Działania takie powinny być nakierowane nie tylko na subpopulację → seniorów, ale także na ich → rodziny, środowiska bytowania oraz organizacje ich zrzeszające i wspierające. Dopiero takie systemowe i zintegrowane działania stwarzają szanse na osiągnięcie postawionego celu.

Świadomy, a zarazem zaangażowany w działania profilaktyczne i lecznicze, pacjent stanowi immanentną część właściwie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia. Koncepcja brania odpowiedzialności za własne zdrowie jest od wielu już lat promowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Znajduje to uzasadnienie w modelach uwarunkowań zdrowia – również w coraz rzadziej przywoływanym modelu Marca Lalonde'a (1929–), gdzie większość jego determinantów ma charakter modyfikowalny i zależny od jednostki.

W poczet zachowań zdrowotnych, obok dobrze już rozpoznanych – zdrowego stylu żywienia, czy aktywności fizycznej – wchodzi także tzw. samo leczenie (zob. ilustr. 1). Na przestrzeni lat podjęto wiele prób zdefiniowania tego zjawiska – jedna z pierwszych to opracowanie pt. *Samoleczeni*e (Krajewski-Siuda, 2012), a także rozważano zasadniczą kwestię funkcji → czasu, który stanowiłby granicę dla bezpiecznego działania na rzecz zdrowia w tym zakresie. Obecnie przyjmuje się, że bezpieczne racjonalne samoleczenie to 2–3 dni samodzielnego przyjmowania leków wydawanych bez recepty [ang. *over-counter drug* lub *over-the-counter* – OTC – przyp. red.] wyłącznie w przypadku znanych objawów, które pacjent jest w stanie, z dużym prawdopodobieństwem, właściwie zinterpretować (np. ból gardła, lekkie przeziębienie, ból głowy). W przypadku ustąpienia, bądź wyraźnego ograniczenia występowania objawów w wyżej określonym czasie, samoleczenie można uznać za skuteczne. Należy jednak zastrzec, że promowanie świadomego samolecznia nie ma na celu tworzenia swoistej „konkurencji" dla lekarzy. Stąd pojęcie samoleczene powinno być charakteryzowane takimi słowami jak „odpowiedzialne" i/lub „racjonalne". Należy raczej podkreślać korzyści płynące z tej czynności, zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Tezy te podkreślane są także w piśmiennictwie światowym, a w niektórych krajach, jak np. Wielka Brytania, odpowiedzialne samoleczenie jest rekomendowane przez rząd. Świadczy to o docenieniu potencjału samoleczenia i możliwości wykorzystania go na rzecz poprawy stanu zdrowia pacjentów oraz poprawy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

W piśmiennictwie anglojęzycznym można odnaleźć wiele terminów, które mogą być traktowane jako odpowiednik słowa samoleczenie. Najbardziej odpowiadający polskiej interpretacji tego pojęcia to *self-medication*, a więc samodzielne, doraźne przyjmowanie leków bez recepty i bez konsultacji z lekarzem. Dotyczy to tylko objawów, które pacjent potrafi, najczęściej na podstawie własnych doświadczeń, zinterpretować.

Istnieje także termin *self-care* – interpretowany jako szeroko pojęta samoopieka, rozumiana jako podejmowanie świadomych decyzji o charakterze prozdrowotnym, służących wzmacnianiu lub utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Kolejne pojęcie, które należy tu przytoczyć to *self-treatment*. Dotyczy ono pacjentów z chorobami przewlekłymi, takimi jak np. → cukrzyca, a polega na podejmowaniu współpracy z personelem medycznym w procesie leczenia. Celem *self-treatment* jest utrzymanie kontroli nad objawami choroby oraz unikanie ich zaostrzenia poprzez przestrzeganie reżimu terapeutycznego i umiejętne reagowanie na zmiany stanu zdrowia. Wykazano, że u pacjentów stosujących *self-treatment* znacznie rzadziej dochodzi do zaostrzenia stanów chorobowych, wymagających hospitalizacji. Nieco szerszym, choć także wymagającym

przytoczenia, pojęciem jest *self-management* – charakteryzowane w piśmiennictwie, jako utrzymanie ciała w ogólnej dobrej kondycji.

Światowe trendy, w sposób niebudzący wątpliwości, pokazują, że zjawisko saamoleczenia przybiera na sile i jest coraz bardziej rozpowszechnione; rośnie konsumpcja leków dostępnych bez recepty [OTC]. W Polsce także obserwowany jest wzrost zainteresowania tym zagadnieniem. W najaktualniejszym na dziś opracowaniu, dotyczącym samoleczenia pt. *Odpowiedzialne i Nowoczesne Samoleczenie w Systemie Ochrony Zdrowi*a (Krajeski-Siuda, 2016), przytoczone zostają następujące dane: Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty (ang. *Association of the European Self-Medication Industry* – AESGP) podaje, że w roku 2014 wartość sprzedaży leków dostępnych bez recepty w Polsce wynosiła ok. 2 mld 147 mln €. Ponadto od 2012 notowany jest jej ciągły przyrost o od ok. 0,93% (w 2012) do ok. 6,7% (w 2013). Rośnie także odsetek pacjentów, którzy korzystają z samodzielnej terapii: porównując stan na rok 2016 z rokiem 2007 przyrost wyniósł 7%. Warto także zauważyć, że „udział sektora leków OTC w stosunku do całego rynku farmaceutycznego wyrażony wartością sprzedaży wynosi prawie 33%. Wartość ta w porównaniu z wartością z okresu sprzed prawie dekady wzrosła o 8 punktów procentowych" (Krajewski-Siuda, 2016). Należy też zauważyć, że zjawisku temu sprzyja bardzo duża dostępność leków bez recepty. Zestawiając powyższe dane z coraz większym obciążeniem systemu ochrony zdrowia, wynikającym z niedofinansowania i wzrastającego zapotrzebowania na świadczenia, należy rozpatrzeć wykorzystanie samoleczenia, jako narzędzia poprawy tej niekorzystnej sytuacji. Ma to szczególne znaczenie dla ludzi starszych, ponieważ często, z powodów ekonomicznych, nie są oni w stanie, w przypadku niemożności otrzymania świadczenia w sektorze publicznym, skorzystać z sektora niepublicznego, Jest to więc grupa szczególnie narażona na brak lub utrudnienie dostępu do sektora ochrony zdrowia. Można zatem skonstatować, że samoleczenie stanowi istotną kwestię z punktu widzenia zdrowia publicznego. Powinno także być wzięte pod uwagę przy planowaniu → polityki senioralnej państwa.

Zdrowie publiczne, rozpatrujące kwestie zdrowotne na poziomie populacji, wykorzystuje wszelkie narzędzia, mogące na nie pozytywnie oddziaływać. Z punktu widzenia populacji można zauważyć szeroki wachlarz korzyści, które niesie ze sobą samoleczenie. Mogą mieć one wymiar nie tylko ściśle zdrowotny (w aspekcie somatycznym), ale także społeczny lub ekonomiczny. Ponadto wygenerowanie umiejętności skutecznego samoleczenia podnosi → poczucie koherencji, daje bowiem możliwość skutecznego reagowania na sytuację.

Należy jednak podkreślić, że nieracjonalne, samodzielne przyjmowanie leków, może też mieć negatywne konsekwencje zdrowotne. Szczególnie niepokojące jest samodzielne zażywanie antybiotyków (nierzadko pozostających w apteczce w niewielkich ilościach po zakończonej antybiotykoterapii). Leki wydawane na receptę nie powinny być przyjmowane samodzielnie, zawsze wymaga to konsultacji z lekarzem. Zatem pojęcie odpowiedzialnego i świadomego samoleczenia nie obejmuje stosowania leków dostępnych na receptę, szczególnie w kontekście zjawiska *self-medication*. Stąd jednym z zadań zdrowia publicznego jest edukacja zdrowotna, kształtująca właściwe zachowania zdrowotne w tym zakresie. W obrębie szeroko rozumianego zdrowia publicznego, działania edukacyjne powinny być realizowane na drodze promocji zdrowia. Klucz stanowi tu wskazanie zalet tego zachowania, oraz określenie uwarunkowań jego umiejętnego i skutecznego wdrażania.

Uskutecznianie samolecznia przez pacjenta, szczególnie pacjenta w wieku podeszłym, stanowić może wyraz chęci zaangażowania się w dbanie o własne zdrowie. W piśmiennictwie anglojęzycznym postawa taka nosi nazwę *patient empowerment*. Polska literatura przedmiotu najczęściej tłumaczy to sformułowanie jako zwiększanie możliwości wpływu pacjenta (na własne zdrowie). Takie zachowanie zdrowotne wpisuje się we wspomniany już kierunek do przejmowania odpowiedzialności za własne zdrowie i wykazywanie pewnej inicjatywy w tym zakresie. Taka aktywna postawa pacjenta niesie ze sobą pewien potencjał, polegający na umiejętności samodzielnej interwencji w przypadku nieskomplikowanych problemów zdrowotnych. To z kolei, w szerokiej perspektywie czasowej, może przełożyć się na poprawę wydolności systemu ochrony zdrowia.

Jak wspomniano, wobec stale rozpowszechniającego się zjawiska samoleczenia, należy podjąć zdecydowane i szeroko zakrojone działania edukacyjne. Powinny być one dostosowane do potrzeb i możliwości poszczególnych grup populacji. Jako główne założenie działań edukacyjnych należy wymienić przekazanie wiedzy w zakresie podstawowych zasad przyjmowania leków w ogóle, oraz wskazania wiarygodnych źródeł czerpania informacji o lekach i leczeniu.

Istnieje kilka zasad, których należy przestrzegać, by samoleczenie (rozumiane, jako *self-medication*) przy-

nosiło korzyści zdrowotne. Do najczęściej popełnianych przez pacjentów błędów zaliczają się:
- niewłaściwy sposób przechowywania leków,
- nieprzestrzeganie terminów przydatności do spożycia leków,
- popijanie leków sokami, napojami gazowanymi, alkoholem,
- przekraczanie dawek leków zalecanych przez producenta, a określonych w ulotce, dołączonej do leku (przyjmowanie jednocześnie kilku leków z tą samą substancją czynną),
- dalsze, samodzielne stosowanie leków OTC dłużej, niż 2–3 dni, wobec braku efektów leczenia,
- brak konsultacji z lekarzem wobec braku poprawy stanu zdrowia w ciągu 2–3 dni przyjmowania leków OTC.

Popełnianie powyższych błędów może stanowić duże zagrożenie dla zdrowia i → życia pacjenta, stąd też zminimalizowanie ryzyka ich popełnienia jest podstawą do realizacji idei promowania świadomego samoleczenia. Odnosząc się do sposobu przechowywania leków, podstawowe zasady mówią o przechowywaniu ich z dala od dzieci i zwierząt, z dala od środków chemicznych oraz żywności. Zdecydowana większość leków powinna być przechowywana w temperaturze pokojowej przy, zachowaniu wilgotności powietrza nie wyższej niż 70%, tak więc pomieszczenia, takie jak: kuchnia, łazienka nie są do tego odpowiednie. Lekarstwa nie powinny być też narażone na oddziaływanie promieni słonecznych. Pewna grupa leków powinna być przechowywana w lodówce, najczęściej w temperaturze 5–10° C, stąd należy dokładnie zapoznać się z informacją na ten temat, zawartą w ulotce. Jeśli, szczególnie w przypadku osoby starszej, stanowi to problem, należy zwrócić się z pytaniem do lekarza bądź do farmaceuty przy okazji wykupywania leku. Chcąc zapobiec przeterminowaniu się leku, należy przechowywać go w oryginalnym opakowaniu, na którym nadrukowana jest dana przydatności do spożycia, oraz, co ważne, opisywać datę otwarcia leku (jeśli jest to na przykład samodzielnie przygotowana zawiesina, data trwałości może wynosić nawet tylko kilkanaście dni). Zmniejsza to ryzyko zażycia leku po terminie przydatności. Szczególnie przydatną dla seniorów informacją jest to, że leki należy popijać wodą, najlepiej przegotowaną. Zwiększa to ich skuteczność i zapobiega wchodzeniu z interakcje z napojami (np. z sokiem grejpfrutowym). Ponadto promowanie popijania leków wodą stanowi także działanie w profilaktyce odwodnienia, na które osoby starsze narażone są bardziej, niż inne grupy wiekowe. Dzieje się tak z powodu zaburzeń w odczuwaniu pragnienia, które jest pierwszym objawem odwodnienia.

Kolejnym niebezpieczeństwem związanym z samoleczeniem jest przekraczanie dawek leków w nadziei na szybszy powrót do zdrowia. Dla każdego leku określone są bezpieczne dawki (często w podziale na grupy wiekowe), których należy przestrzegać. Jest to szczególnie istotne, kiedy pacjent przyjmuje lek samodzielnie. Nie należy także stosować wielu leków z tą samą substancją czynną; może to doprowadzić do przedawkowania i zatrucia organizmu.

Osobny temat do rozważań stanowią źródła pozyskiwania informacji na temat zdrowia. Należy tu podkreślić umiejętność wyszukiwania tych wiarygodnych, opartych na dowodach naukowych (ang. *evidence based*). Wiąże się to z wygenerowaniem w społeczeństwie kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*), które stanowić mogą o bezpieczeństwie zdrowotnym populacji w najbliższych latach. Ilość i różnorodność źródeł informacji na temat zdrowia stwarza zagrożenie korzystania ze źródeł niewiarygodnych (często nieświadomie). Dlatego też w świadomym i bezpiecznym samoleczeniu tak konsekwentnie podkreśla się konieczność konsultacji z lekarzem w przypadku nieustępowania objawów po 2–3 dniach. W tym miejscu warto podkreślić, że wiarygodnym źródłem informacji o zdrowiu, a w tym przypadku o lekach, jest także farmaceuta. Jest to informacja o tyle istotna, że często dostępność do niego jest znacznie łatwiejsza, niż do lekarza. W przypadku niemożności natychmiastowej konsultacji z lekarzem, farmaceuta powinien stanowić pierwsze i główne źródło informacji o lekach. Podniesiona zatem została kwestia edukowania w zakresie umiejętnego i efektywnego korzystania z systemu ochrony zdrowia. Wobec postępu technologicznego i rozpowszechnienia Internetu zasadne wydaje się być przedyskutowanie stworzenia bazy certyfikowanych stron, z których możliwe byłoby czerpanie wiarygodnych informacji. W pewnej perspektywie czasowej rozwiązanie to może okazać się skuteczne, jeśli nie dla obecnego pokolenia seniorów, mogącego mieć problem z korzystaniem z Internetu, to dla obecnego pokolenia 40- i 50-latków bądź młodszych → generacji.

Odnosząc się do podziału i zakresów samoleczenia, przywołanego wczexniej (poprzez anglojęzyczne odpowiedniki terminu), należy odnieść się do możliwości edukacji pacjenta, oraz dokonać pewnego podziału wewnątrz tej grupy. Największy potencjał edukacyjny będą tu mieli pacjenci z → chorobami przewlekłymi, a więc ci, w przypadku których stosuje się termin *self-treatment*, a także pacjenci, których jednostki cho-

robowe wymagają regularnych czynności pielęgnacyjnych (np. higiena pasa stomijnego), a więc *self-care*. W tej sytuacji specyfika choroby niejako wymusza nabycie pewnych umiejętności, bez których nie byłoby możliwe funkcjonowanie danej osoby poza środowiskiem szpitalnym. Osoby takie mają także, ze względu na specyfikę choroby (np. konieczność wykonywania cyklicznych badań), regularniejszy dostęp do lekarza, co zwiększa możliwość korzystania z edukacji zdrowotnej. Nie należy jednak zapominać, że przy określaniu potencjału zdrowotnego, wyrażonego w tym przypadku skłonnością do edukowania się, należy brać pod uwagę również inne zmienne takie, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, czy wykształcenie. Szczególnie ostatnia zmienna może także być wyznacznikiem poczucia koherencji.

W tym miejscu należy poruszyć jeszcze jedno istotne, z punktu widzenia świadomego samoleczenia, zagadnienie: przygotowanie pacjenta do wizyty lekarskiej. W przypadku, jeśli samoleczenie nie przynosi efektu, pacjent udający się do lekarza winien, w celu usprawnienia wizyty, przygotować listę leków, które przyjmuje bądź przyjmował, aby ułatwić postawienie diagnozy. O ile w przypadku chorób przewlekłych, a więc pacjentów uskuteczniających *self- treatment* oraz pacjentów stosujących *self-care* sytuacja jest nieco prostsza – pacjentów prowadzi często jeden specjalista (znający szczegóły choroby), o tyle w przypadku pacjentów stosujących *self-medication*, lekarz udzielający ewentualnej porady może takich informacji nie mieć. Stąd przygotowanie listy leków, czasu ich stosowania oraz dawek może okazać się niezwykle przydatne i znacząco podnieść efektywność terapii. Można więc postulować włączenie tego elementu do całości działań edukacyjnych. Wobec przywołanych argumentów zasadnym wydaje się wysunięcie postulatu, aby promowanie odpowiedzialnego i bezpiecznego samoleczenia weszło na stałe do programu kształcenia kadr medycznych. Szczególną uwagę należałoby tu przywiązać do metodologii edukacji pacjenta w tym zakresie. Dla pacjenta niewyedukowanego, nieświadomego i z niskim poczuciem koherencji, zachęcanie przez lekarza do samoleczenia może oznaczać brak chęci współpracy bądź lekceważenie. Analizując sytuację od strony lekarza należy zwrócić uwagę, że rzadko kiedy w trakcie wizyty pozostaje czas na prowadzenie edukacji zdrowotnej, którą to lekarze i pielęgniarki mają obowiązek prowadzić, a dostęp do której jest prawem pacjenta. Być może więc rozwiązaniem sytuacji, szczególnie w przypadku osób starszych, byłoby większe zaangażowanie w edukację zdrowotną personelu pielęgniarskiego. Zawód ten często jest niedoceniany, a przygotowanie merytoryczne pielęgniarek i pielęgniarzy nie jest dostatecznie wykorzystywane. Absolwenci kierunku pielęgniarstwo, zarówno studiów I jak i II stopnia posiadają wystarczające kompetencje do prowadzenia takiej edukacji, również w zakresie odpowiedzialnego samoleczenia.

Charakteryzując subpopulację osób w wieku podeszłym trzeba brać pod uwagę wiele czynników, zarówno somatycznych, jak i psychicznych, społecznych, ekonomicznych bądź kulturowych. Należy zdać sobie sprawę, że grupa ta wykazuje niewielką skłonność do zmiany przyzwyczajeń. Uzmysławianie jej zatem formy leczenia innej niż ta, we współpracy z lekarzem, może napotkać na opór i brak zrozumienia. Z drugiej jednak strony to właśnie subpopulacja ludzi starszych często zażywa leki bez konsultacji z lekarzem. Ta paradoksalna sytuacja wymaga interwencji, konieczne jest zatem zwrócenie szczególnej uwagi i dołożenie staranności do objaśniania, czym jest odpowiedzialne samoleczenie. Nie ulega wątpliwości, że problematyka samoleczenia powinna być przedmiotem dalszych badań i rozważań naukowych. W tym zakresie zasadne jest wyszczególnienie samoleczenia osób starszych. Wobec postępującego rozpowszechnieniu zjawiska, które, jak wykazano, może mieć istotny wpływ na poprawę stanu zdrowia populacji oraz na usprawnienie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, należy prowadzić szeroko zakrojoną edukację, która powinna mieć charakter długofalowy. Konsekwentne działania w tym zakresie stanowią konieczność, jeśli potencjał, który niesie ze sobą samoleczenie, ma być w pełni wykorzystany.

DO

B: Krajewski-Siuda, 2012, 2016.

N: http://www.deltorosartgallery.com…; Wilkes, 2014 – Internet: http://www.otctoolbox. com…

O: choroba, leczenie chorób wieku starczego, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, zachowania zdrowotne osób starszych, zdrowie.

S: leczenie naturalne.

TK: ang. *self-healing*/*Self Healing*/*self healing*, fr. *l'autoguérison*, hiszp. *auto-cura*/*autocura*/*autocuración*, niem. *Selbstheilung*/*Selbstheilungskraf*, ros. *самозаживление*.

samotność i osamotnienie w okresie starości

Wśród zbioru cech, które w odbiorze społecznym dość powszechnie przypisywane są niemalże każdej osobie zaawansowanej wiekiem nierzadko znajdują się takie

z nich, jak: samotność i osamotnienie (zob. ilustr. 1, fot. 1) Ponieważ treści kryjące się za tymi określeniami rzadko bywają jednak sprecyzowane to warto zastanowić się nad tym czy w wyrażanych opiniach chodzi o to, że ludzie starsi mieszkają sami czy też np. o to, że doświadczają jakiś przykrych odczuć związanych z brakiem towarzystwa innych osób, czy też o jedno i drugie zarazem. Bez przeprowadzenia odpowiednich badań w tym zakresie trudno w miarę jednoznacznie to rozsądzić tym bardziej, że zwłaszcza w języku potocznym oba słowa stosowane są często zamiennie. Na analogiczny problem związany z niejednoznacznością obu pojęć napotykamy również w publikacjach z zakresu nauk humanistycznych czy społecznych. Okazuje się, że pogłębione analizy naukowe odnoszące się do samotności i osamotnienia – i to nie tylko tego odczuwanego przez osoby stare – pojawiają się wciąż jeszcze zbyt rzadko, a pełniejsza wiedza w tym zakresie od lat jest niewystarczająca. Aby przybliżyć trudności występujące przy definiowaniu i badaniu obu fenomenów rozważmy pokrótce podstawowe kwestie terminologiczne i metodyczne. Chcąc zdefiniować na przykład osamotnienie należy zastanowić się nad tym, czy posiada ono swoje indywidualne, specyficzne cechy, czy jest ono terminem, którego możemy używać zamiennie chociażby z pojęciem samotność lub z takimi określeniami, jak: izolacja bądź odosobnienie. Jak okazuje się, duża liczba autorów zajmujących się tą problematyką w odniesieniu do ludzi starych, takich jak: → Piotrowski, → Dyczewski, Irena Lepalczyk (1916–2003), Anna Kotlarska-Michalska, Piotr Czekanowski (1956–), Elżbieta Dubas (1957–), Piotr Szukalski (1969–), Paweł Kubicki i Marta Olcoń-Kubicka czy Barbara Szatur-Jaworska (1955–) wskazuje na specyfikę osamotnienia i zazwyczaj wyraźnie odróżnia osamotnienie od samotności. W przypadku definiowania osamotnienia, autorzy ci podnoszą zazwyczaj to, że jest ono odczuciem subiektywnym, psychicznym i przykrym, w przeciwieństwie do samotności uznawanej w większości przypadków za stan obiektywny – fizyczny. Proponuję zatem przyjąć (Czekanowski, 1990, 1993, 2012), że osamotnienie (samotność psychiczna) wyraża subiektywne i przykre, psychiczne odczucia człowieka, związane z → utratą. [Przedstawiając konkretne rozwiązania terminologiczne wiem, że mogą one wzbudzać rozmaite wątpliwości, od których sam nie jestem do końca wolny, np. Dyczewski (1994) zauważył, że socjologowie traktują osamotnienie stosunkowo wąsko. Utrata w tym przypadku oznaczać może również zmniejszenie liczby kontaktów z innymi osobami, lub pogorszenie jakości kontaktów z nimi. Wystąpienie tego typu zmiany doprowadza do wywołania lub nasilenia stopnia odczuwanego osamotnienia, bowiem wcześniej ilość lub jakość posiadanych kontaktów była satysfakcjonująca – przyp. aut.], bądź brakiem istotnej osoby i/lub rzeczy [do rzeczy w tym ujęciu zaliczam również stworzenia żywe, jak na przykład zwierzęta – przyp. aut.], sytuacji czy wartości, które uzależnione są ponadto od stopnia indywidualnych oczekiwań w stosunku do tych osób, rzeczy, sytuacji i wartości. Z kolei samotność traktuję jako obiektywny, fizyczny stan jednostki, wskazujący na bycie (przebywanie) samemu ze względu na brak bezpośrednich kontaktów z innymi osobami (→ rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami, znajomymi, itd.). [Mam świadomość, że w dzisiejszej, medialnej rzeczywistości coraz trudniejsze staje się sprecyzowanie tego, co kryje się za określeniem „brak bezpośrednich kontaktów" – przyp. aut.].

Samotność w takim ujęciu winna być zatem postrzegana jako sytuacja, która odzwierciedla jedynie wymierne fakty pozostawania człowieka w pojedynkę, bez wskazywania na wypływające z nich potencjalne konsekwencje. Zwróćmy jednak uwagę, że u innych badaczy treści kryjące się za określeniem samotność przyjmują znaczenie odwrotne do przedstawionego powyżej (bądź – niekiedy – oba terminy bywają utożsamiane ze sobą). Dla przykładu można tu podać niektóre opracowania → Rembowskiego (1989, 1992), w których autor – uogólniając – definiuje samotność (a nie osamotnienie) jako złożone i wielowymiarowe psychospołeczne doświadczenie człowieka, które stanowi dla jednostki uczucie nieprzyjemne. Analogiczną terminologią – jak Rembowski –posługuje się chociażby Dorota Klus-Stańska czy Jolanta Twardowska-Rajewska, a w odniesieniu do dzieci (ze wskazaniem jednak na pewną specyfikę odczuć osób najmłodszych) Grażyna Klimowicz czy Maria Łopatkowa (1937–). Podobną tendencję językową można zauważyć u tłumaczy przekładających na język polski poradniki (por. Lake, 1993, Wolf, 1995). W literaturze przedmiotu napotykamy zatem na różnorodność podejść, która może wręcz utrudniać – zwłaszcza na początku procesu wymiany informacji – wzajemne zrozumienie się osób zajmujących się osamotnieniem i samotnością, co nie oznacza jednak, że któreś z zasygnalizowanych wyżej ujęć terminologicznych jest poprawniejsze od drugiego. W związku z tym proponuję potraktować wspomnianą powyżej różnorodność pojęciową głównie jako odzwierciedlenie faktu występowania pewnych ograniczeń językowych przy podejmowaniu prób jednoznacznego opisywa-

nia subiektywnych odczuć człowieka chociaż zarazem nie ukrywam, że jestem zwolennikiem wypracowywania przez myślicieli i badaczy tego typu zjawisk pewnych w miarę jednoznacznych ustaleń definicyjnych. [Za pewne kompromisowe rozwiązanie ułatwiające poradzenie sobie z tymi językowymi dylematami (i pozwalające zarazem na chyba najbardziej jednoznaczne rozróżnianie interesujących nas fenomenów) można by przyjąć to, w którym autorzy konsekwentnie stosowaliby określenia typu samotność psychiczna *versus* samotność fizyczna, aczkolwiek powszechne skorzystanie z tej sugestii w praktyce wydaje się mało realne. Innym pomysłem byłoby zastosowanie rozróżnienia zawartego w tytule jednej z książek, które wskazuje z kolei na dwa inne rodzaje samotności, czyli na samotność chcianą i niechcianą – przyp. aut.]. Wszystkie powyższe uwagi wskazujące na brak powszechnie przyjętej definicji osamotnienia oraz na używanie różnych określeń w celu opisania tego samego fenomenu nie powinny stanowić jednak wystarczającej przeszkody w podejmowaniu prób jego empirycznego diagnozowania. Należy jednak od razu zastrzec, że badanie tych zagadnień, podobnie jak ich definiowanie, nie jest łatwe i wciąż napotykamy – jak już wspomniano – na niedostatek polskich prac metodycznych, opartych na wynikach konkretnych badań.

Poszukując przyczyn tej zbyt małej – zwłaszcza w okresie wcześniejszym – liczby diagnoz i publikacji poświęconych odczuwaniu osamotnienia warto sięgnąć do spostrzeżeń Marii Szyszkowskiej (1937–). Zdaniem tej autorki, niezadowalająca liczba rozpraw dotyczących takich zagadnień, jak osamotnienie, cierpienie czy → poczucie sensu życia została spowodowana tym, że tego typu zagadnienia były uznawane przez wiele lat za „nienaukowe". Zdaniem Szyszkowskiej (1988, s. 40), silne w Polsce tradycje filozofii pozytywistycznej sprowadziły zasygnalizowane problemy na margines, czyniąc je wręcz wstydliwymi. Jeszcze w połowie lat 90. XX wieku na brak badań na temat częstotliwości występowania osamotnienia, źródeł jego powstawania jak i sposobów jego przezwyciężania zwracał uwagę Dyczewski (1994). Śledząc jednak te bardziej współczesne opracowania naukowe ukierunkowane na tego typu kwestie można przyjąć, że zasygnalizowany wyżej wstyd zaczynamy w naszym kraju przełamywać, chociaż dzieje się to wciąż powoli. Upominając się zatem o większą liczbę badań poświęconych osamotnieniu zastanówmy się obecnie jakiego rodzaju dylematy metodyczne oraz wyzwania stają przed badaczem chcącym rozpoznawać odczucia doświadczane przez ludzi zaawansowanych wiekiem. Jakie są zatem możliwości oraz sposoby pomiaru kryjących się za osamotnieniem przeżyć?

Ponieważ osamotnienie opiera się bezpośredniej obserwacji, zazwyczaj badamy jego istotę, intensywność i dynamikę za pomocą różnych form wywiadu, na przykład wywiadu kwestionariuszowego czy narracyjnego. W rozpoznaniach tego typu można też skorzystać z dyskusji grupowej, analizy przypadków czy elementów metody biograficznej. W zasadzie, aczkolwiek nieco uogólniając i upraszczając sprawę, badanie osamotnienia dokonywane jest na dwa sposoby. W pierwszym z nich pytamy rozmówców o interesujące nas ich odczucia wprost, używając sformułowania osamotnienie/samotność bezpośrednio, bez wyjaśniania jednakże, co w rozumieniu badacza za takim pojęciem się kryje. [Rembowski (1992, s. 23) podkreśla, że badane osoby zazwyczaj nie mają problemów z odpowiedzią na pytanie o to, czy są osamotnione (używając terminologii autora z tej pracy – samotne), jakie są przyczyny tego stanu oraz jego natężenie. Jak autor dodaje, chociaż ludziom obce są koncepcje naukowe związane z tego typu odczuciami, to powszechnie mają świadomość czym one są i jak mogą oddziaływać na człowieka. To spostrzeżenie potwierdzają i moje badania nad osamotnieniem (Czekanowski, 1993, s. 208–219) – przyp. aut.]. Niezaprzeczalną zaletą prezentowanego podejścia jest to, że każdy respondent odpowiadając na nasze pytania mówi o odczuciach odnoszących się do „swojego" osamotnienia, a nie do takiego, jakim ewentualnie widzi je badacz. Z kolei za podstawowe ograniczenie w tego typu sposobie rozpoznawania osamotnienia uznaje się to, które wiąże się z faktem, że w badaniach posługujemy się – jak to zostało już wyżej zasygnalizowane – pojęciem niejednoznacznym w potocznym odbiorze, chociaż występowanie tego ograniczenie można w dużym stopniu zminimalizować poprzez odpowiednią konstrukcję, liczbę i kolejność zastosowanych pytań, np. samo sformułowanie pytania w rodzaju „Jak często **czuje się** Pan(i) osamotniony/osamotniona?" wskazuje, że pytamy tu o jakieś odczucia. W tym przypadku respondenci prawdopodobnie skojarzą osamotnienie z emocjonalnym wymiarem swojej egzystencji, a więc z czymś subiektywnym, psychicznym, natomiast jeżeli zainteresuje nas kwestia fizycznej samotności, to zadamy np. pytanie o to, jak często badany przebywa sam w domu. Warto podkreślić, że prezentowane obecnie podejście stosowane jest w dużej liczbie badań, stąd istnieje możliwość dokonywania stosunkowo licznych porównań w oparciu o uzyskane w nich wyniki.

Jeżeli chodzi o drugi z zasygnalizowanych sposobów przydatnych w badaniu osamotnienia to charakteryzuje się on tym, że osamotnienie rozpoznajemy wtedy nie wprost ale niejako pośrednio, z wykorzystaniem pewnych skal do pomiaru tego odczucia. W opisywanej sytuacji zadajemy respondentom pytania (czy prosimy ich o odniesienie się do pewnych stwierdzeń), w których nie posługujemy się terminem osamotnienie, lecz zazwyczaj pytamy badanych o zjawiska czy stany będące w naszym przekonaniu li tylko przejawami czy cechami osamotnienia. W tego typu sytuacjach, jeżeli przykładowo założymy, że brak bliskiego przyjaciela wywołuje osamotnienie, to pytamy badanego o to, czy takowego przyjaciela posiada. Przewaga takiego opisowego podejścia nad pytaniami o osamotnienie zadawanymi wprost polegać ma na możliwości „zaszyfrowania" tego, co jest badane, aby w ten sposób zmniejszyć wpływ postaw „życzeniowych" na odpowiedzi respondentów (Russell, 1982, s. 85). Istnieje jednak druga strona tego zagadnienia – niezbędnym warunkiem prawidłowego rozpoznawania osamotnienia jest w takim przypadku trafność skal, aby były one w stanie uwzględnić złożoność osamotnienia. Skoro zatem zarówno pierwsze, jak i drugie zasygnalizowane podejście badawcze posiada swoje istotne zalety, a zarazem konkretne ograniczenia, stąd w bardziej pogłębionych diagnozach zastosowane bywają obie wymienione formy rozpoznawania osamotnienia i wówczas traktowane są jako narzędzia dopełniające się, a czasami – co bywa niezmiernie istotne – jako kontrolne względem siebie. Analizy wyników wielu reprezentatywnych ogólnopolskich i regionalnych → badań gerontologicznych (np. → badanie zespołu Jerzego Piotrowskiego czy → projektów „Polska starość", PolSenior, „Gdańska starość") wskazują jednoznacznie, że nie należy utożsamiać ze sobą sytuacji, które odzwierciedlają trzy zróżnicowane przypadki, tj. odczuwanie osamotnienia, przebywanie samemu bez towarzystwa innych osób (samotność) i zamieszkiwanie w pojedynkę, samemu. Nie tylko z zasygnalizowanych wyżej badań czytelnie wynika to, że zazwyczaj odsetki osób z trzech wymienionych kategorii przypadków zdecydowanie różnią się między sobą chociaż – oczywiście – bywają ze sobą niekiedy powiązane przyczynowo. Zwróćmy uwagę zwłaszcza na to, że odsetki osób odczuwających osamotnienie często lub zawsze są zazwyczaj zdecydowanie mniejsze niż odsetki osób często lub zawsze pozostających samemu w domu, czyli przebywających w samotności. Zamieszkiwanie w pojedynkę czy częste pozostawanie samemu w domu automatycznie nie oznacza zatem, że również często czujemy się osamotnieni, a z drugiej strony Piotrowski (1973, s. 226) wskazywał, że wspólne zamieszkiwanie z dziećmi nie musi chronić nas ani przed osamotnieniem, ani nawet przed samotnością. Dodajmy, że wyniki z zasygnalizowanych wyżej badań potwierdzają spostrzeżenia wielu autorów zajmujących się empirycznie problematyką osamotnienia/samotności, że w naszym kraju odsetek osób starych, które doświadczają poczucia osamotnienia często czy zawsze rzadko kiedy przekracza poziom 20%. Bardziej pogłębiona analiza wyników ze wspomnianych wyżej badań pozwala nam rozpoznać, które z osób zaawansowanych w latach częściej doświadczają poczucia osamotnienia. Uogólniając, tymi osobami są zazwyczaj kobiety, jednostki najstarsze, posiadające najniższe wykształcenie, zamieszkujące w pojedynkę, nieposiadające współmałżonka lub partnera życiowego, którym gorzej układają się stosunki z członkami najbliższej rodziny, którzy nie posiadają w ogóle rodziny, którzy nie mają żadnych przyjaciół i którzy borykają się z ograniczonymi możliwościach finansowych (zob. Czekanowski, Załęcki, 2015).

Podsumowując, skoro mamy dostęp do potwierdzonej w wymiarze empirycznym wiedzy to możemy poczynić z niej użytek, wykorzystując ją w praktycznych działaniach zmierzających do ograniczenia częstotliwości i intensywności osamotnienia odczuwanego przez osoby z najstarszych → generacji. Pamiętajmy bowiem o tym, że chociaż wyniki badań podważają stereotypowy wizerunek człowieka starego jako człowieka zazwyczaj osamotnionego, to skali tego zjawiska nie powinniśmy jednak bagatelizować, skoro mniej więcej co piąta czy szósta osoba zaawansowana wiekiem w skali całego kraju deklaruje, że często bądź zawsze boryka się z tym niejednokrotnie mocno uciążliwym odczuciem. Wiemy ponadto, którzy spośród starszych ludzi są niejako bardziej podatni na osamotnienie. [Zatem → starość nie zawsze bywa godna i pogodna, o czym przekonuje **zespół samotnej starości**, nazywany też **„**syndromem czterech ścian" lub „syndromem samotnej starości" – jest to zespół objawów o charakterze depresyjnym obserwowany u pensjonariuszy → domów pomocy społecznej i pacjentów w placówkach opieki zamkniętej. Syndrom ten dotyka osoby starsze, głównie kobiety, które są bezdzietne i/lub nie pozostają w związku partnerskim z uwagi na staropanieństwo czy wdowieństwo (zob. Zych, 2013, s. 83) – przyp. red.].

Skuteczne rozwiązanie omawianego problemu staje się zatem wyzwaniem dla rodziny człowieka starego, jego przyjaciół czy sąsiadów, ale nie tylko dla osób jemu najbliższych. Zważmy na to, że ludzie doświadczający

uporczywego osamotnienia powinni mieć możliwość uzyskania → wsparcia również ze strony profesjonalistów, takich jak psychologowie czy organizatorzy społeczności lokalnych. Chociaż z tego typu profesjonalną pomocą spotykamy się w Polsce jeszcze bardzo rzadko, to pewne zwiastuny praktycznych oddziaływań na tym polu dają się już zauważyć. [Przykładem może być kampania przeciwko samotności i → izolacji społecznej osób starszych pod hasłem: „Bądź blisko", realizowana przez fundacje „Ja Kobieta" i „Forum 50+" (por. Nowakowska, Potocka, 2009) – przyp. aut.].

PAC

B: Czekanowski, 1990, 1993, 2012; Czekanowski, Załęcki, 2015; Domeracki, Tyburski, 2006; Dubas, 2000 a, 200 b; Dyczewski, 1994; Klimowicz, 1988; Klus-Stańska, 1987; Kotlarska-Michalska, 1992; Lake, 1993; Łopatkowa, 1989; Piotrowski, 1973; Potocka, 2009; Rembowski, 1989, 1992; Russell, 1982; Szukalski, 2005; Szyszkowska, 1988; Twardowska-Rajewska, 2005; Wolff, 1995; Zych, 2013.

N: https://commons.wikimedia.org…

O: badanie potrzeb i problemów osób starszych, izolacja społeczna.

TK: ang. *loneliness and solitude in old age*, fr. *la solitude et la isolement de la viellesse*, hiszp. *la soledad y la aislamento en la vejez*, niem. *Einsamkeit und Alleinsein im Alter*, ros. *одиночество и уединение в старости*.

samozaniedbanie

– jest określeniem wieloznacznym, i może oznaczać: 1) niezdolność lub niechęć jednostki do zapewnienia sobie środków i usług potrzebnych do bezpiecznego i niezależnego → życia, 2) podatność jednostki na życie w warunkach dużej niedbałości o → zdrowie lub higienę z powodu niemożności czy niechęci, lub z obu tych powodów, co wymaga często → wsparcia innych osób, 3) skutek zdrowotnej niezdolności osoby dorosłej do wykonywania podstawowych zadań związanych z samodzielnym realizowaniem codziennych czynności samoobsługowych i życiowych, 4) postępowanie, które uniemożliwia dostęp do odpowiednich usług i środków, łącznie z usługami medycznymi koniecznych do uniknięcia cierpienia fizycznego, emocjonalnego lub uśmierzenia bólu (zob. *Safeguarding*…, 2014 – Internet: http://www.hse.ie).

Zjawisko zaniedbania samego siebie dotyczyć może następujących osób: 1) cierpiących od lat na choroby umysłowe bądź na choroby, takie jak: → otępienie (demencja) czy → depresja i zaburzenia nastroju, 2) bez diagnozy choroby umysłowej, których → styl życia i nawyki wiążą się z bałaganem i brudem, mogą też cierpieć na → zespół Diogenesa (Poythress i współprac., 2006), 3) osób nadużywających alkoholu (Blondell, 1999), oraz 4) samotnych, żyjących z dala od przyjaciół, → rodziny, bez wsparcia → opieki społecznej (Burnett i współprac., 2006).

Główne przejawy samozaniedbania dotyczą życiowych sfer: higienicznej, behawioralnej oraz ekonomicznej (Poythress i współprac., 2006, Thibault, O'Brien, Turner, 1999) i przybierają postać np. braków żywności lub żywności przeterminowanej bądź zepsutej, niezrealizowane recepty, niezapłacone rachunki, itp. Wskaźniki samozaniedbania związane są z oceną: 1) stanu osoby pod względem czystości, np. włosów, paznokci, skóry, ubrań, 2) otoczenia osoby – czystość w pomieszczeniu (śmieci, brudne naczynia, nieuporządkowane rzeczy), – stan techniczny mieszkania (cieknący dach, zagrzybienia, funkcjonowanie instalacji wodociągowej, gazowej, elektrycznej, ogrzewanie lokalu, dostęp do telefonu), – obecność zaniedbanych zwierząt, – nieprzyjemny odór, 3) oceny nawyków żywieniowych – jak odżywia się dana osoba? (jakość, częstotliwość posiłków, higiena przyrządzania), – zaopatrzenie w produkty żywnościowe i rozwiązania dotyczące codziennego sposobu dokonywania zakupów.

Samozaniedbaniu uwarunkowanemu stanem zdrowia osoby starszej towarzyszą nieraz → niedożywienie [w starszym wieku], → odleżyny, odwodnienie organizmu, ale samozaniedbanie może wynikać nie tyle ze złej kondycji zdrowotnej człowieka, ile z jego wolnego wyboru określonego → stylu życia. Samozaniedbanie może być wynikiem zaniedbywania pasywnego (sytuacje, gdy opiekun nie jest w stanie lub nie potrafi wywiązać się z obowiązków związanych z → opieką nad osobą w starszym wieku ze względu np. na chorobę lub → niepełnosprawność opiekuna, czy brak środków finansowych umożliwiających zapewnienie odpowiedniej opieki) lub aktywnego (celowe zaniedbywanie przez opiekuna, niezapobieganie samozaniedbaniu ofiary przez opiekuna, samozaniedbanie ofiary nieuzasadnione sytuacją życiową opiekuna).

Przyczyny samozaniedbania wyjaśniane są teoriami psychologicznymi i socjologicznymi, koncepcjami modelu medycznego i społeczno-kulturowego. Wiąże się je także z niedoborami witaminy D. Może mieć również związek z zespołem zbieractwa (*syllogomania*) lub z zespołem Diogenesa (Clark, Manhikar, Gray, 1975)

Ważne jest określenie czy stan samozaniedbania wynikający z wolnego wyboru danej osoby nie przekracza nieakceptowanych społecznie norm higieny, czy nie

zagraża środowisku i bezpieczeństwu innych obywateli. Ważną rolę może odegrać w takich sytuacjach reakcja rodziny i sąsiadów osoby samozaniedbującej się oraz opieki społecznej. Skuteczna interwencja w sytuacjach konfliktowych polega na budowaniu wzajemnego zaufania i negocjowaniu akceptowalnych dla obu stron warunków. Decyzje powinny zostać przekonsultowane z osobą samozaniedbującą się i jej rodziną, z ośrodkiem zdrowia i specjalistami z opieki społecznej. W skrajnych wypadkach osoba samozaniedbująca się musi zostać umieszczona w określonej placówce opiekuńczej lub w szpitalu, a jej mieszkanie uprzątnięte przez służby porządkowe w obecności świadków.
Badani przez Beatę Tobiasz-Adamczyk i współprac. (2008) → pracownicy socjalni, personel → domów pomocy społecznej oraz przedstawiciele służb medycznych, stwierdzili, że samozaniedbania (57%) są trzecią po przemocy finansowej (58,4%) i zaniedbaniach (58,1%) dominującą formą przemocy w Polsce. W swojej codziennej pracy 23,8% badanych spotyka się z problemem zaniedbywania osób starszych, a 34,2% obserwuje przejawy samozaniedbania. Ofiary zaniedbania lub samozaniedbania cechowała niepełnosprawność, zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego, choroby obłożne, zależność od innych, wiek powyżej 75 lat. Środowisko rodzinne często było patologiczne, z problemem alkoholowym, trudnościami finansowymi lub narażone na bezrobocie. Sprawcami zaniedbywania osób starszych lub osobami niezapobiegającymi samozaniedbaniu byli najczęściej: syn, synowa, zięć, wnuki, bądź inni członkowie rodziny, opiekujący się osobą starszą.

ER

B: Aung i współprac., 2006; Blondell, 1999; Burnett i współprac., 2006; Clark, Manhikar, Gray, 1975; Poythress i współprac., 2006; Thibault, O'Brien, Turner, 1999; Tobiasz-Adamczyk i współprac., 2008.

N: *Safeguarding*…, 2014 – Internet: http://www.hse.ie.

O: człowiek stary w sytuacji przemocy, nadużycia wobec osób starszych, opieka, opieka w okresie starości, opiekun osoby starszej, przemoc wobec osób starych, zespół Diogenesa.

S: zaniedbanie samego siebie.

TK: ang. *self-neglect*, fr. *l'auto-négligence* ou *négligence de soi*, hiszp. *autonegligencia*, niem. *Vernachlässigung seiner selbst* oder *Selbstvernachlässigung*, ros. *самостоятельно пренебрежение*.

sarkopenia

– wywodzący się z jęz. grec. (*σάρξ* – ciało, mięsień, *πενία* – ubytek, zanik, niedostatek) termin zaproponowany przez Irwina Harolda Rosenberga w 1989 na określenie związanego z wiekiem ubytku masy mięśniowej. W codziennej praktyce klinicznej wyraz ten używany jest często nadal do identyfikacji pacjentów z małą masą mięśniową, choć pojęcie zostało rozszerzone i obejmuje zmniejszenie masy, siły i funkcji mięśni szkieletowych, gdyż siła i moc, a nie masa mięśni w sposób niezależny związane są z funkcją kończyn dolnych (Viser i współprac., 2000, Hairi i współprac., 2010). Zmniejszenie ilości tkanki mięśniowej z jednoczesnym wzrostem zawartości tkanki tłuszczowej należą do zmian składu ciała związanych z procesem → starzenia się. Rosenberg (1989) zwrócił uwagę na znaczenie tych zmian słowami: „Żaden inny związany z wiekiem ubytek nie jest tak dramatyczny i potencjalnie istotny dla funkcjonowania niż spadek beztłuszczowej masy ciała. Dlaczego nie poświęcimy mu więcej uwagi?" [tłum. A. S]. Rola mięśni – jako elementu często rozpatrywanego łącznie układu mięśniowo-szkieletowego – nie ogranicza się tylko do zapewnienia zdolności poruszania się i utrzymania pozycji wyprostnej, ale biorą one udział w metabolizmie i są głównym determinantem wydatkowania energii. Jako rezerwuar blisko 50% puli białek ustroju mięśnie są źródłem aminokwasów, miejscem gromadzenia glikogenu, utylizują glukozę i kwasy tłuszczowe, biorą udział w termoregulacji. Są źródłem enzymów antyoksydacyjnych: dysmutazy nadtlenkowej, peroksydazy glutationowej, katalazy, chroniących przed uszkodzeniami wolnorodnikowymi, miejscem ekspresji białek szoku termicznego, które w sytuacjach stresowych takich jak posocznica, wstrząs, uszkodzenie płuc, mózgu, transplantacja, uszkodzenie typu niedokrwienie-reperfuzja, infekcje, zapewniają protekcję białek i integralność komórek i tkanek (Griffiths, 1996). Jak wykazano w ostatnich latach mięśnie są źródłem cytokin, zw. miokinami, o szerokim działaniu. Korzystny wpływ na metabolizm glukozy i lipidów wykazują uwalniane przez pracujące mięśnie takie czynniki, jak np. interleukiny 6, 7 i 15, irisina, czynnik wzrostu fibroblastów, neurotropowy czynnik pochodzenia mózgowego, mionektyna. Miostatyna, follistatyna, insulinopodobny czynnik wzrostu [IGF-1] i interleukina 7 i 15 regulują wielkość masy mięśniowej, a osteonektyna (określana również jako wydzielane białko kwaśne bogate w cysteinę) oraz onkostatyna mogą wykazywać działanie onkostatyczne (zob. Aoi, Sakuma, 2013). Dlatego zmniejszenie masy mięśni szkieletowych może wiązać się z pogorszeniem stanu funkcjonalnego, → mobilności, ryzykiem → upadków, ale też z gorszym rokowaniem w przypadku schorzeń ostrych i → chorób

przewlekłych a także z większym ryzykiem → śmierci. U młodej osoby dorosłej mięśnie szkieletowe stanowią około 45% masy ciała. Skutkiem rozpoczynającego się około 50. r.ż. stopniowego ubytku masy mięśniowej, przeciętnie 1–2% rocznie, jest utrata beztłuszczowej masy ciała między 3. a 8. dekadą rzędu 15–30%, sięgająca niekiedy 50%. Efektem tego ubytku jest spadek procentowego udziału mięśni szkieletowych w całkowitej masie ciała do około 27% w 8. dekadzie → życia (por. Strzelecki, Ciechanowicz, Zdrojewski, 2011). Wśród czynników odpowiedzialnych za ubytek masy mięśniowej bierze się pod uwagę związane z → wiekiem [biologicznym] zmiany w jednostkach nerwowo-mięśniowych, niedobory hormonów wzrostowych i anabolicznych, deficyt 25-hydroksycholekalcyferolu, hiperparatyreoidyzm, → apoptozę, a także niekorzystne zmiany → stylu życia (Rolland i współprac., 2008, Cruz-Jentoft i współprac., 2010 a). Wpływ na rozwój sarkopenii wielkości urodzeniowej masy ciała, niezależnie od wagi i wzrostu w późniejszych latach życia, sugeruje możliwość programowania sarkopenii w bardzo wczesnych etapach życia. Szacuje się, że 36–65% indywidualnej siły mięśniowej uwarunkowane jest genetycznie, a wśród genów kandydatów determinujących siłę mięśni wymieniane są te regulujące funkcję miostatyny – negatywnego regulatora masy mięśniowej, wariant genu rzęskowego czynnika neurotroficznego oraz polimorfizm genu enzymu konwertującego angiotensynę i polimorfizm receptora witaminy D (por. Rolland i współprac., 2008).

Czynniki neuro- i miogenne

Zmniejszenie masy mięśniowej związane jest ze zmniejszeniem rozmiaru i zanikiem włókien mięśniowych, przede wszystkim typu II, które są podatne na zjawisko apoptozy. Nasilenie apoptozy przypisuje się postępującej z wiekiem akumulacji uszkodzeń mitochondrialnego DNA oraz → stresowi oksydacyjnemu, niskiemu poziomowi czynników wzrostowych i immobilizacji (zob. Rolland i współprac., 2008). Procentowa zawartość tego typu włókien obniża się z ok. 60% u osób młodych do ok. 30% w wieku 80 lat. Z wiekiem zmniejsza się liczba komórek satelitarnych i ich zdolność do podziału i różnicowania w kierunku komórek mięśniowych. Atrofii mięśni sprzyja też obserwowany w okresie starzenia się ubytek neuronów ruchowych alfa w odcinkach szyjnym i lędźwiowym rdzenia kręgowego i odnerwienie włókien mięśniowych. Ponieważ zanik neuronów ruchowych widoczny jest dopiero w 8. dekadzie życia, rola czynników neurogennych w atrofii mięśni nie jest do końca ustalona. Z kolei czynniki miogenne związane z atrofią mięśni obejmują uszkodzenie indukowane skurczem oraz zmiany w przetwarzaniu sygnałów. U osób w → wieku podeszłym mięśnie ulegają uszkodzeniu w czasie skurczu ekscentrycznego, co jest związane ze zmniejszeniem ich odporności mechanicznej i zdolności regeneracyjnych. Natomiast konsekwencją zaburzenia przetwarzania sygnałów jest rozkojarzenie pobudzenia sarkolemmy i uwalniania wapnia z retikulum endoplazmatycznego oraz upośledzenie zależnej od IGF-1 modulacji funkcji kanałów wapniowych. Skutkiem tych zaburzeń jest rozkojarzenie elektro-mechaniczne i zmniejszenie napięcia mięśni manifestujące się ich słabością (zob. Loeser, Delbono, 2003).

Zmiany hormonalne, apoptoza, dysfunkcja mitochondriów

Z wiekiem zmniejsza się zdolność syntezy białek mięśniowych o ok. 30% w porównaniu z osobami młodymi, nawet w warunkach optymalnych dla ich syntezy, tzn. przy zapewnieniu wystarczającej ilości aminokwasów i stymulacji ćwiczeniami oporowymi (Rennie, 2009). Nie ustalono czy jest to efektem starzenia się, sposobu odżywiania, współistniejących → chorób czy małej → aktywności fizycznej. Zjawisku temu sprzyja narastający z wiekiem niedobór hormonów anabolicznych: estrogenów, → testosteronu, hormonu wzrostu, [IGF-1], jak i częsty deficyt witaminy D. Zmniejszenie stężenia testosteronu wpływa na ograniczenie liczby komórek satelitarnych. Obserwowany upośledzony wzrost syntezy białek mięśniowych w odpowiedzi na insulinę – ma być wynikiem zmian w systemie przekazywania sygnałów inicjujących translację. Do zmniejszenia tempa syntezy białek mięśni, zmniejszenia syntezy ATP i śmierci włókien mięśniowych przyczynia się upośledzenie funkcji mitochondriów wskutek kumulacji uszkodzeń mitochondrialnego DNA. Jednym z czynników pogarszających funkcję mitochondriów jest ograniczenie aktywności fizycznej, a jej utrzymanie może ograniczyć związane z wiekiem upośledzenie funkcji mitochondriów (Rolland i współprac., 2008).

Czynniki związane ze → stylem życia

Spośród elementów stylu życia do sarkopenii przyczynia się ograniczenie → aktywności fizycznej, siedzący tryb życia, palenie tytoniu, → niedożywienie [w starszym wieku] i zły stan → zdrowia. Ograniczenie lub brak aktywności fizycznej poprzez przewlekłe odciążenie mięśni, a co za tym idzie zmniejszenie aktywacji nerwowej i skurczowej mięśni sprzyja ich atrofii

(Rolland i współprac., 2008, Cruz-Jentoft i współprac., 2010 a). Ćwiczenia aerobowe [→ trening wydolnościowy], np. spacer, bieg, jazda na rowerze, pływanie, zwiększają maksymalne zużycie tlenu, poprawiają jakość mięśni wyrażaną stosunkiem ich siły do masy, funkcję mięśni i adaptację nerwowo-mięśniową, związane są ze zmniejszeniem chorobowości i śmiertelności niezależnie od zawartości tkanki tłuszczowej. Nie przyczyniają się tak wydajnie do wzrostu masy mięśniowej jak ćwiczenia oporowe [→ trening oporowy], ale stymulują syntezę białek mięśniowych, aktywują komórki satelitarne przyczyniając się do zwiększania powierzchni włókien mięśniowych. Sarkopenii sprzyja niedostateczna zawartość białka w pożywieniu osób starszych. Możliwa jest również oporność starzejących się mięśni na naturalny efekt stymulujący syntezę białek wykazywany przez leucynę. Sytuacja taka wymaga uzyskania wyższych stężeń leucyny celem stymulacji syntezy białek. Obserwowano też negatywny wpływ węglowodanów na anaboliczny efekt suplementacji białek (Rolland i współprac., 2008). Zanikowi mięśni towarzyszy zmniejszenie ich siły. Między 65. a 89. r.ż. siła skurczu izometrycznego spada o 1–2%, a moc prostowników kończyn dolnych około 3,5% rocznie. Począwszy od ok. 40. r.ż. siła mięśni zmniejsza się przeciętnie 10% w ciągu dekady, ulega przyspieszeniu do 15% rocznie w 6. i 7. dekadzie i do 30% w kolejnych latach. Szacuje się, że pomiędzy 50. i 70. r.ż. siła mięśniowa zmniejsza się o około 24–36% (Evans, 1997). Podsumowując, czynnikami ryzyka sarkopenii są (Rolland i współprac., 2008, Cruz-Jentoft i współprac., 2010 a):

1. Czynniki genetyczne mające związek z metabolizmem mięśni.
2. Czynniki konstytucjonalne: wiek, płeć, niska masa urodzeniowa.
3. Zmiany towarzyszące procesowi starzenia się:
   - dysregulacja hormonalna ze zmniejszeniem oddziaływania hormonów anabolicznych (hormonu wzrostu, IGF-1, hormonów płciowych → testosteronu i estrogenów, dehydroepiandrosteronu), zmniejszeniem wrażliwości na insulinę, częstym deficytem witaminy D, zwiększeniem stężenia parathormonu, kortyzolu,
   - przewlekły stan zapalny ze zwiększeniem stężenia cytokin prozapalnych,
   - dysfunkcja mitochondriów,
   - apoptoza,
   - zmiany aktywacji neuronalnej.
4. Niekorzystne elementy stylu i warunków życia: niedobory żywieniowe, brak lub mała → aktywność fizyczna, używki – nadużywanie alkoholu, palenie papierosów.
5. Przewlekłe schorzenia: zaburzenia endokrynne, → choroby przewlekłe o podłożu zapalnym, niewydolności narządowe serca, nerek, wątroby, układu oddechowego, → cukrzyca, → choroba zwyrodnieniowa stawów, upośledzenie funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju, schorzenia nowotworowe.
6. Kataboliczny efekt stosowanych leków.

Wraz ze wzrostem zainteresowania sarkopenią i prowadzonymi badaniami opracowywano różne definicje i punkty odcięcia wielkości masy mięśniowej, poniżej której rozpoznawano sarkopenię (Visser, Deeg, Lips, 2003).

Celem ujednolicenia sposobu definiowania i rozpoznawania sarkopenii Europejska Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Osób Starszych (*The European Working Group on Sarcopenia in Older People*, EWGSOP) opublikowała w 2010 konsensus, w którym zaproponowano definicję oraz metody oceny masy i siły mięśniowej (Cruz-Jentoft i współprac., 2010 b). Zgodnie z zaproponowaną definicją **sarkopenia jest zespołem charakteryzującym się postępującym zmniejszeniem masy mięśni szkieletowych, zmniejszeniem ich siły ze zwiększonym ryzykiem niekorzystnych następstw w postaci → niepełnosprawności fizycznej, niskiej → jakości życia i → śmierci** (Cruz-Jentoft i współprac., 2010 b).

Za niezbędne do rozpoznania sarkopenii uznano obecność zmniejszenia masy mięśni szkieletowych oraz jednej z dwóch pozostałych cech: obniżenia siły mięśniowej lub pogorszenia sprawności fizycznej.

Charakteryzując etapy sarkopenii wyróżniono:

- presarkopenię, charakteryzującą się zmniejszeniem masy mięśniowej z zachowaną siłą mięśniową i sprawnością,
- **sarkopenię** – okres zmniejszenia masy mięśniowej z towarzyszącym zmniejszeniem siły mięśni lub pogorszeniem sprawności fizycznej,
- ciężką sarkopenię, w której obecne są wszystkie elementy definicji: zmniejszenie masy mięśniowej, zmniejszenie ich siły i upośledzenie sprawności fizycznej.

Sarkopenię podzielono na:

- sarkopenię pierwotną, związaną z procesem starzenia się, oraz
- sarkopenię wtórną – obniżenie masy mięśni i utratę sprawności fizycznej będące wynikiem innych czynników niż tylko starzenie się organizmu, takich jak: brak aktywności fizycznej, → niedożywienie [w starszym wieku], przewlekłe choroby i niewydolność

narządów (niewydolność serca, płuc, nerek, choroby zapalne, zaburzenia endokrynne, nowotwory).

Zalecane metody pomiaru masy mięśniowej obejmują:

- tomografię komputerową i/lub obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego – złoty standard pomiaru masy mięśniowej,
- densytometrię całego ciała metodą absorpcjometrii dwóch wiązek promieni rentgenowskich o rożnych energiach (DXA) (zalecany w praktyce klinicznej),
- bioimpedancję elektryczną – jako metodę alternatywną do DXA w praktyce klinicznej.

Jako wymierne wskaźniki sarkopenii zaproponowano:

- ASM (*Appendicular Skeletal Muscle Mass*) – stosunek sumy masy mięśni szkieletowych kończyn górnych i dolnych w kilogramach i wzrostu podniesionego do kwadratu < 7,23 kg/m^2 i <5,67 kg/m^2 odpowiednio u mężczyzn i kobiet (zob. Cruz-Jentoft i współprac., 2010 b, Dam i współprac., 2014),
- ALM_{BMI} – stosunek sumy masy mięśni czterech kończyn i BMI <0,789 u mężczyzn i <0,512 u kobiet,
- ALM – całkowita masa mięśni < 19,75 kg u mężczyzn i 15,02 kg u kobiet (Dam i współprac., 2014).

Zalecane metody pomiaru siły mięśniowej (Cruz-Jentoft i współprac., 2010 b, Dam i współprac., 2014, Alley i współprac., 2014) obejmują:

- badanie siły uścisku ręki (*handgrip*) – pomiar prosty, dostępny, powtarzalny, uznany jako reprezentatywny dla oceny siły mięśni. Zaktualizowane w 2014 na podstawie badań *Foundation for the National Institute of Health* (FNIH) *Sarcopenia Project* punkty odcięcia siły uścisku ręki, poniżej której uważa się siłę mięśniową za obniżoną wynoszą 16 kg u kobiet i 26 kg u mężczyzn,
- ocenę siły zginaczy/prostowników kolana – wymaga ona specjalnego oprzyrządowania i umiejętności wykonania, dlatego zalecana jest raczej do celów naukowych,
- pomiar szczytowego przepływu wydechowego w celu oceny siły mięśni oddechowych nie jest zalecany jako jedyna metoda.

Celem oceny sprawności fizycznej Europejska Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Starszych Osób [EWGSOP] rekomenduje:

- *Short Physical Performance Battery* (SPPB), na który składa się ocena zdolności utrzymania równowagi przez 10 sekund w 3 pozycjach stóp: stopy razem, semi-tandem, tandem, pomiar szybkości chodu i test 5-krotnego wstawania z krzesła; zalecany punkt odcięcia ≤ 8 pkt na 12 możliwych do uzyskania,
- pomiar szybkości chodu, zaproponowany punkt odcięcia ≤ 0,8m/s,
- → test „Wstań i idź",
- test wchodzenia po schodach (raczej do celów badań naukowych).

Wskaźniki masy i siły mięśniowej oraz sprawności fizycznej odpowiadające sarkopenii zamieszczamy w tab. 1.

Częstość sarkopenii, jak dotąd ocenianej wg różnych kryteriów, szacuje się na około 10% do 70. r.ż. i 16%–29% (a nawet do 50%) po 80. r.ż. (Baumgartner i współprac., 1998), natomiast wg kryteriów FNIH częstość sarkopenii jest mniejsza w subpopulacji osób w wieku 65 i więcej lat – sarkopenię rozpoznano u 1,3% mężczyzn i 2,3% kobiet, a ciężką sarkopenię u 0,5% mężczyzn i 1,8% kobiet (Cruz-Jentoft i współprac., 2014, Dam i współprac., 2014). Zaznaczyć należy, że istnieją zwolennicy rozdzielenia pojęć z utrzymaniem definicji sarkopenii jako zmniejszenia masy mięśniowej i wprowadzenia pojęcia dynapenii odnoszącej się do zmniejszenia siły mięśniowej, uzasadniając takie stanowisko nierównoległym ubytkiem masy i siły (Clark, Manini, 2008).

Konsekwencje sarkopenii i jej znaczenie kliniczne

Ubytek masy mięśniowej jest przyczyną pogorszenia sprawności fizycznej, zmniejszenia wytrzymałości i uczucia zmęczenia oraz ograniczeń funkcjonalnych. Objawami sarkopenii w życiu codziennym są trudności we wchodzeniu po schodach, konieczność użycia rąk przy podnoszeniu się z krzesła, spowolnienie chodu, a w bardziej zaawansowanych stadiach trudności przy chodzeniu i upadki. Sarkopenia odgrywa podstawową rolę w etiologii i patogenezie zespołu *frailty* [→ zespołu słabości], zwanego syndromem kruchości, który również jest związany z wzrostem chorobowości i niepełnosprawności, zwiększonym ryzykiem hospitalizacji i zgonu. Liczne badania oceniały związek niskiej masy i siły mięśniowej z ryzykiem fizycznej niesprawności, przykładowo: *Health Aging and Body Composition Study* (Visser i współprac., 2005), *Cardiovascular Health Study* oraz NHANES III (Janssen i współprac., 2004, Janssen, 2006). Wykazano przeciętnie ok. dwukrotny wzrost ryzyka zaburzeń → mobilności osób z niską masą mięśniową w porównaniu z osobami z zachowaną masą mięśni (HR 1,90 dla mężczyzn i 1,68 dla kobiet), oraz wśród osób z niską siłą mięśniową (HR 2,02 i 1,91 odpowiednio dla mężczyzn i kobiet). Podobnie, osoby z sarkopenią obarczone były wyższym ryzykiem niesprawności szacowanym ilorazem szans, ok. 1,5–3,65 razy wyższym ryzykiem wśród osób z – umiarkowaną sarko-

penią i odpowiednio ponad 3- i 4-krotnie wyższym ryzykiem niesprawności wśród kobiet i mężczyzn z – sarkopenią ciężką (Visser i współprac., 2005, Jansson, 2006). Zwiększone ryzyko upadków wśród starszych osób z sarkopenią wykazano w badaniu ilSIRENTE (*Aging and Longevity Study in the Sirente Geographic Area*). Upadki wystąpiły u 27,3% osób z cechami sarkopenii i u 9,8% bez cech tego zespołu. Po uwzględnieniu wieku, płci, BMI [czyli→ wskaźnika masy ciała], upośledzenia funkcji poznawczych, narządów zmysłów, ograniczeń funkcjonalnych, → depresji, aktywności fizycznej, → cukrzycy, → udaru mózgu, liczby leków, stężenia → cholesterolu i białka C-reaktywnego, ryzyko upadków osób z sarkopenią było ponad trzykrotnie wyższe w porównaniu z uczestnikami posiadającymi prawidłową masę mięśniową – HR: 3,23, 95% CI: 1,25–8,29) (Landi i współprac., 2012). Podobne wyniki uzyskali badacze japońscy w grupie 1 110 osób w wieku 65 i więcej lat, którzy oceniali sarkopenię wg kryteriów EWGSOP. Ryzyko upadków w grupie osób z sarkopenią w porównaniu do prezentujących prawidłową masę i funkcję mięśni wynosiło 4,42; –– 95% CI: 2,08–9,39 dla mężczyzn i 2,34 – 95% CI: 1,39–3,94 w grupie kobiet (Tanimoto i współprac., 2014).

Uwzględniając – poza fizycznym – również znaczenie metaboliczne mięśni, należy mieć na uwadze wraz z obniżeniem masy mięśniowej obniżenie podstawowej przemiany materii, zmniejszenie wrażliwości na insulinę i narastanie jej oporności, zwłaszcza w kontekście towarzyszącej ubytkowi włókien mięśniowych infiltracji mięśni przez tkankę tłuszczową (Dutta, 1997, Colman i współprac., 1995). Ubytek masy mięśniowej, która jest źródłem kreatyniny, może maskować niewydolność nerek, częsty problem u osób w → wieku podeszłym. Obecność sarkopenii ma związek ze zwiększoną śmiertelnością. W grupie prawie 200 osób w wieku 80–85 lat w trakcie 7-letniej obserwacji ryzyko zgonu z przyczyn ogólnych osób z sarkopenią było ponad dwukrotnie wyższe (HR 2,32 – 1,01–5,43, $p < 0,001$), po standaryzacji względem wieku, płci, edukacji, ADL, BMI, nadciśnienia, CHF, POChP, liczby schorzeń, TNF-alfa (Landi i współprac., 2013). Również obniżona siła uścisku ręki była predykatorem długoterminowej śmiertelności mężczyzn, w okresie 25- i 30 lat. Z epidemiologicznej oceny częstości sarkopenii wynika, że znaczna część osób starszych zachowuje swoją masę mięśniową, a z analizy czynników ryzyka i przyczyn, że część z nich ma charakter modyfikowalny, a zatem sarkopenia jest zespołem, któremu należy przeciwdziałać celem zachowania sprawności i poprawy rokowania osób starszych.

Przeciwdziałanie sarkopenii obejmuje: regularną aktywność fizyczną, ćwiczenia oporowe i wytrzymałościowe, adekwatne odżywianie uzupełnianie niedoborów, szczególnie witaminy D, oraz zapobieganie występowaniu przewlekłych schorzeń, a w sytuacji ich obecności ich kontrola i optymalizacja stanu zdrowia. Tempo ubytku masy mięśniowej zmniejsza regularna aktywność fizyczna o dużej intensywności, ale jak dotąd najsilniejszym czynnikiem przeciwdziałającym ubytkowi masy mięśniowej, sprzyjającym odbudowie mięśni i wpływającym na zwiększenie ich siły jest → trening oporowy [osób starszych] połączony z dostarczeniem odpowiedniej ilości białka i energii, wg niektórych autorów białka z dużą zawartością leucyny (Cruz-Jentoft i współprac., 2014, Deutz i współprac., 2014). Spełnienie tych warunków stymuluje syntezę białek mięśniowych i ogranicza ich degradację, nawet przy współistnieniu anabolicznej oporności mięśni (Rennie, 2009, Yarasheski i współprac., 1999). Korzystny efekt, dotyczący zwiększenia masy mięśniowej, zmniejszenia zawartości tkanki tłuszczowej, poprawy sprawności funkcjonalnej, tolerancji wysiłku, wytrzymałości, ale też poprawy wrażliwości na insulinę wywiera połączenie treningu oporowego i aerobowego (Davidson i współprac., 2009). Dla zapobiegania sarkopenii i utrzymania lub poprawy sprawności fizycznej istotne jest stałe utrzymywanie aktywności fizycznej. Wyniki badania *Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot Study* (LIFE-P) pokazały, że kombinacja ćwiczeń równowagi, rozciągających, oporowych i wytrzymałościowych prowadzonych w okresie 12 m-cy u osób w wieku 70–89 lat, prowadzących siedzący tryb życia, poprawia sprawność osób starszych mierzoną szybkością chodu i testem SPPB (*Short Physical Performance Battery*), mierzącym poza prędkością chodu zdolność podnoszenia się z krzesła i możliwość utrzymania równowagi w różnym ustawieniu stóp (zob. Liu i współprac., 2014). U osób ćwiczących uzyskano też zmniejszenie zaawansowania zespołu słabości (*frailty*) w postaci zmniejszenia liczby współistniejącyc kryteriów *frailty* (Cesari i współprac., 2014). W badaniu LIFE (*Lifestyle Interventions and Independence for Elders*), w którym średni czas obserwacji wynosił 2,6 lat, w grupie interwencyjnej w porównaniu z grupą kontrolną otrzymującą tylko edukację dotyczącą pozytywnego starzenia się, prowadzony trening o umiarkowanej intensywności pozwolił na istotne ograniczenie wystąpienia niesprawności ruchowej (Pahor i współprac., 2014). W zapobieganiu sarkopenii ważna jest też ocena ryzyka niedożywienia. Zapotrzebowanie kaloryczne

szacuje się na 24–36 kcal/kg/dobę (Calvani i współprac., 2013). Zapotrzebowanie na białko osób starszych jest większe niż młodszych osób dorosłych i wynosi 1,0–1,5 g/kg, a zawartość białka powinna być równomiernie rozłożona w trzech głównych posiłkach spożywanych w ciągu dnia. Aminokwasy niezbędne, szczególnie leucyna i jej metabolit beta-hydroksy beta-metylomaślan, zwiększają syntezę białek mięśniowych i hamują ich degradację (Evans, 1991, Calvani i współprac., 2013). Ponieważ tylko 5% leucyny metabolizowane jest do beta-hydroksy beta-metylomaślanu, sugeruje się jego dostarczanie niezależnie od źródła jakim jest leucyna. Istotne jest uzupełnianie witaminy D, której niedobór wraz z towarzyszącym wzrostem stężenia parathormonu przyczynia się do zmniejszenia masy i osłabienia mięśni oraz pogorszenia funkcji nerwowo-mięśniowej. Pożądane stężenie we krwi wynosi co najmniej 30ng/ml (75 nmol/l), a zalecane do suplementacji są dawki 800–2000 IU/dobę. Niektóre badania wykazały korzyść z suplementacji kreatyny u osób poddanych treningowi oporowemu (Calvani i współprac., 2013). Ze względu na objawy niepożądane nie zaleca się u osób starszych stosowania → testosteronu lub hormonu wzrostu w celu zapobiegania sarkopenii, a próby stosowania dehydroepiandrosteronu [→ biosteronu DHEA] nie wykazały wpływu na masę mięśniową w podeszłym wieku (Rolland i współprac., 2008, Visser i współprac., 2003, Calvani i współprac., 2013).

ASK

B: Alley i współprac., 2014; Aoi, Sakuma, 2013; Baumgartner i współprac., 1998; Calvani i współprac, 2013; Cesari i współprac., 2014; Clark, Manini, 2008; Colman i współprac, 1995; Cruz-Jentoft i współprac., 2010 a, 2010 b, 2014; Dam i współprac., 2014; Davidson i współprac., 2009; Deutz i współprac, 2014; Dutta, 1997; Evans, 1991; Griffiths, 1996; Hairi i współprac., 2010; Janssen, 2006; Janssen i współprac., 2002, 2004; Landi i współprac, 2012, 2013; Liu i współprac., 2014; Loeser, Delbono, 2003; Pahor i współprac, 2014; Rennie, 2009; Rolland i współprac, 2008; Rosenberg, 1989; Strzelecki, Ciechanowicz, Zdrojewski, 2011; Tamimoto i współprac, 2014; Visser, Deeg, Lips, 2003; Visser i współprac, 2000, 2013; Yarasheski i współprac., 1999.
O: apoptoza, niedożywienie w starszym wieku, upadki, zespół słabości.
TK: ang. *sarcopenia*, fr. *la sarcopénie*, hiszp. *la sarcopenia*, niem. *der Sarkopenie*, ros. *саркопения*.

satysfakcja życiowa (zadowolenie z życia)

– to pozytywna ocena własnego → życia dokonywana przez jednostkę możliwa w sytuacji osiągnięcia spełnienia dotyczącego stopnia zaspokojenia swoich własnych aspiracji w kontekście jednostkowych oczekiwań wobec przebiegu własnych losów, a także emocjonalnego zadowolenia wynikającego z przyjemności czerpanej z codziennych działań. Minęły już stulecia od momentu, kiedy ludzie zaczęli zastanawiać się nad tym, co oznacza satysfakcjonujące życie, a Gottfried Wilhelm Leibniz (1646–1716) stwierdził, że żyjemy „na najlepszym z możliwych światów". Czy jednak każdy z nas, bez względu na wiek, status materialny, sytuację rodzinną i zawodową postrzega otaczającą rzeczywistość w ten sam sposób? Czy w sytuacji wciąż wydłużającego się ludzkiego życia powinniśmy na nowo zadawać pytanie o jego jakość i sens?

Tabela. 1. Wskaźniki masy i siły mięśniowej oraz sprawności fizycznej odpowiadające sarkopenii

Ocena masy mięśniowej		Ocena siły mięśniowej		Ocena sprawności fizycznej
Kobiety	**mężczyźni**	**Kobiety**	**mężczyźni**	**kobiety i mężczyźni**
ASM < 5,67 kg/m^2	ASM < 7,23 kg/m^2	siła uścisku ręki < 20 kg (wg EWGSOP)	siła uścisku ręki < 30 kg (wg EWGSOP)	SPPB ≤ 8 pkt
ALM_{BMI} < 0,512	ALM_{BMI} < 0,789	siła uścisku ręki <16 kg (wg FNIH)	siła uścisku ręki < 26 kg (wg FNIH)	szybkość chodu ≤ 0,8m/s
ALM < 15,02 kg	ALM < 19,75 kg			test „Wstań i idź"

Oznaczenia: ALM – *Appendicular Lean Mass* (średnia wartość sumaryczna masy mięśni).
ALM_{BMI} – *Appendicular Lean Mass related to Body Mass Index* (średnia wartość sumaryczna masy mięśni odniesiona do wskaźnika masy ciała).
ASM – *Appendicular Skeletal Muscle Mass* (średnia wartości sumarycznej masy mięśni 4 kończyn).
EWGSOP – *The European Working Group on Older People* (Europejska Grupa Robocza ds. Sarkopenii u Starszych Osób).
FNIH – *The* Foundation for the National Institutes of Health (Fundacja Narodowego Instytutu Zdrowia).

Niektórzy współcześni badacze określając czasy, w których żyją ludzie starsi stwierdzają, że są one najtrudniejszymi, najbardziej skomplikowanymi i wymagającymi szczególnego rodzaju namysłu. Modernizacja, transformacja ustrojowa, globalizacja, a także wysoki poziom migracji społecznych przyczyniają się do występowania różnego rodzaju zmian zarówno społeczno-politycznych, jak też światopoglądowych. Współczesny człowiek musi traktować zmianę jako nieodzowny element swojej rzeczywistości, przez co traci ona swe niepodważalne ramy, podlega nieustannym ewolucjom, w których musimy się na nowo orientować i w których uczestniczymy na co dzień. To ciągłe *panta rhei*, stawia przed współczesnym starszym człowiekiem trudne wyzwania, które niejednokrotnie prowadzą do pojawienia się poczucia zagubienia. Pośpiech, który towarzyszy wielu osobom w życiu codziennym, spowodowany jest niepewnością jutra, wysokim progiem wymagań, które stawia przed nimi otoczenie, a to ma wpływ również na funkcjonowanie człowieka starego. Sprzyja temu również kryzys wartości i autorytetów, osłabienie więzi rodzinnych oraz nasilające się zjawiska bezrobocia, biedy, ubóstwa i nędzy, a co za tym idzie potrzeby pomocy ze strony ludzi w → wieku podeszłym. To właśnie w tym świecie, badacze coraz częściej interesują się problemami człowieka starego, zarówno w kontekście przebiegu procesu → starzenia się, ale również stosunku ludzi starych do samych siebie w ramach tej fazy życia. Pragniemy podkreślić, że → starość nie jest jednorodnym doświadczeniem, jednakże to, co jest wspólne dla wszystkich osób w tym wieku, to świadomość upływającego bezpowrotnie → czasu. Fakt ten rodzi wiele pytań, m.in. takich, jak: czy tak miało wyglądać moje życie?, czy to co się w nim wydarzyło ma jakikolwiek sens?. Dokonanie takiego → bilansu życiowego z jednej strony może przyczynić się do różnych pozytywnych zmian, z drugiej zaś doprowadzić do życiowego kryzysu. Tego typu refleksja pojawiająca się w umysłach ludzi starych nie jest sytuacją nową, gdyż towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów, ale pomimo tego przestała ona być faktem incydentalnym oraz marginesowym, a stała się powszechna w ostatnich dziesięcioleciach, w których → długość życia znacznie się zwiększyła. Jakie zatem czynniki mają wpływ na lepsze starzenie się? W jaki sposób odróżnić lepsze starzenie się od gorszego? Zdaniem Anny Zalewskiej (2003) powodów szczęścia człowieka może być wiele w zależności od zróżnicowanych warunków jego życia – „każdy człowiek jest najlepszym ekspertem i najbardziej kompetentnie potrafi ocenić jakość swojego życia, stosując własne kryteria oceny i bezpośrednio określając swój stosunek do życia, jakie wiedzie" (Zalewska, 2003, s. 19). W związku z powyższym pytanie o → jakość życia osób w podeszłym wieku zawsze powinno być w centrum uwagi badaczy, którzy wraz z pojawianiem się kolejnych pokoleń osób starych wciąż na nowo muszą analizować poczucie ich satysfakcji życiowej. Dzieje się tak dlatego, że zjawisko to jest bardzo zróżnicowane, co rodzi wiele pytań dotyczących tego problemu. Na czym polega sekret spełnionego i w pełni satysfakcjonującego życia w starości? Czy satysfakcja życiowa jest tożsama z pojęciem dobrostanu (ang. *well-being*), szczęśliwością (ang. *happiness*)? Na czym polega → pomyślne starzenie się, i co właściwie ono oznacza? Od czego zależy poczucie satysfakcji życiowej? W związku ze wspomnianą złożonością interesującej nas problematyki poniżej zaprezentujemy kilka egzemplifikacji rozumienia tego terminu.

W literaturze przedmiotu oprócz określenia satysfakcja życiowa (ang. *life satisfaction*) lub też zadowolenie z życia (niem. *Lebenszufriedenheit*), spotykamy takie terminy, jak: szczęście (ang. *happiness*, niem. *Glück*), dobre samopoczucie (ang. *well-being*, niem, *Wohlbefinden*), morale (am. *morale*) a także jakość życia (ang. *quality of life*, niem., *Lebensqualität*).

Terminologiczna nieprecyzyjność powoduje, że raz pojęcia te bywają stosowane zamiennie, innym znów razem niosą ze sobą odmienne treści. Brak uporządkowania pojęciowego i jednomyślności terminologicznej rodzi dyskusje i budzi wiele kontrowersji (Halicka, 2004). Jak zauważa Donald E. Stull (1987, s. 56) „jednym z największych problemów jest brak zgodności w stosowaniu wspomnianych terminów". W literaturze pojęcie satysfakcji życiowej czasem jest zamiennie używane z terminem szczęście, gdyż jak twierdzą badacze ich znaczenie jest bardzo podobne.

W związku z powyższym nasze rozważania rozpoczniemy od przybliżenia szczęścia, które Władysław Tatarkiewicz (1886–1980) ujmuje jako „pełne, trwałe i uzasadnione zadowolenie z życia" (Tatarkiewicz, 1970). Zdaniem autora „[…] aby człowiek był szczęśliwy, trzeba, aby był zadowolony ze swojego życia, a aby był zadowolony ze swojego życia, trzeba, by tak, czy inaczej był zadowolony ze świata" (Tatarkiewicz, 1970). Niezwykle istotne w tym kontekście stają się nie tylko zdarzenia zachodzące w życiu, ale przede wszystkim ich obrazy stworzone w umyśle każdego człowieka. Oznacza to, jak zauważa Tatarkiewicz, że „każdy ma jakiś obraz świata, a od tego obrazu świata zależy także, jak odczuwa własne życie. Każdy ocenia swe

życie wedle tego, czego od świata oczekuje; a czego od świata oczekuje, to zależy od tego, jak sobie świat wyobraża" (Tatarkiewicz, 1970). Ten obraz otaczającej rzeczywistości, a w związku z nim poziom poczucia szczęścia zależy od wielu czynników. Janusz Czapiński (1951–), w jednej ze swoich hipotez dotyczących szczęścia, zauważa, że zależy ono od „kultury i norm grupowych, a w związku z tym deklaracje jednostek nie zawsze odpowiadają ich rzeczywistej postawie wobec życia" (Czapiński 2004, s. 267). Należy zatem stwierdzić, że sposób przeżywania i wyrażania prezentowanych przez jednostki postaw może być zdeterminowany kulturowo, wynika nie tylko z przebiegu procesu socjalizacji, ale także enkulturacji. Twórca „cebulowej teorii szczęścia", uważa także, że szczęście nie zależy od życiowych okoliczności i indywidualnej biografii, lecz jest uwarunkowane wrodzoną wolą życia. Natomiast poczucie nieszczęścia zdaniem autora zależne jest od przebiegu ludzkiego życia, a także braku wyuczonych umiejętności radzenia sobie z pojawiającymi się kryzysami (Czapiński, 1992, s.143).

W naukach społecznych szczęście często określane jest jako subiektywnie spostrzegany dobry stan naszego życia. Zadowolenie z życia w literaturze jest przedstawiane z perspektywy dwóch głównych podejść: pierwsze z nich jest zorientowane poznawczo i odnosi się do racjonalnych, intelektualnych aspektów zadowolenia, drugie zaś jest afektywne i ma związek z aspektami emocjonalnymi. Zdaniem Tatarkiewicza możemy wyodrębnić w nim nie tylko składnik uczuciowy, ale także intelektualny – „kto jest zadowolony, ten nie tylko cieszy się, ale także ocenia dodatnio to, z czego jest zadowolony" (Tatarkiewicz, 1970). Wg tego autora bowiem, jednostka może odczuwać zadowolenie z życia równocześnie nie będąc z niego zadowoloną. Podobne stanowisko w tej kwestii zajmują Frank M. Andrews i Stephen B. Withey (1976), którzy pojęcie to definiują jako „poznawczą ewaluację satysfakcji z życia w połączeniu z pozytywnymi i negatywnymi emocjami odnoszącymi się do całego lub fragmentu życia jednostki". W tym znaczeniu może ono zależeć od aktywności, uznanych wartości, zainteresowań jednostki we wcześniejszych fazach życia – dzieciństwie, młodości i dorosłości, a także od rodzaju kompetencji, którymi człowiek dysponuje na starość.

Kolejnym pojęciem, które wymaga zdefiniowania jest „satysfakcja życiowa". W *Słowniku języka polskiego* (Sobol, 2000, s. 285) pojęcie to utożsamia się z uczuciem przyjemności i zadowolenia. Jednak ma ono także szerszy, kontekstualny charakter, gdyż dotyczy oceny opartej na zadowoleniu z przeżytych lat oraz zadowolenia z obecnego życia. Krystyna Jaracz (2001) podkreśla, że satysfakcja z życia jest jednym z wyznaczników jego jakości i ujmuje ją jako świadomą ocenę poszczególnych sfer życia i życia jako całości. Chcemy również zwrócić uwagę na inne rozumienie tego terminu. Satysfakcja zdaniem Donalda E. Stulla (1988) „wynika z ogólnej oceny czyjegoś życia albo odzwierciedla porównanie dostrzeżonej niezgodności między czyimiś aspiracjami i osiągnięciami". Podobnie pojęcie to definiuje Zygfryd Juczyński (2001), który uważa, że: „[…] ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji". Badacze zatem, oceny satysfakcji z życia danej osoby, dokonują na podstawie analizy poszczególnych aspektów jej egzystencji, w kontekście dokonanej przez jednostkę oceny opartej na indywidualnych kryteriach (Oleś, 2012). Właśnie tak rozumiany wymiar satysfakcji życiowej – w jego subiektywnym ujęciu – stanowi przedmiot eksploracji podejmowanych przez współczesnych badaczy.

W literaturze synonimem satysfakcji życiowej jest też jakość życia, definiowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jako „postrzeganie przez jednostkę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych i systemu wartości, w których żyje oraz w powiązaniu z jej celami, oczekiwaniami, standardami oraz zainteresowaniami" (Brcaccia i współprac., 2013, s. 198). Zdaniem Heleny Sęk (1938–) zaś jest to zespół obiektywnych warunków życia człowieka, do których możemy zaliczyć: atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury, strukturę organizmu ludzkiego i → zdrowie, a także dokonaną przez jednostkę ocenę związaną z poziomem życia i pozycją społeczną (Sęk, 1993). Jan Rutkowski (1991) ogranicza się natomiast jedynie do subiektywnych miar jakości życia pisząc, że „jest to ocena stopnia zaspokojenia potrzeb, dokonywana bezpośrednio przez jednostkę". W podobny sposób zwracając szczególną uwagę na aspekt zaspokajania różnego rodzaju potrzeb rozpatrują pojęcie jakości życia również inni autorzy. Subiektywny wymiar tego pojęcia wykazuje ścisły związek z pojęciem zadowolenia, satysfakcji, optymizmem podążając w ten sposób w kierunku kategorii szczęścia (por. Borys, 2001). Należy również podkreślić, że satysfakcja z własnego życia postrzegana jest jako jedna z podstawowych wartości w życiu każdego człowieka. Zdaniem Roberta L. Schalocka (2000) na poczucie jakości własnego życia mają wpływ czynniki i relacje, które są ważne dla wszystkich ludzi bez

względu na ich sprawność psychofizyczną. Wysoką satysfakcję człowiek osiąga przede wszystkim wówczas, gdy ma możliwość realizacji celów życiowych w najważniejszych sferach życia. Poczucie to „ma wymiary subiektywne i obiektywne, ale jest zasadniczo percepcją indywidualną, która odzwierciedla to jak osoba doświadcza jakości własnego życia, opiera się na indywidualnych potrzebach, wyborach, kontroli. Jest konstruktem wielowymiarowym, pozostającym pod wpływem czynników podmiotowych i środowiskowych, takich jak: relacje z innymi, życie rodzinne, przyjaźń, praca, sąsiedzi, miejsce zamieszkania, dom, wykształcenie, zdrowie, standard życia, narodowość" (Schalock, 2000, s. 121).

Ujmując problem zadowolenia z życia nieco inaczej możemy wyróżnić dwa rodzaje satysfakcji życiowej: globalne zadowolenie z życia oraz szczegółowe dotyczące m.in. takich kategorii jak: zdrowie, aktywność społeczna, relacje rodzinne, sytuacja materialna i mieszkaniowa, wiara w Boga itp. Należy zauważyć, że chociaż globalne zadowolenie związane z podsumowywaniem własnego życia, w aspekcie odniesionych sukcesów czy porażek nie jest zarezerwowane wyłącznie dla okresu starości to jednak w tym okresie ma charakter szczególny, dotyczy bowiem ustosunkowania się do sposobu konstruowania własnego życia, analizy minionych wydarzeń, osiągnięć związanych z realizacją wyznaczonych celów i sukcesów oraz niepowodzeń z nimi związanych.

W okresie starzenia się i starości pojęcie bilansu życiowego nabiera szczególnego znaczenia. Dzieje się tak dlatego, że odzwierciedla on bowiem zdolność człowieka do autorefleksji i przeżywania swojego życia w wymiarze sensu i wartości, realizacji celów uznanych za wartościowe, zaspokajania potrzeb i utrzymania ładu wewnętrznego, a co za tym idzie rónwież kształtowania poczucia własnej godności.

Viktor E. → Frankl (1984) uważał, że życie ludzkie nie jest pustą i bezsensowną egzystencją – o jego kształcie decyduje sam człowiek, mając możliwość dokonywania wyborów i wznoszenia się ponad własne ograniczenia. W efekcie jakość bilansu życiowego u osób w starszym wieku jest wyrazem ich subiektywnego odniesienia się do swojego życia, które ujmowane jako wartość pozostaje w relacji do przyjętego systemu wartości. Zatem poczucie zadowolenia z życia u ludzi w podeszłym wieku jest jednocześnie wyrazem ich bilansu życiowego, czyli oceny dorobku całego życia.

Carl Gustav Jung (1875–1961), pisał: „człowiek zamiast patrzeć do przodu, ogląda się wstecz, najczęściej niechcąco, i czyni podsumowania, aby zobaczyć jak do tej pory rozwinęło się jego życie. Szuka prawdziwych motywacji i dokonuje prawdziwych odkryć. Krytyczne podsumowanie siebie i swego losu umożliwia mu poznanie własnych cech szczególnych" (Jung, 1992, s. 177). Istotne wówczas stają się trzy wyznaczniki zadowolenia z życia: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, które nie pozostają obojętne wobec siebie, a wręcz przeciwnie – mają zdolność silnego oddziaływania na siebie nawzajem. Olga → Czerniawska stwierdza, że „przeszłość rzutuje na postrzeganie teraźniejszości, wpływa na motywy postępowania, kształtuje postawy wobec rzeczywistości i życia" (Czerniawska, 2000, s. 58), stanowi więc istotny czynnik modyfikujący dalsze losy człowieka, także jego zadowolenie z życia.

Analiza literatury przedmiotu dostarcza informacji na temat tego, które czynniki mają największy wpływ na jakość życia osób starszych, a są nimi, m.in.: zdrowie, psychologiczny dobrostan, relacje społeczne, aktywność, środowisko, w którym człowiek żyje uwzględniając zarówno dom jak i najbliższe otoczenie, bezpieczeństwo związane z sytuacją materialną oraz duchowość i/lub religia (Murphy i współprac, 2007). Zdaniem Małgorzaty Halickiej (1957–) zadowolenie z życia w dużym stopniu determinowane jest nie tylko przez obiektywne warunki życia człowieka oraz kształtują je subiektywne czynniki związane z oceną jakości kontaktów społecznych i własną samooceną. Michael Argyle (1925–2002) oprócz przedstawionych powyżej czynników podkreśla także rolę, jaką odgrywa satysfakcjonująca praca i → czas wolny, który w przypadku osób w wieku emerytalnym jest zasadniczym źródłem zadowolenia.

Kolejnym czynnikiem, który zdaniem wielu badaczy ma znaczący wpływ na szczęście i zadowolenie z życia jest jakość i liczba związków interpersonalnych (Argyle, 1991, Myers, 2000, Seligman, 2005). Dzieje się tak dlatego, że ludzie będąc istotami społecznymi odczuwają silną potrzebę przynależności, którą mogą zaspokoić poprzez tworzenie więzi w relacjach z innymi (fot. 1). Podobnie uważa Zofia Szarota (1961–), zdaniem której aktywność i kontakty społeczne to ważne aspekty pozytywnego starzenia się (Szarota, 2010).

Wspomniany Czapiński (2015 – Internet: www.diagnoza.com) dokonał wnikliwej analizy dobrostanu psychicznego Polaków, uwzględniając liczne jego aspekty i posługując się licznymi miarami. Analiza zgromadzonego materiału pozwala stwierdzić, że ważnymi czynnikami mającymi wpływ na zadowolenie z życia w każdym wieku są: zdrowie, życie rodzinne oraz kontakty ze znajomymi. Jednak znaczenie pierwszego czynnika, którym jest zdrowie rośnie wraz z wiekiem badanych osób.

Ze względu na wiele różnorodnych kwalifikacji określających determinanty zadowolenia z życia, poniżej przedstawimy kilka przykładów obrazujących tę problematykę.

Na samopoczucie człowieka w starości, jego aktywność, autonomię i kondycję, a co za tym idzie zadowolenie z życia ma wpływ przede wszystkim stan jego zdrowia. Należy jednak zauważyć, że osoby starsze stanowią zbiorowość zróżnicowaną pod względem stanu zdrowia, a w związku z tym jego obiektywna ocena jest trudna i nieprecyzyjna (zob. Bień, 2002).

Analiza literatury dotyczącej samooceny stanu zdrowia wśród osób w podeszłym wieku, potwierdza stan rzeczy zarysowany powyżej. Autorzy wielu badań wskazują, że u ponad połowy badanych osób starych, szczególnie w środowiskach wiejskich, ocena stanu zdrowia określana jest jako „zła" lub „bardzo zła". Badania Janusza Halika (1948–2003) potwierdziły również niekorzystną sytuację w tym zakresie wskazując, że osoby stare mieszkające na wsi częściej narzekają na dolegliwości zdrowotne i gorzej oceniają stan swojego zdrowia. Pozwala to na sformułowanie tezy, że chociaż ocena stanu zdrowia zależy od miejsca zamieszkania, to wpływ na nią będzie miało również wiele innych czynników. Szarota (2004) powołując się też na inne badania zwraca szczególną uwagę na typową dla wieku starszego → wielochorobowość, która wpływa na subiektywną ocenę stanu własnego zdrowia.

Samopoczucie osób w wieku emerytalnym w dużej mierze zależy od sytuacji panującej w ich domu rodzinnym. Mirosława Marody (1947–) i Anna Giza-Poleszczuk (1955–) twierdzą, że rodzina nadal stanowi jedną z najważniejszych wartości życiowych. Spostrzeżenia te znajdują odzwierciedlenie w badaniach prowadzonych przez innych autorów, które potwierdzają występowanie zależności między zadowoleniem z życia a dobrymi kontaktami z najbliższymi. Stają się one bardzo istotne zwłaszcza w okresie starości, gdyż niejednokrotnie są one głównym źródłem kontaktów międzyludzkich. Dlatego też bycie dziadkiem stanowi „jasną, przyjemną stronę życia, która przyczynia się nie tylko do podtrzymania aktywności, ale również wzbogaca dotychczasowe życie człowieka starszego w nowe doświadczenia. Obcowanie z wnukami pozbawione jest bowiem ciągłego pośpiechu, → stresu i braku cierpliwości, tak bardzo charakterystycznych dla okresu wychowywania własnych dzieci. Role babci i dziadka są ważnym elementem budowania własnej tożsamości przez osoby w wieku emerytalnym" (Borowik, 2012, s. 163). Zdaniem Adama A. Zycha (1945–) „kontakty z wnukami dają osobom starszym nie tylko emocjonalną satysfakcję, ale także możliwość powrotu myślą, wspomnieniem do pięknych, przeżytych etapów życia" (Zych, 1999, s. 61).

W momencie kiedy pojawia się – charakterystyczne dla okresu starości – poczucie bezużyteczności i/lub osamotnienia to właśnie wnuki sprawiają, że dziadkowie czują się potrzebni. Podejmowanie nowych form aktywności w kontaktach z młodymi ludźmi przyczynia się do pojawienia się prawdziwej satysfakcji płynącej z kontaktów z najmłodszymi członkami rodziny (Borowik, 2008, 2012).

Wszelkie trudności związane ze stosunkami w rodzinie i środowisku lokalnym, a także wpływ na zaspokojenie większości potrzeb osób starych mają posiadane odpowiednie środki materialne, które są istotnym czynnikiem samodzielności życiowej tej grupy społecznej. Dlatego też materialne warunki życia są jednym z ważniejszych wyznaczników dobrostanu psychicznego. Ich ocena zależy oczywiście przede wszystkim od obiektywnej wysokości dochodów i zasobności gospodarstwa domowego.

Czas wolny i jego zagospodarowanie, to kolejny ważny element jakości życia, zwłaszcza w wieku emerytalnym, gdy jesteśmy zmuszeni do wycofania się z pracy zawodowej. Odpowiednie jego wykorzystanie zaspokaja także potrzebę kontaktu z innymi i potrzebę aktywności. Jak zauważyła Elżbieta Dubas (1957–): „czas wolny bywa utożsamiany z przywilejami starości, jej dobrymi stronami. Trzeba więc wykorzystać go także jako sprzymierzeńca człowieka w jego konfrontacji ze starością, wypełniając realizacją hobby i zainteresowań, na które często w okresie dorosłości brakowało czasu. Zajęcia wykonywane z upodobaniem przynoszą człowiekowi wiele radości i pozwalają patrzeć na świat bardziej optymistycznie" (Dubas, 2008, s. 120). Na tej podstawie można stwierdzić, że aktywność, także w czasie wolnym, jest jednym z przejawów zdrowia i rozwoju osobniczego w wieku emerytalnym.

Kolejnym ważnym czynnikiem w przypadku satysfakcji życiowej w podeszłym wieku jest religijność. Szczególnie istotna staje się ona w okresie po zawodowym, gdy z jednej strony osoby w wieku emerytalnym dysponują w znacznie większym stopniu czasem wolnym, zaś z drugiej zaczyna ewoluować myśl wkraczania w przedsionek końca ich bytu na ziemi. Dlatego też ludzie starzy na tym etapie swojego życia, niejednokrotnie stawiają sobie pytanie i podejmują próbę udzielenia odpowiedzi na temat uniwersalnych wartości. Wielu z nich odnajduje je w religii. Wiara w Boga jest nieodzownym czynnikiem pozwalającym utrzymać tak

potrzebną w tym wieku równowagę życiową. Głęboka wiara, aktywne uczestnictwo, zarówno fizyczne, jak i duchowe w życiu Kościoła, pozwala łatwiej znosić ból związany ze → utratą bliskich osób, pomaga zaakceptować wciąż obniżającą się kondycję fizyczną, a także znosić różnego rodzaju cierpienia i dolegliwości. Bowiem, jak pisze Barbara Zaorska (1995, s. 143): „postawa wobec Boga i ludzi prostuje drogi ku pogodnej starości i ku takiej → śmierci, która stanie się jej dopełnieniem". Dlatego też w okresie starości, u schyłku egzystencji wiara staje się dla wielu osób jednym z predyktorów postrzegania rzeczywistości.

Podsumowując należy zaznaczyć, że zagadnienie pomyślnego, satysfakcjonującego starzenia się jest ważne nie tylko z perspektywy jednostkowych losów ludzkich, ale również w odniesieniu do społecznego wymiaru tego zjawiska. Fakt ten przyczynia się do rozpowszechniania analiz i refleksji zarówno teoretycznych jak i badawczych w kontekście poszukiwania modeli pozytywnego starzenia się, w których zwraca się uwagę na różnorodne wymiary zadowolenia z życia. Jednak należy pamiętać, na co zwraca uwagę Stanisława Steuden (1950–), że w okresie starości satysfakcja z życia pozostaje na wysokim poziomie do momentu kiedy człowiek stary czuje się zdrowy, samowystarczalny i potrzebny (Steuden 2011).

MH, JBO

B: Andrews, Withey, 1976; Argyle, 1991; Bień, 2002; Borowik, 2008, 2012; Borys, 2001; Brcaccia i współprac., 2013; Czapiński, 1992, 2004; Czerniawska, 2000; Dubas, 2008; Frankl, 1984; Halicka, 2004; Halik, 2002; Jaracz, 2001; Jarczyński, 2001; Jung, 1992; Marody, Giza-Poleszczuk, 2004; Murphy i współprac., 2007; Myers, 2000; Oleś, 2012; Rutkowski, 1991; Schalock, 2000; Seligman, 2005; Sęk, 1993; Sobol, 2000; Steuden, 2011; Stull, 1987, 1988; Szarota, 2004, 2010; Tatarkiewicz, 1970; Zalewska, 2003; Zaorska, 1995; Zych, 1999.

N: Czapiński, Panek, 2015 – Internet: www.diagnoza.com; https://millennials.today…

O: bilans życiowy, jakość życia.

S: radość życia.

TK: ang. *satisfaction with life/satisfaction of life/life satisfaction*, fr. *satisfaction de vivre/satisfaction de la vie*, hiszp. *satisfacción con la vida/satisfacción de vida*, niem. *Zufriedenheit mit dem Leben/Lebenszufriedenheit/Lebenssatisfaktion*, ros. *удовлетворение от жизни/удовлетворение жизнью*.

Saunders Cicely Mary Strode (1918–2005)

brytyjska pielęgniarka i lekarka, założycielka Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie (1967), twórczyni nowożytnego ruchu hospicyjnego i nowoczesnej koncepcji → opieki paliatywno-hospicyjnej. W latach 1938–39 studiowała politykę, filozofię i ekonomię w Society of Home Students w Oxforfdzie. W roku 1940 rozpoczęła trzyletnią naukę w Szkole Pielęgniarskiej im. Florynce Nightingale, którą ukończyła z wyróżnieniem. Z powodu schorzenia kręgosłupa nie mogła podjąć pracy w wyuczonym zawodzie. Wróciła na Oxford w celu podjęcia studiów z zakresu zdrowia publicznego. W 1947 uzyskała dyplom medycznego pracownika socjalnego. W okresie studiów zetknęła się z Towarzystwem Sokratejskim, gdzie słuchała wykładów Clive'a S. Lewisa (1888–1963), co miało wpływ na jej ukształtowanie wewnętrzne i nawrócenie na chrześcijaństwo. W tym czasie na jej formację wpłynęły również twórczość Dorothy Leigh Sayers (1893–1957) i poglądy społeczne arcybiskupa Wiliama Temple (1881–1944). W 1948 pracując jako pielęgniarka w szpitalu św. Łukasza poznała umierającego na raka polskiego lotnika Dawida Taśmę (1908–1948), który przekazał jej wszystkie swoje oszczędności, by mogła zrealizować ideę budowy → domu opieki dla ludzi umierających. Spotkanie to jest przez C. Saunders wymieniane jako główna inspiracja dla początków światowego ruchu hospicyjnego. W 1951 podjęła studia medyczne, po których ukończeniu jako lekarz podjęła pracę w hospicjum św. Józefa w Londynie, gdzie prowadziła badania kliniczne dotyczące natury i sposobów uśmierzania bólu terminalnego. Efektem jej prac jest książka pt. *Care of the dying* (1960). W 1967 otworzyła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które z czasem staje się wzorcem dla wielu tego typu placówek na świecie. Przesłanie placówki nowego typu opieki nad umierającymi wyraża się w słowach: „Liczysz się do ostatniej chwili swojego → życia. Zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko pomagając Ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci". C. Saunders nazwała dolegliwości dotykające osoby w stanie terminalnym → bólem totalnym, ponieważ dotyka on człowieka we wszystkich możliwych aspektach (fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym). Dostrzegła również, że w opiece hospicyjnej konieczne jest zajmowanie się całą → rodziną umierającego. W pracy z umierającymi wskazywała na fundamentalne znaczenie poszanowania ich godności i indywidualności. W postępowaniu z chorymi w stanie terminalnym wskazywała na potrzebę rozpoznania momentu, w którym należy zaprzestać stosowania intensywnych procedur ratujących życie, po to by nie wywoływać u pacjenta niepotrzebnych cierpień. Holistyczne podejście do człowieka w ostatnich

fazach życia wyznaczyło nowe trendy postępowania w ramach współczesnej opieki hospicyjnej. Saunders była przeciwniczką tzw. prawa do śmierci (stosowania i legalizacji → eutanazji). Twierdziła, że przyjęcie regulacji prawnych w tym względzie może w konsekwencji powodować rezygnację z troski o cierpiących oraz doprowadzić do wywierania presji na chorych, by podejmowali decyzję o zakończeniu swojego życia.
Za swoje wieloletnie zaangażowanie w tworzenie ruchu hospicyjnego C. Saunders (fot. 1 oraz ilustr. 1) została wyróżniona Nagrodą Templetona (1972), przyznawanej za działania związane z pokonywaniem → barier pomiędzy nauką a religią, otrzymała też tytuł Dama Komandor Orderu Imperium Brytyjskiego (1980) i została odznaczona brytyjskim Orderem Zasługi (1989).

ZR

B: Bortnowska, 1993; Du Boulay, Rankin 2009; Du Boulay, Rankin, 2011; Saunders, 1960, 2001, 2004, 2006.
N: http://culture.pl/pl/tworca/ks-jozef-baka
O: *ars bene moriendi*, lęk przed śmiercią, opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna, *schola mortis*.

Sauvy Alfred (1898–1990)

francuski demograf, antropolog, historyk i socjolog, absolwent École Polytechnique w Palaiseau pod Paryżem, członek technokratycznego ruchu o nazwie Groupe X-Crise, wieloletni dyrektor Narodowego Instytutu Studiów Demograficznych (INED), wydawca pisma „Population" i prof. Collège de France w Paryżu, twórca → miernika starości demograficznej, który określa liczbę ludzi starych (w wieku 60 lat i więcej) przypadającą na 100 osób młodych (w wieku 0–17 lat), czyli ustala proporcje pomiędzy najstarszymi (pokolenie dziadków) i najmłodszymi (→ generacja wnuków) → grupami wieku. Wskaźnik Sauvy'ego w Polsce w roku 2000 wynosił 66, w 2010 – 104, prognoza na 2030 – 188 (*Rocznik Demograficzny 2011*, 2011). Był krytykiem istniejącego systemu emerytalnego, „widząc w nim społeczne zło. Przejście od pełnej aktywności zawodowej do pełnej bezczynności jest w jego oczach okrucieństwem mimo pozorów humanitarności" (zob. Rosset, 1986, Sauvy, 1963). Zajmował się m.in. → demografią, procesami → demograficznego starzenia się i zagadnieniami granic → życia ludzkiego. Od 1999 jest przyznawana nagroda jego imienia. Alfred Sauvy (fot. 1) był autorem wielu ważnych prac z zakresu socjologii, demografii i antropologii (Sauvy, 1943, 1944, 1952–54, 1961, 1965, 1970, 1976).

AAZ

B: *Rocznik Demograficzny 2011*, 2011; Rosset, 1986; Sauvy, 1943, 1944, 1952–54, 1961, 1963, 1965, 1970, 1976).

seksualność osób starszych

Seksualność to bardzo ważny wymiar funkcjonowania człowieka, którego znaczenie nie obejmuje tylko fizycznych aspektów, ale także społeczne i psychiczne. Choć nie ma jednoznacznej definicji seksualności, wielu badaczy wskazuje na to, że jest to termin o szerokim znaczeniu i obejmuje przekonania, przeżycia, fantazje, aktywność seksualną, bycie seksualnym, wszelkie aspekty zachowania związane z płcią i seksem, postawy i/lub wartości (zob. Rheaume, Mitty, 2008). Seksualność i możliwość jej wyrażania jest wynikiem współdziałania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, ale i duchowych. Seksualność jest terminem relatywnie młodym, ponieważ pojawił się on w słownikach dopiero pod koniec XX wieku (Lew-Starowicz, 2010).
Analizując problematykę seksualności osób starzejących się należy zauważyć, że badaczom nie udało się nigdy wskazać granicy wieku → życia, powyżej której wszyscy badani całkowicie zaprzestaliby być aktywnymi seksualnie. Można więc stwierdzić, że nie istnieje limit → czasu dla kobiecej i męskiej ekspresji seksualnej (Hyde, 1979). Ponadto, wiele badań wskazuje na to, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni, pozostają aktywni seksualnie przez całe życie, choć zmiany fizjologiczne, pojawiające się wraz z wiekiem, mogą negatywnie wpływać na częstotliwość zachowań seksualnych (Lindau i współprac., 2007).
Zwykło się uważać, że okres → późnej dorosłości charakteryzuje spadek częstotliwości aktywności seksualnej (zob. Turner, Helms, 1994, Zych, 1999, 2013), jednak dane statystyczne dotyczące wzmiankowanej sfery życia osób starzejących się są co najmniej niejednoznaczne i wskazują na znaczną indywidualizację zmian w jej zakresie, np. wyniki badań przeprowadzonych w grupie 254 osób w wieku od 60. do 94. roku życia świadczą o występowaniu różnych wzorców zmian w zakresie aktywności i zainteresowań seksualnych (Hultsch, Deutsch, 1981). Głównej przyczyny swej bierności seksualnej badani upatrują w braku partnera bądź partnerki seksualnej. Średnia wieku, którą badani wskazali jako granicę, po przekroczeniu której obniża się zainteresowanie aktywnością seksualną, przypada na 62 lata (Izdebski, 2012).
Badania aktywności seksualnej w okresie późnej dorosłości obejmują szerokie ich spektrum, w tym zacho-

wania diadyczne pod postacią stosunków seksualnych lub pieszczot, ale także zachowania autoerotyczne. Przykładem projektu badawczego nie ograniczającego definiowania aktywności seksualnej do zachowań diadycznych są badania, które na próbie 200 osób w wieku od 80. do 102. roku życia przeprowadzili John Garrett Bretschneider i Nancy Lewis McCoy (1988). Odkryli oni, że ok. 60% badanych mężczyzn i 30% kobiet pozostawało aktywnymi seksualnie; 70% mężczyzn i 40% kobiet się masturbowało, zaś jako najbardziej satysfakcjonujące formy aktywności badani wskazywali dotyk oraz pieszczoty (65% K i 80% M). Wiele projektów badawczych pozwala zauważyć, że w grupie starzejących się mężczyzn spada częstość masturbacji, ale nie w takim stopniu jak częstość współżycia seksualnego, co prowadzi do wniosku, że w tej grupie wiekowej masturbacja staje się ważnym sposobem rozładowania napięcia seksualnego (Bancroft, 2011).

Poruszając problematykę aktywności seksualnej osób starzejących się należy także wspomnieć o różnicach międzypłciowych odnotowywanych w wielu projektach badawczych (Schaie, Willis, 2002). Uzyskano bowiem dane, które świadczą o generalnie częstszym deklarowaniu aktywności seksualnej przez mężczyzn. Większość bowiem mężczyzn w wieku powyżej 75. r.ż. twierdziło, że angażuje się w pieszczoty erotyczne, m.in. pocałunki, przytulanie, co najmniej raz w tygodniu. Połowa tych samych mężczyzn deklarowała pozostawanie aktywnymi seksualnie w okresie ostatniego półrocza przed pomiarem. Dla porównania: 2/3 kobiet w tym samym wieku zadeklarowało, że nigdy nie angażuje się w pocałunki lub przytulanie. Ponadto badania wykazały, że kobiety powyżej 60. r.ż. rzadziej, w porównaniu z mężczyznami, miewają stałych partnerów seksualnych – ten sam wynik dotyczy kobiet w wieku powyżej 75. r.ż. (Schaie, Willis, 2002).

Z płcią badanych wiąże się kolejny czynnik, na którego istotność dla aktywności seksualnej wskazują projekty badawcze – doświadczenie wdowieństwa (zob. Rice, 1998). Wspomniane wydarzenie życiowe częściej przeżywane jest przez kobiety, lecz jako takie nie musi prowadzić do rezygnacji z aktywności seksualnej, bowiem istotny jest tu wiek, w którym dochodzi do utraty współmałżonka. Badania pokazują, że – w przeciwieństwie do wdów w okresie późnej dorosłości – wdowy młode (w przedziale wiekowym 26–30 lat) wykazują stałe zainteresowanie współżyciem seksualnym (Perlmutter, Hall, 1992). Doświadczenie wdowieństwa wydaje się jednak istotne ze względu na ryzyko pojawienia się tzw. zespołu wdowca/wdowy (zob. Lew-Starowicz, 1988), będącego konsekwencją zaprzestania podejmowania współżycia seksualnego przez okres co najmniej roku. W przypadku kobiet zespół ten objawia się m.in. słabszą lubrykacją, zmniejszeniem elastyczności pochwy, obniżeniem reaktywności seksualnej, a także spadkiem wrażliwości receptorów sfer erogennych. Zmiany te mogą prowadzić do wielu zaburzeń, takich jak: anorgazmia, dyspareunia lub seksualna anestezja. Z kolei u mężczyzn zespół wdowca objawia się pogorszeniem przepływu krwi w miednicy mniejszej, zmianami zanikowymi w jądrach oraz osłabieniem mechanizmów odpowiedzialnych za reakcje seksualne. Pojawienie się tych zmian może skutkować niepowodzeniami seksualnymi, które mogą przyczynić się do pojawienia się reakcji lękowych. Występowanie tych reakcji może z kolei pogłębiać obecne już zaburzenia i prowadzić do ich utrwalenia (Lew-Starowicz, 1988).

W opozycji do powyższych danych statystycznych istnieją jednak projekty badawcze, które dowodzą, że częstość współżycia w okresie późnej dorosłości nie jest związana z płcią badanych, lecz z ogólnym stanem ich → zdrowia oraz poczuciem własnej wartości (zob. Turner, Helms, 1994). Płeć badanych jest jednak zmienną, która modyfikuje siłę wpływu pozostałych czynników (takich jak np. stereotypy → starości, uwarunkowania związkowe) na zachowania seksualne i satysfakcję z nich czerpaną (Grabowska, 2012).

Do czynników modyfikujących aktywność seksualną osób starzejących się zalicza się uwarunkowania i zmiany biologiczne, czynniki psychologiczne i społeczno-demograficzne. Zmiany fizjologiczne mogące wpływać na aktywność seksualną zarówno mężczyzn, jak i kobiet, pojawiają się zazwyczaj w okresie średniej dorosłości (Schulz, Ewen, 1993, Bee, 2004). Zalicza się do nich na ogół wydłużenie się czasu narastania podniecenia i czasu refrakcji oraz większe zapotrzebowanie na stymulację (Schulz, Ewen, 1993, Smolak, 1993 Turner, Helms, 1994, Lew-Starowicz, 2004). Mężczyźni doświadczają m.in. słabszych ejakulacji, wzrasta także odsetek mężczyzn doświadczających problemów z erekcją (braku erekcji lub erekcji częściowej). Wyniki badań (zob. Perlmutter, Hall, 1992) świadczą o tym, że już u mężczyzn po 30. r.ż. nierzadko zauważa się objawy starzenia się penisów, polegające m.in. na twardnieniu i utracie elastyczności naczyń krwionośnych. Ze względu na uzależnienie mechanizmu erekcji od stanu naczyń krwionośnych powyższe zmiany mogą negatywnie oddziaływać na czas osiągania erekcji członka oraz na jej trwałość. I tak, np. osiągnięcie erekcji przez mężczyznę pięćdziesięcioletniego może wymagać ok. sześciokrotnie dłuższego czasu w porównaniu z mężczyzną dwudziestoletnim (zob.

Perlmutter, Hall, 1992). Jak wynika z badań seksualności Polaków, którzy ukończyli 50. r.ż. przeprowadzonych przez TNS OBOP w roku 2007, ok. 30% mężczyzn w tym wieku nie jest w stanie odbyć stosunku seksualnego, czego główny powód stanowią narastające z wiekiem zaburzenia erekcji (Izdebski, 2007).

W przypadku kobiet starzenie się wpływa na pojawienie się zjawiska atrofii pochwy, polegającym na jej skracaniu się i zwężaniu oraz na utracie elastyczności. Pojawiają się też kłopoty z lubrykacją, którym jednak można zaradzić poprzez stosowanie lubrykantów lub korzystanie z → hormonalnej terapii substytucyjnej (Hyde, 1979, Schulz, Ewen, 1993, Smolak, 1993, Olejnik, 2002). Co więcej, podejmowanie aktywności seksualnej (np. w formie stosunków koitalnych lub masturbacji) może prowadzić do redukcji procesu → starzenia się tkanek pochwy oraz podwyższenia poziomu hormonów płciowych (zob. Perlmutter, Hall, 1992). Wyniki badań wskazują jednak na obniżenie się poziomu seksualnego pożądania u kobiet w czasie → menopauzy, w tym także u kobiet stosujących hormonalną terapię zastępczą (Woods i współprac., 2010). Negatywny wpływ na ów poziom ma częste występowanie takich objawów, jak: uderzenia gorąca, będące efektem nagłych zmian średnicy naczyń krwionośnych, a manifestujące się krótkotrwałym odczuciem wzmożonej ciepłoty w górnych partiach ciała, zaczerwienieniem skóry oraz zwiększoną potliwością. Do innych niekorzystnych objawów zaliczyć można przemęczenie i kłopoty ze snem (w tym m.in. problemy z zasypianiem, przedwczesne budzenie się, sen przerywany), jak również nasilenie doświadczanego → stresu dnia codziennego (Kaplan, Sedney, 1980). Omawiając rolę czynników biologicznych w kształtowaniu aktywności seksualnej osób w okresie późnej dorosłości należy także wspomnieć o pozaseksualnych kłopotach zdrowotnych, ogólnym stanie zdrowia fizycznego oraz skutkach ubocznych zażywania leków (Bancroft, 2011, Turner, Helms, 1994). Do → chorób, które mogą wpływać na funkcjonowanie w sferze seksualnej zalicza się np. → cukrzycę, neuropatie, choroby naczyń obwodowych lub → chorobę niedokrwienną serca (Bancroft, 2011).

Warto jednak pamiętać, że redukcja częstości podejmowania współżycia seksualnego czasami bywa powodowana przez zmiany fizjologiczne, lecz owe zmiany zazwyczaj nierzadko stanowią tylko wygodny pretekst do wycofania się z aktywności, która nigdy dla danej jednostki nie była aktywnością satysfakcjonującą (Schulz, Ewen, 1993, Turner, Helms, 1994).

Postawy wobec zmian fizycznych w sferze seksualnej mogą mieć charakter obronny, destrukcyjny lub optymistyczny (Lew-Starowicz, 2004). Cechą charakterystyczną postawy obronnej jest ambicjonalna reakcja na niepowodzenia seksualne (np. problemy z osiągnięciem erekcji). Szukanie ucieczki w uzależnienia, nadmierną aktywność zawodową lub związki pozamałżeńskie to przykłady strategii stosowanych przez osobę o postawie obronnej w przypadku przeżywania kłopotów seksualnych, które postrzegane są przez jednostkę jako osobista porażka. Spostrzeganie problemów przez pryzmat niepowodzenia sprawia, że osoba przeżywająca trudności nie szuka pomocy specjalistycznej, ani nie próbuje uzyskać wsparcia w swym stałym związku. Postawę destrukcyjną cechuje rezygnacja z aktywności seksualnej, gdy tylko pojawią się problemy seksualne. Jednostka reprezentująca postawę destrukcyjną przejawia tendencje do prezentowania zachowań hipochondrycznych oraz do izolowania się. Takie nieprzystosowawcze reakcje na przemiany fizjologiczne i towarzyszące im kłopoty seksualne mogą skutkować pogłębieniem się ewentualnych zaburzeń lub doprowadzić do rozwoju zaburzeń psychosomatycznych oraz patologicznej zazdrości. Postawę optymistyczną można pojmować jako przeciwieństwo postawy obronnej i destrukcyjnej. Postawę optymistyczną cechuje chęć eliminacji trudności seksualnych oraz dołożenie starań, aby stały związek z partnerem/partnerką był satysfakcjonujący dla obu stron. Jednostka reprezentująca postawę optymistyczną dąży do prowadzenia higienicznego → stylu życia, poprzez podejmowanie umiarkowanego wysiłku fizycznego, dbanie o wypoczynek, ograniczanie stosowania używek oraz stosowanie diety, która zawiera odpowiednie ilości białka, witamin i soli mineralnych (Lew-Starowicz, 2004). Poprzez stosowanie tych strategii, osoby o postawie optymistycznej starają się zadbać o jak najdłużej trwającą sprawność seksualną.

Analizując czynniki pozytywnie wpływające na seksualność w grupie kobiet w okresie późnej dorosłości podkreślić trzeba znaczącą rolę samooceny w zakresie atrakcyjności seksualnej, która wpływa m.in. na poziom inicjatywy i satysfakcji seksualnej (Grabowska, 2012). Wysoki poziom samooceny ma odzwierciedlenie w akceptacji swego ciała i roli płciowej, a także zapewnia wysoki poziom poczucia własnej wartości i ekstrawersji. To z kolei może nasilać kontakty społeczne jednostki oraz sprzyjać otwartości zachowań, w tym także w sferze seksualnej (Kaschack, 2001, Pietrzak, Hałaj, 2000).

W okresie późnej dorosłości intensyfikują się zmiany zachodzące w wyglądzie zewnętrznym, objawiające się przykładowo utratą elastyczności skóry lub siwieniem

włosów (Bee, 2004, Matlin, 1996), a to z kolei może wpływać na poziom samooceny w zakresie atrakcyjności seksualnej – szczególnie znacząco w grupie kobiet – zważywszy na istnienie tzw. podwójnego standardu starzenia się. Zjawisko to polega na tendencji do bardziej krytycznego oceniania fizycznych objawów starzenia się organizmu w przypadku kobiet niż mężczyzn (Matlin, 1996; Lips, 2005), z czym wiąże się powszechna społecznie tendencja do określania wartości kobiety w kontekście jej fizycznej atrakcyjności dla mężczyzn (zob. Lips, 2005). Pojawianiem się biologicznych objawów procesu starzenia (np. zmarszczki, siwe włosy, wiotczenie skóry) mogą mieć znaczący wpływ na subiektywne poczucie kobiecości i atrakcyjności starzejących się kobiet. Jednak pojawienie się tych samych zmian w wyglądzie mężczyzn uważa się za objaw dojrzałości i traktuje się jako proces naturalny, który nie prowadzi do tak znacznego spadku atrakcyjności (Prentice, Carranza, 2002, Sontag, 1972).

Ważnym czynnikiem wpływającym na aktywność seksualną w grupie starzejących się kobiet jest także zaangażowanie – jeden z komponentów miłości w ujęciu Roberta Sternberga (1949–). Zaangażowanie, rozumiane jako konglomerat decyzji, myśli, uczuć oraz zachowań zmierzających m.in. ku utrzymaniu trwałości związku, odgrywa bardzo ważną rolę w poziomie aktywności seksulanej ponieważ determinuje inicjatywę i satysfakcję seksualną oraz wpływa na różnorodność stosowanych technik współżycia seksualnego (Sternberg, 1986). W przypadku starzejących się mężczyzn najsilniejszy pozytywny wpływ na aktywność seksualną wywiera zaangażowanie i samoocena w zakresie atrakcyjności seksualnej, a także siła potrzeb seksualnych, która modyfikuje częstość podejmowania współżycia seksualnego oraz różnorodność realizowanych w nim technik. W grupie mężczyzn w okresie późnej dorosłości nie odnotowuje się występowania negatywnego wpływu stereotypów płci na aktywność i satysfakcję seksualną, zaś zauważyć można – podobnie jak w grupie kobiet – negatywne oddziaływanie stereotypów starości (Grabowska, 2012). Z kolei do czynników negatywnie wpływających na aktywność seksualną starzejących się kobiet zalicza się tendencję kobiet do stosowania stereotypów kobiecości oraz starości. Stereotyp starości negatywnie wpływa zarówno na różnorodność stosowanych przez kobiety technik współżycia seksualnego, jak i na częstość stosunków seksualnych (Grabowska, 2012).

W literaturze przedmiotu odnaleźć można pogląd głoszący, że spadek aktywności seksualnej w omawianej fazie życia może być skutkiem oczekiwań społecznych. Wyniki badań nad stereotypowym wizerunkiem człowieka starego dostarczają obrazu osoby aseksualnej, nieatrakcyjnej i pozbawionej potrzeb seksualnych. Postrzeganie zachowań seksualnych zależy od wieku respondentów. Te same zachowania seksualne podejmowane przez osoby młode określane są mianem „przejawu witalności", jednak gdy podejmowane są przez seniorów, postrzegane są jako „przejaw lubieżności" (zob. Lips, 2005). Dość powszechny jest także mit, wedle którego aktywność seksualna w okresie późnej dorosłości może być niebezpieczna dla zdrowia, m.in. ze względu na duże obciążenie dla serca i ryzyko → zawału mięśnia sercowego. Jeden ze stereotypów dotyczących seksualności osób starszych głosi, że przejawianie zainteresowania seksualnością przez kobiety w okresie późnej dorosłości, to żałosne próby odzyskania utraconej młodości i witalności (Schulz, Ewen, 1993, Turner, Helms, 1994, 1999).

Dla wieku osób młodszej generacji, sama idea, że → seniorzy są aktywni seksualnie jest wstydliwa i perwersyjna. Obraz aseksualnych osób starszych może częściowo wynikać z koncentrowania się współczesnego społeczeństwa na kult młodości (Imieliński, 1985). Kolejnym czynnikiem wpływającym na to, że osoby starsze postrzegane są jako aseksualne jest to, że ludzie mają tendencję do identyfikowania osób starych z własnymi bliskimi, np. dziadkami lub rodzicami. Taka postawa może, w znaczy sposób, przeszkadzać w postrzeganiu seniorów jako osób aktywnych seksualnie, ponieważ aktywność seksualna starzejących się rodziców lub dziadków może być sprzeczna z przeidealizowanym obrazem tych osób, pochodzącym z dzieciństwa (Hyde, 1979).

Mity dotyczące aktywności seksualnej osób starszych są nierzadko podzielane przez osoby profesjonalnie zajmujące się → opieką nad osobami starzejącymi się (m.in. pracownicy → bdomów pomocy społecznej lub sanatoriów). Pensjonariusze ośrodków opiekuńczych zauważają, że ośrodki te nie zapewniają im odpowiedniej prywatności, separują kobiety od mężczyzn i ośmieszają przejawy seksualności swych podopiecznych (Mattiasson, Hember, 1999, Schulz, Ewen, 1993). Szczególnie trudna wydaje się być sytuacja starzejących się osób homoseksualnych, które to osoby cierpią zarówno z powodu stereotypów starzenia się, jak i homofobii (McDougall, 1993, Wight i współprac., 2012). W kontekście powyższych zachowań warto przytoczyć dane, które świadczą o tym, że 15% pensjonariuszy sanatoriów deklaruje podejmowanie jakiejś formy aktywności seksualnej – w tym najczęściej flirt, całowanie i stosunek seksualny (Izdebski, 2012).

Powszechność powyższych przekonań dotyczących seksualności osób powyżej 60. roku życia może powodować, że osoby te – wpisując się w akceptowaną społecznie rolę – mogą dopasowywać swoje zachowania do bezzasadnych w tej kwestii oczekiwań społecznych (Bancroft, 2011). Warto tu jednak podkreślić, że aktywność seksualna w okresie późnej dorosłości wydaje się silnie uwarunkowana kulturowo. Świadczyć o tym może chociażby kulturowe zróżnicowanie wzorców postrzegania seksualności osób starych. Istnieją bowiem kultury zachęcające osoby w podeszłym wieku do podejmowania współżycia seksualnego – przykładowo w niektórych plemionach afrykańskich ludzie starzy stają się nauczycielami i doradcami w sferze seksualnej, zaś w plemieniu Kung kobiety w okresie późnej dorosłości cieszą się większą wolnością seksualną niż kobiety młode (Gormly, 1997).

Stosując kryterium postawy w stosunku do aktywności seksualnej, Kazimierz Imieliński (1929–2010) zaproponował podział osób starszych na dwie grupy. W pierwszej grupie znajdują się osoby, dla których życie seksualne stanowiło zawsze istotną wartość. W obliczu zmian fizycznych związanych z wiekiem, osoby należące do tej grupy obawiają się spadku aktywności seksualnej. Ta obawa przyczynia się do pojawiania się lęku do tego stopnia, że jednostki te mogą zacząć postrzegać aktywność seksualną jako wartość nadrzędną, a nawet jedyną i prowadzi do nadmiernego skupienia się na sprawności seksualnej. Stan przesadnej koncentracji na zachowaniach seksualnych, badacz określił mianem fetyszyzacji seksualności (Imieliński, 1985). Druga grupa obejmuje osoby, które zgodnie z powszechnie panującymi społecznymi oczekiwaniami, przyjmują rolę osób aseksualnych. Dla osób znajdujących się w tej grupie seksualność nigdy nie stanowiła cennej wartości, a zaawansowany wiek stanowi bezpieczną „wymówkę" przed podejmowaniem aktywności seksualnej. Zdaniem Imielińskiego (1985), osoby te odczuwają ulgę z zaniechania aktywności seksualnej, gdyż od lat mogła być ona dla nich niesatysfakcjonująca lub postrzegana jako niechciana powinność.

Z kolei Marta Cichocka (2006) zaproponowała podział osób starszych ze względu na dokonywane przez te osoby wybory związane z aktywnością seksualną. Do tych wyborów zalicza się: kontynuację zachowań seksualnych w formie niezmienionej, ograniczenie aktywności, kontynuację zachowań w formie zmienionej oraz całkowite wycofanie z zachowań seksualnych. Warto podkreślić, że każdy z tych wyborów obarczony jest ryzykiem niepowodzenia, m.in. ze względu na zmniejszoną wydolność fizyczną własną bądź partnera. W przypadku kobiet trudności w kontynuacji zachowań seksualnych związane są częściej ze zmniejszoną sprawnością partnera. Abstynencja seksualna, ze względu np. na problemy z erekcją, może prowadzić u kobiet do narastającej frustracji, na skutek której rezygnują one z zaspokajania własnych potrzeb – nie tylko seksualnych, ale również psychicznych. Przyczyna niepowodzeń seksualnych partnera może być również postrzegana przez kobiety jako spadek własnej atrakcyjności seksualnej oraz kobiecości. W odniesieniu do mężczyzn, którym zależy na utrzymaniu aktywności seksualnej, zjawisko stopniowej utraty sprawności seksualnej może prowadzić do nawiązywania relacji seksualnych z dużo młodszymi od siebie partnerkami. Relacje te jednak mogą prowadzić do obniżenia samooceny w zakresie atrakcyjności, zarówno seksualnej, jak i fizycznej, ze względu na to, że młodsze partnerki mogą bardziej krytycznie oceniać sprawność seksualną swoich partnerów.

Wybór ograniczenia zachowań seksualnych może okazać się skuteczny w ograniczeniu frustracji, pod warunkiem, że nie będzie pozostawać w skrajnej sprzeczności z potrzebami seksualnymi jednostki oraz jej samooceną w zakresie atrakcyjności jako mężczyzny lub kobiety. Istnieje jednak ryzyko, że ograniczenie zachowań seksualnych doprowadzi do całkowitej rezygnacji z tej formy aktywności. Rezygnacja z aktywności seksualnej może skutkować przyspieszeniem procesów starzenia się biologicznego, psychicznego i społecznego oraz podwyższonym ryzykiem zachorowań (np. w przypadku mężczyzn – na nowotwory prostaty). Ponadto, wybór ten może doprowadzić do stopniowej rezygnacji z dbania o swoje ciało i wygląd zewnętrzny, co według Cichockiej (2006) może prowadzić do obniżenia ogólnej kondycji psychofizycznej oraz pogłębiania się obniżania samooceny w zakresie atrakcyjności fizycznej i seksualnej.

Ostatni wybór, jakim jest zmiana dotychczasowych form zachowań seksualnych, wydaje się najbardziej korzystnym wyborem, jednak podobnie jak kontynuacja lub ograniczenie zachowań seksualnych, jest on obciążony ryzykiem niepowodzenia. To, na ile satysfakcjonująca będzie aktywność seksualna, w dużej mierze zależy od rodzaju nowych, zastępczych zachowań oraz tego czy oboje partnerzy je akceptują (Cichocka, 2006). Szczególne znaczenie odgrywa również zakres zmian zachowań seksualnych, gdyż zmiana może oznaczać m.in. rozpoczęcie stosowania lubrykantów czy też leków wspomagających osiągnięcie erekcji, a także zastąpienie stosunków koitalnych masturbacją, ograniczenie aktywności seksualnej do pet-

tingu lub neckingu lub zastąpienie relacji heteroseksualnej homoseksualną.

Ważnym elementem seksualności jest satysfakcja seksualna. Wielu badaczy podkreśla, że zrozumienie i akceptacja dla procesu starzenia się partnera oraz ogólne → zadowolenie z życia i z małżeństwa pozytywnie wpływają na osiąganie satysfakcji z aktywności seksualnej (Schulz, Ewen, 1993, Smolak, 1993, Craig 1996, Rice, 1998). Wśród czynników wpływających na satysfakcję z aktywności seksualnej wymienia się również dobry stan zdrowia partnerów, nastawienie na wzajemne zaspokajanie potrzeb, oraz umiejętność modyfikowania technik seksualnych w celu kompensacji zmian fizjologicznych związanych ze starzeniem się organizmu (Turner, Helms, 1994). Jednocześnie zaznacza się, że w okresie późnej dorosłości aktywnymi seksualnie pozostają te osoby, które były aktywne w tej sferze bez dłuższych przerw we wcześniejszych fazach rozwoju. [Dodajmy, że z uwagi na kulturowe uwarunkowania seksualizmu człowieka „ludzie starsi nie otrzymują wzmocnienia ze zwykłych, codziennych źródeł, że potrzeba seksu jest normalna i zdrowa w każdym wieku w dorosłości. Stąd nie dziwi odkrycie, że jawne zainteresowanie seksem wyraźnie zmniejsza się po 50. roku życia, i w części tłumaczy się to negatywnymi opiniami społecznymi" (Stuart-Hamilton, 2006, s. 157). Człowiek starzejący się i stary ma bowiem zakodowane w swojej podświadomości takie przekazy literackie i ludowe, jak np. *Czterdziestka – babie kreska*, *Każda kobieta dwa razy szaleje: kiedy się kocha i kiedy siwieje*, *Po kopie – po chłopie*, *Staremu różaniec, młodemu dziewczyna*, *Starym kochać sprośnie*, *Szkaradna jest miłość starca* (zob. ilustr. 1 i 2) – przyp. red.].

Podsumowując, aktywność seksualna osób starzejących się i starych jest ważnym elementem ich funkcjonowania. Pomimo zmian fizycznych, pojawiających się wraz z wiekiem, osoby starsze mogą nadal pozostawać aktywnymi seksualnie.

MG, ML

B: Bancroft, 2011; Bee, 2004; Bengtson, Rosenthal, Burton, 1990; Bretschneider, McCoy, 1988; Cichocka, 2006; Gormly, 1997; Grabowska, 2012; Hultsch, Deutsch, 1981; Hyde, 1979; Imieliński, 1985; Izdebski, 2007, 2012; Kaplan, Sedney, 1980; Kaschack, 2001; Kessel, 2001; Kingsberg, 2002; Lew-Starowicz, 1988, 2004, 2010; Liebert, Poulos, Strauss, 1974; Lindau i współprac, 2007; Lips; 2005; Matlin, 1996; McDougal, 1993; Olejnik, 2002; Perlmutter, Hall, 1992; Pietrzak, Hałaj, 2000; Prentice, Carranza, 2002; Rheaume, Mitty, 2008; Rice, 1998; Schaie, Willis, 2002; Schulz, Ewen, 1993; Smolak, 1993; Sontag 1972; Sternberg, 1986; Stuart-Hamilton, 2006; Turner, Helms, 1994, 1999; Wight i współprac., 2012; Woods, Mitchell, Smith-Di, 2010; Zych, 1999, 2013.

O: gerontoseksuologia, niemoc płciowa, potrzeby psychoseksualne osób starszych, potrzeby seksualne, potrzeby seksualne w okresie starości, seksualność, seksualność w późnej dorosłości, starość i starzenie się w przysłowiach polskich, wiek a życie seksualne, życie seksualne w starszym wieku.

TK: ang. *sexuality of older adults/sexuality in older age/elderly sexuality/sexuality in the elderly*, fr. *sexualité des personnes âgées*, hiszp. *la sexualidad de las personas mayores*, niem. *Alterssexualität/Sexualität und das sexuelle Empfinden von Menschen im Alter*, ros. *сексуальность пожилых людей*.

selektywna optymalizacja i kompensacja (model Selektywnej Optymalizacji i Kompensacji)

– to nazwa modelu → [pomyślnego] optymalnego starzenia się, opracowana przez małżeństwo niemieckich psychologów → M. M. Baltes i → P. B. Baltesa (1993). Model ten opiera się na założeniu, że aktywność człowieka przez całe życie ukierunkowana jest na przystosowanie do zmieniających się warunków, zarówno do otaczającego świata, jak i do zmian zachodzących w obrębie własnej osoby. Adaptacji do zmian rozwojowych związanych ze → starzeniem się służą dwa główne mechanizmy: selektywna optymalizacja i kompensacja. Podstawą uruchomienia tych mechanizmów jest uświadomienie przez jednostkę aktualnej kondycji, swoich mocnych i słabych stron, możliwości utrzymania dotychczasowego poziomu sprawności i ewentualnego dalszego ich rozwoju, przy jednoczesnej akceptacji pojawiających się ograniczeń oraz rezygnacji z ambicji utrzymania sprawności w tych sferach życia psychicznego, w których stwierdzona została trudna do przezwyciężenia słabość czy deficyt. Istotą selektywnej optymalizacji jest angażowanie się w podtrzymanie sprawności, które w największym stopniu rokują pozytywne efekty. Kompensacja z kolei polega na zastąpieniu aktywności zawiadywanych przez te psychofizyczne funkcje, które uległy znacznemu osłabieniu, innymi formami aktywności, mogącymi przyczynić się do podtrzymania ogólnie satysfakcjonującej kondycji. Mechanizm selektywnej optymalizacji i kompensacji rozpatrywany jest najczęściej w odniesieniu do funkcji poznawczych oraz samooceny.

Optymalizowanie funkcji poznawczych polega przede wszystkim na treningu → pamięci, rozumowania logicznego i orientacji przestrzennej, czyli tych procesów, które są najbardziej podatne na regres. Także jakakolwiek aktywność poznawcza, zmuszająca do

koncentracji uwagi, zapamiętywania nowych treści i przypominania sobie wcześniej zakodowanych w umyśle informacji oraz ich przetwarzania, czyli do myślenia, sprzyja optymalizacji tych funkcji. Niestety, z powodu słabnącej z wiekiem plastyczności wszystkich procesów psychicznych, słabną również możliwości transferu pozytywnych efektów treningu na codzienne funkcjonowanie. Dlatego najskuteczniejszą formą optymalizacji funkcjonowania poznawczego jest codzienna aktywność umysłowa. Ważna jest jednak nie tylko aktualna aktywność, lecz także aktywność w całym dotychczasowym → życiu. Liczne badania przekonują, że starsze osoby, które w poprzednich okresach życia wykonywały zadania skomplikowane, w ponadprzeciętnym stopniu angażujące intelekt, zazwyczaj dłużej zachowują sprawność umysłową, mają większe zasoby wiedzy i umiejętności, w związku z czym ubytki w ogólnej sprawności nie są tak bardzo zauważalne jak w przypadku osób o ograniczonym „kapitale wyjściowym". Niemniej, aktualny styl, a więc przede wszystkim aktywność angażująca pamięć operacyjną (roboczą) i myślenie, stanowi istotne zabezpieczenie przed regresywnymi zmianami w sferze procesów umysłowych. Utrzymaniu dobrej kondycji umysłowej sprzyjają także kontakty towarzyskie, działalność społeczna, uczestniczenie w życiu kulturalnym, uprawianie sportu, turystyki czy jakiegokolwiek hobby. Formą kompensacji w sferze poznawczej z kolei jest podejmowanie zadań, które są sprzeczne ze stereotypem na temat ludzi starszych, a które jednostka jest w stanie wykonać.

Mechanizm selektywnej optymalizacji dotyczy również samooceny, która u osób starzejących się ulega obniżeniu. Wpływ na to mają z jednej strony czynniki podmiotowe, takie jak zmiana ról społecznych związana z przejściem na → emeryturę, czy słabnięcie ogólnej kondycji psychofizycznej. Nie bez znaczenia są względy kulturowe. Kult młodości i związane z nim postawy ageistowskie w społeczeństwie z całą pewnością przyczyniają się do spadku samooceny u osób w drugiej połowie życia. Selektywna optymalizacja w odniesieniu do samooceny seniorów polega przede wszystkim na akceptacji swojego wieku i obrazu siebie jako osoby starszej, a także na identyfikacji z analogiczną → grupą wieku. „→ Starość otwarcie przyjęta jest mniej stara". Istotne w podtrzymaniu dotychczasowej samooceny jest także zauważanie i docenianie pozytywnych aspektów własnej starości, np. → zdrowia, dobrej kondycji, bezpieczeństwa, samego faktu życia.

Pozytywną rolę w optymalizowaniu samooceny odgrywają spotkania z osobami z młodszej → generacji, w czasie których istnieje możliwość wykazania się jakimiś walorami, np. wiedzą, → mądrością [życiową], dowcipem. Ważne jest przy tym, aby osoba starsza utrzymywała kontrolę nad swoją postawą, aby nie wdawała się w rywalizację i nie usiłowała zaprezentować się jako osoba młodsza niż jest w rzeczywistości, unikając dzięki temu porażki czy ośmieszenia.

Dość powszechną formę kompensacji w odniesieniu do samooceny stanowi mechanizm porównań społecznych, tj. porównań z osobami należącymi do własnej grupy wiekowej, które pod pewnymi względami jawią się jako mniej sprawne czy mniej atrakcyjne. Pozytywny efekt porównań poprawia, przynajmniej doraźnie, → dobrostan psychiczny. Niespecyficzną formą kompensacji może być praktykowanie dobrych uczynków, np. przyznanie się do słabości, z intencją dania innej osobie szansy wykazania się określoną umiejętnością i tym samym przyczynienia się do poprawy jej samopoczucia. Powszechnie stosowana przez osoby starsze metoda kompensacyjna sprowadza się do korzystania z materiałów pomocniczych, notatek, zapisków w kalendarzu czy na umieszczonych w widocznych miejscach kartkach. Jako strategię kompensacyjną uważa się także regularny tryb życia, wykonywanie określonych czynności o zaplanowanej, stałej porze. Powtarzanie czynności prowadzi do ich utrwalenia i w stabilnych warunkach zapewnia skuteczność, chroniąc przed autodewaluacją.

MMS-R

A: SOC, SOK.

B: M. M. Baltes, P. B. 1993.

N: Švancara, 2012 – Internet: e-psycholog.eu/…

TK: ang. *the Model of Selection, Optimalization, and Compensation/the model of selective optimization with compensation*, fr. – , hiszp. – , niem. *Modell der Optimierung durch Selektion und Kompensationmotionen*, ros. – .

model Selektywnej Optymalizacji i Kompensacji → selektywna optymalizacja i kompensacja

senior

– pojęcie wieloznacznie interpretowane, mające na celu podkreślenie wartości i znaczenia osoby starszej w danym otoczeniu. Termin najczęściej stosowany jest w → gerontologii oraz literaturze pięknej. Do najczęstszych interpretacji możemy zaliczyć użycie słowa senior wobec najstarszej wiekiem (senior rodu) osoby w danej społeczności lokalnej, → rodzinie. Pojęcie se-

nior stosowane jest także dla podkreślenia większych umiejętności, w powiązaniu z wiekiem i/lub czasem podejmowania działań, doświadczeniem (np. w sporcie grupa seniorów). W organizacjach, stowarzyszeniach termin może odnosić się do grupy osób, które wcześniej aktywnie uczestniczyły w pracach, aktualnie są członkami honorowymi. Zwyczajowo pojęcie senior oznacza osobę, która jest w → wieku emerytalnym. Dla pokreślenia odbiorcy usług, oferty kierowane do osób po 60. roku życia często zawierają słowo senior, np. → klub seniora czy gimnastyka, dieta, pakiety ubezpieczeniowe, wycieczki dla seniorów itd.

DT

O: aktywny senior, centrum seniora, czasopisma dla seniorów, edukacja medialna seniorów, klub seniora, kultura medialna seniorów, polityka senioralna, rada ds. seniorów, senioralna praca socjalna.

TK: ang. *senior*, fr. *senior*, hiszp. *senior*, niem. *Senior/älteren Menschen*, ros. *сеньор/старший/старейшина*.

Seredyńska Danuta (1964–2015)

polska pedagog, przedstawicielka → gerontologii społecznej, absolwentka Wydziału Pedagogiki ówczesnej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, wykładowca Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, związana z Katedrą Aksjologii Pedagogicznej i Metodologii Badań, przed podjęciem studiów ukończyła Lic. Med. Pielęgniarstwa w Bydgoszczy, uzyskując wykształcenie w zawodzie pielęgniarki. W roku 2006 uzyskała stopień doktora na podstawie pracy pt. *Uwarunkowania orientacji zdrowotnych dorosłych mieszkańców ziemskiego powiatu bydgoskiego*. Zajmowała się promocją zdrowia, pedagogiką społeczną, problemami metodologii badań pedagogicznych i gerontologią społeczną, była członkiem Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych, w 2011 za osiągnięcia naukowe otrzymała zespołową Nagrodę Rektora UKW w Bydgoszczy. W macierzystej uczelni opiekowała się Studenckim Kołem Gerontologii Społecznej i prowadziła zajęcia z gerontoterapii [tj. → leczenia chorób wieku starczego]. Zajmowała się problematyką → zdrowia, zwłaszcza jego promocją, oraz zagadnieniami → starzenia się, → starości, a nade wszystko → życia ludzkiego ujmowanego w perspektywie temporalnej z punktu widzenia losu człowieka, co znalazło odzwierciedlenie w pracy magisterskiej pt. *Przygotowanie człowieka do egzystencji w obliczu zmienności losu jako problem edukacyjny* (2001).

Serdyńska ogłosiła drukiem kilka ważnych prac z zakresu → gerontologii, z których na uwagę zasługują m.in. *Dyskursy edukacyjne o starości w naukach humanistycznych i społecznych* (2013 a) i *Źródła smutku i radości w opinii seniorów* (2013 b).

Oceniając jedną z ostatnich prac Seredyńskiej pt. *„Życie jest…"* (2011) Bogusław Śliwerski (1954–) napisał, że opracowane przez Nią „konstrukcje teoretyczne, operacjonalizacja pojęć mogą być wykorzystywane w kolejnych badaniach społecznych, bowiem wykonała to zadanie za innych, poprzestając jedynie i aż – na rozkładającym się na osi życia osób od wczesnej dorosłości ku starości sposobie ich rozumienia, poszukiwania znaczeń wpisujących się w biografię badanych osób. Badanie wielopokoleniowych różnic w nadawaniu znaczeń myślom o życiu jest nie tylko pasjonującą, ale i humanistycznie piękną oraz mądrą lekturą" (http://sliwerski-pedagog…).

AAZ

B: Seredyńska, 2009, 2011, 2012, 2013 a, 2013b.

N: http://sliwerski-pedagog…

„sędziwi starcy" („starzy-starzy")

Określenie „starzy-starzy" (ang. *old-old*) zostało wprowadzone przez Berenice → Neugarten na oznaczenie zróżnicowania zdolności jednostek do utrzymania niezależności funkcjonalnej. Termin ten odnosi się raczej do ludzi starszych, między 75. a 84. rokiem życia, którzy mają trudności w utrzymaniu niezależności funkcjonalnej, aniżeli do tych, którzy są w szczególnie zaawansowanym → wieku chronologicznym. W okresie późnej → starości (75–89 lat) większość osób wykazuje znaczne ograniczenie sprawności psychofizycznej, a także ma większą potrzebę korzystania z pomocy innych osób (→ rodziny, sąsiadów czy instytucji opiekuńczych). W okresie tym zmniejsza się przydatność zawodowa oraz obniża ekonomiczny standard życia. Określenie „sędziwi starcy" bywa używane wobec osób znajdujących się w ostatnim podokresie fazy starości, tj. w → starości sędziwej. Osoby będące w wieku sędziwym są bardzo zróżnicowaną grupą, zarówno pod względem cech społeczno-demograficznych – wieku, płci, wykształcenia itp., jak i stanu → zdrowia oraz → sprawności fizycznej i psychicznej. Zazwyczaj „sędziwi starcy" wymagają jednak znacznej pomocy nie tylko w zaspokajaniu swych potrzeb, ale i → wsparcia społecznego ze strony najbliższych (Leszczyńska-Rejchert, 2005).

AL-R, AAZ

B: Leszczyńska-Rejchert, 2005.
O: starość, starość sędziwa, wiek podeszły, zespół słabości.
S: „nieodporne" osoby starsze, osoby starsze „eksponowane na ryzyko", „słabi" starzy,
staruszka/starzec, „wielcy starcy".
TK: ang. *old-old/oldest old,/"frail" elderly/"at risk" elderly/"vunerable" elderly*, fr. *grands vieillards*, hiszp. *más ancianos*, niem. *"alte Alte"*, ros. *"старые пожилые"*.

„starzy-starzy" → „sędziwi starcy"

sieć społeczna i wsparcie społeczne (sieć wsparcia społecznego dla osób starszych)

należą do najbardziej znanych w → pracy socjalnej i pedagogice społecznej form działań na rzecz drugiego człowieka, będącego w potrzebie. Określenie sieć społeczna wprowadził w roku 1954 do antropologii społecznej John A. Barnes (1918–2010), i jest to „struktura społeczna złożona z węzłów, które są indywidualnymi elementami organizacji. Węzły z kolei połączone są poprzez różne rodzaje powiązań – od przypadkowych spotkań do bliskich relacji rodzinnych", natomiast → wsparcie społeczne „oznacza wszystkie czynniki środowiska społecznego sprzyjające jednostce w wyjściu z → choroby, kryzysu czy trudnej sytuacji życiowej. Jest to szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej osobom i grupom, głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjałów i zasobów, które zachowali, aby mogli sobie radzić ze swoimi problemami. Wsparcie społeczne udzielane osobom niepełnosprawnym, ich rodzinom oraz osobom starszym wymagającym → opieki polega na zastosowaniu takich form pomocy, jakie przy wykorzystaniu istniejących i zachowanych sprawności pozwolą wskazać najbardziej optymalną możliwość samodzielnego, aktywnego i twórczego" → życia (Zych, 2010, s. 204, 2001, s. 248).

Ludzie w → wieku emerytalnym, czyli mający 67 lat i więcej, zaliczani są do grupy ludzi starzejących i starych, stając się dominującą pod względem liczebności grupą społeczną w wielu krajach Europy, w tym Polski, co dzieje się to za sprawą → demograficznego starzenia się społeczeństw. Grupa osób starszych i starych ulega rozrastaniu we wszystkich → kohortach wiekowych, ze szczególnym przyrostem w grupie osób najstarszych zaliczanych do sędziwych, a to za sprawą wydłużania się ludzkiego życia przy jednoczesnym relatywnie niskim wskaźniku urodzeń. Wzrastające → przeciętne dalsze trwanie życia jest konsekwencją poprawy warunków zdrowotnych, socjalnych, ekonomicznych danego społeczeństwa, i stanowi wartość autoteliczną, ale pokazuje jednocześnie, że mamy coraz więcej lat do przeżycia w → starości, w okresie uznawanym za czas stagnacji i wyciszenia aktywności, zwłaszcza społecznej i ekonomicznej → seniorów. Zmienia się struktura subpopulacji seniorów pod względem opisujących ją wielu wskaźników, w tej → grupie wieku – w porównaniu z latami wcześniejszymi – jest coraz więcej osób mobilnych, gotowych i/lub zdolnych do działania, reprezentujących wysoki poziom wykształcenia, dobry stan → zdrowia i ustabilizowaną sytuację rodzinną. Niestety niewiele zmienia się w zakresie podstawowych wskaźników opisujących ich sytuację ekonomiczną, partycypację społeczną, działalność obywatelską, po uwzględnieniu różnic pomiędzy nimi wynikających z indywidualizowania się procesu → starzenia się i starości.

Nie należy zapominać, że zjawisko demograficznego starzenia się społeczeństw ma charakter rozwojowy. Wg prognozy GUS w roku 2020 w Polsce będzie 9,8 mln osób w wieku 60 i więcej lat (24% ogółu ludności). Przewiduje się że do roku 2030 liczba ludności w tym wieku wzrośnie do 10,6% i stanowić będzie 27% ludności Polski. Jednocześnie nastąpi dynamiczny wzrost liczebności najstarszych grup ludności, tj. w wieku 80 lat i więcej (od około 800 tys. w 2000 do 1,4 mln w 2020 (*Sytuacja demograficzna*…, 2003). Bożena Balcerzak-Paradowska (2009, s. 119) zauważa jednocześnie, że zwiększanie się udziału osób starszych w strukturze ludności oznacza wzrost obciążenia demograficznego, rozumianego jako udział osób utrzymywanych na 100 osób pracujących, a to nie pozostaje bez wpływu na ogólna kondycję funkcjonowania człowieka starszego w strukturach rodzinnych i społecznych. Wg GUS po roku 2010 obciążenie to wzrosło do około 70 osób niepracujących na 100 pracujących. Jest to wynikiem przede wszystkim zwiększania się udziału osób w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej), który wzrósł z poziomu 24 na 100 nawet do poziomu 44 na 100, czyli prawie o 100%. Ujawnia to problemy wynikające stąd zarówno w mikro-, jak i makroskali. W wymiarze mikroskali, czyli w skali gospodarstw domowych i rodziny (np. struktura wydatków i sposobów zamieszkiwania oraz bezpieczeństwa przestrzeni mieszkalnej), w skali makroskali, czyli w wymiarze całego społeczeństwa i ekonomicznych warunków życia (np. możliwość zmiany systemu emerytalno- rentowego z repartycyjnego na kapitałowy). Funkcjonowanie ludzi starzejących i starych oceniane jest w relacji do → jakości życia w starości, a ta warunkowana jest wie-

loma czynnikami, spośród których nie można pominąć już wymienionych (takich jak: sytuacja rodzinna, materialna i/lub zdrowotna) oraz etycznych i/lub aksjologicznych, związanych z przyjmowanymi i przeżywanymi wartościami w starości, takich jak: godność, podmiotowość i samodzielność, a dopełniającymi starość są wartości w rodzaju: poczuciem → sensu życia, dobro i szczęście. Zatem coraz wyraźniejszą staje się i/lub jest potrzeba wielopłaszczyznowego i wielowymiarowego wsparcia społecznego seniorów

Za ogólnospołeczne przyczyny uruchamiania wobec seniorów modelu pomocniczości, czyli subsydiarności i wsparcia, uznaje się: niski poziom socjalny życia seniorów w porównaniu z innymi grupami wiekowymi i zawodowymi, trudno go uznać za zadawalający. Wielu seniorów żyje w nędzy, co więcej powiększa się ich liczba i wydłuża czas pozostawania w biedzie. Ponadto istnieją społeczne mechanizmy (bezrobocie, bieda, bezdomność, dyskryminacja i marginalizacja) blokujące możliwość pełnego uczestnictwa społecznego seniorów w strukturach obywatelskiego państwa. Wreszcie występują duże obszary nierówności społecznych.

Pomocniczość i wsparcie to stały element życia człowieka na każdym jego etapie życia, zwłaszcza we wszystkich tych sytuacjach, które nawykliśmy nazywać granicznymi lub trudnymi, co oznacza, że są one na stale obecne także, a może przede wszystkim, w życiu ludzi starszych, w okresie życia, w którym coraz częściej i coraz dotkliwiej ujawniają się różnego rodzaju deficyty, niedomagania, trudności w przestrzeni życiowej, rodzinnej, zdrowotnej i społecznej. W perspektywie sytuacji osób starszych i ich sytuacji społeczno-życiowej coraz częściej mówimy o konieczności uruchamiania modelu pomocniczości, wsparcia jako sieci powiązań egzystencjalnych człowieka z środowiskiem lokalnym i rodzinnym. W rozważaniach nad siecią powiązań człowieka starszego z jego socjosferą w szerokim tego słowa znaczeniu, podstawową kategorią jest wsparcie społeczne i bliskie mu procesualnie wspomaganie jednostkowe, grupowe czy instytucjonalne. Terminy są obecne nie tylko w programach polityki społecznej państwa, ale także w codziennej pracy placówek, instytucji i organizacji w tym pozarządowych, które swoje działania ukierunkowują na o dobrą, pozytywną jakość życia w okresie starości. Wsparcie społeczne (łac. *auxilium sociale*) należy do głównych terminów z zakresu współczesnej pedagogiki społecznej, psychologii społecznej, działalności terapeutycznej, promocji i ochrony zdrowia, oraz pracy socjalnej. Zdaniem Stanisława Kawuli (1939–2014), wsparcie społeczne oznacza wszelką pomoc na rzecz jednostki lub grupy, w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których (jednostka lub grupa) samodzielnie nie byłaby w stanie przezwyciężyć (zob. Kawula, 1999, s. 338).

Możemy mówić o wsparciu w ujęciu strukturalnym i funkcjonalnym, gdzie pierwsze odnosi się do obiektywnie istniejącej i dostępnej sieci wsparcia, która dzięki więziom i kontaktom społecznym może i pełni funkcję pomocną dla wszystkich osób znajdujących się w sytuacjach trudnych. Wsparcie w ujęciu funkcjonalnym to rodzaj relacji osobowej i integracji społecznej zachodzącej pomiędzy uczestnikami tej samej sytuacji problemowej (zob. Sęk, Cieślak, 2005, s. 14-15). Jest to, jak twierdził Kawula, pewien rodzaj wymiany, warunkiem jej skuteczności jest spójność pomiędzy potrzebami biorcy a rodzajem udzielanego wsparcia. W takim podejściu relacje te zachodzą w czterech podstawowych układach ludzkiego życia (Kawula, 2002, s. 100):

1. Człowiek – człowiek (relacje rodzinne, koleżeńskie, rówieśnicze, sąsiedzkie, towarzyskie).
2. Człowiek – grupa (rodzina własna, stowarzyszenie społeczne, środowisko lokalne, stowarzyszenia i organizacje).
3. Człowiek – instytucje (instytucje → pomocy społecznej, medycznej, socjalnej, instytucje usług i służb porządkowych, ubezpieczeniowych, związkowych, edukacyjnych, gospodarczych oraz szeroko rozumianej polityki społecznej, a także instytucje samorządowe i samopomocowe)
4. Człowiek – szersze układy, obejmujące relacje w wymiarze środowiska okolicznego, gminy, miasta, organizacji i stowarzyszeń regionalnych oraz ogólnopolskich a nawet międzynarodowych.

Zgodnie z przyjętym założeniem, że wsparcie społeczne to przede wszystkim specyficzny rodzaj działania odwołujący się do zasobów osoby której trzeba pomóc i że to zachęcenie, motywowanie do tego, aby człowiek pomógł sobie sam, mobilizowanie do samodzielnego życia, radzenia sobie z własnymi problemami, Elżbieta Trafiałek (1951–), uwzględniając źródło tegoż wsparcia, wskazuje na takie jego rodzaje, jak:

- **Systemy naturalne** – do niego należą najbliższe otoczenie, rodzina, koledzy, przyjaciele; wsparcie o charakterze psychicznym, to wzmacnianie emocji, uczuć, pozytywne wspomaganie, motywowanie do działania.
- **Systemy środowiskowe** – to grupy samopomocowe, które budowane są na bazie wspólnych doświadczeń.

- **Systemy instytucjonalne** – sieć jednostek i instytucji ukierunkowanych na udzielanie pomocy instytucjonalnej, na udzielanie pomocy społecznej i pomocy psychologicznej (Trafiałek, 2000).

Obok rodzajów wsparcia społecznego wymienia się także jego formy, wśród których znajdują się: wsparcie emocjonalne, wartościujące, instrumentalne, informacyjne i duchowe (zob. Kawula, 2002, s. 98). Wsparcie jako praktyka i społeczna działalność odnosić się powinno nie tylko do zjawisk, które działają na jednostki czy grupy deprywacyjnie lub patologicznie, ale także do aktywizacji i animacji postrzeganej jako sposób pomagania ludziom w życiu na własny rachunek, stymulowania do bycia samodzielnym i samosterownym, budowania relacji osobowych i instytucjonalnych, które ułatwiając funkcjonowanie w świecie, pomagają w reorganizacji własnego życia i przyjęcia innych do wspólnej i wspólnie budowanej przestrzeni życiowej.

Wsparcie społeczne spełnia bardzo ważna rolę w życiu każdego człowieka, chroni przed poczuciem alienacji i dzięki temu wzmacnia naszą odporność psychiczną. Tego rodzaju wsparcie to przede wszystkim pomoc dawana jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których bez wsparcia innych nie dajemy rady przezwyciężyć. Wsparcie społeczne otrzymujemy przez całe życie, ustawicznie w życiu codziennym, w trakcie ciągłych interakcji i relacji z innymi ludźmi. Stawia nas ono raz w roli biorcy, innym razem w roli dawcy wsparcia, ale za każdym razem chodzi o pomoc w przezwyciężaniu trudności i uwolnienia od poczucia osamotnienia i pozostawienia na marginesie spraw ważnych, poza grupą odniesienia.

Pomoc jaką ofiarują nam inni bywa różna i ma różne odniesienia, zależności od okoliczności i od nas samych, właściwie stale potrzebujemy wsparcia różnego rodzaju. Czasem potrzebna jest konkretna pomoc jak pożyczenie pieniędzy, a czasem wystarczy tylko porada, rozmowa lub tylko sama obecność. To ten rodzaj społecznego działania, którego potrzebujemy stale i w każdym wieku, tyle, że starość jako okres życia który zwiększa szanse częstotliwości pojawiania się różnorakich zagrożeń dla samodzielnego i pełnego funkcjonowania ludzi, zwiększa zapotrzebowanie tych osób na działania z tego obszaru.

Względnie ustalona sieć naszego wsparcia społecznego wytwarza w ludziach i grupach ludzkich poczucie wspólnotowości życia w konkretnym środowisku. Jest to istotny moment w życiu człowieka, ażeby znaleźć dla siebie miejsce w najbliższym środowisku społecznym, ukształtować swą spiralę życzliwości (Kawula, 2002, s. 99). Konieczność pomagania drugiemu człowiekowi jest wpisana w system prawa i ludzkich wartości. Od wieków pomoc bliźniemu wynikała z potrzeby serca, nakazów religii, z czasem stała się prawnym obowiązkiem państwa. Przez wiele stuleci udzielanie wsparcia osobom znajdującym się w trudnych sytuacjach życiowych sprowadzało się do działalności dobroczynnej, a więc również spontanicznej i nieobowiązkowej. Dziś wsparcie otrzymujemy, nie zawsze z zachowaniem takiej właśnie kolejności, od → rodziny, przyjaciół a nawet państwa.

„Wsparcie społeczne jest jednym z elementów integracji społecznej, czyli zespołem form kompensacyjnych i profilaktycznych – mechanizmem eliminacji źródeł oraz skutków wykluczenia i ekskluzji społecznej. Jego realizacja wymaga oparcia działań na zasadach wspólnego dobra, czyli: pomocniczości, wspólnoty oraz solidarności społecznej, a zakres pozostaje w ścisłym związku z etapem, na jakim znajduje się proces przekształcenia państwa opiekuńczego w państwo dobrobytu.

Optymalnym wzorcem dla kreowania nowoczesnego modelu wsparcia społecznego jest etapowe przechodzenie od opieki do samopomocy, do samodzielności środowiskowej. Wszelkie formy służące kształtowaniu optymalnej → przestrzeni życiowej człowieka starego wymagają uwzględnienia jego sytuacji zdrowotnej, materialnej oraz potencjalnych możliwości psychofizycznych" (Trafiałek, 2006, s. 237).

System opieki nad ludźmi starymi w Polsce obejmuje trzy kategorie działań wchodzących w zakres zainteresowań polityki społecznej: → ubezpieczenia, zaopatrzenie i opiekę (medyczną oraz społeczną). Tworzą one struktury → zabezpieczenia społecznego, które są odpowiedzialne za gwarancję środków utrzymania, pomoc w leczeniu i kompensację zwiększonego obciążenia budżetu rodzin.

Osoby przekraczające próg → wieku emerytalnego posiadają gwarantowane konstytucyjne prawa (Ustawa z 2 IV 1997 r.): dostęp do służby publicznej na równi z innymi obywatelami (art. 60), do zabezpieczenia społecznego (art. 67), niezależnie od sytuacji materialnej do ochrony zdrowia (art. 68), a w sytuacji → niepełnosprawności – do pomocy w zabezpieczeniu egzystencji oraz komunikacji społecznej (Art. 69). Korzystają ze świadczeń emerytalno-rentowych, z → domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, opiekuńczo- leczniczych, → hospicjów, sanatoriów rehabilitacyjnych i z różnorodnych form wsparcia w miejscu zamieszkania. W Polsce koszta-

mi gwarantowanych świadczeń dla emerytów i rencistów oraz wszelkich form opieki instytucjonalnej obciążone jest państwo i społeczeństwo. Dlatego stosuję się trzy techniki.

Pierwszą techniką jest **technika ubezpieczeniowa** polega na organizowaniu grup i jednostek o podobnym poziomie zagrożenia ryzykiem, które w zamian za uiszczenie systematycznych składek na określone fundusze zyskują pełną gwarancję rekompensat pieniężnych wówczas, gdy zaistnieje zagrożenie lub stan, sytuacja będąca przedmiotem umowy (np. wypadek, niepełnosprawność, choroba, uzyskanie uprawnień emerytalnych). Na tej zasadzie działają fundusze emerytalno-rentowe, zdrowotne i ubezpieczeniowe.

Następną techniką jest **technika zaopatrzeniowa,** która polega na udzielaniu materialnego wsparcia osobom, które z różnych przyczyn utraciły zdolność samodzielnego pozyskiwania środków na swoje utrzymanie. To forma kompensacji, udzielanej przez państwo w celu zapewnienia wszystkim obywatelom możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb. Świadczenia pozaemerytalne to różnego rodzaju formy pomocy materialnej i w naturze nieposiadające charakteru obligatoryjnego i dożywotniego. Wypłaca się je okresowo, adekwatnie do czasu trwania niezdolność do pracy (renty, → zasiłki) lub braku samodzielności finansowej.

Uzupełnieniem techniki ubezpieczeniowej i zaopatrzeniowej jest **technika opiekuńcza**, która ma charakter uznaniowy, fakultatywny, i polega na kierowaniu różnorodnych środków, form pomocy do wszystkich potrzebujących wsparcia (przy diagnozowaniu takich przypadków, jak: brak samodzielności ekonomicznej lub fizycznej, choroby psychiczne, starość, sieroctwo, wielodzietność, bezrobocie, bieda). Za realizację wszelkich form składających się na tę technikę oraz za dystrybucję usług i świadczeń odpowiedzialne są jednostki administracji terenowej (na szczeblu gmin, powiatów i województw) oraz stowarzyszenia wyższej użyteczności (np. Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Pomocy Społecznej i in.).

Opieka i wsparcie dla seniorów organizowane jest przez system pomocy społecznej i realizowane jest w trzech sektorach: państwowym, prywatnym i pozarządowym. System pomocy społecznej realizowany na poziomie państwowym to szeroko pojmowana pomoc społeczna i realizowane w jej obszarze formy. Pomoc społeczna realizowana w sektorze państwowym powołuje wiele, równolegle funkcjonujących placówek pobytu czasowego i stałego, z wyodrębnieniem ich rodzaju, czyli określeniem deficytów osób, którym mają służyć.

System pomocy społecznej w Polsce charakteryzuje się tym, że uprawnienia do rozmaitych świadczeń materialnych (w tym finansowych lub rzeczowych) zależne są od tego, czy jednostka (lub rodzina) nie przekracza określonego poziomu dochodów. Praca socjalna natomiast jest takim świadczeniem, do którego prawo przysługuje wszystkim, niezależnie od poziomu dochodów. Oznacza to, że praca socjalna nakierowana jest nie tylko na najsłabszych, ale praktycznie na cała zbiorowość seniorów, o ile tylko wyraża chęć korzystania z takich świadczeń. Jest ona podsystemem polityki społecznej, mającym na celu „umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości" (Ustawa z 12 III 2004 r., art. 2).

W wymiarze międzynarodowym sformułowane zostały cele pracy socjalnej zgodne z globalnie pojmowanymi standardami, które znajdują zastosowanie w pracy z osobami starszymi. Są nimi m.in.:

- przeciwdziałanie → barierom, nierównościom i niesprawiedliwościom istniejącym w społeczeństwie,
- ułatwianie włączania zmarginalizowanych, społecznie wykluczonych, słabych i zagrożonych grup ludzi,
- praca z jednostkami, rodzinami, grupami i społecznościami oraz ich mobilizowanie na rzecz wzbogacania ich → dobrostanu [psychicznego] i zdolności do rozwiązywania problemów,
- pomoc ludziom w uzyskiwaniu usług i zasobów w ich społecznościach,
- kształtowanie i wdrażanie polityk i programów, które wzbogacają dobrostan ludzi, promują rozwój i prawa człowieka, kolektywną harmonię społeczną i stabilność w zakresie, którym nie narusza praw człowieka,
- zachęcenie ludzi do angażowania się w występowanie na rzecz lokalnych, regionalnych czy krajowych problemów,
- praca na rzecz ludzi, którzy nie są wstanie radzić sobie sami, w ramach przyjętego i etycznie słusznego prawodawstwa,
- angażowanie się w akcje społeczne i polityczne w celu wpływania na politykę społeczną i rozwój ekonomiczny oraz wywoływania zmian przez krytykowanie i eliminowanie nierówności,
- promowanie, organizowanie i kierowanie programami i organizacjami oddanymi każdemu z celów zarysowanych powyżej (por. Marynowicz-Hetka, 2006, s. 360–361).

W procesie realizowania pracy socjalnej ważnym kryterium pozostaje konieczność wyzwalania aktywności oraz samodzielności seniorów, gdyż istotą jej nie jest

samo dawanie, lecz aktywowanie potencjału jednostki i sił społecznych (grupowych) do podjęcia działań w celu poprawy (własnej) sytuacji.

Za główne **zadania pracownika socjalnego** wobec osób starszych uznać zatem należy:

- analizę i ocenę zjawisk prowadzących do ubiegania się o pomoc,
- udzielanie informacji i pomocy w zakresie rozwiązywania problemów oraz możliwości poprawy własnej sytuacji (społecznej, materialnej, prawnej),
- pobudzanie społecznej aktywności seniorów i ich działań samopomocowych (np. w najbliższym środowisku),
- inicjowanie (nowych) form pomocy jednostkom i grupom w trudnej sytuacji życiowej,
- uczestniczenie w opracowaniu i realizacji programów (lokalnych) pomocy i wspierania grup i środowisk społecznych,
- pomoc w dostępie do świadczeń, usług i poradnictwa związanych ze specyficzna sytuacją jednostki bądź grupy,
- współpraca z instytucjami i specjalistami innych dziedzin, których zaangażowanie pomoże w rozwiązaniu problemów (także patologii i ubóstwa),
- pomoc w zdobywaniu środków i umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach,
- uwrażliwianie na → potrzeby [opiekuńcze] osób starszych,
- ułatwienie seniorom kontaktów z innymi jednostkami, grupami oraz instytucjami.

Modele opieki realizowanej wobec seniorów określane są przez charakter opiekunów, wśród których wskazać należy:

- opiekę rodzinną, realizowaną przez małżonków, dzieci, wnuki i innych krewnych;
- opiekę domową nieformalną sprawowaną przez sąsiadów, znajomych lub osoby opłacane prywatnie czy też z organizacji pozarządowych, np. „Caritas";
- opiekę środowiskową, zapewnianą przez specjalistyczne ośrodki zatrudniające profesjonalny personel, np. domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy;
- → opiekę instytucjonalną zapewnianą przez wykwalifikowanych pracowników w formie pobytu całodobowego seniora w domu opieki lub świadczoną w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoby starszej (Szarota, 2010, s.234).

→ **Opiekunowie rodzinni** rekrutują się spośród najbliższych członków rodziny osoby starszej wymagającej opieki ze względu na stan zdrowia i/lub niepełnosprawność. W Polsce na (naturalną) opiekę zapewnioną przez małżonków, dzieci (synowe lub zięciów) albo dorosłe wnuki najczęściej mogą liczyć osoby starsze zamieszkujące wraz z rodziną. Problemem tego rodzaju opieki jest najczęściej przeciążenie opieką, zwłaszcza w przypadkach → chorób przewlekłych i terminalnych, wyczerpanie fizyczne i emocjonalne opiekunów, brak profesjonalnego wsparcia, niski poziom satysfakcji z wykonywanego zajęcia oraz brak wiedzy o przysługujących prawach i formach pomocy.

Opiekunowie domowi stanowią popularny model sprawowania opieki nad seniorami w krajach wysoko rozwiniętych. Opieka taka jest finansowana z prywatnych środków podopiecznego lub jego najbliższych, a także z → ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Opiekę nad starszym i chorym lub niesprawnym członkiem rodziny zleca się profesjonalnym firmom czy organizacjom lub zatrudnia osobę, która odpłatnie sprawuje wymaganą opiekę i realizuje niezbędne zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Opiekunowie środowiskowi funkcjonują w ramach opieki instytucjonalnej jednostki samorządu terytorialnego i realizują wiele różnych zadań w zakresie opieki, pomocy, wsparcia i pielęgnacji. Gminne ośrodki pomocy społecznej (GOPS) w ramach swoich zadań opieki środowiskowej mogą świadczyć pomoc finansową, rzeczową, pracę socjalną, zakontraktowane usługi opiekuńcze oraz pobyt w dziennym domu pomocy lub środowiskowym domu samopomocy. Usługi opiekuńcze (także te specjalistyczne) mogą zostać zlecone przez GOPS instytucjom lub organizacjom świadczącym tego rodzaju pomoc w miejscu zamieszkania osoby starszej samotnej: opiekunom, pielęgniarkom, fizjoterapeutom, terapeutom, psychologom, pracownikom socjalnym lub rehabilitantom zatrudnianym przez ośrodek pomocy społecznej, PKPS, PCK, organizację „Caritas", stowarzyszenia, wspólnoty lub zgromadzenia zakonne i inne organizacje pozarządowe świadczące tego rodzaju pomoc.

Do placówek służącym osobom starszym z uwzględnieniem profilu ich usług zaliczyć należy:

– Domy pomocy społecznej – dla przewlekle chorych somatycznie, dla osób starszych, osób chorych psychicznie, osób upośledzonych umysłowo i dla osób niepełnosprawnych fizycznie. Pobyt w tego rodzaju placówkach ma charakter stały.

- Dzienne domy pomocy społecznej – dla osób starszych, dla chorych psychicznie.
- Zakłady opiekuńczo-lecznicze, dla osób starszych wymagających stałej opieki medycznej i pielęgnacji.
- Hospicja przeznaczone dla osób terminalnie chorych.

Wymienione placówki poprzez charakter i specyfikę swoich działań, ukierunkowują je na wyrównywanie deficytów starości, a tym samym zaspakajanie → potrzeb opiekuńczych [osób starszych] i potrzeb kompensacyjnych seniorów, tak aby w sposób rzeczywisty poprawić jakość ich życia. Dużą ofertę działań z obszaru wsparcia społecznego, zarówno o charakterze pomocowym jak i aktywizującym do osób starszych kierują **organizacje pozarządowe, czyli trzeci sektor opierający swą działalność na zasadzie *non profit*.**

Zgodnie z zapisami stosownych ustaw przyjmuje się, że organizacje pozarządowe obejmują fundacje, stowarzyszenia i inne związki niezależne od państwa, nieprowadzące działalności nastawionej na zysk, czyli są organizacjami niedochodowymi i niekomercyjnymi. Gdzie pierwsza z nich: **fundacja** – to instytucja, której podstawą jest majątek przeznaczony przez jej założyciela na określony cel (dobroczynny, kulturalny). Natomiast **stowarzyszenie** definiuje się jako dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeszenie o celach nie zarobkowych. W Polsce wg danych Stowarzyszenia Klon/Jawor, działa ok. 17 tys. organizacji, które zajmują się pomocą społeczną, a w tym udzielania wsparcia rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej. Ta grupa organizacji działa oczywiście na rzecz różnych grup beneficjentów potrzebujących wsparcia, a osoby starsze są jedną z tych grup (*Podstawowe fakty*…, 2013 – Internet: : http://www.ngo.pl/…).

Organizacje prowadzą działalność instytucjonalnego systemu wsparcia osób starszych na poziomie lokalnym. Mogą one z własnej inicjatywy występować z ofertą realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, po uzyskaniu zezwolenia wojewody prowadzić domy pomocy społecznej lub realizować te usługi na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego, co umożliwiła im ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie uznając ten typ działalności za działalność pożytku publicznego (zob. Ustawa z 24 IV 2003 r.).

Działania sektora pozarządowego na rzecz osób starszych to jednak nie tylko aktywność w sferze pomocy społecznej. Część oferty sektora pozarządowego dla seniorów jest ukierunkowana na działania edukacyjne, kulturalne i aktywizujące, Są to przede wszystkim organizacje, dla których osoby starsze są głównym, a często jedynym odbiorca świadczonych usług.

Jak podaje Stowarzyszenie Klon/Jawor, w Polsce są zarejestrowane 853 aktywne organizacje pozarządowe deklarujące działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym. Wśród nich można wyodrębnić cztery główne organizacje:

1. Fundacje i stowarzyszenia „emeryckie", np. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów oraz jego oddziały okręgowe, oddziały rejonowe i koła,
2. Fundacje i stowarzyszenia zajmujące się organizacją wolnego czasu osób starszych, m.in. → kluby seniora i → uniwersytety trzeciego wieku,
3. Fundacje i stowarzyszenia wspierające osoby potrzebujące kierujące do nich konkretną pomoc, np. „Caritas", „Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy" czy PCK,
4. Fundacje i stowarzyszenia skupiające i świadczące usługi emerytalnym pracownikom określonych zawodów, m.in. farmaceutom, górnikom, pracownikom przemysłu, policjantom i pracownikom oświaty (Racław, 2011, s. 116)

Działają one na rzecz osób starszych w trzech zasadniczych obszarach. Jest to działalność edukacyjno-kulturalna, rzecznictwo interesów i popularyzowanie w społeczeństwie problemów ludzi starszych, oraz obszar informacji i doradztwa. Najpopularniejsze z nich to: PCK, PKPS i „Caritas Polska". Wszystkie trzy są organizacjami społecznymi uzupełniającymi działalność państwa w dziedzinie pomocy społecznej.

Polski Czerwony Krzyż jest jednym z najstarszych stowarzyszeń, do którego głównych zadań należy: propagowanie oświaty zdrowotnej, organizowanie honorowego krwiodawstwa, świadczenie pomocy ofiarom klęsk żywiołowych, opieka nad chorymi w ich domach, jak również organizowanie zbiórek pieniędzy i innych przedmiotów na realizację wyżej wymienionych zadań. PCK wspomaga państwową pomoc społeczną w opiece nad ludźmi chorymi, najuboższymi, samotnymi i starszymi. Ludziom w zawansowanej starości, niepełnosprawnym oraz chorym PCK zapewnia usługi opiekuńcze, a w ich ramach oferuje usługi domowe.

Polski Komitet Pomocy Społecznej został w utworzony w roku 1958, a od 1968 uznany za stowarzyszenie wyższej roku jest stowarzyszeniem użyteczności publicznej, gromadzi fundusze na cele pomocy, inicjuje i organizuje działalność na rzecz osób potrzebujących. Osobom starszym oferuje pomoc doraźną, rzeczową, finansową i usługi opiekuńcze, oraz prowadzi stołówki i jadłodajnie, organizuje kluby seniora, których zadaniem głównym jest aktywizacja seniorów.

Krajowa Centrala „Caritas" to katolicka organizacja o charakterze dobroczynnym. Swoją działalność kieruje przede wszystkim do dzieci ubogich i osób niepełnosprawnych oraz ludzi starszych. Oferuje pomoc rzeczową, prowadzi stacje opieki medycznej, zapewniające m.in. opiekę pielęgnacyjną w domu, wypoży-

czają sprzęt rehabilitacyjny. Prowadzi hospicja, w tym domowe, domy pobytu dziennego i stałego dla seniorów „Caritas", a także ośrodki dla ofiar przemocy, gdzie mogą uzyskać pomoc również osoby starsze dotknięte przemocą ze strony członków własnej rodziny.

Odrębną i szczególną grupą organizacji działającą na rzecz osób starszych stanowią środowiska kombatanckie, a także organizacje skupiające ofiary represji w kraju i zagranicą: Związek Kombatantów Rzeczpospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych, Związek Sybiraków czy Światowy Związek Żołnierzy Armii Krajowej. Instytucje te prowadzą działalność na trzech głównych płaszczyznach: socjalno- bytowej (organizowanie pomocy instytucjonalnej, np. zdrowotnej, socjalnej, pomoc w uzyskaniu świadczeń kombatanckich), historycznej (m.in. budowanie tablic i pomników, opieka nad miejscami pamięci narodowej) i patriotyczno- obywatelskiej (popularyzowanie wiedzy i tradycji walk niepodległościowych, przekazywanie młodszym pokoleniom patriotycznych tradycji i wartości).

Istnieje wreszcie wiejski sektor pozarządowy, w którym działają osoby starsze. Taką organizacją starszych kobiet wiejskich są na przykład koła gospodyń wiejskich. Obok działań ukierunkowanych na organizację życia kulturalno-rekreacyjnego osób starszych, jednym z tradycyjnych elementów działalności tych organizacji jest także opieka nad chorymi i niepełnosprawnymi.

Zaprezentowany zarys działań organizacji trzeciego sektora na rzecz osób starszych wyraźnie wskazuje, że grupę tę można podzielić na dwa główne typy organizacji pozarządowych.

Po pierwsze, są to organizacje świadczące usługi w obszarze pomocy społecznej i działalności charytatywnej. Bardzo ważna jest tutaj rola organizacji związanych z Kościołem katolickim, stanowiącym około połowę wszystkich podmiotów działających na obszarze usług socjalnych.

Po drugie, są to organizacje prowadzące działalność kulturalno-rozrywkowo-rekreacyjną dla osób starszych. W tym obszarze mamy przede wszystkim organizacje samopomocowe, także o charakterze niesformalizowanym, działające na rzecz konkretnych środowisk lokalnych i kierujące swoje usługi do seniorów z najbliższego otoczenia- sąsiadów, znajomych czy osób z poszczególnych środowisk zawodowych.

Sektor pozarządowy działający w obszarze pomocy społecznej stopniowo od 2003 wkracza w lokalny system usług świadczonych na rzecz osób starszych uzupełniając działania prowadzone w tym obszarze przede wszystkim przez rodzinę, samorząd i państwo. Od wejścia w życie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ten moment w Polsce można uznać za niezwykle ważny w wyznaczaniu kierunku rozwoju sektora obywatelskiego i jego relacji z państwem, zarówno współpraca międzysektorowa oraz jej standardy się bardzo rozwinęły. Pojawiły się roczne i wieloletnie programy współpracy międzysektorowej, stopniowo rośnie liczba zadań przekazywanych do realizacji organizacjom pozarządowym przez sektor publiczny.

Pomoc społeczna w obszarze wszystkich trzech, wcześniej wymienianych podmiotów polityki społecznej organizuje sieć placówek i instytucji, które organizacyjnie i merytorycznie mają stworzyć warunki do zaspakajania potrzeb człowieka starszego, zadbać o to, aby w sposób godny mógł żyć i realizować swoje cele i zadania życiowe.

AC

B: Balcerzak-Paradowska, 2009; Chabior, Fabiś, Wawrzyniak, 2014; Kawula, 1999, 2002; Marynowicz-Hetka, 2006; Racław, 2011; Sęk, Cieślak, 2005; *Sytuacja demograficzna*…, 2003; Szarota, 2010; Trafiałek, 2006; Zych, 2001, 2010.

D: Ustawa z 2 IV 1997 r.; Ustawa z 24 IV 2003 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.

N: *Podstawowe fakty*…, 2013 – Internet: http://www.ngo.pl/…

O: Skala oceny poziomu sieci społecznych, wsparcie, wsparcie społeczne osób starszych.

TK: ang. social network and social support or social assistance, fr. *réseau social et soutien social* ou *appui social*, hiszp. *red social y apoyo social* o *ayuda social*, niem. *soziales Netzwerk und soziale Unterstützung*, ros. *общественные сети и общественная поддержка*.

sieć wsparcia społecznego dla osób starszych → sieć społeczna i wsparcie społeczne

Skala Depresji Hamiltona

została opracowana w 1960 przez brytyjskiego psychiatrę Maksa Hamiltona (1912–1988). Należy ona do tzw. skali obserwacyjnych i jest najczęściej stosowaną skalą do oceny stopnia nasilenia zaburzeń depresyjnych u osób w średniej i późnej dorosłości. Badanie skalą jest wykonywane przez lekarza (głównie pierwszego kontaktu), a nie przez pacjenta. Błędem jest wykonywanie tego testu przez samego pacjenta (samodzielnie), ze względu na subiektywną opinię, co może doprowadzić do zafałszowanych wniosków**.** Również

osoby (pacjenci) w → depresji nie powinny przeprowadzać tego testu same na sobie. Wersją pełną skali diagnozuje się 21 objawów, wersją skróconą – 17 (zob. Hamilton, 1960 oraz health net.umassmed. edu…). Objawy oceniane są na podstawie wywiadu i obserwacji podczas wizyty pacjenta w gabinecie internistycznym, psychiatrycznym lub psychologicznym. Ewaluacji poddaje się natężenie dolegliwości w skali od 0 do 4 pkt (gdzie 0 oznacza „nie stwierdza się" a 4 – „skrajnie ciężkie nasilenie"). W każdym pytaniu zaznacza się tylko jedną odpowiedź, mającą swoją wartość punktową (im większa liczba punktów, tym większe nasilenie depresji): 0–7 bez zaburzeń depresyjnych, 8–12 łagodna depresja, 13–17 depresja o nasileniu umiarkowanym, 18–29 ciężka depresja, 30–52 bardzo ciężka depresja. Niektóre z punktów skali mogą spowodować fałszywie dodatnie wyniki (*overdiagnose*) u pacjentów w → wieku podeszłym (np. dotyczące problemów somatycznych), dlatego uważa się, że jest to skala mało specyficzna dla depresji wieku podeszłego. Symptomy depresyjne w wieku podeszłym dotyczą: nastroju depresyjnego, poczucia winy, zniechęcenia do → życia (myśli i/lub tendencji samobójczych), zaburzeń zasypiania, określenia: jakości snu, aktywności złożonej (np. pracy), spowolnienia/zahamowania , występowania stanów niepokoju, lęku (z objawami emocjonalnymi, somatycznymi), zaburzeń popędowych (np. *libido*), subiektywnej oceny krytycyzmu, występowania omamów, urojeń, natręctw i fobii. Obecnie dostępny jest kwestionariusz opracowany przez psychiatrów z Kanady, zawierający tylko 7 wybranych pozycji z pierwotnej wersji skali depresji Hamiltona, nazwany akronimem HAMD-7 – z powodu usunięcia ze skali tych pozycji, które odnoszą się do objawów niespecyficznych dla depresji. Wersja ta zawiera pytania o: nastrój depresyjny (smutek, płaczliwość, poczucie beznadziejności); poczucie winy i samokrytycyzm; poziom aktywności społecznej, zainteresowania, zdolność do odczuwania przyjemności; psychiczne objawy lęku (nerwowość, napięcie), fizyczne objawy lęku (suchość w jamie ustnej, niestrawność, gazy, biegunka, bóle brzucha, palpitacje serca, bóle głowy, hiperwentylacja, konieczność częstego oddawania moczu); pobudzenie i poziom energii (ciężkość nóg lub rąk, bóle głowy lub pleców); myśli i próby samobójcze. Wszystkie pytania dotyczą stanu pacjenta w ciągu ostatniego tygodnia przed wizytą u lekarza. Wyniki badania Skalą Depresji Hamiltona dają podstawy do skierowania pacjenta na dalsze, specjalistyczne leczenie.

MK-W

A: HAM-D, HDRS lub HRSD

B: Hamilton, 1960.

N: health net.umassmed.edu…

O: depresja i zaburzenia nastroju.

TK: ang. *The Hamilton Rating Scale for Depression* or *Hamilton Depression Rating Scale*, fr. *l'échelle de depression de Hamilton*, hiszp. *escala para valoración de depression, de Hamilton*, niem. *die Hamilton-Skala*, ros. *шкала Гамильтона для оценки депрессии*.

Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (Skala Lawtona)

W związku z zachodzącymi zmianami demograficznymi struktury ludności wielu państw zaistniała konieczność stosowania obiektywnych metod oceny stanu biopsychospołecznego mieszkańców (w tym szczególnie osób starszych) oraz ustalenia zakresu występujących zaburzeń → zdrowia. Dla oszacowania wielu zjawisk zdrowotnych i społecznych używane są różne narzędzia, wśród których odrębną grupę tworzą testy wykorzystywane do badania samodzielności i → sprawności funkcjonalnej. Skala Lawtona, której autorami są → Lawton i → Brody, stanowi najczęściej stosowane narzędzie pomiaru aktywności w zakresie złożonych → czynności życia codziennego (ang. *Instrumental Activities of Daily Living* – IADL). W celu dokonania oceny stanu funkcjonalnego badanych osób, w skali tej uwzględniono następujące rodzaje czynności (nazywane przez niektórych autorów dziedzinami): 1) korzystanie z telefonu, 2) korzystanie ze środków komunikacji (transportu), 3) robienie zakupów, 4) przygotowanie posiłków, 5) sprzątanie mieszkania, 6) majsterkowanie, 7) przyjmowanie leków, oraz 8) gospodarowanie pieniędzmi (zob. Lawton, 1969, s. 179–186). W każdej grupie czynności określono kilka (od 3 do 5) sposobów funkcjonowania, z których wybiera się tylko jeden – odzwierciedlający aktualny stan badanej osoby. Przy opisie każdej aktywności została wskazana liczba punktów (0 lub 1 punkt). W związku, że w skali Lawtona ocenie podlega 8 dziedzin funkcjonowania, badany może uzyskać maksymalnie 8 punktów. Minimalna suma punktów wynosi natomiast 0 (zob. Rekomendacje…, 2012, – Internet: www.eacsociety.org…). Informacje o możliwościach jednostki w zakresie wymienionych grup aktywności można uzyskać od samego badanego lub informatorów, tj. członków → rodziny lub jego opiekunów. Na koniec badania sumuje się liczbę przyznanych punktów. Przeciętny czas wykonania testu wynosi 5–10 minut. Spadek liczby punktów u konkretnego pacjenta świadczy o pogorszeniu się jego stanu funkcjonalnego. Do angielskiej wersji skali dołączona jest krót-

ka informacja dotycząca sposobu wykonania pomiaru i interpretacji uzyskanych wyników (zob. Lawton, 1969, s. 179–186, Graf, 2008, s. 59–60). Skalę opracowaną przez Lawtona zamieszczamy w tabeli 1.

Dane na temat stanu czynnościowego pacjenta dostarczają obiektywnych informacji, które pomagają w określeniu indywidualnych potrzeb rehabilitacyjnych oraz ułatwiają planowanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, niezbędnych w → opiece nad podopiecznym. Dokonanie pomiaru stanu funkcjonalnego za pomocą Skali Lawtona, umożliwia wczesne rozpoznanie zmian w funkcjonowaniu pacjenta, które zwykle z upływem czasu lub w wyniku → choroby przewlekłej i/lub → upadku prowadzą do pogorszenia → aktywności życia codziennego. W praktyce oznacza to konieczność podjęcia określonych decyzji w sprawie zapewnienia badanej osobie optymalnej opieki. Należy zaznaczyć, że do czynników negatywnie wpływających na sprawność osób starszych należy występowanie → wielkich zespołów geriatrycznych, do których Małgorzata Bosacka, A. Jóźwiak i Katarzyna Wieczorowska-Tobis (2010, s. 82) zakwalifikowali: → upadki, omdlenia, zaburzenia mobilności, → nietrzymanie zwieraczy [nietrzymanie moczu i/lub stolca], → depresję [i zaburzenia nastroju], → otępienie oraz pogorszenie funkcji narządu wzroku i słuchu. W ocenie autorów, przebyte upadki lub zwiększone ryzyko upadku w znacznym stopniu obniżają → sprawności fizyczną i samodzielność osób starszych w zakresie → instrumentalnej aktywności życia codziennego (IADLs). Pogorszenie stopnia samodzielności ludzi starszych może wynikać z zaburzeń jednego lub kilku rodzajów sprawności, występujących jednocześnie. Zdaniem Anny Skalskiej (2011, s. 51) przyczynami → niepełnosprawności fizycznej mogą być uszkodzenia narządu ruchu lub przewlekłe → choroby narządów wewnętrznych. Niepełnosprawność sensoryczna może być następstwem → zaburzeń słuchu [i narządu równowagi], oraz zaburzeń wzroku i mowy, natomiast na niepełnosprawność psychiczną mają wpływ zaburzenia osobowości i zachowania, choroby psychiczne oraz upośledzenia umysłowe i niesprawność intelektualna.

Celem użycia skali Lawtona było najczęściej dokonanie oceny funkcjonowania badanej osoby lub grupy osób w zakresie złożonych (instrumentalnych) czynności życia codziennego. Zwykle stanowiła ona podstawę określenia potrzeb w zakresie sprawowanej opieki (zob. Cichońska-Marczak, b.r. – Internet: www.nursing.com.pl/). Jednak w wielu projektach formułowano inne założenia badań. Elżbieta Miller podjęła próbę dokonania oceny funkcjonalnej skuteczności wczesnej → rehabilitacji po → udarze mózgu. Skalę IADL autorka wykorzystała trzykrotnie, tj. między 2 a 3 tygodniem po przebytym udarze mózgu, a następnie w 8 tygodniu oraz 6 miesiącu po wystąpieniu zdarzenia niebezpiecznego dla życia (zob. Miller, 2007, s. 205–210). Zgodnie z przewidywaniami, w miarę upływu prowadzonej rehabilitacji następowała poprawa funkcjonalna chorych. W przypadku projektu, realizowanego przez Aleksandrę Kroemeke (2015, s. 109), celem było przeprowadzenie adaptacji Skali Postrzeganej Autonomii (SPA) do badania osób w → wieku podeszłym oraz określenie jej wewnętrznej struktury i właściwości psychometrycznych. Testowanie trafności różnicowej wymienionego narzędzia dokonano z wykorzystaniem skal mierzących samodzielność funkcjonalną osób starszych, w tym skali Lawtona. Omawiany test wykorzystywany był także jako pomocnicze narzędzie do oceny wpływu siły mięśniowej na sprawność funkcjonalną pacjentów po przebytym udarze mózgu w okresie wczesnej rehabilitacji (zob. Pruszyńska i współprac., 2013, s. 362). W innym projekcie, realizowanym przez Magdalenę Strugałę i Wieczorowską-Tobis (2011, s. 91), przeprowadzono analizę zależności między stanem odżywienia wg *Mini Nutritionnal Assessment* (MNA) a wykładnikami sprawności funkcjonalnej w zakresie m.in. złożonych czynności życia codziennego. Skala IADL stanowiła również pomocnicze narzędzie oceny stanu funkcjonalnego osób z depresją, stosowane przed i po terapii elektrowstrząsami (ang. *Electroconvulsive Therapy* – ECT). Zdaniem autora badań, wyniki przeprowadzonych testów mogą być uwzględnione w wyborze optymalnej terapii, w tym kierowania pacjenta na ECT (zob. McCall, 2002, s. 74–79).

Skala Lawtona stanowi integralną część → całościowej oceny geriatrycznej (COG), mającej na celu określenie potrzeb i problemów ludzi starszych oraz wdrożenie całościowej → opieki geriatrycznej. W opinii Marii Kołomeckiej (b.r., – Internet: http://www.umed.pl…), COG jest wielokierunkowym, zintegrowanym procesem diagnostycznym, który służy do ustalenia zakresu zaburzenia dobrostanu biopsychospołecznego, potrzeb i/lub priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych oraz określenia możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki w różnych miejscach pobytu, w tym w mieszkaniu, domu opieki, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, oddziale szpitalnym. Zdaniem autorki, COG obejmuje swoim zakresem ocenę: stanu czynnościowego, → zdrowie fizyczne pacjenta, jego funkcje umysłowe oraz sytuację socjalno-środowiskową. Natomiast w ocenie Barbary Bień i Katarzyny Broczek (2012, s. 7), całościowa opieka geriatryczna

rozumiana jest jako wielowymiarowy, interdyscyplinarny i zintegrowany proces diagnostyczny służący do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta, celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych, jak również ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych. Osiągnięcie powyższych założeń uwarunkowane jest zastosowaniem wielu specjalistycznych skal, których wykaz zamieszczamy w tabeli 2.

Podobny wykaz narzędzi badawczych, wykorzystywanych do COG, przestawiła również Hanna Kachaniuk (2013, s. 23), zdaniem której ocena socjalno-środowiskowa powinna być oparta na ocenie: zasobów (kwestionariusz wywiadu środowiskowego), sytuacji → opiekuna rodzinnego (kwestionariusz COPE), wydolności opiekuna (Skala Wydolności Pielęgnacyjno-Opiekuńcza rodziny) oraz potrzeb osób starszych w późnej starości – Kwestionariusz CANE. Na temat COG wypowiedziała się również Aleksandra Łacko (2012, s. 10), wedle której całościowa ocena geriatryczna stanowi pomocne i użyteczne narzędzie w planowaniu terapii przeciwnowotworowej, w której wyodrębniono 8 modułów, obejmujących ocenę: codziennego funkcjonowania, sprawności fizycznej, chorób towarzyszących i ich leczenia farmakologicznego, funkcji poznawczych, stanu emocjonalnego, stanu odżywienia, zespołów geriatrycznych oraz sytuacji socjalno-ekonomicznej.

W literaturze przedmiotu prezentowane są różne wersje skali Lawtona, które różnią się między sobą nie tylko graficznym rozplanowaniem treści, ale także liczbą badanych zakresów aktywności oraz skalą oceny mierzonych parametrów, wyrażaną w punktach. Jedną z wersji skali Lawtona, zamieszczamy w tabeli 3. Inną modyfikację Skali IADL – zarekomendowanej do oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej – przedstawiły Bień i Broczek (2013). W analizowanym przypadku, maksymalna liczba punktów uzyskana przez badaną osobę wynosiła 8 pkt (tab. 4). Skalę Lawtona – jako narzędzie pomiaru instrumentalnej aktywności życia codziennego – wykorzystywano w badaniach, w których uczestnikami były osoby starsze, chore i/lub niepełnosprawne. Test służył ocenie → sprawności funkcjonalnej osób cierpiących z powodu: → choroby Alzheimera, choroby nowotworowej, schorzeń kardiologicznych, → cukrzycy, przewlekłej niewydolności oddechowej, stwardnienia rozsianego, otępienia i wielu innych chorób. Z prezentowanych w piśmiennictwie danych wynika, że miejscem realizowanych badań były najczęściej: oddziały szpitalne, pielęgniarskie → domy opieki, ośrodki medycyny paliatywnej i hospicyjnej, → domy pomocy społecznej i/lub placówki zajmujące się → rehabilitacją osób starszych lub chorych. Warto dodać, że Skala IADL, jako narzędzie pomiaru stanu funkcjonalnego pacjenta, została włączona przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ang. *International Council of Nurses* – ICN) do grupy zalecanych skal stosowanych w opiece pielęgniarskiej (zob. Rekomendacje nr 1/2013) i – zgodnie z danymi prezentowanymi w literaturze przedmiotu – omówiona skala stanowi standaryzowane i powszechnie stosowane narzędzie pomiaru stanu funkcjonalnego pacjenta bądź podopiecznego w zakresie złożonych czynności życia codziennego. Test stosowany był w wielu projektach i służył osiągnięciu celów stawianych przez specjalistów różnych dziedzin. W opracowaniach teoretycznych, skala była przedmiotem analiz porównawczych między narzędziami wykorzystywanymi do oceny czynnościowej (funkcjonalnej) wybranych osób. W wielu publikacjach potwierdzono przydatność testu w praktycznym zastosowaniu. W szerokich rozważaniach, zastosowanie skali uznano nie tylko za ważny sposób oceny stanu funkcjonalnego pacjenta lub podopiecznego, ale także za pomocnicze narzędzie umożliwiające ocenę przebiegu choroby i/lub wyników terapii.

ASŁ

B: Bień, Broczek, 2012; Bosacka, Jóźwiak, Wieczorowska-Tobis, 2010; Graf, 2008; Kachaniuk, 2013; Kroemke, 2015; Lawton, 1969; Łacko, 2012; McCall, 2002; Miller, 2007; Pruszyńska i współprac., 2013; Skalska, 2007, 2011; Strugała, Wieczorowska-Tobis, 2011.

D: Rekomendacje nr 1/2013.

N: Cichońska-Marczak, 2011 – Internet: www.nursing.com.pl; Kołomecka, b.r., – Internet: http://www.umed.pl…; Rekomendacje…, 2012 – Internet: www.eacsociety.org/files/…

O: aktywność fizyczna, aktywność ruchowa, aktywność życia codziennego, całościowa ocena geriatryczna, czynności życia codziennego, geriatryczne zaburzenia sprawności, instrumentalna aktywność życia codziennego, sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna, sprawność funkcjonalna a starzenie się.

S: Skala IADL, Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego, Skala oceny złożonych czynności życia codziennego Lawtona.

TK: ang. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale/ The Lawton IADL Scale*, fr. *les Lawton activités instrumentals de la vie quotidienne échelle/Échelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante*, hiszp. *las actividades instrumentals Lawton de scala vida diaria/Indice de Lawton-Escala de Actividades instrumentales de la Vida Diaria*, niem. *die Lawton Instrumental Aktivitäten des täglichen Lebens Skala*, ros. *шкала оценки функциональной активностей в повседневной жизни/шкала повседневной активности Лотона*.

Tabela 1. Skala Lawtona (IADL – Ocena Złożonych Czynności Życiowych)

A. Zdolność używania telefonu
1. Posługuje się telefonem z własnej inicjatywy; szuka i wybiera numery, itd. 1 pkt
2. Wybiera kilka dobrze znanych numerów 1 pkt
3. Odpowiada na telefony, ale nie wybiera numerów 1 pkt
4. W ogóle nie używa telefonu 0 pkt
B. Zakupy
1. Samodzielnie zajmuje się robieniem wszystkich potrzebnych zakupów 1 pkt
2. Robi samodzielnie niewielkie zakupy 0 pkt
3. Zawsze podczas robienia zakupów musi mieć osobę towarzyszącą 0 pkt
4. Zupełnie niezdolny do robienia zakupów 0 pkt
C. Gotowanie
1. Samodzielnie planuje, przygotowuje i podaje odpowiednie dania 1 pkt
2. Przygotowuje odpowiednie dania, jeśli dostarczy mu się składniki 0 pkt
3. Podgrzewa i podaje przygotowane jedzenie lub przygotowuje jedzenie, ale nie utrzymuje odpowiedniej diety 0 pkt
4. Musi mieć przygotowane i podane jedzenie 0 pkt
D. Obowiązki domowe
1. Dba o dom samodzielnie lub z pomocą od czasu do czasu (np. pomoc w ciężkich obowiązkach domowych) 1 pkt
2. Wykonuje lekkie, codzienne obowiązki domowe jak mycie naczyń, ścielenie łóżka 1 pkt
3. Wykonuje lekkie, codzienne obowiązki domowe, ale nie potrafi utrzymać należytej czystości 1 pkt
4. Potrzebuje pomocy do wykonywania wszystkich obowiązków domowych 1 pkt
5. Nie uczestniczy w żadnych domowych obowiązkach 0 pkt
E. Pranie
1. Samodzielnie pierze swoje rzeczy 1 pkt
2. Pierze małe rzeczy typu skarpety, itp. 1 pkt
3. Całe pranie musi być zrobione przez kogoś innego 0 pkt
F. Poruszanie się transportem publicznym
1. Samodzielnie podróżuje transportem publicznym lub prowadzi swój samochód 1 pkt
2. Organizuje swoje podróże taksówką, ale nie korzysta z innego transportu publicznego 1 pkt
3. Podróżuje transportem publicznym, jeśli towarzyszy mu jakaś druga osoba 1 pkt
4. Ograniczone przemieszczanie się taksówką lub transportem publicznym nawet z osobą towarzyszącą 0 pkt
5. Nie podróżuje w ogóle 0 pkt
G. Odpowiedzialność w braniu leków
1. Samodzielnie bierze leki i poprawnie je dawkuje w odpowiednim czasie 1 pkt
2. Jest w stanie sam brać leki, jeśli zostaną one przygotowane w oddzielnych pojemnikach 0 pkt
3. Nie jest w stanie sam zadbać o branie leków 0 pkt
H. Zdolność do zarządzania swoimi pieniędzmi
1. Samodzielnie zarządza swoimi pieniędzmi (utrzymuje budżet, wypisuje czeki, płaci czynsz i rachunki, chodzi do banku), zbiera i układa zaświadczenia o dochodach 1 pkt
2. Zarządza codziennymi wydatkami, ale potrzebuje pomocy w zarządzaniu kontem bankowym i dużymi wydatkami itp. 1 pkt
3. Niezdolny do zarządzania pieniędzmi 0 pkt

Źródło: Rekomendacje. Wersja 6.1. EACS European AIDS Clinical Society, 2012 – Internet: www.eacsociety.org/files/2012_eacsguidelines-v6.1-polish.pdf.

Tabela 2. Rodzaje skal wykorzystywanych do całościowej oceny geriatrycznej (COG)

Zakresy COG	Rodzaje skal
Ocena stanu czynnościowego	1. Indeks Czynności Życia Codziennego → Katza **2. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (Skala Lawtona)** 3. Ocena Sprawności Chorego wg → Skali Bartel
Ocena stanu fizycznego	1. Skale powszechnie stosowane w medycynie, np. Skala Niewydolności Krążenia wg NYHA, Kanadyjska Skala Oceny Choroby Wieńcowej, APACHE itp. 2. Skala oceny równowagi i chodu (→ Test Tinetti) 3. Ocena Ryzyka Upadków (Skala Tinett) 4. Ryzyko Powstawania Odleżyn (→ Skala Nortona) 5. → Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (MNA – *Mini Nutritional Assesment*) 6. Ocena Ryzyka Operacyjnego
Ocena funkcji umysłowych	1. Skale oceniające ilościowo czynności poznawcze (sprawność umysłową): → Krótka Skala oceny Funkcji Poznawczych/Skala Folsteina (MMSE – *Mini Mental State Examination*) 2. Skrócony Test Sprawności Umysłowej wg Hodgkinsona (AMTS – *Abbreviated Mental Test Score*) 3. Skala Niedokrwienna → Hachinskiego 4. → Geriatryczna Skala Depresji Yesavage'a, Skala Depresji Hamiltona.
Ocena socjalno-środowiskowa	1. Określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej, jak i → opieki długoterminowej

Źródło: M. Kołomecka, *Całościowa Ocena Geriatryczna*, b.r. – Internet:
http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf.

Tabela 3. Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (Skala Lawtona)

Lp.	Badane zakresy aktywności oraz wartości przyzwanych punktów
1.	Czy potrafisz korzystać z telefonu? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = zupełnie nie jesteś w stanie korzystać
2.	Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań
3.	Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów
4.	Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = nie jesteś w stanie
5.	Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie)? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = zupełnie nie jesteś w stanie
6.	Czy możesz samodzielnie majsterkować/wyprać swoje rzeczy? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = nie jesteś w stanie
7.	Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = nie jesteś w stanie
8.	Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi? – 3 = bez pomocy – 2 = z niewielką pomocą – 1 = nie jesteś w stanie
Wynik końcowy: ……/maksymalnie 24 pkt.	

Źródło: M. Kołomecka, *Całościowa Ocena Geriatryczna*, b.r. – Internet: http://www.umed.pl/geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf.

Tabela 4. Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego (Skala IADL)

Lp.	Czynność	TAK – samodzielny	NIE – niesamodzielny
1.	Użycie telefonu	1 = Przynajmniej odbiera	0 = NIE, korzysta
2.	Zakupy codzienne	1 = TAK	0 = Nie lub z pomocą
3.	Przygotowanie posiłków	1 = TAK, samodzielnie	0 = Nie, lub tylko podgrzewa
4.	Codzienne porządki	1 = TAK, bez pomocy	0 = Nie lub z pomocą
5.	Pranie	1 = Jeśli cokolwiek pierze	0 = Nie jest w stanie
6.	Środki transport	1 = Samodzielnie korzysta	0 = Wymaga pomocy
7.	Własne leki	1 = Zażywa w sposób właściwy	0 = Wymaga jakiejkolwiek pomocy
8.	Rozporządzenie pieniędzmi	1 = Samodzielnie, podczas codziennych zakupów	0 = Nie posługuje się

Źródło: B. Bień, K. Broczek (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej…*, Warszawa: b.w., 2012, s. 21.

Skala Lawtona → Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego

Skala Równowagi Berg

została stworzona przez Katherine O. Berg i współprac. (1989) do oceny zdolności utrzymania równowagi w warunkach statycznych i dynamicznych. BBS [*Berg Balance Scale*] jest szeroko używanym przez fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych testem motorycznym, uznawanym za złoty standard w szacowaniu → mobilności oraz zdolności utrzymania równowagi przez badaną osobę. Jest dobrym uzupełnieniem → całościowej oceny [geriatrycznej] pacjenta w → wieku podeszłym, szczególnie chorego po → udarze mózgu, z → chorobą Parkinsona i/lub z → wielochorobowością (zob. Blum, Korner-Bitensky, 2008).

Badanie z użyciem tej skali nie wymaga specjalistycznego sprzętu diagnostycznego. Trwa ono około 15–20 minut i składa się z 14 zadań, które pacjent ma wykonać starając się wytrzymać w zadanej pozycje przez określony czas i utrzymując równowagę: 1. Zmiana pozycji z siadu do stania; 2. Stanie bez pomocy; 3. Siad bez podparcia; 4. Zmiana pozycji ze stania do siadu; 5. Transfer; 6. Stanie z zamkniętymi oczami; 7. Stanie, stopy razem; 8. Podnoszenie przedmiotów z podłogi; 9. Stanie na jednej nodze; 10. Skręty tułowia przy nieruchomych stopach; 11. Sięgnięcie w przód, stojąc; 12. Obrót o 360 stopni; 13. Wejście na stopień; 14. Stanie w jednej linii, stopy jedna za drugą. Za każde z zadań, w zależności stopnia prawidłowego wykonania poleconej czynności, pacjent może otrzymać od 0 (niezdolny do wykonania zadania) do 4 (zadanie wykonane całkowicie poprawnie) punktów. Maksymalnie za wykonanie całego testu można uzyskać 56 pkt. Interpretacja wyników jest następująca: 41–56 pkt. – badany całkowicie niezależny; 21–40 pkt. – badany chodzi z pomocą; 0–20 pkt. – badany uzależniony do wózka inwalidzkiego. Skala równowagi Berg jest przydatna zarówno do oceny → sprawności funkcjonalnej pacjenta przed wdrożeniem planu terapeutycznego, jak i przy przeprowadzaniu kontrolnego badania i ocenie wpływu leczenia na mobilność osoby starszej. W tym przypadku za istotną zmianę uważa się, jeśli wyniki różnią się o 8 lub więcej punktów (Steffen, Hacker, Mollinger, 2002). Skali tej można używać jako testu oceny ryzyka powtarzających się → upadków. Ryzyko to uważa się za podwyższone, jeśli badany uzyskał wynik niższy niż 45 pkt., a za istotnie wysokie, jeśli uzyskał 40 lub mniej pkt. (Berg i współprac., 1992, Muir i współprac., 2008).

Skala równowagi Berg odznacza się wysoką – sięgającą 96% – specyficznością [trafnością diagnostyczną] w zakresie identyfikacji osób obarczonych małym ryzykiem upadków, a także 98% stopniem zgodności wyników uzyskiwanych przez różne osoby (zob. Błaszczyk, Czerwosz, 2005). Jest też wymieniana jako jeden z najczęściej stosowanych testów u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Ma ona natomiast niższą czułość w wykrywaniu pacjentów zagrożonych upadkami, szczególnie w grupie osób bardziej sprawnych, w porównaniu z pacjentami z → zespołem słabości. Stąd podkreśla się potrzebę jednoczesnej oceny pacjenta kilkoma metodami badawczymi, jeśli chce się uzyskać rzetelne oszacowanie występującego u niego ryzyka powtarzających się upadków.

AKA, ZBW

A: BBS.

B: Berg i współprac., 1989, 1992; Blum, Korner-Bitensky, 2008; Błaszczyk, Czerwisz, 2005; Muir i współprac., 2008; Steffen, Hacker, Mollinger, 2002.

O: choroba Parkinsona, geriatryczne zaburzenia sprawności, Skala Równowagi Fullerton, sprawność funkcjonalna, Test Tinetti, testy oceny równowagi grupy Kellog, trening równowagi ciała osób starszych, udar mózgu, upadki, wielochorobowość, zaburzenia równowagi, zaburzenia słuchu i zmysłu równowagi, zespół słabości.

S: funkcjonalna skala równowagi Berg, Skala Berg.
TK: ang. *The Berg Balance Scale*, fr. *l'échelle d'*équilibre *de* Berg/ *l'échelle d'*évaluation *de d'*équilibre Berg./*Échelle de Berg*, hiszp. *escala de equilibrio de Berg*, niem. *Der Berg Balance Scale*/*Berg-Balance-Skala*/*Berg Balance Score*, ros. *Берг Баланс Машта́б*/*Баланс Машта́б Берг*/*тест баланса Берг*.

Skale ADL i IADL

Stan funkcjonalny człowieka starszego zazwyczaj oceniany jest przy użyciu standardowych kwestionariuszy. Do oceny funkcji fizycznych w zakresie podstawowych czynności życia codziennego służy → Indeks Czynności Życia Codziennego Katza (tab. 1) bądź konkurencyjna wobec niego 0–100 punktowa → Skala Barthel. Skale mierzą podstawowe funkcje warunkujące samodzielne → życie, stąd w literaturze można spotkać literą B (od ang. *Basic*) przed ADL lub literę P (od ang. *Personal*), by podkreślić podstawowy i/lub osobisty charakter tych czynności.
0–6 punktowa skala Katza, zamiennie nazywana skalą ADL, ocenia takie parametry, jak: zdolność utrzymywania higieny, umiejętność samodzielnego ubierania się i rozbierania, mobilność chorego w najbardziej podstawowym zakresie, tj. sprawdzenie czy pacjent jest w stanie wstać z łóżka i przesiąść się na fotel oraz kontrolowanie podstawowych czynności fizjologicznych (oddawanie moczu i stolca). Czas przeprowadzenia wynosi ok. 2–4 minuty. Niższa punktacja mówi o gorszym samodzielnym funkcjonowaniu, a w konsekwencji o potrzebie świadczenia stałej → opieki przez osoby drugie.
→ Skala Złożonych Czynności Życia Codziennego (Lawton, 1969), ocenia szerszy zakres sprawności fizycznych powiązanych ze sprawnością poznawczą człowieka starszego. *Lawton IADL Scale* – do oceny złożonych czynności życia codziennego, bada zdolność osoby do radzenia sobie we współczesnym otoczeniu. Wymaga określenia u osoby badanej stopnia sprawności aż w ośmiu obszarach funkcjonowania (zob. tab. 2), z których każdy zawiera kilka elementów oceny funkcji fizycznych i kilka poznawczych, np. robienie zakupów wymaga nie tylko sprawności lokomocyjnej, ale również pamiętania, by wziąć ze sobą odpowiednią ilość pieniędzy, dokonania wyboru pro-

Tabela 1. Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego – Skala ADL [Indeks Czynności Życia Codziennego – Skala → Katza ADL]

Lp.	Czynność	Wykonuje samodzielnie	Wymaga pomocy innej osoby
1.	Kąpiel całego ciała (natrysk lub wanna)	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt
2.	Ubieranie się	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt
3.	Korzystanie z toalety	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt
4.	Przemieszczanie się z łóżka na fotel	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt
5.	Kontrolowanie zwieraczy (moczu lub stolca)	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt
6.	Spożywanie posiłków	Tak 1 pkt	Nie 0 pkt

Wynik końcowy: ……/maksymalnie 6 punktów.
Interpretacja: 5–6 pkt – osoba sprawna; 3–4 pkt – osoba umiarkowanie niesprawna; ≤ 2 pkt – osoba poważnie niesprawna.

Tabela 2. Skala instrumentalnych czynności życia codziennego – Skala IADL [Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego – Skala→ Lawtona IADL]

Lp.	Czynność	TAK – osoba samodzielny	NIE – niesamodzielny
1.	Użycie telefonu	1 – Przynajmniej odbiera	0 – NIE korzysta
2.	Zakupy codzienne	1 – TAK	0 – NIE lub z pomocą
3.	Przygotowywanie posiłków	1 – TAK, samodzielnie	0 – NIE lub tylko podgrzewa
4.	Sprzątanie	1– TAK, bez pomocy	0 – NIE lub z pomocą
5.	Pranie	1 –Jeśli cokolwiek pierze	0 – Nie jest w stanie
6.	Korzystanie ze środków transportu	1 – Samodzielnie korzysta	0 – Wymaga pomocy
7.	Własne leki	1 – Zażywa w sposób właściwy	0 – Wymaga jakiejkolwiek pomocy
8.	Rozporządzanie swoimi pieniędzmi	1 – Samodzielnie, podczas codziennych zakupów	0 – Nie posługuje się

Wynik końcowy: ……/ maksymalnie 8 punktów.
Interpretacja: Im więcej punktów tym lepsza sprawność instrumentalna. [Zależnie od kręgu kulturowego, religii, interpretacja może uwzględniać płeć badanej osoby].

duktów, dokonania opłaty przy kasie, a opcjonalnie posłużenia się kartą płatniczą i przydźwiganiu zakupów do domu. Z tego powodu mówi się tu o czynnościach życia codziennego instrumentalnych lub złożonych. Wynik na skali wskazuje w jakim zakresie należy już pomóc podopiecznemu. Niektóre z ocenianych obszarów, a mianowicie niezdolność do rozporządzania własnymi pieniędzmi, przyjmowania leków czy poruszania się środkami transportu publicznego wskazują bardziej na zaburzenia poznawcze niż na niesprawność fizyczną. Czas przeprowadzenia badania tą skalą wynosi 3–5 minut. Przeprowadzając wywiad możemy modyfikować pytania w zależności od płci badanego. Wynik dokonanej oceny sprawności osoby starszej za pomocą tej skali pozwala na przybliżone zobiektywizowanie potrzeb chorego w zakresie pomocy i/lub opieki, np. konieczność zrobienia zakupów dwa razy w tygodniu, zrobienie zakupów i sprzątanie, możliwość samodzielnego pobytu w domu opieki (Kostka, Borowiak, Kołomecka, 2007).

HD, BB

B: Katz i współprac., 1963; Kostka, Borowiak, Kołomecka, 2007; Lawton, 1969; Skalska, 2006.
O: czynności życia codziennego, Indeks Czynności Życia Codziennego Katza, instrumentalna aktywność życia codziennego, Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (Skala Lawtona), Trójpoziomowa Skala ADL.
TK: ang. *ADL and IADL Scales*, fr. *Echelles fonctionnelles AVQ et AIVQ*, hiszp. *AVD y AIVD Escalas*, niem. *Die ATL-Skala und IATL-Skala*, ros. *Шкалы оценки активностей повседневной жизни и инструментальной деятельности в повседневной жизни*.

skanowanie PET (pozytronowa/pozytonowa tomografia emisyjna)

– jest badaniem neuroobrazowym, które obok statycznego obrazu pozwala wykonywać pomiar dynamiczny i dostarczać informacje dotyczące zjawisk czynnościowych. Ta nieinwazyjna metoda diagnostyczna wykorzystuje radioizotopy do oceny procesów metabolicznych organizmu. Opracowanie jej zawdzięczamy pracom: neurochirurga Williama H. Sweeta, fizyka Jamesa S. Robertsona i biofizyka Michaela E. Phelpsa (1939–) oraz chemika nuklearnego Edwarda J. Hoffmana (1942–2004). Pierwszy opracował miernik promieniowania pozytonowego (1953). Robertson skonstruował prototyp gamma kamery. Phelps i Hoffman z zespołem opracowali metodę projekcji wstecznej do rekonstrukcji obrazów tomograficznych, korekcję zjawiska pochłaniania, pierwszą gammakamerę do badania całego ciała (Graban, Kobylecka, Królicki, 2005). Sam Phelps natomiast nie tylko miał znaczny wkład w rozwój technologii, ale i w jej upowszechnienie w praktyce klinicznej i komercjalizację.
W obszarze mózgu wykonuje się kilka rodzajów badań diagnostycznych, w tym: scyntygrafię statyczną, angioscyntygrafię, scyntygrafię perfuzyjną mózgu, cysternografię i badania układów receptorowych. Pozytronowa tomografia emisyjna umożliwia wczesną diagnostykę → udaru mózgu, badanie topografii zmian niedokrwiennych i dynamiki zawału mózgu. Pozwala uchwycić zmiany subkliniczne oraz krótkotrwałe, np. przemijające ataki niedokrwienne (Kozubski, 2013). Wykorzystywana jest do oceny stopnia złośliwości guzów mózgu, w badaniach wznowy guza nowotworowego czy w lokalizowaniu ogniska padaczkorodnego (Graban, Kobylecka, Królicki, 2005). Skanowanie PET pozwala na diagnostykę różnicową schorzeń otępiennych, gdyż rozkład i gromadzenie farmaceutyku jest inne w → chorobie Alzheimera, → otępieniu czołowo-skroniowym, czy otępieniu naczyniopochodnym. Podobnie w schorzeniach układu pozapiramidowego, np. w rozpoznaniu → choroby Parkinsona badania PET mają zastosowanie. Skuteczność, ekonomiczność (finansowa i czasowa) oraz wygoda i bezpieczeństwo pacjenta stanowią o zaletach tego badania.

AB, KK-B

A: ang., niem. PET, fr., hiszp. TEP, ros. ПЭТ.
B: Graban, Kobylecka, Królicki, 2005; Kozubski, 2013.
O: techniki obrazowania mózgu, tomografia komputerowa.
TK: ang. *PET scan/positron emission tomography* [PET], *tomographie par émission de positons* [TEP], hiszp. tomografía por emisión de positrons [TEP], niem. *Positronen-Emissions-Tomographie* [PET], ros. *позитронно-эмиссионная томография* [ПЭТ].

pozytonowa tomografia emisyjna → skanowanie PET

pozytronowa tomografia emisyjna → skanowanie PET

skład ciała w starości

→ Starzenie się organizmu powoduje istotne zmiany składu ciała. Przede wszystkim dochodzi do zmiany proporcji pomiędzy tłuszczową (ang. *fat mass*) i bez-

tłuszczową (ang. *fat-free mass*) masą ciała. Istotne zmiany dotyczą także zawartości wody w organizmie. Masa ciała rośnie do ok. 50. roku życia, następnie utrzymuje się na stałym poziomie do ok. 65. r.ż. Potem następuje jej stopniowe obniżanie się związane ze spadkiem zarówno beztłuszczowej (głównie mięśnie i kości), jak i tłuszczowej jej części (Morley, 1999). Mimo iż masa tkanki tłuszczowej, jeżeli chodzi o wartości bezwzględne, zmniejsza się z wiekiem, to jej odsetek wzrasta z ok. 20% w wieku młodym do 40% w → starości. Największy udział beztłuszczowej masy ciała w ogólnej masie ciała obserwuje się w trzeciej dekadzie → życia, po czym następuje jego stopniowe zmniejszanie się. Odsetkowa zawartość tkanki tłuszczowej osiąga natomiast swój szczyt w siódmej dekadzie życia, po czym następuje jej stopniowy spadek (Flynn i współprac.,1989; Kehayias i współprac.,1997). Istotnie zmienia się także rozmieszczenie tkanki tłuszczowej wraz z wiekiem – gromadzi się ona głównie w jamie brzusznej (→ otyłość centralna) oraz w mięśniach, przyczyniając się do upośledzenia ich funkcji (Staveren van, Groot de, 2012), a maleje udział tkanki tłuszczowej podskórnej (Beaufrere, Morio, 2000). Zmiany składu masy ciała w starości mogą być przynajmniej częściowo wytłumaczone zmianami w zakresie wydzielania hormonów w starości, przede wszystkim zmniejszeniem wydzielania hormonów anabolicznych (hormonu wzrostu, insulinopodobnego czynnika wzrostu–1 (IGF-1), → testosteronu i dehydroepiandrosteronu), bez jednoczesnego zmniejszenia się wydzielania kortyzolu – hormonu katabolicznego (zob. Shah, Villareal, 2010).

U mężczyzn szczytowa masa mięśniowa przypada na 30.–40. r.ż., następnie stopniowo spada. U kobiet beztłuszczowa masa ciała pozostaje stabilna do ok. 50. r.ż., a jej spadek po tym okresie następuje w wolniejszym tempie w porównaniu z płcią męską (Ryan, Elahi, 1996), chociaż ulegać ma to przyspieszeniu po 60. r.ż. (Kehayias i współprac.,1997). Ubytkowi tkanki mięśniowej towarzyszy też upośledzenie jej funkcji, czyli siły skurczu. Większemu zanikowi ulegają włókna mięśniowe typu II, tzw. szybkokurczliwe.

Z uwagi na opisaną zmianę proporcji składników ciała → wskaźnik masy ciała BMI (ang. *body mass index*), będący ilorazem masy ciała i kwadratu wzrostu, ma ograniczoną wartość w przewidywaniu ryzyka białkowo-kalorycznego → niedożywienia w starszym wieku. Z wiekiem obniża się też wzrost, m.in. w wyniku złamań kompresyjnych kręgów kręgosłupa, więc przy tej samej masie ciała obliczony wskaźnik BMI będzie się zwiększał, co wskazuje na konieczność przyjęcia innych norm tego wskaźnika w subpopulacji osób starszych (Beck, Ovesen, 1998). Potwierdzają to też badania oceniające wartość rokowniczą tego wskaźnika, które wykazują najniższą umieralność pacjentów z BMI 27–29 kg/m^2 (Bień i współprac., 2015).

Z wiekiem dochodzi także do stopniowego obniżania się masy kostnej i gęstości kości. Ta tendencja jest bardziej zaznaczona u kobiet – u mężczyzn spadek gęstości kostnej w obrębie kręgosłupa wynosi około 2/3 takiego spadku u kobiet, a w obrębie szyjki kości udowej – 1/4 (Ryan, Elahi, 1996). Przekłada się to automatycznie na odpowiednio różne u obu płci ryzyko złamań osteoporotycznych. W procesie starzenia dochodzi także do istotnych zmian w zawartości wody w organizmie. U młodych dorosłych całkowita objętość płynów ustrojowych (TBW – ang. *total body water*) wynosi około 60% masy ciała. Wraz z wiekiem odsetek ten spada do 45%, głównie z powodu zmian w zawartości tkanki tłuszczowej i mięśni (Miller, 1999). Zaburzeniu w starości ulega też zdolność do zatrzymywania wody i utrzymywania homeostazy gospodarki sodowej. Mniejsza jest w starszym wieku zdolność nerek do zagęszczania moczu i zatrzymywania sodu, a większe jest wydzielanie wazopresyny (ADH) i przedsionkowego peptydu natriuretycznego (ANP), co z kolei zaburza gospodarkę elektrolitową i sprzyja hiponatremii. Upośledzeniu ulega też wrażliwość ośrodka pragnienia w mózgowiu, co także może sprzyjać odwodnieniu.

AKA, ZBW

B: Beaufrere, Morio, 2000; Beck,Ovesen, 1998; Bień i współprac., 2015 Flynn i współprac., 1989; Kehayias i współprac., 1997; Miller, 1999**;** Morley, 1999; Ryan. Elahi, 1996; Shah, Villareal, 2010; Staveren van, Groot de, 2012

O: aktywność fizyczna, hormony a starzenie się, niedożywienie, osteoporoza, otyłość, starzenie się, starzenie się mięśniowo-szkieletowe, wskaźnik masy caiła, złamania u osób starszych.

TK: ang. *body composition in old age*, fr. *la composition corporelle un vieil homme*, hiszp. *composición corporal del hombre viejo*, niem. *Körperzusammensetzung im Alter*, ros. *состав тела в старости*.

Skrócony Test Sprawności Umysłowej Hodkinsona

służy do diagnozowania i/lub identyfikacji pacjentów z podejrzeniem → otępienia. Twórcą testu jest Henry M. Hodkinson (1972). Jest to jeden z najczęściej stosowanych przez geriatrów w warunkach szpitalnych przesiewowych testów oceny funkcji poznawczych. Do potwierdzenia diagnozy demencji wymagane jest

przeprowadzenie dokładniejszej oceny pacjenta, tj. oceny sfery kognitywnej za pomocą czulszych testów psychometrycznych, np. oceny za pomocą → Krótkiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE – *Mini Mental State Examination*) w połączeniu z → Testem Rysowania Zegara, lub na podstawie szczegółowego badanie neuropsychologicznego, oraz wykazanie typowego obrazu klinicznego, spełniającego kryteria diagnostyczne otępienia.

Na test składa się 10 pytań (zob. tab. 1). Za każde poprawnie wykonane zadanie przyznaje się 1 punkt. Interpretacja wyników: 6–10 pkt. – stan prawidłowy; 4–6 pkt. – umiarkowane upośledzenie sprawności umysłowej; 0–3 pkt. – poważne upośledzenie sprawności umysłowej.

Test AMTS odznacza się 70–80% czułością [trafnością diagnostyczną] i 71–90% swoistością (MacKenzie i współprac., 1996). Jego zaletą jest prostota wykonania. Problemem może być natomiast ograniczona ilość danych dotyczących walidacji testu w różnych społecznościach i krajach.

AKA, ZBW

A: AMT, AMTS.

B: Hodkinson, 1972; MacKenzie i współprac., 1996.

O: Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych, łagodne zaburzenia poznawcze, Montrealski Test Oceny Funkcji Poznawczych, ocena stanu umysłowego, otępienie, Test Rysowania Zegara, testy oceny funkcji poznawczych.

TK: ang. *The Abbreviated Mental Test Score/Hodkinson Abbreviated Mental Test Score*, fr. *le score de test mental abrégée/ score du test mentale abrégées*, hiszp. *El Test Mental Abreviado de Hodkinson/Prueba Mental Abreviado Puntuación*, niem. *Der Abbreviated Mental Test Score von Hodkinson*, ros. *мест умственных способностей Ходкинсона*.

Tabela 1. Pytania w teście AMTS Hodkinsona

1. Ile ma Pan/Pani lat?
2. Która jest godzina? (z dokładnością do 1 godziny)
3. Proszę powtórzyć podany adres: ulica Gruszkowa 42
4. Który mamy rok?
5. Jaki jest Pana/Pani adres?
6. Kiedy się Pan/Pani urodził/a?
7. W którym roku rozpoczęła się Druga Wojna Światowa?
8. Jak nazywa się Prezydent?
9. Liczenie wspak od 20 odejmując 1.
10. Proszę przypomnieć adres, który wcześniej podałam/em.

słowniki gerontologiczne

Słowniki, leksykony, tezaurusy bądź glosariusze gerontologiczne wyjaśniają znaczenie zawartych w nich pojęć, terminów lub określeń, podając często odpowiedniki określonych kategorii w innych językach. Najpoważniejszym, międzynarodowym słownikiem → gerontologii społecznej jest czterojęzyczny *International Glossary of Social Gerontology*, pod red. Mary Jo Storey Gibson i Charlotte Nusberg (1985), opracowany pod auspicjami Międzynarodowej Federacji Starzenia się (IFA). Zawiera około 290 haseł rzeczowych (w jęz. ang., hiszp., fr. i niem.). Na uwagę zasługują również amerykańskie słowniki → gerontologii: *A Glossary of Aging Terminology*, pod red. Stevena Bella i współprac. (1980); Diany K. Harris, *Dictionary of Gerontology* (1988); *Old Age in Myth and Symbol: A Cultural Directory* (1991); Marshalla B. Kappa, *Key Words in Ethics, Law, and Aging: A Guide to Contemporary Usage* (1995); W. Andrew Achenbauma, *Key Words in Sociocultural Gerontology* (1996), zawierający wyrazy hasłowe z *Encyklopedii → starzenia się* (1987) wraz z adnotacjami i wykazem literatury; *Thesaurus of Aging Terminology. Ageline Database on Middle Age and Aging* (1983, wyd. 8, 2005), opracowany przez Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP); *Dictionary of Eldercare Terminology* (1997, wyd. 2, 2000), pod red. Waltera Feldesmana i Edmunda H. Worthy'ego; glosariusz → zdrowia i starzenia się *Age Words: A Glossary on Health and Aging* (1986), opracowany przez Narodowy Instytut Starzenia się (NIA) i Narodowy Instytut Zdrowia (NIH), który wyjaśnia ok. 220 pojęć i określeń w układzie działowym (obejmuje takie działy, jak: starzenie się, badania nad starzeniem się, problemy medyczne, → zdrowie psychiczne oraz programy i → służby społeczne). W Stanach Zjednoczonych ukazały się również słownik biograficzny opracowany przez Achenbaum, *Profiles in Gerontology: A Biographical Dictionary* (1995), przedstawiający 300 sylwetek osób, które miały istotny wkład w tworzenie gerontologii, oraz słownik biodemografii → długowieczności (zob. ilustr. 1): *Between Zeus and the Salmon: The Biodemography of Longevity* (1997). Na uwzględnienie zasługuje też autorski słownik gerontologii i → geriatrii Sachi Sri Kantha, *Elsevier's Dictionary of Gerontology and Geriatrics* (2005). We Francji ogłoszono słowniki starzenia się i praktyki gerontologicznej: *Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du viellissement*, pod red. Jean-Charlesa Sournia (1984), *Dictionnaire de pratique gérontologique* Yvesa Kagana (1996), *Dictionnaire de la gerontologie socjale: Vieillissement et vieillesse* Richarda Vercauterena i współprac. (2011, nowe wyd. 2013), hiszpańsko-angielski słownik geriatrii i gerontologii: *Dictionnaire de gériatrie et de gérontologie es-*

pagnol-anglais (2007) oraz słownik cytatów w gerontologii (ilustr. 2): Alexandre Carlsona, Jeana Paqueta, *Dictionnaire des citations en gérontologie* (1999). W Hiszpanii został ogłoszony drukiem słownik geriatrii i gerontologii (lustr. 3): *Diccionnario LID: Geriatría y gerontología* (2007). W Kanadzie ukazał się słownik gerontologii społecznej N. → Zaya: *Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale* (1981). Natomiast w Niemczech Heinrich Braun ogłosił drukiem słownik terminologiczny z zakresu pomocy ludziom starym: *Nomenklatur von Einrichtungen der Altenhilfe* (1970). W Polsce L. → Frąckiewicz i B. → Żakowska-Wachelko ogłosiły drukiem słownik terminologiczny *300 wiadomości o → starości* (1987), w którym omówiły wybrane problemy gerontologii społecznej, szeroko pojętej higieny i profilaktyki oraz przedstawiły podstawowe informacje o zdrowiu i → chorobie w → wieku podeszłym. Ukazały się też: *Leksykon polityki społecznej*, pod red. Barbary Rysz-Kowalczyk (2001), w którym znajdują się również hasła z zakresu → demografii i → zabezpieczenia społecznego, oraz – pierwsze w Polsce – autorskie publikacje leksykograficzne Adama A. Zycha: *Słownik gerontologii społecznej* (2001) i *Leksykon gerontologii* (2007, wyd. 2. 2010, zob. ilustr. 4), zawierający ponad 1 200 haseł rzeczowych wraz z indeksami. W Rosji wydano pierwszy, autorski *Słownik-przewodnik po gerontologii społecznej* (*Социальная геронтологиа: Словарь-справочник*, 1997) Nikołaja F. Basowa. W Szwajcarii ogłoszono drukiem wielojęzyczny słownik terminów gerontologicznych, opracowany przez H. → Thomae i współprac.: *Viersprachiges gerontologisches Wörterbuch* (1981). W Wielkiej Brytanii wydano czterojęzyczny glosariusz terminów z zakresu → pomocy społecznej: *A Glossary of Social Care Terms*, którego wersję polską: *Słowniczek pomocy społecznej angielsko-polsko-francusko-niemiecko-hiszpański* (1996) opracowało Centrum Rozwoju Służb Społecznych (CRSS) w Warszawie i który zawiera kilkaset terminów i określeń w układzie działowym – w tym również dział dotyczący ludzi starszych).

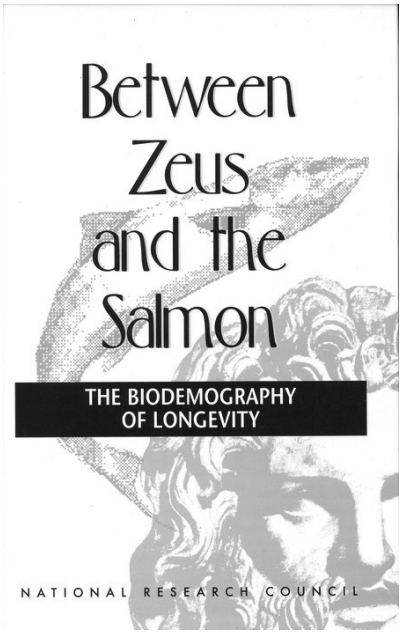
Współcześnie najszybszym źródłem informacyjnym jest Internet, w którym możemy odnaleźć także hasła, akronimy i powszechnie używane określenia z zakresu gerontologii na następujących stronach: http://www.health.uab.edu…; http://www.info4seniors.org…; http://www.ioaging.org…, http://www.senescence.info/glossary.html; http://www.ssa.gov…; http://www.uwgb.edu…; http://www.worldhealth.net…; www.grg.org/resources/glossary.html i in.

AAZ

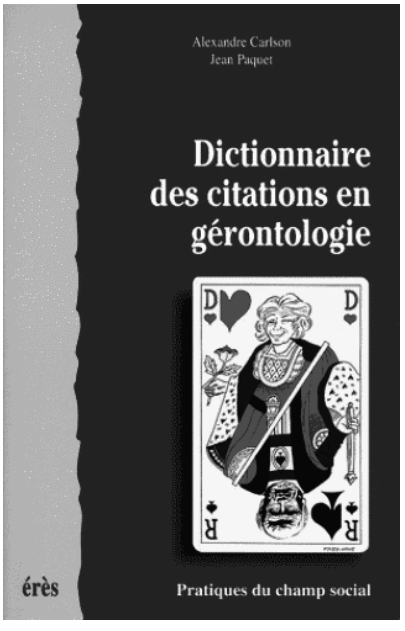
N: http://www.health.uab.edu…; http://www.info4seniors.org…; http://www.ioaging.org…, http://www.senescence.info/glossary.html; http://www.ssa.gov…; http://www.uwgb.edu…; http://www.worldhealth.net…; www.grg.org/resources/glossary.html.

O: encyklopedie gerontologiczne.

TK: ang. *gerontological dictionaries*, fr. *gérontologique dictionnaires*, hiszp. *gerontología y geriatría diccionarios*, niem. *gerontologische Wörterbüchern*, ros. *геронтологические словари*.

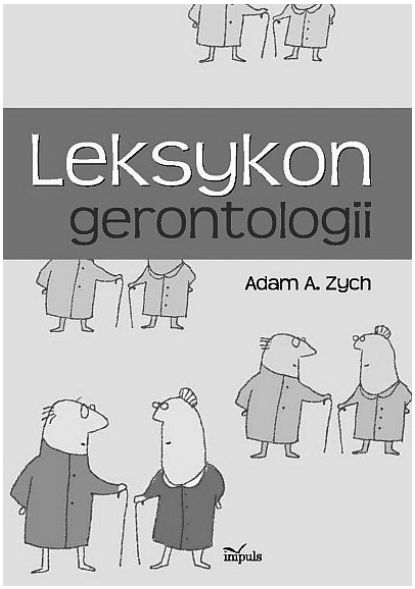


Ilustr. 1. Okładka amerykańskiego słownika biodemografii długowieczności (1997).



Ilustr. 2. Okładka francuskiego słownika cytatów w gerontologii (1999).

Ilustr. 3. Okładka hiszpańskiego słownika gerontologii i gerioatrii (2007).



Ilustr. 4. Okładka polskiego *Leksykonu gerontologii* (2010).

służba społeczna

pojęcie służby społecznej na przestrzeni lat zmieniło znaczenie. Niegdyś rozumiana jako bezinteresowne poświęcenie swojego → czasu dla innych, zryw społeczny organizowany spontanicznie przez wszystkich ludzi, zatroskanych o jakieś dobro wspólne. Aktualnie zostaje wyparta przez etatowo zatrudnionych ludzi, którzy mają potwierdzone dyplomami kwalifikacje, ukończone kursy czy zdobyte szkolenia. Miejsce służby społecznej zajmuje profesjonalizm fachowo pomagających. Służba społeczna jest najczęściej przywoływana wobec zawodów określanych mianem „służebnych" bądź pomocowych. Chodzi o takie zawody, których istotą jest służba innym ludziom. Wśród nich wymienia się → pracowników socjalnych, psychologów, lekarzy, pielęgniarki, a nawet strażaków. Pojęcie służby ma także szersze znaczenie wobec pewnych kategorii zawodowych, czego przykładem jest służba zdrowia, służby ratownicze, służby porządkowe, służba bezpieczeństwa czy służba drogowa.

Istotę i zakres służby społecznej tak ujmowała Helena Radlińska (1879–1954): „W imię ideału, siłami człowieka służba społeczna przetwarza dzień dzisiejszy. Buduje instytucje jutra […]. Najistotniejszą służbą dla dobra ludzkości jest tak pojęta służba społeczna, która wprowadza w życie dawne marzenia o »szczęściu wszystkich«" (Radlińska, 1947). Służba społeczna kryła w sobie ogromną pracę aktywizującą innych, wydobywanie ukrytych sił, potencjału, a nawet odrodzenie społeczne. Była to działalność twórcza, mobilizująca wszystkich do tworzenia lepszych warunków bytu. Tak rozumiana służba społeczna stanowiła istotę pracy społecznej nie jednostek, ale „tysięcy przodowników". Służba społeczna jako jedna z podstawowych zasad mobilizowała wszystkich chętnych do pracy na rzecz niekoniecznie jednostek, ale całych grup społecznych, „gromad", społeczności lokalnych.

Służba społeczna była zupełnie czymś innym, aniżeli dobroczynnością społeczną. Wielokrotnie podkreślano różnice pomiędzy służbą społeczną a dobroczynnością, wskazując na wyższość tej pierwszej, a piętnując tę drugą: „odróżnia [się] najgłębiej służbę społeczną od dobroczynności epok ubiegłych. Dobroczynność lubowała się w sobie. Księżniczki średniowiecza i klasztory średniowieczne szukały zasługi w otaczaniu się rzeszą »swoich« ubogich, przez długie lata tych samych. Dobroczynność wieków późniejszych stwarzała specyficzne normy → życia dla »ubóstwa«. Współczesna działalność społeczna pojmuje walkę z pauperyzmem jako usuwanie zła" (Radlińska, 1947).

Zadaniem służby społecznej było budowanie lepszych warunków życia, co miało ogromne znaczenie dla społeczeństwa, gdyż chodziło tu o szeroko rozumiane odrodzenie społeczne. Istotą służby było minimalizowanie, zwalczanie i usuwanie nędzy. Celem ostatecznym była troska o dobro wspólne i dziedzictwo narodowe. Ostateczne cele były wyższe aniżeli zaspokojenie materialnych potrzeb ludności. Dobro wspólne ogółu społeczeństwa dominowało nad partykularnym dobrem jednostki, choć go nie umniejszało, wszak

w centrum uwagi była zarówno nędznik, jak i dziecko (Sendlerowa, 1947). Służba społeczna obejmowała wiele dziedzin życia społecznego, w tym wchodziła w głąb wartości kulturowych. Pobudzanie poziomu kulturalnego było jednym z elementów pracy społecznej (Manteufflowa, 1946).

W okresie socjalizmu zmieniło się pojęcie służby społecznej, jak i jej zadania. Zmiana ta była podyktowana nowym ujęciem polityki społecznej, którą określano mianem „polityka socjalna", zaś służbę społeczną zastępowano terminem „służba socjalna". Polityka socjalna miała rozwijać się w kierunku kompleksowej troski o człowieka na tle środowiska. Miała być wspierana → pracą socjalną i pedagogiką społeczną (Mikulski, 1974). Służbę socjalną charakteryzowały nowe cechy: naukowa opieka (diagnoza społeczna, wywiad środowiskowy), zintegrowana pomoc → rodzinie w środowisku, zawodowi pracownicy → opieki (w miejsce → opiekuna społecznego) oraz rosnąca rola profilaktyki społecznej (Kamiński, 1976). Służba socjalna w Polsce w okresie Polski Rzeczypospolitej Ludowej (PRL), zaczynała odgrywać coraz większą rolę, ulegając przy tym specjalizacji. Z jednej strony jej rozwój podyktowany był narastającymi potrzebami, które należało rozwiązywać. Należały do nich: → starzenie się społeczeństwa, wzrost aktywizacji kobiet oraz pojawianie się nowych → chorób społecznych. Z drugiej strony bacznie obserwowano sytuację w innych krajach, dochodząc do wniosku, że specjalizacja w służbach socjalnych jest nieunikniona.

Reprezentantami służby socjalnej stali się pracownicy socjalni. Zatrudniano ich w ośrodkach opiekuna społecznego lub przychodniach rejonowych. Obowiązkiem pracownika socjalnego było współdziałanie ze służbą zdrowia, zwłaszcza lekarzem rejonowym, pielęgniarkami środowiskowymi, placówkami pomocy zamkniętej, zakładową służbą zdrowia, spółdzielczością inwalidzką, administracją terenową, policją, prokuraturą itd. (Wódz, 1998).

Zadania pracownika socjalnego Aleksander Hulek (1916–1993) sformułował następująco: „zadaniem pracownika socjalnego jest zapobieganie, wyrównywanie lub korygowanie zaburzeń we współżyciu i współpracy inwalidy z innymi osobami, jego środowiskiem społecznym, i ułatwianie korzystania z należnych mu usług socjalnych […]. Do typowych sytuacji, w których rola pracownika socjalnego urasta do szczególnego znaczenia, należą: ośrodki → rehabilitacji leczniczej i zawodowej (w jej różnych formach), rodzina, grupy społeczne, w jakich inwalida pracuje lub spędza → czas wolny" (Hulek, 1972). Pracownik socjalny w czasach PRL miał kilka specjalizacji. W zależności od realizowanych zadań i wykształcenia wyróżniano następujące kategorie pracowników socjalnych. Personel pomocniczy stanowili: pomocnik ds. usług socjalnych oraz technik ds. usług socjalnych. Personel fachowy stanowili: pracownik socjalny, dyplomowany pracownik socjalny, licencjonowany pracownik socjalny oraz specjalista z zakresu → pracy socjalnej (Oleszczyńska, 1976). Oprócz zatrudnionych w ośrodkach zdrowia, byli tzw. asystenci społeczni zatrudnieni w placówkach rehabilitacji inwalidów, kuratorzy nieletnich przestępców oraz przestępców z zawieszonymi wyrokami i przedterminowo zwolnionych z więzienia, etatowi opiekunowie społeczni w prezydiach rad narodowych, pracownicy socjalni w zakładach pracy (Kamiński, 1976).

Transformacja ustrojowa kraju przyniosła zasadnicze zmiany w pojęciu służby społecznej. Wprowadzenie Ustawy z 29 XI 1990 r. o pomocy społecznej wyeliminowało pojęcie „służby socjalnej". Jedynym nawiązaniem do służby społecznej jest kwalifikacja pracowników socjalnych do grona służb społecznych, jak i określenie że pracownicy socjalni wykonują zawód służebny. Znacznemu rozszerzeniu uległ termin „służby społeczne" kwalifikując tu wiele grup zawodowych wychodząc poza struktury pomocy społecznej. I tak do grona służb społecznych zalicza się policjantów, ratowników, celników czy drogowców. Pojęcie „służby" zostało rozszerzone na poszczególne grupy zawodowe i niekiedy całkowicie nie ma nic wspólnego z pierwotnym terminem służba społeczna, który zarezerwowany był dla pracowników systemu → opieki społecznej. Aktualnie do pojęcia „służba" dodaje się różne przydomki wskazując jednocześnie na specjalizacje grup zawodowych. Znamiennym przykładem mogą być służby specjalne, służby mundurowe czy służby informacyjne. Grupy te wykonują zadania, które mają zupełnie inną specyfikę zupełnie niezwiązaną z omawianym tu pojęciem służby społecznej.

Zawodem wywodzącym się od pierwotnego terminu „służba społeczna" jest pracownik socjalny. W służbie społecznej odnajdujemy zatem pewne krewniacze związki ze współcześnie realizowaną pracą socjalną. Chodzi tu szczególnie o metody pracy socjalnej: praca z jednostką, grupą i ze społecznością lokalną. Właściwie możemy zauważyć występowanie tych metod, mimo że ówcześnie nie operowano pojęciem „metoda pracy socjalnej", ale czymże była praca z jednostką, z rodziną czy też praca polegająca na wydobywaniu sił z mas ludzkich? Nie ulega wątpliwości, że owe elementy pracy socjalnej tu występują.

Co nam dziś zostało ze służby społecznej? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa. Daleko posunięta specjalizacja i dążenie ku profesjonalizacji sprawiają, że pojęcie służby najczęściej ogranicza się do wąskiego wycinka, jakiegoś fragmentu czy wydzielonego obszaru. Z pewnością nie jest to ujęcie holistyczne. Ostateczne cele wydają się być tak dalekosiężne, że właściwie trudne do realizacji. Do tego dochodzi nadmiar zadań, które uniemożliwiają koncentrację na całości społecznych potrzeb. Z kolei brak koordynacji nie sprzyja jedności czy powszechnej solidarności w dążeniu do poprawy warunków bytu wszystkich ludzi. Wiele problemów rozwiązywanych jest nie perspektywicznie, ale „tu" i „teraz". Są to najczęściej podejmowane interwencje bez wskazania „dalszego ciągu", bez określenia „co dalej?". Powszechnie zauważa się pewien deficyt podstawowych idei motywujących poszczególne służby do działania.

TZ

B: Kamiński, 1976; Manteufflowa, 1946; Mikulski, 1974; Oleszczyńska, 1976; Radlińska, 1947; Sendlerowa, 1947; Wódz, 1998.

D: Ustawa z 29 XI 1990 r.

O: opieka społeczna, opieka społeczności, pomoc społeczna, praca socjalna, pracownik socjalny, usługi socjalne.

S: służba socjalna.

TK: ang. *social service*, fr. *service social*, hiszp. *servidor público/ srtvidora pública*, niem. *Sozialdienst*, ros. *социальная служба*.

Snarski Bogdan Stanisław (1914–1976)

polski lekarz – internista i balneolog, oraz gerontolog, pionier rozwoju → geriatrii w Polsce, przyczynił się do powstania sanatorium geriatrycznego w Inowrocławiu. W roku 1937 ukończył studia na Wydz. Lekarskim Uniw. Poznańskiego i podjął pracę w Szpitalu Miejskim w Poznaniu, następnie pracował w Państw. Zakł. Higieny w Warszawie pod kierownictwem Ludwika Hirszfelda (1884–1954). W czasie kampanii wrześniowej 1939 uczestniczył w obronie Warszawy i trafił do niewoli niemieckiej. Po zwolnieniu z obozu jenieckiego w Rawie Mazowieckiej pracował jako lekarz-praktyk w powiecie łukowskim. Aktywnie działał w ruchu oporu Okręgu Lublin Armii Krajowej. W l945 został skierowany do pracy w Urzędzie Woj. w Kielcach, a następnie na teren Dolnego Śląska celem organizowania służby zdrowia. Pełnił tam funkcję naczelnika woj. wydziału zdrowia w Trzebnicy, Legnicy i Wrocławiu. Na własną prośbę został przeniesiony na stanowisko naczelnego lekarza Uzdrowisk Dolnośląskich. Po rozwiązaniu tej instytucji objął stanowisko naczelnego lekarza w Szczawnie-Zdroju, a następnie Świeradowie. W okresie 1953–71 był naczelnym lekarzem Uzdrowiska w Inowrocławiu, gdzie organizował sympozja naukowe pn. „Dzień Geriatryczny" (zob. Snarski, 1960, 1962, 1966), do końca życia był ordynatorem Sanatorium Geriatrycznego w Inowrocławiu.

Bogdan Snarski (fot. 1) doskonale zrozumiał jak wielkie znaczenie dla ludzi w → wieku podeszłym mają ruch i zajęcia ruchowe oraz odpowiednie odżywianie i pomoc psychologiczna. Za swoje osiągnięcia został odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem im. Wojciecha Oczki oraz Odznaką Zasłużonemu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

AAZ

B: Snarski, 1960, 1962, 1966, 1976, 1986.

O: geriatria, gimnastyka lecznicza, haloterapia, kinezyterapia, leczenie uzdrowiskowe.

socjalizacja technologiczna

– termin wprowadzony przez Magdalenę Annę Szpunar (1971–), oznaczający proces uczenia się korzystania z nowych technologii, głównie Internetu i/ lub telefonu komórkowego. Obejmuje ona proces internalizowania, ale także eksternalizowania wzorów i sposobów użytkowania danego medium. Dzięki eksternalizowaniu zachowań medialnych, przejawianych w kontakcie z danym środkiem przekazu, aktywność medialna jest nie tylko reprodukowana na inne jednostki, ale także sama jednostka je reprodukuje w zetknięciu z nowym medium. Socjalizacja medialna dokonująca się w procesie użytkowania starych mediów prowadzi do reprodukowania zachowań, które autorka określa mianem staromedialnych nawyków odbiorczych. Zatem, choć pojawia się nowe medium, które potencjalnie umożliwia innowacyjne użycie, jednostka wykorzystuje je zgodnie z wcześniej zinternalizowanymi zachowaniami. Staromedialne nawyki odbiorcze stanowią formę więzów, spod których jednostka przez dłuższy czas nie potrafi się wyzwolić. Socjalizacja do „nowego" wymaga zatem, wyzbycia się starych schematów postępowania. Zinternalizowane przez nas sposoby korzystania z mediów masowych (starych mediów) determinują praktyki kulturowe przejawiane wobec nowego medium, jakim jest Internet, powodując, mimo swoistej nowości, pozostaje on „nowym-starym" medium.

Jednakże należałoby wskazać, że jednostka przystosowuje się w pewien sposób do nowej technologii. Jeśli pojawia się „nowe", muszą pojawić się także nowe mutacje, które możemy definiować jako nowe modele korzystania z mediów. Zgodnie ze spojrzeniem ewolucjonistów jednostki, u których nowa mutacja się nie pojawi, nie przetrwają. By partycypować w nowomedialnej rzeczywistości, konieczne jest zatem dostosowanie aparatu poznawczego, do nowej rzeczywistości. Nowe media, do których przypisuje się nowe formy zachowania, jak chociażby interaktywność, pozostają w znacznej mierze „martwe", ponieważ ich odbiorcy nie są wyposażeni w odpowiednie (kompatybilne) z tymi mediami habitusy. [Wg Pierre'a-Felixa Bourdieu (1930–2002) habitus oznacza nabyte umiejętności i kompetencje jednostki, które przyjmują postać trwałych dyspozycji, takich jak: sposoby postrzegania świata czy reguły działania i myślenia. Habitus nie jest jednak zbiorem trwałych reguł i praw, przez co staje się on bardziej poręcznym i elastycznym narzędziem wskazującym właściwy sposób poruszania się w świecie – przyp. red.].

Habitusy funkcjonują na wzór oprogramowania, ludzie dysponują „starym oprogramowaniem", które nie jest zgodne z kodem nowych mediów. Owa socjalizacja technologiczna z pewnością najwolniej przebiegać będzie u → seniorów, którzy niechętnie adaptują się do nowego. Podstawowe znaczenie ma tutaj to, że socjalizacja technologiczna osób starszych przebiega w momencie, gdy w użyciu są zgoła odmienne narzędzia komunikacyjne.

Dokonujące się przemiany w sferze psychofizycznej seniorów w wielu przypadkach negatywnie wpływają na proces adaptowania się do nowości i uczenia korzystania z nowych narzędzi, w tym Internetu i/lub komputera. Redukcja masy mózgu, przerzedzenie sieci dendrytów i spowolnienie przewodzenia synaptycznego przyczynia się do spowolnienia czasu reakcji u osób starszych, zatem tacy ludzie uczą się dłużej, wolniej przyswajają nowości.

MS

B: Szpunar, 2012 a.

O: edukacja medialna seniorów, eutyfronika, gerontotechnologia, kultura medialna seniorów pedagogika medialna, przestrzeń medialna, socjalizacja antycypowana, zasada antropotropiczna.

S: socjalizacja naukowo-techniczna.

TK: am./ang. *technological socialization*, fr. *socialisation technologique*, hiszp. *la socialización tecnológica*, niem. *technologische Sozialization*, ros. *технологическая социализация /научно-техническая социализация.*

solidarność międzypokoleniowa

– poczucie wzajemnej odpowiedzialności osób przynależących do różnych → generacji i ich gotowość do wzajemnego wspierania się. Warunkiem zaistnienia tej solidarności jest uprzednie występowanie więzi międzypokoleniowej, tj. poczucia łączności biologicznej, kulturowej, ekonomicznej z jednostkami wchodzącymi w skład innych pokoleń.

Rozumienie terminu solidarność międzypokoleniowa jest różne w zależności od przyjętej perspektywy – mikro lub makro. W pierwszym przypadku chodzi o wzajemną odpowiedzialność w → rodzinie, której wymiarami praktycznymi są: solidarność asocjacyjna (wzorzec i częstość interakcji w ramach rodziny), solidarność emocjonalna (typ i stopień uczuć ukierunkowanych na innych członków rodziny oraz stopień odwzajemniania tych uczuć), solidarność aksjologiczna (stopnień zgodności wartości, postaw i zachowań), solidarność funkcjonalna (stopień udzielanej pomocy i wymiany zasobów), solidarność normatywna (siła zobowiązań do wypełniania ról rodzinnych), solidarność strukturalna (strukturalne możliwości relacji międzypokoleniowych związane z liczbą, cechami i miejscem zamieszkiwania członków rodziny). Natomiast w przypadku perspektywy makro chodzi o społeczne przyzwolenie na redystrybucję najważniejszych zasobów pomiędzy przedstawicielami różnych pokoleń za pośrednictwem władz publicznych, a przede wszystkim o skalę tej redystrybucji. W obu przypadkach solidarność międzypokoleniowa jest podstawą do definiowania → umowy międzypokoleniowej.

PS

O: generacja, opieka międzygeneracyjna, polityka generacyjna, projekt międzypokoleniowy, transfery międzypokoleniowe, umowa międzypokoleniowa, więzi międzypokoleniowe.

TK: ang. *intergenerational solidarity*, fr. *la solidarité intergénérationnelle*, hiszp. *solidaridad intergeneracional*, niem. *Solidarität zwischen den Generationen*, ros. *солидарность между поколениями.*

Solidarność pokoleń 50+ – programy

Pierwszy program „Solidarność pokoleń" został przyjęty przez Radę Ministrów w roku 2008 jako pakiet działań rządowych zmierzających do zwiększenia zatrudnienia osób powyżej 50. roku życia w Polsce. W przyjętym wtedy programie zakładano potrzebę skoordynowanych działań, obejmujących zarówno te obszary, które wspierać miały popyt na pracę osób

50+, jak i te, które oddziałują na stronę podażową, poprzez tworzenie zachęt do wydłużania aktywności zawodowej oraz działania na rzecz kapitału ludzkiego w tej subpopulacji. Wiele założonych w programie działań zostało zrealizowanych w latach 2008–13, np. zmniejszono koszty pracy dla osób powyżej 50. r.ż. poprzez obniżenie składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz kosztów wynagrodzeń za czas → choroby ponoszonych przez pracodawców. Wprowadzono → emerytury pomostowe i bardzo istotnie ograniczono możliwości korzystania z wcześniejszych emerytur. Od 2013 stopniowo podnoszony jest → ustawowy wiek emerytalny kobiet i mężczyzn – do 67. r.ż. dla obu płci (w przypadku mężczyzn będzie on osiągnięty w 2020, a w przypadku kobiet w 2040). Głównym celem programu **Solidarność pokoleń 50+** ma być osiągnięcie w perspektywie do 2020 wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 55–64 lata na poziomie 50%. Jedną z przesłanek do przygotowania dokumentu było, że Polska, podobnie jak i pozostałe kraje Unii Europejskiej (UE), rozpoczyna realizację kolejnej perspektywy finansowej na lata 2014–20, co oznacza planowanie i realizację nowych programów operacyjnych finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. W ostatniej wersji programu (2014) podtrzymuje się podejście międzypokoleniowe w strategii zatrudnienia (zob. Uchwała Nr 239). Dlatego też realizowane działania mają promować dostęp do zatrudnienia przez cały okres uczestnictwa w rynku pracy. → Polityka aktywnego starzenia się dotyczy nie tylko osób w wieku 50+, ale odnosi się do działań w przebiegu całego → życia, obejmują również osoby, które w okres → starości będą wchodziły dopiero w kolejnych dekadach. Zwraca się także uwagę na jakość kapitału ludzkiego, który jest kształtowany przez całe życie jako ważnego czynnika wpływającego na szanse zatrudnienia, także osób po 50. r.ż. Program Solidarność pokoleń 50+ obejmuje szerokie spektrum inicjatyw, których celem ma być lepsze wykorzystanie zasobów ludzkich osób w wieku 50 i więcej lat. Działania miały być podejmowane na wielu poziomach rządzenia. Począwszy od działań rządu, przez inicjatywy władz regionalnych i lokalnych oraz pracodawców, ale też ze zmianą motywacji do aktywności osób w wieku 50+. Głównymi beneficjentami i adresatami programu mają być osoby powyżej 50. r.ż. Działania kierowane będą jednak również do szerszego grona osób w różnym wieku, zarówno do osób w wieku 60+, jak i do osób, które dopiero za kilkanaście lub kilkadziesiąt lat wchodzić będą w wiek przedemerytalny (szczególnie do grupy 45+). Adresatami programu są również określone grupy i podmioty, takie jak: przedsiębiorcy, związki zawodowe, organizacje pozarządowe, podmioty ekonomii społecznej, publiczne i niepubliczne instytucje rynku pracy, samorządy terytorialne i instytucje administracji rządowej.

W poszczególnych częściach programu zawarte są: 1) syntetyczna diagnoza sytuacji osób po 50. r.ż. na rynku pracy oraz uwarunkowań ich decyzji dezaktywizacyjnych; 2) działania na rzecz aktywizacji osób po 50. r.ż. w kontekście strategii rozwoju kraju oraz innych strategicznych dokumentów; 3) identyfikacja głównych wyzwań stojących przed polityką aktywizacji zawodowej osób po 50. r.ż.; 4) szczegółowe cele programu Solidarność pokoleń 50+ oraz propozycje działań zmierzających do ich osiągnięcia w ramach polityki zatrudnienia a także szerszej pojmowanej polityki przeciwdziałającej dezaktywizacji zawodowej i/lub społecznej; 5) propozycje wskaźników, które mogą być wykorzystane w monitorowaniu i ewaluacji założonych celów programu.

Program Solidarność pokoleń 50+ był oparty o szczegółowy opis sytuacji na rynku pracy osób po 50. r.ż., z uwzględnieniem charakterystyki tych osób. Zawierał on również informację o przyczynach dezaktywizacji zawodowej w Polsce, obejmujących czynniki „wypychające" z rynku pracy oraz zachęcające do pobierania → świadczeń społecznych. Istotnym elementem diagnozy była ocena dotychczasowego funkcjonowania systemu emerytalnego w kontekście wcześniejszego wycofywania się z rynku pracy, uwzględniono też ocenę kapitału ludzkiego osób po 50. r.ż. Program był przygotowany w ramach prac Rady Programowej 50+ i konsultowany z szerokim gremium ekspertów, pracodawców i przedstawicieli związków zawodowych w ramach Rady Społecznej Programu 50+. Cele, priorytety i kierunki działań zaproponowane w programie wynikają zarówno z diagnozy przygotowanej w ramach prac Rady, jak również wyników badań i analiz w ramach projektu *Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób 50+*, prowadzonych przez partnera projektu Uniwersytet Łódzki. W ramach tych działań zostały przeprowadzone zarówno → badania ilościowe, jak i → badania jakościowe, których wyniki zostały ogłoszone drukiem w *Diagnozie obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn w wieku 50+* (2013). Dodajmy, że program Solidarność pokoleń 50+ jest częścią kompleksowych rozwiązań w ramach → polityki senioralnej, obok Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012– 13 (program ASOS 2012–13, zob. Uchwała Nr 137) oraz Rządowego

Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–20 (program ASOS 2014–20, zob. Uchwała Nr 237). Celem programów ASOS jest wspieranie aktywności społecznej osób w wieku 60+. Mają one w swoim założeniu być przedsięwzięciem kompleksowym, uwzględniającym obszary i kierunki → wsparcia umożliwiające osiągnięcie celu głównego polityki wobec osób starszych, jakim jest poprawa poziomu i → jakości życia osób starszych dla godnego → starzenia się poprzez aktywność społeczną. Program ASOS zakłada włączenie sektora organizacji pozarządowych do działań służących zaangażowaniu seniorów w różnych formach aktywności. Wyróżniono tutaj cztery następujące cele szczegółowe: 1) zwiększenie różnorodności i poprawa jakości oferty edukacyjnej dla osób starszych; 2) tworzenie warunków dla integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej osób starszych przy wykorzystaniu istniejącej infrastruktury społecznej; 3) rozwój zróżnicowanych form aktywności społecznej, w tym upowszechnianie wolontariatu, partycypacji w procesach decyzyjnych, w życiu społecznym, w tym udział osób starszych w kształtowaniu polityki publicznej; oraz 4) zwiększenie dostępności, podniesienie jakości usług społecznych oraz wspieranie działań na rzecz samopomocy i samoorganizacji.

JP-B

D: Uchwała Nr 137; Uchwała Nr 237; Uchwała Nr 239.
N: *Long-term Senior Policy*…, 2013 – Internet: www.elzbietaachinger.pl/…
O: Długofalowa Polityka senioralna – założenia, edukacja międzypokoleniowa, generacja, opieka międzygeneracyjna, polityka generacyjna, projekt międzypokoleniowy, solidarność międzypokoleniowa, transfery międzypokoleniowe, umowa międzypokoleniowa, uniwersytet międzypokoleniowy, więzi międzypokoleniowe.
TK: ang. *Solidarity of generations 50+/50+ Solidarity across generations*, fr. *Solidarité des generations 50+*, hiszp. *Solidaridad entre generaciones 50+*, niem. *Solidarität der Generationen 50+*, ros. *Солидарность поколений 50+*.

specjalny dom pomocy społecznej

– w okresie Polski Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) był to zakład opiekuńczy, pełniący rolę placówki leczniczo-pielęgnacyjnej, przeznaczonej dla osób dorosłych przewlekle chorych lub z głęboką niepełnosprawnością – odpowiednik dzisiejszego zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego. Po II wojnie światowej funkcjonowały → domy opieki, które przekształcono w → domy dla osób w podeszłym wieku (domy rencistów) oraz w domy specjalne o charakterze leczniczym dla osób przewlekle chorych. W domach tych, od początku lat 60. XX wieku, tworzono oddziały neurologiczne, geriatryczne, dla osób niewidomych i niedowidzących. Powoływano specjalne domy dla osób ze schorzeniami układu nerwowego i osób z niepełnosprawnością intelektualną (zob. Leszczyńska–Rejchert, 2005, s. 161). Funkcjonowanie placówek regulowały instrukcje [np. Instrukcja nr 25/71] Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, ich prowadzenie należało do wojewódzkich wydziałów zdrowia i opieki społecznej. W placówkach tych nie dbano o zaspokajanie potrzeb rozwojowych pensjonariuszy. [Obecnie w wielu krajach Europy Zachodniej tworzone są specjalne domy opieki dla osób starszych, określane mianem: *residential care home for elderly* lub *elderly residential home* – przyp. red.].

ZS

B: Grabusińska, 2013; Leszczyńska-Rejchert, 2005.
D: Instrukcja nr 25/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.
N: www.metalocus.es/content…
O: dom dla osób w podeszłym wieku, dom opieki, dom pomocy społecznej, dom pomocy społecznej dla ludzi starszych, jakość behawioralna, funkcjonalna i techniczna DPS dla ludzi starszych, pobyt w domu pomocy społecznej, standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych.
TK: ang. *special care home for more dependent people/residential care home for elderly/residential home*, fr. *maison d'accueil spécialisée*, hiszp. *hogar de cuidado especial para las personas más dependientes/residencia de ancianos/casa residencial*, niem. *Pflegeheim für schwerstbehinderte Menschen*, ros. *специальный дом-интернат социальной помощьи*.

społeczna produktywność osób starszych

Produktywność ma wiele znaczeń i określenie to zawiera w sobie takie elementy, jak: aktywność, biegłość, dynamizm, efektywność, wydajność, skuteczność, energia, mobilność, niezawodność, możliwości, dawanie dobrych wyników w wytwarzaniu czegoś i/lub owocność.
Aktywność jako synonim produktywności wymieniana jest na pierwszym miejscu. Z aktywnością powiązana jest chęć do działania, postawa aktywna, czynne uczestnictwo w czymś. Spośród czynników warunkujących aktywność i produktywność społeczną są zarówno potrzeby osobiste jednostek, jak również potrzeby społeczne (Górnikowska-Zwolak, 1999). W literaturze zachodniej aktywność osób starszych

w sensie społecznej produktywności (zob. ilustr. 1) pojawia się w szczególności w odniesieniu do społeczności lokalnej, natomiast w polskiej literaturze naukowej pojawia się często w kontekście aktywności w obszarze → rodziny (Czekanowski, 2012). Społeczna produktywność może być realizowana jako działanie indywidualne bądź jako aktywność zinstytucjonalizowana. Pierwsza z nich to nieodpłatna, dobrowolna praca na rzecz innych, potrzebujących pomocy, świadczona poza strukturami organizacyjnymi. Aktywność społeczna zinstytucjonalizowana prowadzona jest natomiast w ramach określonych organizacji, stowarzyszeń, związków, Kościoła i związków wyznaniowych.

Zaangażowanie w sferze publicznej może być realizowane w dwu podstawowych formach: jako aktywność na rzecz środowiska lokalnego lub jako zaangażowanie w sprawy krajowe czy międzynarodowe. Pojęcia aktywności i aktywizacji stanowią jedne z podstawowych terminów stosowanych w naukach społecznych. Szczególne znaczenie maja one w pedagogice społecznej, gdzie są ujmowane – zgodnie z koncepcją Heleny Radlińskiej (1879–1954) i [Aleksandra] → Kamińskiego – jako metoda służąca ulepszaniu środowisk społecznych. Współcześnie kwestia aktywności rozwijana jest szczególnie w obszarach → gerontologii i → andragogiki, bowiem przyjętym obecnie paradygmatem jest zdrowe i → aktywne starzenie się jednostek i społeczności ludzkich . Podejście to nawiązuje do → teorii aktywności, opierającej się na założeniu, że warunkiem godnej, pomyślnej → starości jest długotrwała kontynuacja różnych form aktywności. Teoria aktywności opiera się na pozytywnej korelacji pomiędzy aktywnością a satysfakcją z życia. W koncepcji tej przyjmuje się, że ważna jest aktywna adaptacja do → życia w starości, zaś aktywność jest psychiczną i społeczną potrzebą odczuwaną w każdym wieku, także w → wieku podeszłym. Przystosowanie do funkcjonowania w zaawansowanym wieku polega na wykorzystaniu w nim wzorów i wartości charakterystycznych dla wieku średniego. Zgodnie z tą teorią utrata jakiejś roli, np. zakończenie pracy zawodowej, może być zastąpiona przez przyjęcie innej, nowej roli, np. obowiązków opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie (zob. Worach-Kardas, 2015). Ważne jest przy tym dopasowanie rodzaju i intensywności zaangażowania z jednej strony do możliwości jednostki, z drugiej zaś strony do oczekiwań środowiska.

We współczesnej → gerontosocjologii aż do lat 80. XX wieku starość postrzegano jako okres oczekiwanego wycofywania się z pełnionych dotychczas ról społecznych. Teorie tego czasu – w szczególności → teoria niezaangażowania – wskazywały na potrzebę a nawet konieczność wycofywania sie się osób starszych z różnych ról i relacji społecznych. Miało to być przygotowaniem zarówno jednostek, jak i ich otoczenia, do zbliżającego się nieuchronnego kresu życia (Tobiasz-Adamczyk, 2012). Podejście to zmieniało się wraz z postępującym w krajach rozwiniętych procesem → demograficznego starzenia się. Coraz więcej ludzi dożywa wieku starości i coraz dłużej żyje po jej osiągnięciu. Dotychczasowe ukierunkowane na wycofanie się osób starszych – ze sfery publicznej, zawodowej, społecznej – zostało stopniowo zastąpione nowym, nastawionym na kontynuowanie aktywności w wydłużającym się wieku starszym, określanym też jako → późna dorosłość/późna dojrzałość. Nowym paradygmatem, przyjętym i nadal rozwijanym na gruncie nauk społecznych, stało się aktywne, zdrowe starzenie się opierające się na teorii aktywności. Zgodnie z tym podejściem utrzymywanie społecznie produktywnej aktywności – na możliwie wysokim poziomie – jest warunkiem niezbędnym dobrej, pomyślnej starości. Osiągniecie takiego stanu nie jest jednak możliwe bez świadomej i systematycznej edukacji w przebiegu całego życia, przygotowującej do starości jako fazy o swoistych cechach, ograniczeniach i wyzwaniach.

Stereotyp starości jako czasu niesprawności i zależności nie jest w pełni prawdziwy. Zmiany, jakie dokonały się w sposobie życia, a także odżywianiu, higienie życia codziennego, medycynie, pozwalają na zachowanie dłużej → sprawności fizycznej większej liczby ludzi do znacznie późniejszego wieku niż miało to miejsce dawniej (Bois, 1999). Aktywność, świadomie podejmowany wysiłek, zaangażowanie społeczne, traktowane są również jako czynniki ważne dla zachowania → zdrowia fizycznego i psychicznego do możliwie późnych lat życia. Nastąpiła koncentracja na pozytywnych aspektach aktywnego funkcjonowania w starszej fazie życia. Dostrzeżono, że bierność powoduje szybsze starzenie się, oraz że szukanie nowych aktywności – w pracy zawodowej jak i poza nią – jest zadaniem i wyzwaniem dla starzejących się osób. Wiek starszy nie powinien być postrzegany jako nieproduktywna faza życia, czyli okres naznaczony → chorobami, bezczynnością, oczekiwaniem na → opiekę i → wsparcie. Aktywne starzenie się zależy od wielu czynników, w tym od dotychczasowego trybu życia, od więzi i relacji społecznych, rodzinnych i pozarodzinnych zbudowanych na przestrzeni całego dotychczasowego życia , a wreszcie od przyjętego systemu wartości.

→ Pomyślne starzenie się to termin chętnie używany. Wcześniej zastępowały go określenia takie, jak: → jakość życia, zdrowa, dobra, pogodna starość, satysfakcja życiowa czy jesień życia. Niezależnie od szczegółowych powiązań znaczeniowych tych określeń, zawsze chodzi o starość przeżywaną pozytywnie, zarazem społecznie użytecznie. Uznaje się bowiem, że umiejętność przyjęcia aktywnej postawy wobec siebie i innych, integracja społeczna, sprzyjają pomyślnemu starzeniu się człowieka. Istnieje zarazem zróżnicowanie poziomu i rodzaju aktywności w zależności od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego miejsca zamieszkania, poczucia osamotnienia oraz sprawności lokomocyjnej. Osoby najstarsze o ograniczonej sprawności fizycznej poświęcają swój → czas wolny głównie receptywnym, biernym formom aktywności (oglądanie telewizji, słuchanie radia, czytanie gazet i książek). Natomiast młodsi seniorzy, zwłaszcza ci z co najmniej średnim wykształceniem, przy tym sprawne lokomocyjnie skłaniają się raczej ku aktywnemu trybowi życia i aktywności integracyjnej (spotkania z przyjaciółmi, rodziną, podróże, turystyka). Jednak w porównaniu z innymi grupami wiekowymi, relatywnie niski jest poziom zaangażowania w życie społeczności lokalnych. Seniorzy, w porównaniu z osobami młodszymi, rzadziej udzielają się społecznie w organizacjach i/lub stowarzyszeniach, pomimo względnej obfitości → czasu wolnego w tym okresie życia.

Aktywność i przyjęcie określonych wartości przez średnie i starsze pokolenia rzutuje na rozwój społeczny dzieci. Więzy łączące młodego człowieka z innymi ludźmi lub instytucjami, procesy socjalizacji i wychowania stają się podstawą dla kształtowania własnej hierarchii wartości.

Badanie Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), przeprowadzone w roku 2008, wykazało, że ok. 80% subpopulacji powyżej 60. roku życia nie podejmuje jednak żadnej → aktywności fizycznej, preferując raczej tryb życia bierny i monotonny. Zmiana → stylu życia uwzględniająca aktywność fizyczną, społeczną oraz rozsądną dbałość o → zdrowie, w znaczący sposób podniosłaby żywotność starszego pokolenia.

Aktywny [od łac. *actio*, *actionis* – działanie, czynność] oznacza człowieka, który pozostaje czynny, energiczny, działający, pełen inicjatywy. Aktywizacja zaś to wzmaganie się aktywności, uaktywnianie się; aktywizować to czynić aktywnym, pobudzać do działania, ożywiać (zob. Górnikowska-Zwolak, 1999). Tak więc aktywność jest zdolnością do działania, a zarazem sposobem poznawania rzeczywistości (Zych, 2010). Aktywność może być realizowana nieformalnie, głównie poprzez kontakty z rodziną, sąsiadami, kręgiem towarzysko-przyjacielskim. Aktywność formalna polega na uczestnictwie w stowarzyszeniach, grupach samopomocowych, organizacjach społecznych.

Należy zatem zadać pytanie, na ile osoba w późnym okresie swojego życia może i powinna spełniać kryteria *człowieka aktywnego*? (zob. Pietryga, 2015, s. 8). Możliwości i → bariery tego rodzaju zaangażowań najczęściej opisywane są na przykładzie aktywnych zawodowo w wieku emerytalnym Powrót bądź kontynuowanie aktywnego życia zawodowego wiąże się z przymusem ekonomicznym lub jest wyrazem świadomego wyboru. Będąc na emeryturze jedni pracują nadal głównie dlatego, że otrzymywane emerytury są zbyt niskie i nie zaspokajają podstawowych potrzeb bytowych, drudzy zaś podejmują pracę głównie z innych powodów niż ekonomiczne, w tym wysokiej klasy specjaliści (zob. Urbaniak, 1998). Praca na emeryturze pozwala osiągnąć znaczącą poprawę własnej kondycji finansowej w porównaniu z osobami utrzymującymi się wyłącznie ze świadczeń emerytalnych. Aktywność zawodowa w → wieku poprodukcyjnym stanowi zwykle źródło dodatkowych dochodów uzupełniających środki otrzymywane w postaci świadczeń emerytalnych.

Głównymi przyczynami kontynuowania pracy zawodowej w → wieku emerytalnym są zatem: chęć podwyższenia standardu życia, potrzeba zachowania dotychczasowej pozycji społecznej, aspiracje zawodowe, potrzeba kontaktu ze środowiskiem pracy, kontaktu z ludźmi, przydatności i uznania otoczenia, oraz obawy przed samotnością i zapomnieniem. Pracę zawodową w tym okresie kontynuują prawie wyłącznie osoby w młodszej fazie wieku emerytalnego. Wskaźnik zatrudnienia jest niski już w → grupie wieku 55–64, wynosi tylko 23,2%, czyli pracę kontynuuje co 4. osoba. W grupie wiekowej 65 lat i powyżej wskaźnik ten gwałtownie się obniża, bowiem zatrudnionych jest tylko 2,0%, co oznacza. że w Polsce w tym wieku pracuje zaledwie co 50. osoba (*Rocznik Statystyczny*…, 2013). Dane te mogą stanowić ważny przyczynek do dyskusji nad możliwościami i barierami wydłużania okresu pracy zawodowej.

Badania wśród długotrwale bezrobotnych w starszym wieku produkcyjnym wykazały, że mają oni małe szanse na wyjście z bezrobocia, zwłaszcza jeśli nie podejmą wysiłku edukacyjnego, w postaci udziału w szkoleniach czy podjęcia próby przekwalifikowania zawodowego (Worach-Kardas, 2015). Problemem jest wczesna dezaktywizacja zawodowa i konieczność łagodzenia skutków bezrobocia osób w wieku 50+ ze środków publicznych. Społeczna produktywność sta-

rzejącej się populacji realizuje się głównie w formie aktywności rodzinnej i samodzielnego funkcjonowania. Należy zwrócić uwagę na zaangażowanie opiekuńcze osób starszych w rodzinie, w szczególności dotyczące opieki nad dziećmi, wnukami, i ich wychowywanie. Zaangażowanie w obrębie rodziny osób starszych przybiera ponadto takie formy, jak: opieka nad chorym lub niepełnosprawnym domownikiem, opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi spoza własnego gospodarstwa domowego (rodzicami czy krewnymi), wparcie w opiece nad wnukami, ich wychowywanie oraz pomoc sąsiedzka. Na zainteresowanie zasługują także podtrzymywane przez seniorów tradycje, więzi rodzinne oraz pozytywne związki uczuciowe we wspólnocie rodzinnej, które mogą przyczyniać się do optymalizacji rozwoju emocjonalnego i/lub społecznego dzieci i dorosłych.

Seniorzy mają też szansę aktywności, samorealizacji i uczestnictwa w szerszym życiu społecznym, do nich bowiem kierowane są działania o profilu aktywizującym, takie jak:→ uniwersytety trzeciego wieku (UTW), → kluby seniora, → wolontariat osób starszych itp.

Aktywizacja ludzi starszych stanowi zespół najrozmaitszych działań zmierzających do opóźnienia i łagodzenia procesu starzenia się, z jednoczesnym wyrabianiem w ludziach umiejętności „bycia starym". Ma to zapewnić odpowiednie przystosowanie się do starości, odnajdywanie właściwych proporcji między konieczną rezygnacją z niektórych dziedzin dotychczasowej działalności, np. aktywności zawodowej, a zarazem kontynuacją czynnego życia na innych płaszczyznach, np. rodzinnej. Warto jednak zauważyć malejące szanse działania na rzecz młodszych pokoleń, tak więc obecnie w małych, dwupokoleniowych rodzinach, obejmujących rodziców i dzieci, a zwłaszcza w związkach partnerskich, brakuje miejsca dla najstarszego pokolenia, czyli dziadków. Kontakty z bliskimi mają często charakter doraźny, odświętny i okazjonalny. Niewątpliwie ważnym źródłem deficytów starości jest samotność, ale często równie niekorzystne jest pozostawanie we własnej rodzinie. Zanikają bowiem tradycyjne więzi i modele rodzin, w których osoby starsze mogły liczyć na opiekę, zainteresowanie stałą obecność innych (Trafiałek, 2014). Z drugiej strony jednak rodzina nie znajduje adekwatnej do potrzeb pomocy instytucjonalnej w sprawowaniu opieki nad człowiekiem starszym i/lub niepełnosprawnym. Chodziłoby o różne formy wsparcia środowiskowego umożliwiające osobie starszej pozostawanie jak najdłużej samodzielną w dotychczasowym środowisku zamieszkania.

W obliczu zmian w strukturze rodziny oraz pozycji w niej ludzi starszych istnieje potrzeba przełamywanie stanu bierności i obojętności w obszarze kontaktów sąsiedzkich i ze środowiskiem lokalnym. Stawianie na własną aktywność życiową, również ekonomiczną, jest odchodzeniem od przekazywanego w środkach masowego przekazu modelu człowieka starszego jako świadczeniobiorcy i konsumenta dóbr i usług, w tym zwłaszcza medycznych. W mediach przekazywany jest obraz seniora dla którego, zgodnie ze stereotypem, właściwe są w zasadzie tylko trzy pola aktywności: rodzina, rekreacja i dbanie o swoje zdrowie. Prawie nieobecny jest obraz zaangażowanego w przydatną na rzecz innych ludzi i środowiska, społecznie produktywną

Barierami dla społecznej aktywności ludzi starszych mogą być: obiektywne i subiektywne poczucie społecznego wykluczenia z powodu wieku, brak pewności siebie, obawa o zbyt małą odporność psychiczną, pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem, znaczne zaangażowanie w życie rodzinne lub brak rodziny, poczucie osamotnienia, oraz niechęć do aktywności społecznej związana z wcześniejszymi doświadczeniami (zob. *Wolontariat*…, 2011).

Propozycje nowych rozwiązań w zakresie włączenia ludzi starszych w życie publiczne i obywatelskie znalazły się m.in. w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–20 (ASOS, zob. Uchwała Nr 237). Dotyczy on promowania wzorca człowieka starszego zaangażowanego w sprawy publiczne i/lub obywatelskie. Mowa tu o zaangażowaniu w ramach organizacji pożytku publicznego, towarzystw społeczno- kulturalnych, wspólnot lokalnych, działań samopomocowych. Wykluczenie jest bowiem często spowodowane bezradnością wynikającą z uwarunkowań psychicznych lub fizycznych, jak również z poczucia zagubienia, lęku przed postępem, przed światem w którym promowany jest kult młodości i przyspieszone tempo życia. Promowaniu wieku starszego jako okresu aktywności sprzyjać mają takie sposoby włączania się w aktywne życie, jak : społeczne zaangażowanie, aktywność fizyczna, rozsądna dbałość o zdrowie, w tym sprzyjający zdrowiu sposób odżywiania. Nastąpiła koncentracja na pozytywnych aspektach aktywnego funkcjonowania w starości, której towarzyszyć powinny, obok niezależności finansowej, także dobre zdrowie i kondycja fizyczna oraz dobry, możliwie młody wygląd. Możliwości pozytywnego funkcjonowania w wieku starszym zależą od wielu czynników, w tym od dotychczasowego przebiegu życia, od sieci

wsparcia społecznego, zbudowanych na przestrzeni całego przebiegu życia, czyli od dotychczasowych doświadczeń życiowych. Także od możliwości dalszego rozwoju, realizacji własnych zainteresowań, uczenia się rzeczy nowych oraz od pozytywnego nastawienia do życia i do innych ludzi.

Odpowiedzią na zmiany demograficzne jest wspieranie tworzenia kultury aktywności jako procesu trwającego przez całe życie. Osoby starsze są obecnie zdrowsze i lepiej wykształcone niż ludzie z tej samej grupy wiekowej w przeszłości. Z powyższego względu otwierają się szanse aktywności w życiu społecznym i rodzinnym, oraz w sferze zatrudnienia. Aktywne starzenie się zdaniem ekspertów Światowej Organizacji zdrowia (WHO) to proces tworzenia optymalnych możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa pozwalające wykorzystać potencjał, jakim ludzie w określonym wieku dysponują, tak aby czuli się dobrze pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Celem jest umożliwienie dłuższej aktywności społecznej poprawa indywidualnej jakości życia, jak również zmniejszenia obciążeń systemów opieki zdrowotnej i socjalnej oraz systemu emerytalnego (*Active ageing*…, 2002, Samoliński, Raciborski, 2013).

Europejski Rok Aktywnego Starzenia i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 stał się okazją do publikowania dokumentów i deklaracji na rzecz aktywizacji seniorów zwłaszcza w dziedzinie zatrudnienia, wolontariatu, samodzielności życiowej . Wobec wydłużania się średniej → długości życia wiele państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) zdecydowało się na podwyższenie wieku emerytalnego – w Polsce do 67 lat.

Starzenie się społeczeństwa wskazuje także na potrzebę przedłużanie czasu aktywności zawodowej, proporcjonalnie do wydłużania się życia ludzkiego. Nie jest to jednak zadanie proste a nawet napotyka na społeczny opór. Barierą dla społecznej aktywności ludzi starszych może być obiektywne i subiektywne poczucie wykluczenia z rynku pracy (postrzeganie się na dole drabiny społecznej). Czynnikiem ograniczającym aktywność może być zły stan zdrowia niepozwalający na sprostanie wymogom pracy a zwłaszcza nowoczesnym technologiom. Potrzebne byłoby promowanie wzorca człowieka dojrzałego dla którego szansą jest dodatkowa edukacja i zdobywanie nowych umiejętności. Ważną rolę w tym względzie pełnią UTW jako placówki należące do systemu → edukacji ustawicznej. Realizują one szeroko rozumiane kształcenie, są nie tylko źródłem wiedzy ale i aktywności, zapobiegają tym samym ekskluzji i → wykluczeniu społecznemu osób starszych. Zjawisko to jest bowiem często spowodowane bezradnością, wynikającą z poczucia zagubienia w realiach współczesności, lęku przed światem promującym kult młodości i przyspieszone tempo życia. Instytucje edukacji dorosłych dostarczając wiedzy z zakresu różnych dziedzin dają też wiarę w siebie, w swoje możliwości oraz umiejętność radzenia sobie z przeszkodami i problemami, jakie niesie życie w okresie późnej dorosłości. Potencjał indywidualnej zdolności do pracy jest pochodną kondycji fizycznej i psychicznej jednostki, środowiska pracy, a wreszcie systemu zarządzania. Te trzy elementy łącznie współokreślają zdolność, a także skłonność do dłuższego kontynuowania pracy. Sama zaś zdolność do pracy jest procesem dynamicznym, zmieniającym się w → cyklu życia człowieka. Czynnikiem nader ważnym jest zapobieganie chorobom i → przedwczesnemu starzeniu się Istotna jest także organizacja pracy, metody i narzędzia pracy, jak również jej intensywność. Wypada podkreślić, że wszystkie te czynniki zmieniają się szybciej niż indywidualne zdolności adaptacyjne człowieka. Dużym problemem dla starzejących się pracowników są na przykład nowe technologie a wysoka dynamika tych zmian sprawia, że starsi pracownicy są „wypychani" z rynku pracy. Nie oznacza to jednak że inne kompetencje osób starszych są niewystarczające, a ich dotychczasowe doświadczenie zawodowe i społeczne nieużyteczne . Wdrażanie idei aktywnego starzenia się wymaga wsparcia ze strony instytucji publicznych, zarówno szczebla, lokalnego jak i ogólnokrajowego. Chodzi bowiem o to, aby osoby ze względu na wiek pozostające poza pracą, nie były postrzegane w życiu publicznym czy społecznym wyłącznie jako biorcy świadczeń społecznych, lecz by podejmować wysiłki celem wykorzystania potencjału ich wiedzy, doświadczenia życiowego i umiejętności. Istnieje zarazem obawa wąskiej interpretacji produktywności pokolenia w wieku późnej dojrzałości jako wyłącznie aktywizacji zawodowej. Tymczasem obok płatnej aktywności zawodowej istotnym, czy nawet głównym obszarem aktywności człowieka w okresie starości pozostaje praca nieodpłatna, np. → wolontariat osób starszych, a zarazem praca społecznie użyteczna. Wspieranie tak rozumianej „produktywności" służyć może wykorzystaniu potencjału ludzi starszych dla dobra ich samych, ich rodzin i społeczeństwa jako całości (zob. Wnuk, 2013).

HW-K

B: *Active ageing*…, 2002; Bois, 1999; Czekanowski, 2012; Frąckiewicz, 2000; Górnikowska-Zwolak, 1999; Leszczyńska-Rejchert, 2014; Pietryga, 2015; *Rocznik Statystyczny*…, 2013;

Samoliński, Raciborski, 2013; Trafiałek, 2014; Wnuk, 2013 *Wolontariat*…, 2011; Worach-Kardas, 2010, 2015; Zych, 2010.

D: Uchwała Nr 237.

O: aktywne starzenie się, aktywny senior, aktywny styl życia, kapitał społeczny osób starszych, pomyślne starzenie się, produktywne starzenie się.

S: społeczna produktywność w starości.

TK: ang. *social productivity of older people/social productivity in old age*, fr. *la productivité sociale des personnes âgées*, hiszp. *productividad social de las personas mayores*, niem. *soziale Produktivität im Alter/soziale Produktivität der älteren Generation*, ros. *социальная производительность пожилых людей*.

społeczna rola babci

związana jest z faktem posiadania potomstwa oraz osiągnięciem określonego wieku senioralnego. Starsze kobiety posiadający swoje dzieci w sposób naturalny wchodzą w nową oraz ostatnią rolę rodzinną, jaką jest rola babci. Babcią zostaje się z chwilą urodzenia wnuka lub wnuczki.

Współczesna babcia występuje w wielu różnorodnych rolach społecznych i/lub rodzinnych:

- w roli rodziców – przejmuje wszystkie obowiązki związane z → opieką i/lub wychowaniem dzieci;
- w roli osoby wspierającej rodziców – dyskretnie i ze zrozumieniem uzupełnia proces opieki i wychowania dziecka;
- w roli osoby stwarzającej problem – z powodu wieku, → choroby i → niepełnosprawności babcia sprawia rodzinie problem, ponieważ wymaga opieki innych członków rodziny;
- w roli osoby izolującej się od dzieci i rodziny – babcia żyje własnym życiem oraz własnymi sprawami. Nie dąży do utrzymywania kontaktów z najbliższymi;
- w roli tzw. „babci wakacyjnej" – babcia mieszka daleko i utrzymuje sporadyczne kontakty z dziećmi i wnukami (zob. Tyszkowa, 1991, s. 11–20).

Od wielu pokoleń babcia stanowi najlepszą i najbardziej kochającą rodzinną placówkę opiekuńczo-wychowawczą. Pracujący zawodowo młodzi rodzice tuż po skończeniu urlopu wychowawczego powracają do pracy zawodowej. Rolę opiekuńczo-wychowawczą nad nowonarodzonym dzieckiem przekazują babci. Każda babcia realizuje powierzoną jej rolę bardzo chętnie. Czynią to jednak w odpowiedzi na prośbę dzieci lub wnuków, a nie na skutek utożsamiania się z rolą społeczną babci.

Międzypokoleniowe relacje powierzające opiekę nad najmłodszymi członkami rodziny dają dla najstarszych członków rodzin poczucie bycia potrzebnym i użytecznym. Relacje babcia – wnuczek i/lub wnuczka sprzyjają przekazywaniu wartości, rozwijaniu i umacnianiu więzów emocjonalnych wewnątrzrodzinnych, zarówno w rodzinach wielopokoleniowych, jak i tzw. „dziennych" lub „niedzielnych" kontaktach. Babcia realizując funkcje opiekuńczo-wychowawczą wobec wnuków, kontynuując procesu wychowania własnych dzieci. Swoje wnuki kocha bardzo i dba o nie najbardziej jak potrafi. W ten sposób babcia realizuje nową swoją rolę społeczną – rolę babci (zob. Tyszkowa, 1991, s. 11 i nast.)

Kolejną rolą społeczną babci wspieranie rodziny, które najczęściej manifestuje się w sytuacji urodzenia się pierwszego dziecka w rodzinie własnych dzieci lub wnuków. Babcia dzieli się swoimi doświadczeniami i umiejętnościami oraz wiedzą na temat pielęgnacji i wychowania noworodka. Bardzo często babcia we własnej osobie stanowi wzór osobowy do naśladowania w zakresie opiekowania się dzieckiem nowonarodzonym. Młodym rodzicom dyskretnie podpowiada, co jest najważniejsze, a co ważne w procesie opieki i wychowania dziecka. Z cierpliwością i zrozumieniem uzupełnia proces wychowania wnuka lub prawnuka. Babcia wobec wnuków i prawnuków jest przekaźnikiem wartości, norm moralnych i duchowych, postaw, opinii oraz zachowań. Jest skarbnicą wiedzy, wyrozumiałości, cierpliwości i godności.

Następna społeczna rola babci jest mniej pozytywna, gdy babcia stwarzaj problem dla rodziny i/lub wymaga opieki bądź pomocy z powodu wieku, choroby, niepełnosprawności oraz nieporadności życiowej. Młodsi członkowie rodziny z powodu zajęć zawodowych i osobistych dosyć często nie mają możliwości lub nie chcą opiekować się babcią. Pozostaje ona pozostawiona sama sobie. Niejednokrotnie nie radzi sobie w codziennym funkcjonowaniu. Wielokrotnie postrzegana jest jako obciążenie młodszych → generacji, tj. dzieci i wnuków. Czasami babcia oddawana jest na ostatni etap swojego życia do różnych instytucji opieki społecznej, gdzie z dala od swoich najbliższych osób – dzieci i wnuków – kończy swoje → życie.

Kolejną jest rola babci izolująca się od swoich dzieci i wnuków. Babcia żyje swoim życiem. Nie dąży do podtrzymywania i utrzymywania kontaktów z dziećmi i wnuczętami. Zajmuje się swoimi sprawami. W życiu radzi sobie sama. Nie pragnie niczego zmieniać. Tak jest jej dobrze i nie chce niczego zmieniać, nikomu przeszkadzać i uzależniać się od innych.

Ostatnią rolą społeczną babci jest babcia wakacyjna. Mieszka daleko od dzieci i wnuków. Utrzymuje

z nimi sporadyczne kontakty. W czasie wakacji, najczęściej letnich, pełni rolę babci troskliwej i bezstresowej. Dziecku lub wnukowi pozwala na wszystko, a tym samym rekompensuje sobie realizowanie roli rodzinnej babci.

Współczesny → styl życia osób starszych nieustannie ulega przemianom. Babcie współczesne różnią się bardzo babci funkcjonującej w poprzednim wieku. Współczesna babcia jest aktywna. Pragnie swoją aktywność wykorzystać dla własnego rozwoju, działając w → klubie seniora, → uniwersytecie trzeciego wieku, ośrodkach wsparcia itp. Współczesne seniorki pragną żyć długo i zdrowo. Preferują zdrowy styl życia, właściwą dietę, spacery, jazdę na rowerze inne formy aktywności.

Bardzo istotnym faktem bycia babcią jest sam fakt, że babcia to mama mamy lub taty wnuka i z tego powodu należy do najważniejszych osób dla dziecka oraz wnuka i prawnuka. Dzieciństwo spędzone z babcią napawa miłością i jest pięknym przeżyciem, do którego niejednokrotnie wracamy myślami w dzieciństwie.

MK

B: Przygoda, 2015; Tyszkowa, 1991.

O: rodzina, role społeczne osób starszych w rodzinie, społeczna rola dziadka.

TK: ang. *the social roles of a grandmother*, fr. *rôle social de la grand-mère*, hiszp. *social del* rol *de* abuelo, niem. *soziale Rolle die Großmutter*, ros. *социальная роль бабушки*.

społeczna rola dziadka

związana jest z faktem posiadania potomstwa oraz osiągnięciem określonego wieku senioralnego. → Seniorzy posiadający dzieci w sposób naturalny wchodzą w nową oraz ostatnią rolę rodzinną, jak jest rola dziadka. Dziadkiem zostaje się z chwilą urodzenia wnuka lub wnuczki. Stawanie się dziadkiem to ważny okres życiowy seniora. Wyzwaniem tego okresu życia jest przystosowanie się do nowej roli – roli dziadka, która jest zdecydowanie inna od roli ojca. Pełnienie roli dziadka występuje najczęściej ze zmianą roli zawodowej, kończy się okres obowiązków i zadań zawodowych. Zaczyna się nowy etap życia – bycia dziadkiem z wielką radością, miłością, czułością i łagodnością. Rola dziadka jest zdecydowanie inna niż rola ojca, chociaż pozwala mężczyźnie na kontynuowanie roli ojca, tyle że w odniesieniu do wnuków. Pełnienie roli dziadka to wypełnianie określonej roli w społeczeństwie, która polega na spełnianiu oczekiwań danej grupy społecznej poprzez określone zachowania i/lub postawy. Rola dziadka jest rolą przypisaną z racji przynależności jednostki do środowiska rodzinnego (Appelt, 2007, s. 79 i nast.).

Sposób wypełniania roli dziadka zależy od wieku, sprawności fizycznej i psychicznej oraz miejsca zamieszkania dziadka w odniesieniu do dzieci i wnuków. W rolę dziadka mężczyzna nie wchodzi od chwili urodzenia się wnuka lub wnuczki, lecz stopniowo i naturalnie. Dziadek dla wnuka czy wnuczki spełnia rolę nauczyciela i przewodnika. Dla wnuków dziadek jest przede wszystkim bohaterem, czarodziejem, ponieważ potrafi zrobić różne niezwykłe rzeczy. Dla starszych wnucząt dziadek jest przyjacielem, opowiada rozmaite historie, wspomina wydarzenia dotyczące życia rodziny oraz jej członków, jest także nauczycielem, który w pełni akceptuje wnuczęta, traktując je po partnersku i z najwyższą uwagą. Wnuki wiedzą, że do dziadka można zawsze zwrócić się z prośbą, ponieważ dziadek wszystko potrafi. Z dziadkiem można jechać na wycieczkę, iść na spacer, wymienić poglądy. Rolą społeczną dziadka wobec wnucząt jest nauczyć ich właściwych reakcji, postaw, norm, wartości i zachowań. Dla dziecka i jego relacji z dziadkiem, a także jego rozwoju, znaczący wpływ mają silne emocjonalne, podtrzymywane i rozbudowywane kontakty dziecka z dziadkiem. Te kontakty w zdecydowanej mierze stanowią wzór do naśladowania przez wnuczęta koncepcji i wizji własnej → rodziny oraz pełnionych w tej rodzinie ról: męża, ojca i dziadka.

Dziadek z wnukami wykonują różne czynności, np. udział w zabawach, grach, wycieczkach, spacerach, podczas których dziadek przekazuje wnukom historię rodziny i państwa, przedstawia i opowiada ciekawostki z życia rodziny oraz jego osobiste. W ten sposób dziadek stanowi osobowy wzór godny do naśladowania w odczuciach wnuków. Kontakt ojców rodziców dziecka jest raczej okazjonalny i ma przede wszystkim charakter rekreacyjny (Wawrzyniak, 2011, s. 95 i nast.).

Dziadkowie troszczą się o pielęgnowanie tradycji rodzinnych i państwowych (patriotycznych). Często opowiadając o swoich dokonaniach jest dla wnuka bohaterem. Długie i silne związki emocjonalne dziadka z wnukami są bardzo ważne, ponieważ w znacznej mierze kształtują one u wnuka koncepcję świata, rodziny, własnych w przeszłości ról społecznych ojca i męża (zob. Chmielewska, 2000, s. 17–19).

Dziadek zwykle jest najstarszą osobą w rodzinie, czyli seniorem rodu, który pełni na rzecz rodziny różne role społeczne i rodzinne, takie jak:

- rola opiekuna rodziny – dziadek otacza wszystkich członków rodziny troską i opieką;

- rola decydenta – dziadek podejmuje ważne i znaczące decyzje dotyczące członków rodziny, czyniąc to w trosce i dla dobra członków rodziny;
- rola autorytetu rodzinnego, dziadek otrzymuje wyrazy uznania i szacunku od młodszych członków rodziny, tj. dzieci i wnuków.

Kontakt emocjonalny dziadka z wnukami jest bardzo ważny dla wszechstronnego rozwoju dzieci i nie ma możliwości zastąpić ich kontaktami emocjonalnymi z innymi osobami, np. ojcem dziecka, wujkiem, sąsiadem. Obydwie → generacje, zarówno dziadka, jak i wnuka, potrzebują siebie wzajemnie. Ważny jest fakt integracji poprzez pełnienia roli społecznej dziadka względem wnucząt, przepełnionych silną i znaczącą więzią emocjonalną, która scala również rodzinę.

MK

B: Appelt, 2007; Chmielewska, 2000; Przygoda, 2015; Wawrzyniak, 2010.

O: rodzina, role społeczne osób starszych w rodzinie, społeczna rola babci.

TK: ang. *the social roles of a grandfather*, fr. *rôle social de la grand-père*, hiszp. *social del* rol *de* abuelo, niem. *soziale Rolle die Großvater*, ros. *социальная роль дедушки*.

społeczne teorie starzenia się

Jedna z klasycznych definicji → gerontologii społecznej mówi, że jest to zorganizowany obszar wiedzy zajmujący się behawioralnymi aspektami → starzenia się jednostki, starzeniem jako procesem społecznym i wzajemnymi relacjami między tymi dwoma obszarami (Tibbitts, 1960). Gerontologia społeczna w budowaniu swoich koncepcji czerpie z wielu dyscyplin i faktycznie rozwinęła własny obszar badań interdyscyplinarnych oraz charakterystyczną dla siebie perspektywę teoretyczną. Istnieje wiele prób formalnego zestawienia teorii. Traktując starzenie się jako zjawisko indywidualne i społeczne, akcentuje się najczęściej psychologiczną i socjologiczną afiliację teorii. Większość koncepcji idzie nie tylko w kierunku artykulacji swoich treści, ale również zastosowania ich do szerzej rozumianego społecznego procesu starzenia się, związanego z nim statusu społecznego ludzi starszych i sposobu, w jaki instytucje społeczne są kształtowane czy też adaptowane w zależności od zmian w → strukturze wieku społeczeństwa. A zatem uwzględnia interwencję.

W polskiej literaturze gerontologicznej poświęcono niewiele miejsca prezentacji i analizie społecznych teorii starzenia się. Jerzy → Piotrowski (1973) w swoim klasycznym już dziele wymienia *implicite* → teorię aktywności i wyłączania. W pamiętniku zjazdu założycielskiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (PTG) Maria → [Einhorn-] Susułowska (1975) zaprezentowała psychologiczne ujęcie → teorii niezaangażowania w konfrontacji z teorią osobowości w → wieku podeszłym. W swojej późniejszej pracy pt. *Psychologia starzenia się i → starości* (1989) poświęciła cały rozdział teoriom starzenia się. Jest to jednak bardziej omówienie obszarów badań psychologicznych i socjologicznych ze wskazaniem niektórych rezultatów niż prezentacja konkretnych teorii starzenia się. Józef → Rembowski (1984) przedstawił i analizował przede wszystkim teorie aktywności i wyłączania. Adam A. Zych (1999, 2005), oprócz rozważań dotyczących dwóch klasycznych teorii (aktywności i wycofania), przedstawia jeszcze teoretyczny dorobek → gerontologii niemieckiej. Obszerny przegląd teorii starzenia się dała Barbara → Tryfan (1993). Omówiła ona wszystkie ważniejsze socjologiczne teorie starzenia się, ilustrując je rozmaitymi przykładami z literatury. Cennym kompendium teorii starzenia się jest praca doktorska Marcina Muszyńskiego (2012). Najobszerniejszy i bez wątpienia najlepiej opracowany przegląd ważniejszych społecznych teorii starzenia się zaprezentował Brunon → Synak (1999). Omówił on prawie wszystkie prezentowane dalej w tekście teorie socjologiczne, analizując je jednak w nieco innej konstelacji.

W opracowaniu tym prezentuję **wybrane socjologiczne i psychologiczne teorie starzenia się**. Istnieją jednak koncepcje, które obecne są zarówno w części socjologicznej, jak i psychologicznej. Chodzi tu przede wszystkim o tzw. wielkie teorie, tj. aktywności i wyłączania. Nie jest to wynikiem przeoczenia autora, ale chęcią zaprezentowania oddzielnie aspektów psychologicznych i socjologicznych zgodnie z twierdzeniem Susułowskiej (1989), że w badaniach nad starzeniem się psychologowie zajmują się zdolnościami adaptacyjnymi jednostki, a socjologowie wyjaśniają zmiany ról społecznych i aktywności. Należy też wyjaśnić, że w opracowaniu tym pominąłem też parę obecnych w literaturze teorii, które są moim zdaniem zbytnio „nafaszerowane" biologią i fizyką, mając przy tym wybitnie elitarny zasięg. Ograniczyłem również do niezbędnego minimum krytykę prezentowanych teorii, wychodząc z założenia, że moim zadaniem jest zaprezentowanie różnych koncepcji, a nie ich obalanie.

Teorie starzenia się z perspektywy socjologicznej

Wczesne teorie gerontologii społecznej skupiały się na trudnościach jednostki w → adaptacji [przystosowaniu] do starości, później zaś skoncentrowano się ra-

czej na kwestiach związanych ze społecznymi aspektami starzenia się i starości.

W obszarze → gerontosocjologii [socjologii starzenia się] nie ma teorii wyjaśniającej wszystkie zjawiska społeczne. W każdej skupiono się na pojedynczych aspektach zachowania społecznego, lekceważąc inne cechy rzeczywistości. Dzieje się tak, ponieważ w jednych teoriach, dążąc do wyjaśnienia procesu starzenia się, podkreśla się makrostruktury, w innych zaś – choć rzadziej – zwraca się uwagę na bezpośrednie relacje społeczne i/lub mikrospołeczną płaszczyznę analizy (Synak, 1999).

Koncepcje socjologiczne starzenia się wyłoniły się *implicite* bądź *explicite* z 5 głównych perspektyw socjologicznych: strukturalizmu funkcjonalnego, wymiany, symbolicznego interakcjonizmu, marksizmu i fenomenologii społecznej. Patricia M. Passuth i Vern L. → Bengtson (1988) zaproponowali schemat porządkujący główne perspektywy teoretyczne w gerontologii społecznej, odnosząc je do tradycji teoretycznej w socjologii (zob. tab. 1).

Strukturalny funkcjonalizm

Wpływy strukturalizmu funkcjonalnego na teorie starzenia się zauważa się w koncepcjach wycofania, modernizacji, a w mniejszym stopniu stratyfikacji wiekowej. Każda z nich trochę inaczej ujmuje sposób, w jaki normy społeczne wpływają na strukturę ról dostępnych dla różnych → grup wieku.

Teoria wycofania zapewne najpełniej odzwierciedla strukturalny funkcjonalizm, jeśli chodzi o warunki → życia ludzi starszych, tzn. ich społeczne i psychologiczne reakcje na starzenie się. Termin wycofanie odnosi się do uniwersalnego, wzajemnego i nieuniknionego procesu wyłączania się ludzi starszych z konfiguracji ról charakterystycznych dla wieku średniego. Teoria bada proces starzenia się w zakresie potrzeb i wymagań społeczeństwa; jednostki są postrzegane jako pasywni przedstawiciele systemu społecznego. W efekcie osoby starsze, jako poddani pełnej socjalizacji członkowie społeczeństwa, uznają swoją gotowość do wycofania się w jego imieniu. Koncepcja niezaangażowania utrzymuje, że proces ten jest funkcjonalny zarówno dla społeczeństwa, jak i jednostki. Umożliwia to społeczeństwu stworzenie przestrzeni dla bardziej wydajnych młodych ludzi, osobom starszym zaś daje się → czas na ewentualne przygotowanie się do całkowitego wycofania z życia społecznego, czyli do → śmierci. Teoria „wyłączania się" była krytykowana na gruncie empirycznym, teoretycznym i logicznym. Jednak mimo swoich ograniczeń, wywarła głęboki wpływ na obszar gerontologii społecznej. Była to pierwsza formalna teoria, która usiłowała wyjaśnić proces starzenia się. Stała się impulsem do tworzenia opozycyjnych teorii dotyczących starości.

Z kolei → **teoria modernizacji** próbuje wyjaśnić zmiany w statusie wieku zarówno z perspektywy historycznej, jak i społecznej. Skupia się ona na makrostrukturalnych warunkach ludzi starych w rozmaitych obszarach społeczno-kulturowych. Jest to spojrzenie funkcjonalistyczne, w którym sugeruje się, że status ludzi starych wywodzi się z ich stosunku do rozwiniętych systemów ról społecznych. Role te zmieniają się w społeczeństwach zależnie od stopnia industrializacji i/lub „modernizacji". Koncepcja modernizacji wskazuje, że status ludzi starszych jest odwrotnie proporcjonalny do poziomu industrializacji danego społeczeństwa. Podczas gdy w społeczeństwach przedindustrialnych osoby starsze cieszyły się wysokim poważaniem ze względu na kontrolę zasobów i tradycyjną wiedzę, w społeczeństwach przemysłowych ich status się obniżył. W teorii tej wymienione są 4 elementy modernizacji – technologię zdrowotną, technologię ekonomiczną, urbanizację i masową edukację – których rezultatem jest niższy status ludzi starszych. Współczesne analizy historyczne kwestionują wiarę w idealną egzystencję preindustrialnych ludzi starszych, jak też postrzeganie prostej, linearnej relacji pomiędzy stopniem industrializacji a statusem ludzi starszych. Historie starości podkreślają różnorodność w doświadczeniach ludzi starszych, zależnie od płci, rasy, klasy społecznej, regionu i okresu historycznego (Minois, 1995, Bois, 1996).

Model **stratyfikacji wieku** stał się jedną z ważnych perspektyw teoretycznych przy powstawaniu socjologii starzenia się. Jego intelektualnymi korzeniami jest w przede wszystkim strukturalny funkcjonalizm. Model ten bada ruchy następujących po sobie → kohort wiekowych w czasie, co określa się mianem „napływu kohortowego". → Kohorta jako grupa ludzi urodzona w tym samym czasie historycznym jest unikatowa, ponieważ ma swoją własną charakterystykę i doświadczenia wydarzeń historycznych, które w procesie starzenia się oddziaływają na postawy oraz na zachowania ich członków. → Teoria stratyfikacji wieku dostarczyła głównym nurtom socjologicznym narzędzi do badań nad starością, a szczególnie w obszarze stratyfikacji społecznej i → demografii. Poza tym podejście to podkreśla, że istnieje znaczne zróżnicowanie wśród osób starszych zależne od charakterystyki ich → kohort narodzin [urodzenia]. Jest jednak wiele ograniczeń w modelu stratyfikacji wieku. Powstała pokusa określania ludzi za pomocą kategorii wieku chro-

nologicznego i ignorowania subiektywnego wymiaru wieku. Teoria stratyfikacji wieku nie brała po uwagę sytuacyjnego zróżnicowania wśród członków kohorty.

Koncepcję → biegu życia umieszcza się natomaist pośrednio w ramach funkcjonalizmu strukturalnego, ponieważ podnosi się tu problem norm społecznych w kształtowaniu zachowań. Bieg życia nie jest teorią *stricto sensu*, ale koncepcyjną strukturą służącą prowadzeniu badań i interpretowaniu danych. Podstawowe elementy tej struktury zawierają się w następujących stwierdzeniach:

1. Starzenie się ma miejsce od urodzin aż po śmierć (w odróżnieniu od innych teorii, które skupiały się wyłącznie na osobach starszych),
2. Starzenie się dotyczy procesów społecznych, psychologicznych i biologicznych,
3. Doświadczenie starości jest kształtowane przez czynniki historyczno-kohortowe.

Coraz częściej wskazuje się na wzrastającą instytucjonalizację biegu życia ludzkiego. Brak ścisłych powiązań tej koncepcji z teoriami socjologicznymi powoduje dowolność w określaniu, czym jest bieg życia.

Starzenie się w ujęciu teorii wymiany

→ **Teoria wymiany społecznej** stosuje w swych badaniach zachowań społecznych model ekonomiczny. Życie społeczne polega na angażowaniu się jednostek w społeczną wymianę. Wchodzenie w interakcje zależy od kalkulacji kosztów i zysków. Jednostki angażują się w interakcje, jeśli te są dla nich opłacalne, i wycofują się z nich, jeśli są zbyt kosztowne. Porządek społeczny istnieje więc jako produkt uboczny maksymalizujących zyski jednostek. George

Teorię wymiany George'a Caspara Homansa (1910–1989) i Petera Michaela Blaua (1918–2002) adaptował do sytuacji ludzi starszych John J. Dowd (1975). Dążył on do wyjaśnienia, dlaczego ludzie starsi skłaniają się ku wycofywaniu z interakcji społecznych, wskazując, że → seniorzy mają mniej siły w konfrontacji z osobami młodymi, ponieważ posiadają mniejsze zasoby (tj. niższe dochody, gorsze wykształcenie, słabsze → drowie). Kontynuowanie interakcji z ludźmi starymi staje się dla młodszych grup bardziej kosztowne. W rezultacie ludzie starzy zmniejszają swój udział w życiu społecznym. Tylko ci, którzy dysponują niezbędnymi zasobami do podtrzymania relacji z innymi grupami wieku pozostają aktywnie zaangażowani w sprawy społeczne. Teoria wymiany, skupiając się na bezpośredniej interakcji pomiędzy osobami starszymi a innymi grupami wieku, w badaniach nad starzeniem się dodaje nowy wymiar. Jednakże perspektywy czysto ekonomicznego, racjonalnego modelu są w rzeczywistości ograniczone. Koncepcja nie zwraca uwagi na jakość relacji wymiany, definiując interakcje społeczne jedynie w kategoriach ilości zainicjowanych interakcji. Godzi się zauważyć, że jednostki rozmaicie postrzegają i rozumieją znaczenie zysków i kosztów w mających miejsce relacjach wymiany.

Interakcjonizm symboliczny

– podkreśla dynamikę i znaczenie procesu interakcji społecznej (Hałas, 1998). Jednostka odbiera siebie przez interpretację reakcji innych na swoje zachowanie. Porządek społeczny jest uwarunkowany znaczeniem, które powstaje w zachodzącej interakcji. Wg Bengtsona na teorie starzenia się: aktywności, społecznej kompetencji/załamania i subkultury wpływ ma do pewnego stopnia symboliczny interakcjonizm.

Teoria aktywności, w przeciwieństwie do teorii wycofania, wskazuje, że aktywniejsze osoby starsze są bardziej usatysfakcjonowane swoim życiem. Początkowy okres powstawania teorii aktywności nie wiązał ją ze spojrzeniem charakterystycznym dla symbolicznego interakcjonizmu. Jednak późniejsze analizy bardziej bezpośrednio wiązały ją z tym nurtem socjologicznym, kładąc większy nacisk na mającą miejsce społeczną interakcję i jej wpływ na rozwój koncepcji samego siebie wśród ludzi starszych. To, w jaki sposób postrzegają siebie ludzie starzy, zależne jest od roli, jaką pełnią, bądź od działań, w które są zaangażowani. Osoby starsze, w celu utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie, muszą zastąpić nowymi rolami te, które utraciły wraz z procesem starzenia się. W ten sposób dobre samopoczucie w wieku starszym jest rezultatem wzrastającej aktywności w nowo zdobytych rolach. Koncepcja aktywności stanowi uzasadnienie dla głównego założenia, leżącego u podstaw wielu programów interwencyjnych na rzecz ludzi starszych: społeczna aktywność jest korzystna i prowadzi w rezultacie do większej → satysfakcji życiowej. W teorii tej zakłada się, że wszystkie osoby starsze potrzebują i dążą do wysokiego poziomu aktywności społecznej, co – zdaniem Bengtsona – nie uwzględnia znaczenia różnych wariantów aktywności w życiu ludzi starszych, np. aktywności samotniczej (solitarnej).

Inną aplikacją teorii interakcjonizmu symbolicznego jest **teoria społecznych kompetencji i społecznego załamania** (Kuypers, Bengtson, 1973). Zmierza ona ku wyjaśnieniu zarówno normalnego, jak i budzącego wątpliwości aspektu starzenia się. Perspektywa ta dokonuje zapożyczeń z wielu innych teoretycznych tra-

dycji w tłumaczeniu wzajemnej zależności pomiędzy ludźmi starszymi a ich światem społecznym. Syndrom załamania społecznego odnosi się do procesu, w którym podatna na zranienie psychiczne jednostka otrzymuje negatywne komunikaty ze swojego środowiska społecznego, inkorporowane następnie do wizji samego siebie, co powoduje niebezpieczną spiralę negatywnego sprzężenia zwrotnego. Joseph A. Kuypers i Bengtson (1973) stwierdzają, że spirala negatywnego sprzężenia zwrotnego może mieć miejsce wówczas, gdy osoby starsze stają się podatne na zranienie ze względu na utratę roli albo negatywne stereotypy związane ze starzeniem się czy też doświadczanie kryzysów związanych ze zdrowiem. Prowadzi to do etykietowania osób starszych przez środowisko społeczne – personel medyczny albo → rodzinę – jako zależnych. Następuje wówczas atrofia dawnych kompetencji i kwalifikacji. Jednostka przyjmuje zewnętrzne postrzeganie samego siebie jako osoby chorej albo niekompetentnej. Prowadzi to do eskalacji opisanych wyżej postaw. Spiralne załamanie kompetencji u starszych osób może być odwrócone poprzez coś, co Kuypers i Bengtson (1973) określili mianem syndromu rekonstrukcji społecznej. Przykładem rozwiązywania tych problemów jest starzejąca się rodzina nieprzygotowana do nagłej zależności starego członka i powstałych w ten sposób problemów opiekuńczych. Tworzy się wiele napięć w kompetencjach rodziny, jak też w zakresie indywidualnych kompetencji. Jednak świadomość natury interakcji jednostka środowisko, które wpływają na poczucie kompetencji, mogą pomóc w określeniu tego, co należy wnieść w funkcjonowanie rodziny w celu udoskonalenia poczucia tych kompetencji. W ten sposób redukuje się również poczucie bezradności odczuwane przez wielu opiekunów.

Z kolei w **teorii subkultury** utrzymuje się, że osoby starsze tworzą swoją własną subkulturę. Jest ona wynikiem wykluczenia seniorów z interakcji z innymi grupami wieku, wzrostu interakcji między osobami starszymi oraz wspólnoty ich poglądów i zainteresowań. W ramach subkultury osoby starsze tworzą własne normy i wartości specyficzne dla ich grupy. Wynikiem istnienia tej subkultury może być fakt powstawania w Stanach Zjednoczonych takich organizacji, jak: *Szare Pantery* czy też Amerykańskie Stowarzyszenie Emerytów (AARP). Jednak inni twierdzą, że osoby starsze nie posiadają obecnie zbyt silnej świadomości grupowej mierzonej na przykład wzorcami zachowań wyborczych, czego przykładem w Polsce może być niezwykle popularna przed laty Partia Emerytów i Rencistów, która jednak poniosła klęskę w wyborach parlamentarnych w roku 2001. Chociaż teoria subkultury zawiera elementy funkcjonalizmu, odnosząc się do norm społecznych, jej główną tezą jest jednak twierdzenie, że normy te powstają w wyniku interakcji z innymi. Podkreśla się (Passuth, Bengtson, 1988), że symboliczny interakcjonizm jest ważną teorią w badaniu procesu starzenia się, ponieważ koryguje statyczną wizję interakcji spotykaną w podejściu funkcjonalistycznym. W symbolicznym interakcjonizmie jednostkę postrzega się jako bardziej aktywnego uczestnika interakcji społecznej. Jednostka nie tyle wchodzi w nowe role, jak to wskazuje strukturalizm funkcjonalny, ale raczej angażuje się w proces „brania ról", modelowania swojego zachowania zależnie od reakcji innych. Natomiast ograniczeniem podejścia badawczego symbolicznego interakcjonizmu jest to, że w przede wszystkim skupia się ono na płaszczyźnie mikroanalizy, brakuje zaś pełnego poznania strukturalnych komponentów zachowania społecznego.

Marksowskie teorie starzenia się: → ekonomia polityczna starzenia się i wieku starszego

Spojrzenie marksowskie wskazuje, że społeczna dystrybucja władzy i zasobów jest osadzona w kontekście społecznych relacji produkcji. W istniejącej organizacji sfery ekonomicznej nieliczni mają możliwości partycypacji we władzy i zasobach, podczas gdy wyklucza się większość innych. Zróżnicowane interesy klasowe powodują istniejące napięcia pomiędzy współzawodniczącymi w życiu społecznym frakcjami. W ostatnim ćwierćwieczu podejście ekonomiczne zaczęto stosować w badaniu wieku starszego. Dla wyjaśnienia sytuacji ludzi starszych skupia się ono na państwie i jego stanowisku wobec ekonomii w społeczeństwie kapitalistycznym. Ekonomiści polityczni utrzymują, że efekty programów społecznych skierowanych ku osobom starszym dają o wiele więcej beneficjów kapitalistom niż samym osobom starszym. Wskazuje się, że rozwój rządowych programów opiekuńczych dla ludzi starszych bardziej wspiera powstawanie nowych służb, rozkręcając w ten sposób ekonomię kapitalistyczną, niż poprawia standard życia ludzi starszych.

Teorie starzenia się w fenomenologii społecznej

Fenomenologia społeczna nie interesuje się tym, czy rzeczy są realne, czy nie. Zajmuje się badaniem procesów społecznego konstruowania tych rzeczy. Ponieważ podejście to, podobnie jak symboliczny interakcjonizm, koncentruje się na definicyjnej naturze

życia społecznego, fenomenologia społeczna bardziej zajmuje się użyciem języka i wiedzy jako konstytutywnych elementów codziennej rzeczywistości. Stosowana do rozważań nad starzeniem się bada pojawiające się sytuacyjne i konstytutywne cechy doświadczeń związanych ze starzeniem się. Krytykuje przy tym badania pozytywistyczne, które nie biorą pod uwagę zależnych od sytuacji znaczeń nadawanych zjawisku przez uczestników. Fenomenologia społeczna włączyła badania nad społeczną konstrukcją sytuacji w życiu codziennym do analiz doświadczenia starzenia się. Jednocześnie, podobnie jak symboliczny interakcjonizm, w podejściu fenomenologicznym podkreśla się procesy mikrospołeczne, natomiast traci się z pola widzenia cechy strukturalne życia społecznego.

Teorie starzenia się z perspektywy psychologicznej

Johannes Jacobus Fredericus Schroots (1943–) wyróżnił dwie kategorie w badaniach nad starością: starość i → wiek [chronologiczny/kalendarzowy]. Psychologia starości, czy też ludzi starych, koncentruje się na ich zachowaniach. Oparta na stadiach życia perspektywa prezentuje podejście tematyczne, np. badanie problemów związanych z → chorobą Alzheimera, → emeryturą, → wdowieństwem itd. Psychologia wieku bada zróżnicowanie w zachowaniu w zależności od wieku, porównując grupy ludzi w różnym wieku w → badaniach poprzecznych. Najcenniejsze badania skupiają się na przyczynach i konsekwencjach procesu związanego z zachodzącymi wraz z wiekiem zmianami i ich zróżnicowaniem. Wiek i starość łączą się ze sobą w dynamicznej kategorii starzenia się. Stąd psychologia starzenia się bada wzorce zmian w zachowaniu, stosując procedury longitudinalne. Będące przedmiotem niniejszych rozważań główne teorie psychologiczne starzenia się będą prezentowane w porządku chronologicznym. Od teorii klasycznych przez współczesne aż do najnowszych.

Klasyczne teorie

Robert J. → Havighurst opublikował w 1948 swoją pracę o **koncepcji zadań rozwojowych** w perspektywie przestrzeni życia. Zadania rozwojowe powstają w określonej fazie życia jednostki. Mają one podłoże biologiczne (dojrzewanie fizyczne), psychologiczne (aspiracje albo wartości) i kulturowe (oczekiwania społeczne). Pomyślne rozwiązanie jednego zadania prowadzi do zadowolenia i sukcesu w rozwiązywaniu kolejnych zadań, podczas gdy niepowodzenie rodzi niezadowolenie jednostki, dezaprobatę społeczną i trudności na przyszłość. Havighurst wyróżnił 6 stadiów rozwojowych, wraz z określonymi dla każdego z nich zadaniami: niemowlęctwo i wczesne dzieciństwo, środkowe dzieciństwo, dorastanie, wczesną dorosłość, wiek średni i → późną dorosłość [dojrzałość] – powyżej 60. roku życia. Na zadania rozwojowe późnej dojrzałości składają się: a) radzenie sobie ze zmianami fizycznymi spowodowanymi starzeniem się, b) skierowanie energii ku nowym rolom i działaniom, c) akceptacja własnego życia, d) wyrabianie w sobie spojrzenia na problem śmierci. Koncepcja zadań rozwojowych została później określona mianem teorii aktywności w opozycji do teorii wycofania.

Praca *Childhood and society* (1950) okazało się wielkim wkładem Erika H. Eriksona (1902–1994) w zrozumienie rozwoju osobowości w przestrzeni życia. E. Erikson sformułował **psychospołeczną teorię rozwoju osobowości** – ośmiu stadiów rozwojowych, każde ze swoim własnym charakterystycznym kryzysem, który powstawał na podstawie konfliktu między dwoma opozycyjnymi tendencjami. Zadanie rozwojowe każdej z faz wieku zmienia się w konflikt, który wymaga integracji potrzeb osobistych z oczekiwaniami społecznymi. Pomyślne rozwiązanie każdego konfliktu prowadzi do rozwoju. Niepowodzenie zaś rozwój ten hamuje. Interesujące z gerontologicznego punktu widzenia ostatnie stadium życia, czyli starość, odnosi się do opozycyjnych tendencji: „integracja *versus* rozpacz". Życie jest odbierane jako sensowne albo znaczone poczuciem rozpaczy i pozbawione sensu. Dążenie i osiągnięcie integracji może prowadzić do osiągnięcia → mądrości [życiowej].

Fazy życia, zdaniem E. Eriksona, i ich odpowiednie stadia rozwoju, przeciwstawne trendy i potencjalne zalety przedstawiają się następująco:

1) niemowlęctwo: 0–1 rok, zaufanie *versus* brak zaufania/nadzieja,
2) wczesne dzieciństwo: 1–6 lat, autonomia *versus* wstyd i zwątpienie/chęć,
3) wiek zabawy: 6–10 lat, inicjatywa *versus* poczucie winy/cel (zamiar),
4) wiek szkolny: 10–14 lat, przedsiębiorczość *versus* poczucie niższości/kompetencja,
5) dorastanie: 14–20 lat , tożsamość *versus* rozproszenie ról/zaufanie,
6) wczesna dorosłość: 20–35 lat, intymność *versus* izolacja/miłość,
7) dojrzałość 35–65 lat, produktywność *versus* stagnacja/→ opieka,
8) starość: 65+ lat, integracja *versus* rozpacz/mądrość.

E. Erikson postrzegał rozwój jako funkcję zarówno wskaźników indywidualnych, jak i kulturowych, stąd

określenie tej koncepcji jako psychospołecznej teorii rozwoju osobowości. Wcześniejsze stadia są definiowane dokładniej, chociaż okres adolescencji zawiera tylko jedną czwartą przestrzeni życia. Natomiast rozciągający się aż do kresu życia okres postadolescencyjny składa się tylko z trzech spośród ośmiu stadiów. Ale właśnie tu mamy do czynienia z wzrastającym psychospołecznym zróżnicowaniem: zadania rozwojowe okresu niemowlęctwa są stosunkowo uniwersalne, natomiast zadania rozwojowe w późnym wieku zależą zarówno od ogólnych reguł, jak i osobistych doświadczeń.

W pośmiertnej, rozszerzonej wersji wcześniejszej pracy Eriksona *The life cycle completed* (E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998), jego żona i współpracownik, Joan Mowat Erikson (1902–1997), posunęła teorię o krok dalej i dodała nowe, dziewiąte stadium. Uważa ona, że możliwy jest rozwój w późnym wieku, któremu towarzyszy satysfakcja życiowa. W dziewiątym stadium rozwojowym rozwiązania poprzednich kryzysów konfrontowane są z procesem starzenia się. W pierwszym stadium zaufanie kontra brak zaufania, na przykład, syntoniczny element (tj. zaufanie) stanowi wsparcie potencjału rozwojowego, w którym dziecko rozwija siłę ego ku zaufaniu – jeśli stadium jest pozytywnie rozwiązane. W późnym wieku, wraz ze wzrastającą świadomością zmian psychicznych i fizycznych, na skutek wzrastających deficytów osoby starsze mogą tracić ufność w swoją zdolność utrzymania niezależności i w ten sposób powstaje kryzys zawierający te same cechy. W odniesieniu do ósmego stadium kryzysu ego: integracja kontra rozpacz, J. M. Erikson pisze, że trudności, którym stawiają czoła jednostki w 80. i 90. latach życia, zawierają ciągłą batalię z elementem dystonicznym. Codziennie następuje konfrontacja z rozpaczą. Gdyby osoby starsze mogły poradzić sobie z elementami utrudniającymi współżycie z otoczeniem, obecnymi w ich doświadczeniu życiowym, w dziewiątym stadium mogłyby dążyć ku gerotranscendencji.

James E. → Birren zaprezentował ogólną koncepcję starzenia się jako **teorię duplikatu rozwoju**. Twierdził on, że istnieją ukryte struktury zachowania, przenoszone z wcześniejszych doświadczeń, które wchodzą w interakcje z obecną sytuacją. Starzenie się jest widziane jako transformacja biologicznego i behawioralnego rozwoju organizmu, wyrażonego na zasadzie duplikatu w zmiennych ekologicznie kontekstach. Obserwacje osób starszych wskazują, że istnieje pewien wzorzec zmian mających miejsce w późnym wieku, które nie są jedynie konsekwencjami przeżytych wydarzeń. Teoria duplikatu Birrena stwierdza, że porządek wsparty na biologii w charakterystyce późnego wieku musi powstawać w połączeniu z duplikatem charakterystyk rozwoju, które były przedmiotem selekcji.

Pojęcie wycofania odnosi się do rezygnacji z przeszłych ról i działań. Wychodząc z założenia, że ludzie, którzy osiągnęli wiek średni, zaczynają kierować się ku swemu wnętrzu, Elaine → Cumming i William E. → Henry (1961) stworzyli koncepcję przyjmującą ten psychiczny proces jako zasadniczą przyczynę wycofywania się z ról i aktywności społecznych oraz wzrastającą troskę o swoje ***ja***. Zmniejsza to w konsekwencji emocjonalne zaangażowanie na rzecz innych. Teoria ta była krytykowana za przyjęcie założenia, że wycofanie jest postawą powszechną i normalną. Chociaż w tej teoria starano się tłumaczyć psychologiczny i społeczny proces starzenia się, to jednak nie dostrzegano znacznej liczby ludzi starych, którzy nie wykazują utraty zainteresowania życiem i nie wycofują się ze społeczeństwa.

Teoria wycofania przyczyniła się do rozwoju opozycyjnej wizji mianowicie **teorii aktywnośc**i, która opiera się na koncepcji zadań rozwojowych. Według jej głównego promotora, Havighursta, w celu utrzymania pozytywnego obrazu samego siebie osoby starsze muszą zastępować nowymi rolami te, które tracą na starość. W teoria aktywności prezentuje się bardziej realistyczne spojrzenia na ludzi starych. Jednak trzeba zauważyć, że te twierdzenia są nieco wątpliwe w odniesieniu do okresu późnej starości.

Teoria osobowości w procesie starzenia się i w starości jest dziełem Berenice → Neugarten, która opublikowała klasyczny zbiór artykułów *Middle age and ag*ing (1968) w perspektywie → cyklu życia człowieka. Zaczynając od studiów mających początek w latach pięćdziesiątych, Neugarten i współpracownicy opisali cykl życia w kategoriach dwóch akcentów teoretycznych. Pierwszy to badania wydarzeń dotyczących zmian w życiu i roli jednostek. Wydarzenia w życiu, takie jak: małżeństwo, rodzicielstwo lub emerytura są określone normatywnie. Prowadzą one do zmian w koncepcji samego siebie i tożsamości. Metaforycznie rzecz ujmując – jednostki internalizują „zegar społeczny", a → normy wiekowe działają jako impulsy i hamulce zachowań w przestrzeni życia. Niemniej wydarzenia nieoczekiwane, czyli nienormatywne, np. wypadek samochodowy, mogą mieć również konsekwencje rozwojowe. Drugie miejsce akcentowane w badaniach, to typy osobowości jako predykatory → pomyślnego starzenia się. Starzejące się osoby w różny sposób radzą sobie ze → stresami życiowymi czy też dopasowują się

do zmian w ich sytuacji życiowej. Neugarten wyróżniła osiem różnych wzorców starzenia się: typ reorganizatora, typ skupiony, typ niezaangażowany, typ trzymający się, kurczący się, szukający wsparcia, apatyczny i zdezorganizowany (zob. Halicka, 2004). Krótko mówiąc, starość jest widziana jako proces → adaptacji, w którym głównym elementem jest osobowość. Starzejąca się jednostka nie tylko odgrywa aktywną rolę w adaptacji do pojawiających się z czasem zmian biologicznych i społecznych, ale też tworzy wzorce życia, które mogą dać większe zaangażowanie i satysfakcję życiową.

Twórcą **poznawczej teorii osobowości i starzenia się** jest Hans → Thomae. Jego zamysł polegał na zintegrowaniu rozmaitych perspektyw. Skupiał się szczególnie na psychodynamice starzenia się. Centralną kategorią w jego teorii jest percepcja, czyli postrzeganie sytuacji i postrzeganie siebie. Thomae uważał, że zmiana zachowania nie jest wynikiem zmian obiektywnych, ale raczej subiektywnego postrzegania tych zmian. Są one postrzegane i oceniane w kontekście dominujących zainteresowań i oczekiwań starzejącej się osoby. Zaadaptowanie się do związanych z wiekiem zmian zależy od utrzymania i restrukturyzowania równowagi między systemem poznawczym a motywacyjnym, tj. równowagi między akceptacją kogoś jako starego, bądź odrzuceniem takiego odbioru. Thomae twierdził, że jest to jedno z zadań rozwojowych starzejącej się osoby.

Współczesne teorie

Od początku lat 80. minionego wieku Paul B. → Baltes i jego współpracownicy prowadzili wiele badań nad procesem rozwoju psychicznego i starzeniem się z perspektywy przestrzeni życia. Zgodnie z tradycją **psychologii rozwoju w przestrzeni życia**, rozwój i starzenie się są postrzegane jako synonimy zmian w postawie. Wychodząc z tych badań P. B. Baltes (1990), stworzył teoretyczną strukturę siedmiu propozycji dotyczących natury starzenia się człowieka:

1. Istnieją główne różnice między → normalnym starzeniem się a patologicznym i optymalnym, definiowanym później jako starzenie się pod wpływem wzmocnionego rozwoju i w przyjaznych starości warunkach środowiskowych.
2. Przebieg starzenia się wskazuje na jego mocno zindywidualizowaną zmienność.
3. Istnieją znaczne ukryte rezerwy pojemności w starości.
4. Z procesem starzenia się wiąże się utrata możliwości adaptacyjnych.
5. Wiedza indywidualna i społeczna (→ inteligencja skrystalizowana) wzbogaca umysł i może kompensować malejącą z wraz z wiekiem inteligencję płynną.
6. Balans między zyskami a stratami staje się wraz z wiekiem coraz bardziej negatywny.
7. ***Ja*** (ang. *self*) w wieku starszym pozostaje nadal elastyczne, co umożliwia radzenie sobie i utrzymanie integralności.

Na podstawie tych propozycji opracowany został model pomyślnego starzenia się, określany jako → selektywna optymalizacja i kompensacja (P. B. Baltes, M. M. Baltes, 1989). Model ten skupia się wokół umiejętności zarządzania zyskami i stratami, tzn. ogólnym procesem adaptacji składającym się z trzech elementów wchodzących ze sobą w interakcje. Po pierwsze, istnieje element selekcji, który odnosi się do wzrastających ograniczeń z powodu związanej z wiekiem utraty potencjału adaptacyjnego. Po drugie, element optymalizacji odzwierciedlający spojrzenie, że ludzie angażują się w działania, aby wzbogacić i powiększyć ogólne rezerwy i maksymalizować wybrane przez nich obszary życia i towarzyszące temu formy zachowań. Trzeci element – kompensacja – wynika, podobnie jak selekcja, z ograniczeń adaptacyjnych. Działa to wówczas, gdy tracone są albo redukowane specyficzne sprawności poniżej standardu wymaganego dla właściwego funkcjonowania.

Osobowość i starzenie się

Badania dotyczące → osobowości [osób starszych] i starzenia się traktują osobowość jako ustalone, charakterystyczne dyspozycje, które określają styl emocjonalny, interpersonalny, oparty na doświadczeniu, styl postaw i motywacji. Można tu wyróżnić dwie tradycje teoretyczne: model cech i model stadiów rozwoju. W obydwu tradycjach jako zasadnicze pozostaje pytanie: do jakiego stopnia procesy starzenia się same z siebie są odpowiedzialne za zmianę osobowości?

Badania longitudinalne cech osobowości wskazują zgodnie niezmienność strukturalną osobowości w czasie. Z badań longitudinalnych Paula T. Costy (1942–) i Roberta R. McCrae (1949–) – typowych przedstawicieli teorii modelu cech – wyniknęły, przy użyciu różnych podejść, te same główne wskaźniki (neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia, zgodność, sumienność). Posługując się teorią pięcioczynnikową podkreślają oni (McCrae, Costa, 1988, 2005), że ludzie w większości pozostają tacy sami, jeśli chodzi o dyspozycje bazowe i wykazują w wysokim stopie-

niu stabilność osobowości, szczególnie podczas drugiej połowy ich życia. Mimo niewielkiej ilości badań na ten temat, wzrasta świadomość, że cechy osobowości mają tendencje do utrzymywania trwałości wraz z wiekiem, podczas gdy głowne aspekty ***ja***, takie jak: cele, wartości, style radzenia sobie i poczucie kontroli, podlegają zmianie.

Teoretyczne modele rozwoju dorosłej osobowości spełniają też ważną rolę w badaniach nad osobowością i starzeniem się. W dwóch teoriach, E. Eriksona i Daniela J. → Levinsona, przedstawione są stadia rozwojowe, poza okresami wczesnej dorosłości.

W teorii rozwoju osobowości Levinsona (1978) – opartej na serii wywiadów pogłębionych z 40 mężczyznami – struktura życia każdego człowieka to uporządkowane sekwencje okresów, które zmieniają się pomiędzy stałymi fazami i fazami przejściowymi stanowiącymi przełomowe punkty w życiu. Po przejściu przez młodzieńczość (17–22 lata) człowiek wkracza w dorosłość, podzieloną na trzy główne okresy: wczesna dorosłość (17–45 lat), środkowa dorosłość (40–65 lat) i późna dorosłość (po 60. r.ż.). Okresy te zachodzą na siebie, ponieważ łączą je 5-letnie okresy przejściowe. Czas i długość każdego okresu i rozwój, jaki w nim ma miejsce, zmienia się w zależności od człowieka i od warunków jego życia: biologicznych, psychicznych i społecznych.

Teorie najnowsze

We wczesnych pracach Car Gustav Jung (1875–1961) twierdził, że znaczenie i cele wieku starszego są zupełnie różne od celów wieku średniego. W pierwszej części życia celem jest poznanie społeczeństwa i socjalizacja, podczas gdy celem wieku starszego jest poznanie siebie i kolektywnej nieświadomości. Można to rozumieć jako transcendentalną zmianę definicji rzeczywistości. Stało się to punktem wyjścia dla Larsa → Tornstama (1989) do tworzenia **teorii gerotranscendencji**. W swej koncepcji Tornstam wskazuje, że wraz ze starzeniem się wzrasta stopień transcendencji. Proces ten jest wewnętrzny, ale modyfikowany przez specyficzne wzory kulturowe. Może być przyspieszany np. przez kryzys życiowy, po którym jednostka całkowicie restrukturyzuje swoje widzenie świata. Może też być opóźniany, np. przez elementy kultury. Badania wskazują na 3 wymiary gerotranscendencji: płaszczyznę kosmiczną, własną osobę, czyli ***ja***, oraz relacje społeczne i indywidualne. Płaszczyzna kosmiczna akcentuje zmiany w postrzeganiu czasu i przestrzeni oraz przekraczanie granicy między przeszłością a teraźniejszością. Wzrasta również poczucie więzi z wcześniejszymi generacjami, pojawia się nowa relacja między rozumieniem życia i śmierci oraz akceptacja tajemniczego, niemożliwego do wyjaśnienia wymiaru życia. Zmiany dotyczące własnego ***ja*** obejmują odkrycie nowego aspektu własnego ja zawierającego zarówno dobro, jak i zło. Maleje dążność do zyskania osobistego uznania oraz rozwija się „transcendencja ciała", polegająca na trosce o nie, ale bez obsesji na jego punkcie. Człowiek staje się mniej egoistyczny, a bardziej skłonny do altruizmu. Powraca myślami do dzieciństwa i przekształca je, zdając sobie zarazem sprawę, że wydarzenia jego życia, jak elementy układanki, stanowią części całości. Występują także zmiany na płaszczyźnie relacji społecznych i indywidualnych. Powierzchowne kontakty traktowane są bardziej selektywnie i pojawia się potrzeba samotności. Coraz bardziej dostrzega się różnicę między ***ja*** a pełnioną rolą. Następuje emancypacja prostoduszności, która stanowi składnik mądrości. Człowiek wyzwala się z paraliżującej troski o własny dobrobyt. Pojawia się niechęć do tworzenia prostego dualizmu dobro i zło, co przejawia się w powstrzymywaniu się od wydawania wyroków i doradzania (Tornstam, 1989).

Teoria gerotranscendencji przypomina jedną z klasycznych koncepcji, a mianowicie teorię wycofania, ale różni się od niej w wielu aspektach. Gerotranscendencja zakłada redefinicję rzeczywistości, podczas gdy teoria wycofania – zwrócenie się ku wnętrzu. Gerotranscendencja obejmuje więc większy zakres społecznej aktywności (z występującą jednocześnie potrzebą samotnego filozofowania), podczas gdy omawiana klasyczna teoria – tylko społeczne wycofanie. A zatem gerotranscendencja jest perspektywą bardziej ofensywną, podczas gdy w teorii wycofania zakłada się strategię defensywną. Nie ulega jednak wątpliwości, że koncepcja Tornstama nawiązuje wprost do teorii wycofania i stanowi jej uwspółcześnioną wersję.

Zamykając to omówienie wybranych społecznych teorii starzenia się, mogę powiedzieć, że starzenie się jest procesem jednostkowym i społecznym, dlatego wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Zaprezentowane powyżej teorie socjologiczne i psychologiczne ukazują tylko pewien wymiar starzenia się. Proces ten odbywa się w określonym kontekście, stąd, oprócz analiz podstawowego zjawiska, wzrasta znaczenie badania cech kontekstualnych, które towarzyszą starzeniu się. Chodzi tu o spojrzenie historyczne, polityczne, ekonomiczne, pedagogiczne itp. Gerontologia jest dziedziną, której przedmiotem jest

starzenie się i starość. Cechuje ją – jak już wspomniano wyżej – interdyscyplinarność, dlatego anachroniczne i niebezpieczne wydają się zarzuty stawiane czasami przez przedstawicieli niektórych nauk – częściej artykułowane ustnie niż w formie pisemnej – o zawłaszczaniu obszaru badań.

JH

B: P. B. Baltes, 1990; P. B. Baltes, M. M. Baltes, 1989; Bois, 1986; Bengtson, Parrott, Burgess, 1996; Costa, McCrea, 1988 Cumming, Henry, 1961; Dowd, 1975; E. H. Erikson, 1950, 2000; E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998; Halicka, 2004; Hałas, 1998; Havighurst, 1948; Hasworth, Cannon, 2015; Kolb, 2004; Kuypers, Bengtson, 1973; Levinson, 1978; McCrea, Costa, 2005; Minois, 1985; Muszyński, 2012; Neugarten, 1968; Passuth, Bengtson, 1988; Piotrowski, 1973; Rembowski, 1984; Schroots, 1996; Synak, 1999; Susułowska, 1975, 1989; Tibbits, 1960; Tornstam, 1989; Tryfan, 1993; Wernher, Lipsky, 2015; Zych, 1999, 2005.
O: gerotranscendencja, kontekstualizm, psychospołeczne teorie starzenia się, rozwojowa teoria starzenia się, starzenie się, teoria aktywności, teoria modernizacji, teoria niezaangażowania, teoria stratyfikacji wieku, teoria wymiany społecznej.
TK: am. *social theories of aging*, am. *social theories of ageing*, fr. *théories sociales du vieillissement*, hiszp. *teorías sociales del envejecimiento*, niem. *soziale Teorien des Alterns*, ros. *социальные теории старения*.

Tabela. 1. Schemat porządkujący główne perspektywy teoretyczne w gerontologii społecznej, odniesione do tradycji teoretycznej w socjologii

Główne teorie socjologiczne	**Główne teorie starzenia się**
strukturalny funkcjonalizm	teoria wycofania
	teoria modernizacji
	teoria stratyfikacji wiekowej
	teoria biegu życia
teoria wymiany	teoria wymiany
symboliczny interakcjonizm	teoria aktywności
	teoria załamania społecznego/kompetencji
	teoria subkultury
marksizm	teoria ekonomii politycznej wieku
fenomenologia społeczna	fenomenologia społeczna

Źródło: P. M. Passuth, V. L. Bengtson, *Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions*, w: J. E. Birren, V. L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publ. Comp., 1988.

społeczny system oparcia

– to zbiór osób udzielających pomocy konkretnemu człowiekowi, grupie. W odróżnieniu od państwowego systemu → wsparcia, jest odzwierciedleniem posiadanej sieci kontaktów społecznych. Wyróżniamy trzy kręgi kontaktów społecznych: pierwszy to bliska → rodzina, przyjaciele, następny to dalsza rodzina, znajomi, trzeci to → grupa samopomocy, wolontariat, członkowie stowarzyszenia. Pomoc ma na celu ułatwienie zaspakajania indywidualnych potrzeb człowieka oraz samodzielnego funkcjonowania w zakresie podstawowych i złożonych aktywności życiowych. Najczęściej przyjmuje formę wsparcia: emocjonalnego, instrumentalnego, informacyjnego, wartościującego, rzeczowego, duchowego. Może mieć charakter profesjonalny, udzielany przez osoby w zakresie ich kompetencji zawodowych (np. pielęgniarka, fizjoterapeuta, ksiądz, prawnik) i nieprofesjonalny realizowany przez osoby bez odpowiedniego przygotowania zawodowego (rodzina, sąsiedzi, znajomi, członkowie stowarzyszeń, grup samopomocy). Inny podział odwołuje się do inicjatorów → opieki, wyróżnia pomoc formalną realizowaną przez instytucje, stowarzyszenia które w swym charakterze (statucie) funkcjonowania uwzględniły działania na rzecz społeczeństwa lub wybranej grupy i nieformalną wynikającą z chęci udzielania pomocy ze względu na przyjaźń, wzajemne zobowiązania, poczucie odpowiedzialności za członka danej społeczności (grupy) ale też autoprezentację lub dowartościowanie się przez realizatora pomocy. Zapotrzebowanie na pomoc może wynikać z subiektywnej oceny potrzebującego lub obiektywnej opartej na zweryfikowanych skalach (np. → Skala Barthel, → Kwestionariusz EASY-Care 2010 Standard) bądź na przyjętych normach, np. wysokość dochodu rodziny. Udzielając wsparcia koniecznie należy pamiętać o zapobieganiu uzależnieniu od osoby pomagającej, jak też formy pomocy. Andrzej W. Janke (1997) wymienia zasady, które powinny obowiązywać między osobami udzielającymi a odbierającymi wsparcie społeczne. Są to: dobrowolność, wiarygodność, równouprawnienie, odpowiedzialność za wspólne dobro.

DT

B: Chapell, 2011; Janke, 1997; Szarota, 2004.
O: opieka, sieć społeczna i wsparcie społeczne, wsparcie, wsparcie społeczne osób starszych.
TK: ang. *system of social support*, fr. *système de appui social*, hiszp. *sistema de seguirad social*, niem. *System der sozialen Unterstützung*, ros. *система социальной поддержки/система общественной поддержки*.

sposoby mówienia o starości

– są przejawem jakościowego zróżnicowania dyskursów, a więc – w dużym uproszczeniu – aktów międzyludzkiej komunikacji lub jednokierunkowych komunikatów (werbalnych i niewerbalnych), w których przedmiotem językowego opisu, wynikającego zazwyczaj z „jakiegoś" zainteresowania ich nadawców i/lub odbiorców, stają się starzy ludzie i → starość. Zróżnicowanie to jest bezsprzecznie uwarunkowane kulturowo, a jego rozlicznych przykładów dostarcza zarówno analiza dyskursów teraźniejszości, jak i dokumentów historycznych, sięgających czasów antycznych.

Do głównych determinant takich czy innych sposobów mówienia o starości należy zaliczyć przede wszystkim: a) stopień ucywilizowania społeczeństw, w tym konstytuujący je katalog norm prawnych, kulturowych tradycji, wartości etycznych, a poniekąd także zasad dobrego wychowania, które, o czym trzeba pamiętać, pomimo powszechnego uznania i formalno-prawnej legitymizacji w danym społeczeństwie, mogą być przez poszczególne jednostki odrzucone i łamane; b) role, jakie w społeczeństwie pełnią starzy ludzie, i wartość przypisywana im przez członków danej grupy społecznej, zwykle młodszych; c) poziom (nie)wiedzy na temat starości i starych ludzi; d) funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy starości; e) życiowe doświadczenia osób, które obraz starości kreują; f) w ślad za tym jednostkowe i utrwalone społecznie uczucia oraz postawy wobec starości i starych ludzi, m.in.: lęk, nieufność, zniecierpliwienie, niechęć, zawiść, wrogość, agresja, zainteresowanie, tolerancja, akceptacja, fascynacja, podziw, przyjaźń, miłość – uogólniając: uczucia i postawy negatywne, neutralne lub pozytywne; g) charakter relacji łączących nadawców/odbiorców komunikatów na temat starości: z opisywanym zjawiskiem, procesem, osobą – te mogą być bliskie i dotyczyć własnej osoby lub członków → rodziny i przyjaciół, oraz dalsze, odnoszące się do znajomych (np. sąsiadów, współpracowników, koleżanek i kolegów, względnie osób pełniących funkcje publiczne, takich jak: ekspedientka w pobliskim sklepie, nauczycielka czy lekarz rodzinny, ale też polityków i celebrytów „znanych" ze szklanego ekranu) bądź osób zupełnie obcych; h) wygląd fizyczny, sprawność intelektualną, status społeczny i ekonomiczny oraz szeroko rozumiany → styl życia i postawy życiowe starego człowieka, który postanowił opowiedzieć o sobie lub który – co prawdopodobnie zdarza się częściej – znalazł się w kręgu zainteresowania osób trzecich i stał się przedmiotem ich językowego opisu; i) ewolucję języka, w następstwie której z języka ogólnego zostały wyodrębnione lokalne i specjalistyczne podsystemy językowe, m.in. regionalne formy języka potocznego, gwara młodzieżowa, dyskurs medialny i polityczny, żargon lekarski, język kadr gerontologicznych, język prawniczy czy choćby styl naukowy realizowany w obrębie poszczególnych dyscyplin, jak: → gerontologia, → psychogerontologia, → geragogika itp.; j) szeroko pojęty kontekst sytuacyjny, w którym dochodzi do wygenerowania językowego opisu starości lub starych ludzi; k) w końcu polityczną poprawność, służącą – przynajmniej w myśl pierwotnej idei – ochronie godności grup mniejszościowych jakże często narażonych na dyskryminację ze strony przedstawicieli ogółu społeczeństwa.

Różne natężenie i zmienne konfiguracje powyższych czynników przesądzają o zróżnicowaniu sposobów mówienia o starości. W obrębie niezwykle bogatego materiału leksykalnego i frazeologicznego opisującego ludzką starość można wyróżnić trzy główne tendencje dla takiego opisu.

Pierwsza, w literaturze przedmiotu często przemilczana, polega na mówieniu o starości w sposób dosłowny i jednocześnie neutralny, zmierzający do ukazania jej obiektywnego, a więc rzeczywistego obrazu, który dla odbiorcy komunikatu może jednak okazać się obrazem przykrym, nazbyt realistycznym, niekiedy nieestetycznym, odrażającym, wzbudzającym negatywne emocje, w tym lęk – także, a może przede wszystkim, przed własną starością. Konsekwencją „zderzenia" z trudną informacją może być brak akceptacji i odrzucenie, a nawet wyparcie takiego obrazu starości, który za pomocą opisowo nieubogaconych kategorii pojęciowych ukazuje wszystko to, co dla starości jest naturalne: najczęściej zespół cech fizycznych i psychicznych, które w ujęciu kumulatywnym wyrażają regres organizmu ludzkiego, aby w konsekwencji – na skutek procesu zwanego → starzeniem się – przesądzić o jego → śmierci. Taka forma opisu w wielu środowiskach czyni starość tematem tabu.

Choć nie jest to regułą bezwarunkową, mówienie wprost o starości, bez tzw. owijania w bawełnę, cechuje najczęściej właśnie ludzi starych, którzy w ten sposób wypowiadają się zazwyczaj o sobie, we własnym gronie, wśród osób najbliższych. Podlegając procesom starzenia się i doświadczając starości, nabywają szczególnych uprawnień, by mówić: jestem *stary*, *pomarszczony*, *skurczony*, *siwy*, *łysy*, *brzydki*, *zmęczony*, *bezsilny*, *obolały*, *schorowany*, *połamany*, *wykrzywiony*, *niedołężny*, *ślepy*, *głuchy*, *szczerbaty*, *bezzębny*, *cały w plamach*, *umierający*, mam *problemy ze słu-*

chem, *sklerozę*, *zaparcia*, *sztuczną szczękę*, *głodową emeryturę*, lub po prostu *niedowidzę*, *zestarzałem się*, *kuśtykam*, *nie trzymam moczu*, *łamie mnie w krzyżu*, *coraz częściej i więcej zapominam*, *nie mogę spać, nie czuję smaku*, *szybko się męczę*, *trzęsą mi się ręce*, *długo nie pożyję, wkrótce umrę* itd. Tego typu bezpośrednie stwierdzenia nie są przez nich poczytywane za obraźliwe. Zdarza się przy tym, że ich zwolennicy – ludzie starzy – także od otoczenia wymagają, aby nie „ubarwiać" faktycznego stanu ich ciała i ducha, by o ich starości mówić prawdziwie, gdyż – podobnie jak dziecięctwo, wiek dojrzewania czy dorosłość – jest ona czymś naturalnym i nieuniknionym, nawet jeśli niepożądanym. Należy oczywiście pamiętać o tym, że starzenie się i starość cechuje niejednorodny charakter. Ludzie będący w tym samym wieku starzeją się w różnym tempie, bywają mniej lub bardziej podatni na ów niezaprzeczalny regres, a jednocześnie inne są ich strategie mierzenia się ze starością. Jedni doświadczają starości „trudnej", podczas gdy inni otrzymują w darze od losu starość „pomyślną". Dlatego też w gronie mówiących „szczerze" o starości są też i takie osoby, które zamiast koncentrować się na negatywnych aspektach → wieku podeszłego [sędziwego], zwracają uwagę na związane z tym doznania pozytywne – w nie mniejszym stopniu naturalne, choć prawdopodobnie rzadsze lub przynajmniej rzadziej uświadamiane. Może to być związane albo z ich optymistycznym usposobieniem do → życia i pozytywną postawą wobec starości, albo z tym, że negatywne skutki starzenia się jeszcze ich rażąco nie dotknęły.

Omówiony powyżej sposób wyrażania się na temat starości jest właściwy głównie mowie potocznej i występuje w gronie osób związanych bliskimi relacjami. Szczególną odmianę takiego dyskursu w pewnych okolicznościach może stanowić rozmowa lekarza geriatry, ewentualnie innych przedstawicieli kadr gerontologicznych, prowadzona z pacjentem lub jego → rodziną, a dotycząca na przykład → choroby starego człowieka. Na poziomie kontaktu formalnego, wspartego dokumentacją urzędową, obraz starości kreowany przez specjalistę zazwyczaj bywa jednak nacechowany specjalistycznym słownictwem, które – w przypadku niezrozumienia i na prośbę odbiorców komunikatu – w bezpośredniej rozmowie podlega stosownym wyjaśnieniom lub transpozycji na język potoczny. Podobna specjalizacja dyskursu może nastąpić, gdy na temat starych ludzi i starości wypowiadają się przedstawiciele innych grup zawodowych, np. prawnicy, statystycy, psycholodzy. Zamiast mówić o „starych ludziach", mówią o *emerytach* lub *wykluczonych ze względu na wiek*, „starzenie się" utożsamiają z *okresem wygaszania* czy *rozwojem regresywnym*, „starość" jest dla nich → *wiekiem poprodukcyjnym* lub *wiekiem* → *emerytalnym*, „śmierć" – *zgonem* itd.

Warto dodać, że skłonność do nazywania ludzi, rzeczy, zjawisk i procesów naznaczonych przez starość takimi, jakimi są w rzeczywistości, bez zbędnego „koloryzowania", różni nie tylko starych ludzi, lecz i inne środowiska, np. przedstawicieli świata nauki. Kierując się zasadą obiektywizmu, a jednocześnie poddając się nurtowi polityki antydyskryminacyjnej i włączającej, która raczej łagodzi i upiększa obraz starości, dostrzega w niej potencjał, marginalizując regres, w swoich tekstach i wystąpieniach często próbują więc znaleźć złoty środek, sięgając tak do neutralnej, jak i pozytywnie nacechowanej nomenklatury – o ile jest to możliwe, także specjalistycznej.

W opozycji do dosłownego i zarazem neutralnego sposobu mówienia o starości stoją druga i trzecia z kolei tendencja – w swej skrajnej postaci ulokowane na przeciwnych biegunach emocjonalnego zaangażowania osób próbujących opisać starość. Chodzi o melioratywne (pozytywne) lub pejoratywne (negatywne) określenia starości oraz starych ludzi, przy użyciu wyrazów i związków frazeologicznych w pewien sposób naznaczających i/lub dyskryminujących, pozytywnie wartościujących lub deprecjonujących ten etap życia ludzkiego i tę grupę społeczną, każdorazowo jednak w pewnym stopniu zniekształcających ów „prawdziwy" obraz rzeczywistości – co, z perspektywy nadawcy komunikatu, może być działaniem celowym bądź niezamierzonym.

Pozytywnie nacechowany sposób mówienia o starych ludziach i starości – poza wspomnianą substrategią koncentrowania się na ich przymiotach i abstrahowania od ich słabości – realizowany jest przede wszystkim poprzez wykorzystanie obszernego katalogu eufemizmów: wyrazów, wyrażeń lub zwrotów mających na celu zastąpienie neutralnych opisów, w swej treści oraz znaczeniu bardzo często zbyt dosadnych i kojarzących się negatywnie, aby załagodzić kreowany przez nie trudny do zaakceptowania obraz starości, nadać mu – niekiedy ponad miarę – jednoznacznie pozytywną barwę lub wyrazić względem starości pozytywne emocje. W takim ujęciu „starzy ludzie" nazywani są: *ludźmi starszymi*, *starszą panią/starszym panem*, *osobami 55+*, *60+*, *65+* itd., → *seniorami*, *nestorami*, *weteranami*, *kombatantami*, *ludźmi sędziwymi*, *długowiecznymi*, *wcześniej urodzonymi*, *niemłodymi*, *osobami nie pierwszej młodości*, *w podeszłym wieku*, *zaawansowanymi w latach*, *zaawansowanymi wiekiem*, *hiperdojrza-*

łymi, srebrnym pokoleniem, *pokoleniem baby boomers*, *staruszkami*, *staruszką/staruszkiem*, *starowinką/dziaduniem*, *babcią/dziadkiem*, *babunią/dziadziusiem* itd., „starość" z kolei bywa określana jako: *złota* lub *pogodna jesień życia*, *czas plonów*, *czas odpoczynku*, *złoty wiek*, *wiek matuzalowy/matuzalemowy*, → *późna dorosłość*, *wiek podeszły*, → *trzeci wiek*/→ *„czwarty wiek"*, *wiek dojrzały*, *wiek senioralny*, *wiek salomonowej mądrości*, *zmierzch życia* itd. Melioratywne postrzeganie starości skłania do tego, by starego człowieka nie nazywać „siwym", lecz by stwierdzić, że *jest przyprószony siwizną* lub *ma szron na skroniach*, by jego „pomarszczoną skórę" uznać raczej za *skórę pokrytą siateczką zmarszczek* lub *skórę dojrzałą*, a „spadek wydolności psychofizycznej" tłumaczyć tym, że *nie jest już młodzieniaszkiem* i *jest zmęczony życiem*. Zamiast mówić, że jest on „stary" i „schorowany", lepiej powiedzieć, że wygląda *dostojnie*, *statecznie*, być może *dobrotliwie*, że *ugina się pod ciężarem lat* i *ma wyczerpane baterie* czy wręcz *dobiega kresu swych dni*. Wspierając się na pozytywnych stereotypach starości, można przy tym wnioskować o *dużym bagażu doświadczeń* i → *mądrości życiowej* starego człowieka. Zamiast mówić, że „umarł", należy powiedzieć: *odszedł*, *przeminął*, *opuścił ten świat*, *przeszedł na drugą stronę*, *światło jego życia zgasło*, *zasnął na wieki*, *zapadł w wieczny sen*, *przeniósł się na łono Abrahama*, *zszedł z areny życia*, *zapłacił najwyższą cenę, stanął przed Bogiem* itd.

Tendencja do eufemizowania starości zdominowała w ostatnich latach niemal każdy rodzaj dyskursu formalnego, przede wszystkim dyskurs polityczny, język mediów, oficjalną komunikację środowisk naukowych oraz kadr gerontologicznych. Jej szybkie upowszechnianie się następuje również w języku potocznym, w szczególności w kręgach intelektualistów, wśród ludzi zaangażowanych w wolontariat na rzecz ludzi starych, wśród osób ceniących własną i szanujących godność drugiego człowieka, przeciwstawiających się → dyskryminacji ze względu na wiek, którym nie są obce panujące w społeczeństwie normy obyczajowe, powszechnie nazywane zasadami dobrego wychowania, w końcu wśród tych wszystkich, którym starość kojarzy się pozytywnie, podobnie jak pozytywne są ich doświadczenia w relacjach ze starymi ludźmi. Użycie w dyskursie formalnym, zwłaszcza pisanym, eufemizmów starości zaliczanych do kolokwializmów, jest najczęściej poczytywane za naruszenie norm językowych.

Negatywny obraz starych ludzi i starości – tendencja trzecia – jest natomiast kreowany poprzez użycie kakofemizmów: wyrazów, wyrażeń lub zwrotów, które – w odróżnieniu od eufemizmów – naznaczają negatywnie, wzbudzają niechęć, pogardę, ośmieszają, dezawuują, obrażają; bardzo często stanowią nierozłączny element dyskryminacji. [Współczesnym sposobem mówienia o starości są także internetowe memy (zob. lustr. 1 i 2) – przyp. red.]. Kakofemizacja starości przejawia się w nazywaniu „starych ludzi": *starcami*, *ramolami*, *moherami*, *dinozaurami*, *wapniakami*, *sklerotykami*, *starymi zrzędami*, *wygaszaczami*, *ludźmi z innej bajki* lub *z innego świata*, a w skrajnych przypadkach nawet *warzywami* lub *umarlakami*. Słownymi ekwiwalentami „starej kobiety" mogą być w tym ujęciu: *stara baba*, *babka*, *starucha*, *stara raszpla*, *purchawa*, *stara jędza*, *stara wiedźma*, *próchno*, *stara cholera*, *stara rura*, *lampucera*, *stara klępa*, *stara krowa*, *krówsko*, *stara suka*, *babiszon*, *stary babsztyl*, *pudernica*, *antyk*, *muzeum*, *stare pudło* itd., zaś „starego mężczyzny": *staruch*, *dziad*, *dziadyga*, *dziadzisko*, *stary grzyb*, *stary pierdziel*, *suchar, stary piernik*, *stary cap*, *stary osioł*, *tetryk*, *stary pryk*, *stary zbok*, *stary cymbał*, *stary dureń*, *zgred*, *stary cewnik*, *stary upierdliwiec*, *stary przytruwacz*, *papcio*, *stary flak*, *stary niedołęga*, *przeterminowany amant* itd. „Starość" jest klasyfikowana poprzez użycie pochodnych od powyższego form opisowych, jak: *zgrzybiałość*, *skapcanienie*, *ostatnia prosta*, *stanie nad grobem*, *niedołężność*, *gorsze jutro* itd. Negatywnie umotywowana omowność „śmierci" człowieka wyraża się natomiast w stwierdzaniach: *wykitować*, *kojfnąć*, *kipnąć*, *kopnąć/stuknąć/uderzyć/walnąć w kalendarz*, *wyjechać nogami do przodu*, *pójść do piachu*, *wyciągnąć kopyta/nogi*, *zejść*, *wykorkować*, *wykopyrtnąć*, *zdechnąć*, *zawinąć się*, *przekręcić się*, *wykończyć się* itd.

Kakofemizacja starych ludzi i starości, zwłaszcza w najcięższej postaci, jako stały element komunikacji międzyludzkiej ma miejsce w mowie potocznej, zazwyczaj w środowiskach patologicznych lub negatywnie nacechowanych subkulturach młodzieżowych; jest także przejawem → gerontofobii. W łagodnej postaci i jako incydentalna cecha dyskursu, wynikająca np. z chwilowego emocjonalnego napięcia w relacjach osobowych, najczęściej z konfliktu międzypokoleniowego, często też o podłożu zgoła odmiennym aniżeli wiek, jest zjawiskiem dość powszechnym, w dalszym jednak ciągu stanowiącym właściwość mowy potocznej – ludzi zmotywowanych i zdolnych do tego, by naruszyć normy obyczajowe, czym narażają się na krytykę jednostek i środowisk stających w obronie ludzi starych, ich godności i należnych im praw. Użycie kakofemizmów starości w dyskursie formalnym, zwłaszcza pisanym, jest równoznaczne z naruszeniem powszechnie obowiązujących norm językowych, z punktu widzenia norm

etycznych jest natomiast niedopuszczalne. Wyjątek w tym względzie mogą stanowić utwory literackie, różnego rodzaju formy teatralne lub filmowe i inne przejawy sztuki, których tematem przewodnim bądź pobocznym stała się starość. Nie wyklucza to jednak ich krytyki. Szczególnym przykładem jawnego, być może nawet niezamierzonego przez autorów, łamania tych zasad są teksty bądź wypowiedzi z gatunku publicystyki, niekiedy też o charakterze popularnonaukowym. W nich bowiem pojawiają się niosące negatywne konotacje określenia, jak: *demograficzne/geriatryczne tsunami*, *kataklizm starości*, *armia emerytów*, *wojna pokoleń*, *Polska/Europa wymiera*, *obciążające budżet koszty starzenia się*, *katastroficzne koszty starzenia się pokoleń*, *babcie i dziadkowie*, *emeryci*, *renciści, klienci → ośrodków pomocy społecznej* (w domyśle: infantylni, nieproduktywni, niemobilni, niedołężni, nie znający się na rzeczy, nudni, pozostający poza głównym nurtem życia/mody, będący *offline*) itp., które, wypowiedziane w określonym kontekście sytuacyjnym, nieadekwatnie do sytuacji, ironicznie lub z pogardą, mogą być uznane przez ludzi starych za obraźliwe, etykietujące, dyskryminujące. Równie negatywne doznania może powodować, nie tylko zresztą wśród starych ludzi, konfrontacja z wszechobecnym w mediach, zwłaszcza w reklamach i programach rozrywkowych, kultem młodości – pełnej życia, siły, piękna, szczęścia *versus* deprecjacją starości – przedstawianej przez pryzmat różnych, nawet najbardziej intymnych chorób, jak również duchowych i materialnych deficytów, z którą należy „walczyć" na wszelkie możliwe sposoby. Krytycznie należy ocenić ponadto wszelkie próby nieudolnej profesjonalizacji dyskursu formalnego, zwłaszcza naukowego, poprzez wypełnianie go terminami pseudonaukowymi, jak: *senilizm* czy *starczość* – za pomocą których, w sposób zbyt ogólny, bywa opisywany proces czy też stan obniżenia sprawności intelektualnej i fizycznej organizmu ludzkiego, finalnie skutkujący zniedołężnieniem oraz destabilizacją równowagi psychicznej w okresie późnej starości, lub stanowiącymi proste kalki językowe terminów obcojęzycznych, jak choćby *wiekizm* czy *wiekowość* – wyrażające, uogólniając, dyskryminację ludzi starych ze względu na ich wiek, bardzo często mylnie interpretowanych w przeciwieństwie do terminów pierwotnych – w tym przypadku oryginalnego ageizm (ang. *ageism*).

Należy podkreślić, że nie w każdej sytuacji użyte do zbudowania językowego obrazu starości eufemizmy i – analogicznie – kakofemizmy będą swoją dosłowną treścią odpowiadały rzeczywistym celom nadawcy komunikatu na temat starości, ale i jej obrazowi wyłaniającemu się za sprawą interpretacji tej treści przez odbiorcę. Istotną rolę będzie w tym względzie odgrywał szeroko pojęty kontekst sytuacyjny, w którym będzie się toczyć komunikacja, nie bez znaczenia pozostanie zażyłość między stronami dialogu, poziom ironii czy choćby żartobliwy charakter językowej konfrontacji. W pewnych okolicznościach, np. w bardzo bliskich relacjach rodzinnych, w przypadkach patologicznych, w dyskursie kabaretowym czy w granicach określonej subkultury, nawet najbardziej skrajne opisy starości lub starych ludzi – poza kontekstem i przez postronnego obserwatora identyfikowane jako pozytywne, a nawet wpisujące się w definicję honoryfikacji czy gloryfikacji, bądź negatywne, także te będące przejawem infantylizacji lub zaliczane do wulgaryzmów – mogą mieć odwrotne znaczenie; zamiast pozytywnie wartościować, w gronie „wtajemniczonych" mogą dezawuować, zamiast obrażać i jawnie dyskryminować – mogą wzbudzać pozytywne emocje.

Sposobów mówienia o starości nie można mylić z → mową starczą (ang. *elderspeak*), choć należy mieć świadomość, że w pewnych okolicznościach przesłanki do zainicjowania obu rzeczonych kategorii wypowiedzi mogą być podobne, tak samo jak podobna może być ich treść i/lub forma.

AJ

B: Beauvoir, 2011; Bois, 1996; Dąbrowska, 2004; Dąbrówka, Geller, Turczyn 1998; Gomóła, Rygielska, 2013; Łotocki, 2012; Minois, 1995; Nawarecki, Dziadek, 1995; Stuart-Hamilton, 2006; Szarur-Jaworska, 2014; Wolny, 2003; Zych, 2001, 2010.

N: http://www.komudzwonia.pl…

O: glottogeragogika, kultura medialna starości, kultura wizualna starości, medialny obraz starości i osób starszych, mowa starcza, obecność seniorów w przekazie medialnym i reklamie, starość, starzenie się, stulatkowie w komunikacji społecznej i medialnej.

TK: ang. *ways of speaking about old age*, fr. *façons de parler de la vieillesse*, hiszp. *formas de hablar sobre la vejez*, niem. *Sprechweisen über das Alter/Wegen des Sprechens über das Alter*, ros. *способы говорения о старости*.

sport i aktywność sportowa osób starszych

to wszelkie formy → aktywności fizycznej, które – przez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane – wpływają na wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach (Ustawa z 25 VI 2010 r.).

Sport powszechny to każda → aktywność ruchowa, do której włączać należy przedstawicieli wszystkich grup

społecznych, niezależnie od wieku i stopnia sprawności. Jego celem nie jest dążenie do profesjonalizacji, ale sama przyjemność wypływająca z ruchu, z przebywania z innymi oraz potrzeba troski o własne → zdrowie i dobre samopoczucie. Chęć dbałości o zdrowie stanowiła ważny aspekt, sprzyjający rozwojowi „sportu dla wszystkich", którego idea narodziła się w drugiej połowie lat 60. XX wieku. Sport powszechny wyraźnie odróżniono od sportu wyczynowego, związanego ze współzawodnictwem sportowym i zwracającego uwagę na osiągnięcie przez uczestników rywalizacji jak najlepszego wyniku sportowego.

Przekonanie o **korzyściach** płynących z regularnego uprawianie sportu znajduje odzwierciedlenie w wynikach badań naukowych. Wskazują one na korzystny wpływ ćwiczeń na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Regularne ćwiczenia pełnią istotną rolę w prewencji pierwotnej oraz wtórnej wielu schorzeń i → chorób. Aktywność fizyczna stanowi zatem istotny czynnik kształtowania zdrowia, rozwijania nawyków i innych zachowań zdrowotnych, a także wartościową formę spędzania → czasu wolnego (Leszczyńska, 2013).

Rozwój i **upowszechnianie sportu** uwzględniane jest jako jeden z głównych celów w programach wdrażanych przez międzynarodowe i krajowe instytucje. Konieczność promowania zdrowia poprzez zachęcanie do aktywności fizycznej dostrzegła już kilka lat temu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), przyjmując w roku 2004 „Globalną Strategię dotyczącą diety, aktywności fizycznej i zdrowia" (*Globalna strategia…*, 2004 – Internet: http://d1dmfej9n5l…).

Wiele miejsca tej problematyce poświęca się także w dokumentach i inicjatywach podejmowanych przez Unię Europejską – *Biała Księga Strategia dla Europy…* (2007 – Internet: http://eur-lex.europa…), *Biała Księga na temat sportu* (2007 – Internet: http://ec.europa.eu/…), Ministerstwo Zdrowia – *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015…* (2007 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/…), *Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom…* (2012 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/…), oraz Ministerstwo Sportu – *Strategia Rozwoju Sportu…* (2007 – Internet: https://d1dmfej9n5lgmh…).

Wyniki badań CBOS z 2012 (*Komunikat z badań…*, 2012 – Internet: http://www.cbos.pl/…) wykazały, że ponad 80% respondentów uważa się za osoby troszczące się o własne zdrowie, jednak ich deklaracje nie znajdują potwierdzenia w realnie podejmowanych przez nich działaniach, mających na celu utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej. Choć Polacy dostrzegają rolę aktywności fizycznej dla zdrowia, a znaczenie przypisywane regularnemu uprawianiu sportu wzrosło w ostatnich dziesięciu latach, analiza wyników badań pozwala wysnuć wniosek o niskim poziomie aktywności fizycznej naszego społeczeństwa. Aż 61% badanych przyznaje, że nigdy lub prawie nigdy nie uprawia takich ćwiczeń, a niemal połowa badanych (47%) stroni od takich aktywności. W porównaniu z latami ubiegłymi, deklarowana aktywność fizyczna Polaków powoli jednak wzrasta, nieco większy odsetek niż dotychczas podejmuje ją co najmniej raz w tygodniu.

Zbliżone dane zawiera raport Eurobarometru (2009 – Internet: http://ec.europa.eu/…), bowiem wykazano, ze 49% Polaków stroni od ćwiczeń, a systematycznie sport uprawia zaledwie 9%. Znacznie częściej niż rekreacyjną aktywność fizyczną badani deklarują tę pozasportową, związaną z przemieszczaniem się pieszo lub rowerem oraz pracami wykonywanymi w domu i ogrodzie, którą regularnie lub co najmniej raz w tygodniu podejmuje 60% Polaków.

Niepokoi, że Polska należy do grupy 15 krajów UE, które wykazują dużą część mało aktywnego społeczeństwa. Odsetek obywateli, którzy deklarują, że nigdy nie uprawiają sportu lub uprawiają sport rzadziej niż raz w miesiącu wygląda następująco: Bułgaria (82%), Grecja (79%), Węgry (71%), Rumunia (69%), Włochy (67%), Polska (66%) i Łotwa (65 %).

Na podobne tendencje wskazują autorzy opracowania Głównego Urzędu Statystycznego (2008 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps/…): wśród Polaków podejmujących aktywność fizyczną najbardziej popularnymi formami rekreacyjnej aktywności ruchowej są formy podstawowe, określane mianem „sportów całego życia". W naszym społeczeństwie największym uznaniem cieszy się jazda na rowerze, pływanie oraz wszelkie odmiany marszu, takie jak: jogging, spacer lub marsz z kijkami (*nordic walking*). Aktywność fizyczną częściej podejmują mężczyźni niż kobiety. Sport stanowi domenę ludzi młodych, obserwuje się spadek z wiekiem uczestnictwa w kulturze fizycznej. Większą aktywność fizyczną wykazują mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi, co w dużej mierze związane jest z większą dostępnością do obiektów w ośrodkach miejskich. Dodatnio z uprawianiem sportu koreluje wykształcenie, wysoka pozycja w strukturze zawodowej i wysokie dochody (Kocemba, 2011, *Komunikat z badań…*, 2009 – Internet: http://cbos.pl…).

Odrębne, bardzo ważne analizy **dotyczą uczestnictwa osób starszych w sporcie**. W krajach Unii Europejskiej intensywność uprawiania sportu spada z wiekiem, jednak 22% seniorów (grupa 70+) wciąż go jeszcze

uprawia (zob. *Eurobarometr*…, 2009 – Internet: http://ec.europa.eu/…).

W Polsce, osoby starsze, niepełnosprawne lub o niskim statusie materialnym są szczególnie zagrożone wykluczeniem, głównie ze względu na niedostosowanie oferty sportowo-rekreacyjnej do ich możliwości fizycznych i finansowych. Promowaniu aktywności fizycznej i regularnego uprawiania sportu miało sprzyjać wdrożenie w ostatnich latach wielu programów społecznych. Zauważalny jest także wzrost popularności masowych imprez sportowo-rekreacyjnych, w tym biegów maratońskich i zajęć prowadzonych przez profesjonalistów w ramach takich akcji, jak: „Biegam bo Lubię" lub „Cała Polska Biega", wykorzystujących wizerunki znanych byłych lub obecnych sportowców. Tego typu inicjatywy mogą pełnić nieocenioną rolę w promowaniu zdrowego → stylu życia. Idea sportu powszechnego, „sportu dla wszystkich", zakłada rywalizację o zabawowym charakterze, walkę ze sobą samym i własnymi słabościami, nie nastawioną na współzawodnictwo (zob. fot. 1). Czasami jednak mamy do czynienia z rozmywaniem się granic pomiędzy sportem masowym, skierowanym do wszystkich a sportem kwalifikowanym, koncentrującym się na osiągnięciu wyników sportowych (Nowak, 2010).

Niezwykle istotne jest **promowanie prozdrowotnego uprawiania sportu** i wdrażanie działań skłaniających do jej podejmowania, skierowanych do wszystkich, niezależnie od wieku, płci, kondycji fizycznej, miejsca zamieszkania lub statusu społecznego. Istnieje konieczność kształtowania odpowiednich nawyków i zachowań prozdrowotnych, w tym systematycznej aktywności fizycznej zarówno wśród dzieci i młodzieży, osób dorosłych, jak i osób starszych (zob. *Wytyczne UE*…, 2008 – Internet: http://ec.europa.eu/sport/…).

Zachodzące zmiany demograficzne i ekonomiczne sprawiają, że szczególną uwagę należy zwracać na propagowanie aktywności ludzi starszych. Niezbędna wydaje się zatem popularyzacja zajęć rekreacyjno-sportowych, promujących w istocie wartości zdrowotne, a nie koncentrujących się na zdobyciu jak największej liczby sponsorów i zainteresowania mediów.

Przykładowe formy aktywności fizycznej w wieku 50–70 lat

Dyscypliny letnie: spacery, marsze, marszobiegi, marsz z kijkami (*nornic walking*), jogging, wycieczki górskie (raczej umiarkowane wysokości), praktyka jogi, tai chi, jazda na rowerze (raczej rower miejski lub trekkingowy niż górski – ze względu na profilaktykę zdrowych pleców), taniec towarzyski, pływanie, żeglarstwo, kajakarstwo. Dyscypliny zimowe: narciarstwo biegowe i zjazdowe. Ciekawą formą narciarstwa jest *ski touring*. Jest to forma turystki górskiej, do której wykorzystujemy narty z możliwością podpięcia specjalnego materiału antypoślizgowego, montowanego na ślizgowej części narty. Pozwala on na swobodne podchodzenie do góry, nawet na znaczne wysokości, bez ześlizgu i możliwość swobodnego zjeżdżania w dół.

Aktywność fizyczna u osób powyżej 70. roku życia

Samopoczucie w okresie starości bardzo często jest konsekwencją naszego wcześniejszego stylu życia i sposobu, w jaki traktowaliśmy nasze ciało na długo przed pojawieniem się pierwszych objawów → starzenia się i/lub dolegliwości bólowych. Zmiany zwyrodnieniowe występujące w starszym wieku bardzo często są odzwierciedleniem przeciążeń, jakimi przez lata obarczaliśmy układ kostno-mięśniowy. Warto więc pomyśleć o próbach równoważenia niekorzystnie działających sił, dopóki procesy te są jeszcze odwracalne, a układ mięśniowy reaguje pozytywnie na wysiłek fizyczny. Przykładowe formy aktywności fizycznej w kategorii wiekowej 70+ to: spacery w urozmaiconym terenie, *nordic walking*, tai-chi, elementy jogi w pozycjach bezpiecznych, narciarstwo biegowe, pływanie i ćwiczenia w wodzie, taniec towarzyski, gimnastyka grupowa prowadzona przez wykwalifikowany personel, gry i zabawy zespołowe, trening autorelaksacyjny, np. metodą Jacobsona (polegającą na rozluźnianiu wszystkich partii mięśni poprzez naprzemienne napinanie i rozluźnianie poszczególnych grup mięśni) oraz metodą Schulza (trening autogenny, mający na celu rozluźnienie się i wyciszenie).

Marszobieg, który jest formą wzmocnienia całego organizmu, zwiększenia odporności fizycznej i psychicznej. Pokonanie dystansu określonego w czasie lub odległości odbywa się za pomocą marszu i biegu, które przeplatają się wzajemnie w różnych proporcjach. Dawkowanie parametrów marszobiegu zależy od aktualnych możliwości fizycznych. Im mniejsza wydolność organizmu ćwiczącego – tym więcej marszu, im większa – tym więcej biegu.

Joga, czyli system ćwiczeń wykonywanych w ściśle określonych pozycjach, nazywanych asanami. Liczba proponowanych pozycji (56) i sposób dozowania wysiłku sprawia, że można z powodzeniem praktykować jogę w każdym wieku. Układając ciało w różnych pozycjach, mamy możliwość wzmocnienia układu mię-

śniowego oraz popracowania nad ograniczeniami ruchowymi, z których wcześniej nie zdawaliśmy sobie sprawy. W praktyce jogi szczególną uwagę zwraca się na stan ciała, umysłu i ich wzajemne relacje. Dużą rolę odgrywa koncentracja na czynnościach, które wykonywane są w danej chwili. To pozwala na odwrócenie myśli od wszelkich spraw dnia codziennego, bieżących problemów, a w konsekwencji umożliwia odpoczynek umysłu. Kiedy ćwiczymy, nie skupiamy uwagi selektywnie na jednym stawie czy partii ciała, np. barkach, ale staramy się traktować nasze ciało jako harmonijną całość. Jej zaletą są także stosunkowo niskie koszty, możliwość praktykowania indywidualnego i w grupie, co ma swoje znaczenie społeczne, szczególnie dla osób starszych.

Marsz z kijkami (*nordic walking*) to forma aktywności ruchowej polegająca na marszu z różną intensywności z wykorzystaniem specjalnie dobranych kijków. W związku z brakiem przeciwwskazań tę formę aktywności fizycznej mogą praktykować wszyscy. Dzięki zastosowaniu kijków mocniej angażujemy do pracy mięśnie rąk i klatki piersiowej, jednocześnie odciążając stawy kolanowe i biodrowe, co ma znaczenie dla osób starszych. Często uprawiana w grupie, daje możliwość przyjemnego spędzenia czasu na świeżym powietrzu.

Taniec – jako uniwersalna forma ruchu – towarzyszy człowiekowi od początku jego dziejów. Może być uprawiany bez ograniczeń przez osoby w różnym wieku. Dotyczy sfery emocjonalnej i kojarzy się z przyjemnymi doznaniami, wywierając korzystny wpływ na sferę psychofizyczną. Taniec może być sportem, dobrą zabawą, treningiem i skuteczną formą terapii (→ choreoterapia). Zajęcia taneczne oprawiają wszystkie parametry motoryczne, tj. równowagę, koordynację ruchową, siłę i wytrzymałość (zob. fot. 3). Kształtują sylwetkę i podnoszą sprawność wszystkich układów organizmu, wywierając niekwestionowany, pozytywny wpływ na zdrowie człowieka (Leszczyńska, 2013).

Wg danych z raportu GUS (2008 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps/…) najbardziej popularną formą rekreacyjnej aktywności ruchowej wśród starszych Polaków jest **jazda na rowerze**, co deklaruje 54,8% wszystkich ćwiczących. Wraz z wiekiem popularność korzystania z roweru maleje, wciąż jednak 39,9% 60-latków i **osób starszych** deklaruje właśnie tę formę aktywnego wypoczynku. Drugą pod względem popularności dyscypliną jest **pływanie** – realizuje ją około 37% badanych. Uczestnictwo w marszach/spacerach deklaruje 28% respondentów, przy czym atrakcyjność tej formy rekreacji wzrasta wraz z wiekiem – w grupie 60 i więcej lat uprawia ją około 53% badanych. Emeryci i renciści ze względu na stan zdrowia preferują sporty o mniejszej intensywności wysiłku. Kobiety zdecydowanie częściej wybierają formy marszowe, a mężczyźni jazdę na rowerze. Na drugim miejscu u emerytek i rencistek pojawia się jazda na rowerze, następnie gimnastyka, podczas gdy zainteresowaniem mężczyzn z rozważanej grupy cieszą się formy marszowe, następnie pływanie i wędkarstwo.

Jeśli chodzi o **motywację podejmowania aktywności ruchowej**, większość badanych (51,3%) uczestniczących w sporcie i rekreacji wskazuje na przyjemność, rozrywkę. Drugą pod względem liczby wskazań przyczyną jest utrzymanie sprawności ruchowej i kondycji (36,7%). Motywy ulegają zmianom wraz z wiekiem. W najstarszych grupach wieku przeważająca jest dbałość o zdrowie i sprawność. Wśród aktywnych badanych, którzy znajdują się w przedziale wieku 40–49 lat motyw ten pojawia się u 44,7% zbiorowości, by wzrosnąć do 60,5% u 60-letnich i starszych respondentów. Dla osób starszych rośnie znaczenie pobudek instrumentalnych, np. zalecenia lekarza, istotne znaczenie ma również motyw towarzyski – chęć spotkań ze znajomymi (5,5% wskazań w grupie wiekowej 60+). Z danych badań PolSenior wynika, że tylko około 40% osób starszych po 65. r.ż. podejmuje rekreacyjną aktywność fizyczną, przy czym wskaźnik ten jest najwyższy dla grupy wiekowej 65–69 lat (50,4%) i systematycznie obniża się dla starszych seniorów, aż do 8,7% dla grupy 90+. Jako bariery ograniczające aktywność fizyczną ok. 75% respondentów wymieniło stan zdrowia. Jednocześnie ok. 30% badanych przyznało, że w ogóle nie odczuwa potrzeby podejmowania aktywności ruchowej. Co warte uwagi, 8,5% osób starszych tłumaczy się brakiem czasu, a około 6% zgadza się ze stwierdzeniem „w moim wieku nie wypada" (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012).

Konkludując – rola sportu jako narzędzia → polityki społecznej [wobec osób starszych] jest coraz częściej przywoływana zarówno przez socjologów, jak i polityków. Podkreśla się znaczenie sportu dla wszystkich w promocji zdrowego trybu życia, jako narzędzia w walce z otyłością oraz elementu przeciwdziałania siedzącemu trybowi życia. We współczesnych społeczeństwach sport jest jedną z ważniejszych, dynamicznie rozwijających się wartości kulturowych, wpływających na rozwój osobowości człowieka oraz na poprawę jego zdrowia i → jakości życia. Sport jest istotnym elementem kształcenia formalnego i nieformalnego oraz aktywizacji społecznej obywateli, przez co wzmacnia kapitał ludzki. Ze względu na rosnący odsetek osób

starszych w Europie, w tym w Polsce, coraz ważniejsze staje się wspieranie idei starzenia się w zdrowiu. Jest to istotne nie tylko dla zwiększenia udziału osób starszych w rynku pracy i umożliwienia im utrzymania dłuższej aktywności w społeczeństwie, ale także przyczynia się do poprawy indywidualnej jakości ich życia i zmniejszenia obciążeń systemów opieki zdrowotnej i socjalnej. Nie da się całkowicie zahamować naturalnych procesów starzenia, da się natomiast, dzięki systematycznej aktywności fizycznej, częściowo je złagodzić albo możliwie najbardziej opóźnić (Kozdroń, 2012).

AS

B: Kocemba, 2011; Kozdroń, 2012; Leszczyńska, 2013; Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; Nowak, 2010.
D: Ustawa z 25 VI 2010 r.
N: *Biała Księga na temat sportu* (2007 – Internet: http://ec.europa.eu/…; *Biała Księga Strategia dla Europy…,* 2007 – Internet: http://eur-lex.europa…; *Eurobarometr*…, 2009 – Internet: http://ec.europa.eu/…; *Globalna strategia*…, 2004 – Internet: http://d1dmfej9n5l…; GUS, 2008 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps/…; http://natemat.pl/23243…; http://www.nowytarg.pl…; http://wyborcza.pl/…; *Komunikat z badań…,* 2009 – Internet: http://cbos.pl…; *Komunikat z badań…,* 2012 – Internet: http://www.cbos.pl/…; *Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom…* (2012 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/…; *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*…, 2007 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/…; *Strategia Rozwoju Sportu*…, 2007 – Internet: https://d1dmfej9n5lgmh…; *Wytyczne UE*…, 2008 – Internet: http://ec.europa.eu/sport/…
O: aktywność fizyczna, aktywność ruchowa, aktywny styl życia, indywidualny program aktywności fizycznej, polityka aktywnego starzenia się.
TK: ang. *sport and sports-activities of older people*, fr. sport et activités sportives *des* personnes âgées, hiszp. *el deporte y la actividat deportiva en los adultos mayores*, niem. *Sport und sportliche Aktivität im Alter*, ros. *спорт и спортивная активность пожилых людей/спорт и физическая культура в пожилом возрасте.*

sprawność funkcjonalna

oznacza zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych i złożonych → czynności życia codziennego. Jest to zdolność do samoobsługi i zabezpieczenia własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym W sposób pośredni określa więc zapotrzebowanie starszych chorych na pomoc w codziennym funkcjonowaniu ze strony → rodziny lub opiekunów (zob. Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011, Płaszewska-Żywko i współprac., 2008).

Sprawność czynnościowa może być rozpatrywana w kategoriach: fizycznej, kognitywnej oraz emocjonalnej, i jest to zdolność do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego a także niezależność od innych w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych. Magdalena Strugała (2011, s. 17) uważa, że „zagadnienie niesprawności czynnościowej (ang. *functional disability*) osób w → wieku podeszłym znajduje szczególne miejsce w badaniach osób starszych, z uwagi na to, że poza wiekiem stanowi najważniejszy czynnik prognozujący umieralność".

Miernikiem stanu funkcjonalnego jest stopień niezależności od innych osób i możliwość prowadzenia samodzielnego życia w dotychczasowym środowisku. Wykonywanie bez ograniczeń codziennych czynności traktowane jest jako wskaźnik zdrowej → starości i stawiane za cel wielu programów profilaktycznych i promujących zdrowie. Sprawność funkcjonalną traktuje się zwykle jako pierwszy krok do oceny tak wielowymiarowego pojęcia, jakim jest → jakość życia. Uważa się, że sprawność funkcjonalna należy do jednego z łatwiejszych, pod względem pomiaru, wskaźników stanu → zdrowia w starszym wieku (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002).

Czynności życiowe można podzielić na podstawowe (warunkują niezależność w najbliższym otoczeniu) i złożone (definiują pełną niezależność, czyli możliwość funkcjonowania bez pomocy innych). Najczęściej stosowaną skalą do oceny **podstawowych czynności życiowych** jest → **Skala ADL**. Analizuje się niezależność w zakresie następujących czynności: kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, spożywanie posiłków i poruszanie się. Każdą czynność ocenia się w skali od 1 do 3 pkt, gdzie im niższy wynik tym większa zależność od pomocy innych osób. Inną skalą, służącą nieco szerzej ocenie podstawowych czynności życiowych, jest → **Skala Barthel**. Analizuje się w tym badaniu 10 czynności: spożywanie posiłków, przemieszczanie się między łóżkiem a krzesłem, umiejętność utrzymania higieny osobistej, korzystanie z toalety, niezależność w myciu całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie po schodach, ubieranie i rozbieranie się oraz kontrolowanie oddawania moczu i stolca. Również w tej ocenie im większa liczba uzyskanych punktów tym stan pacjenta określa się korzystniej. Uzyskanie przez chorego od 100 do 86 pkt oznacza stan „lekki", od 85 do 21 stan „średnio ciężki", a od 20 do 0 to stan „bardzo ciężki". Do oceny **złożonych czynności życiowych** służy

→ **Skala IADL**. Ocenia ona takie umiejętności, jak: odbieranie telefonu, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, sprzątanie, pranie, samodzielne używanie środków transportu, samodzielne zażywanie leków i umiejętność korzystania z pieniędzy. Każda czynność wykonana samodzielnie jest zaliczona jako poprawna. Możliwość wykonania takich funkcji wymaga od osoby starszej wystarczającej sprawności fizycznej oraz sprawności w zakresie funkcji poznawczych oraz odpowiedniej motywacji. Kolejnym testem jest **Pomiar Niezależności Funkcjonalnej FIM** (ang. *Functional Independence Measure*). Pozwala on ocenić takie parametry, jak: samoobsługa, kontrola zwieraczy, → mobilność, niezależność w zakresie lokomocji, komunikacja i świadomość społeczna. Za każdą czynność pacjent może otrzymać od 1 do 7 pkt, gdzie 1 pkt oznacza całkowitą zależność a 7 pkt oznacza pełną niezależność. Stosowany jest również **Wskaźnik Funkcjonalny „Repty"**, będący modyfikacją skali FIM. Oceniana jest tutaj samodzielność w zakresie podobnych czynności, przy zastosowaniu takiej samej punktacji od 1 do 7 pkt (Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011).

Podstawowe problemy → seniorów związane są z wykonywaniem czynności życia codziennego. Zmiany dotychczasowych zachowań uwarunkowane są utratą lub ograniczeniem sprawności fizycznej i psychicznej w czynnościach codziennych, pogorszeniem się stanu zdrowia oraz występowaniem → chorób, co wywołuje konieczność prowadzenia terapii. Wystąpić może również ograniczenie lub utrata orientacji czasoprzestrzennej, co uniemożliwia → życie bez stałej → opieki. Stan funkcjonalny osób starszych zależy więc w dużym stopniu od ich aktualnego poziomu → aktywności fizycznej.

Zawsze u wszystkich starszych chorych występuje **nakładanie się zmian chorobowych na zmiany będące konsekwencją procesu → starzenia się**. Ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej narasta wraz z liczbą występujących chorób, czyli z nasileniem → wielochorobowości. Chorych z niesprawnością funkcjonalną lub znacznym jej ryzykiem określa się jako chorych geriatrycznych. Podejmowanie terapii u tych chorych powinno być poprzedzone ustaleniem priorytetowych dla chorego celów leczenia, a następnie podjęciem działań mających na celu zmniejszenie deficytów, poczynając od obszarów najważniejszych z punktu widzenia chorego. Celem wszechstronnych działań podejmowanych w geriatrii jest optymalizacja sprawności funkcjonalnej osób starszych.

Charakterystyczne dla pacjentów starszych jest też **występowanie → wielkich zespołów geriatrycznych** (ang. *geriatric giants*). Są to przewlekłe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, a przez to negatywnie wpływają na jakość życia starszych pacjentów. Do wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się m.in. zaburzenia mobilności i → upadki, zaburzenia wzroku i słuchu, → depresję i → otępienie, → nietrzymanie zwieraczy, tj. nietrzymanie moczu i/lub stolca czy → niedożywienie [w starszym wieku].

Chociaż sprawności funkcjonalnej nie można traktować jako konsekwencji fizjologicznego starzenia się, zjawisko to nasila się z wiekiem. Stopniowa utrata niezależności w wykonywaniu codziennych czynności jest czynnikiem związanym z występowaniem → zespołu słabości (ang. *frailty*), większym ryzykiem upadków, i większej śmiertelności, a wczesne rozpoznanie problemu i wdrożenie interwencji usprawniających zmniejsza ryzyko konieczności instytucjonalizacji opieki (Wizner B. i współprac., 2012).

Proces starzenia się w naturalny sposób wpływa na **ograniczenie sprawności**. Przeciętnie 20% osób powyżej 70. roku życia samodzielnie żyjących wymaga pomocy przynajmniej w jednej spośród 6 podstawowych czynności życia codziennego, przy czym w wieku 65–74 lata zależność w zakresie ADL deklaruje około 7%, między 75. a 84. r.ż. już 14%, a po 84. r.ż. 24%. W obserwacji duńskiej populacji osób starszych 84% kobiet i 83% mężczyzn w wieku 75–79 lat było niezależnych w podstawowych czynnościach życia codziennego, ale wśród osób stuletnich odsetek ten wynosił już tylko 20% i 44%. W ciągu roku około 10% spośród dotychczas sprawnych osób starszych ujawnia nową niesprawność w jednej lub więcej czynnościach ADL. Dane z raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) o stanie zdrowia mieszkańców z roku 2009 wskazują, że upośledzenie sprawności jest częste również w starszej subpopulacji Polski. Według nich co czwarta osoba w wieku 70 i więcej lat z trudnością pokonuje dystans 500 metrów, a dla ok. 20% osób powyżej 80. r.ż. jest to dystans nie do pokonania. Trudności z wejściem lub zejściem ze schodów (pierwsze piętro) bez pomocy zgłasza co czwarta osoba 60-letnia i aż 60% osób 70-letnich i starszych.

Reasumując, wyniki badań zgodnie wskazują, że istotne dla zachowania sprawności w zakresie IADL i ADL są: siła mięśniowa, sprawność i szybkość chodu (dowolna lub maksymalna), zdolność utrzymywania równowagi oraz niewystępowanie upadków. Dlatego celowe jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy sprawności fizycznej, czego skutkiem będzie

również poprawa możliwości codziennego funkcjonowania (Skalska, 2011).

AS

B: Płaszewska-Żywko i współprac., 2008; Skalska, 2011; Strugała, 2011; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2002; Wizner i współprac., 2012; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borewicz A. 2011.
O: niepełnosprawność, niepełnosprawność funkcjonalna, sprawność funkcjonalna a starzenie się, Test Sprawności Funkcjonalnej.
S: sprawność czynnościowa.
TK: ang. *functional ability/functional capability*, fr. *la capacité fonctionnelle*, hiszp. *la capacidad funcional*, niem. *die funktionelle Fähigkeit/Funktionsfähigkeit*, ros. *функциональная способность*.

sprawność funkcjonalna

– to inaczej samodzielność i niezależność od osób trzecich. Jest ona uwarunkowana wieloma czynnikami, np. występowaniem → chorób przewlekłych, liczbą i rodzajem stosowanych leków, dietą, poziomem → stresu, urazami przebytymi w przeszłości, czy przyjętym → stylem życia (T. Kostka, 2007). Dobra sprawność funkcjonalna wpływa pozytywnie na → jakość życia, często ujmowaną również jako pewien → dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny. Wśród głównych przyczyn obniżenia sprawności funkcjonalnej można wyróżnić: zaburzenia funkcji poznawczych, → zaburzenia równowagi i/lub jej pogorszenie, zaburzenia koordynacji nerwowo-mięśniowej, spadek wydolności fizycznej i siły mięśniowej (T. Kostka, J. Kostka, 2011).

AMB

B: T. Kostka, 2007; T. Kostka, J. Kostka, 2011.
O: geriatryczne zaburzenia sprawności, niepełnosprawność funkcjonalna, niepełnosprawność osób starszych, sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna a starzenie się, sprawność ukierunkowana na zdrowie.
TK: ang. *functional ability*, fr. *la capacité fonctionnelle*, hiszp. *la capacidad functional*, niem. *Funktionstauglichkeit*, ros. *функциональная возможность/функциональная пособность*.

sprawność funkcjonalna a starzenie się

– → **sprawność funkcjonalna** zawiera, jako integralne, komponenty fizyczne, społeczne, umysłowe i psychiczne. Charakteryzują ją takie elementy, jak: → mobilność, codzienna życiowa → aktywność fizyczna, umiejętność rozwiązywania problemów społecznych oraz zachowanie życiowej samodzielności i niezależności. Za kryterium sprawności funkcjonalnej można przyjąć poziom zapotrzebowania na pomoc we względnie samodzielnym funkcjonowaniu ze strony → rodziny, opiekunów, → pomocy socjalnej, opieki zdrowotnej (Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011). Sprawność funkcjonalna jest definiowana jako fizyczna możliwość podejmowania codziennej aktywności bezpiecznie i niezależnie oraz bez nadmiernego zmęczenia (Rikli, Jones, 2001). Ograniczenia w zakresie sprawności funkcjonalnej mogą być pochodną naturalnego fizjologicznego i nieodwracalnego procesu → starzenia się. Zaniżona sprawność funkcjonalna może być też efektem → chorób, które powinny być leczone (starzenie się patologiczne), ale może być skutkiem nasilonego wycofywania się z aktywności fizycznej, intelektualnej, kulturalnej, społecznej oraz ogólnej skłonności do → hipokinezy (sedenterii) trybu życia. Te ostatnie zmiany, chociaż trudne w niwelowaniu, powinny stanowić szczególne wyzwanie dla poszukiwania stosownych dróg przeciwdziałania poprzez zachęcanie osoby starszej do podejmowania różnorodnych form aktywności życiowej. Podstawową rolę mogą tu mieć z pewnością osoby bliskie, jak współmałżonek, życiowy partner, rodzina. Znakomite programy wszechstronnej aktywizacji osób starszych rozwijają w ostatnich latach w Polsce → uniwersytety trzeciego wieku. W → domach dziennego pobytu i w → domach pomocy społecznej prowadzi się ćwiczenia fizyczne w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej przez fizjoterapeutów i ze wskazań lekarskich, ale też rozwija się inne formy wszechstronnej aktywności. Ważną działalność w zakresie aktywizacji osób starszych prowadzą też, działające pod różnymi nazwami, → kluby seniora, które są ośrodkami życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i rekreacyjnego. Kluby te są wspierane przez inne instytucje i organizacje, jak np. Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, spółdzielczość mieszkaniową, niektóre parafie. Grupa osób starszych jest wysoce niejednorodna. Zakres tej heterogeniczności określa dziedziczność, → styl życia (rodzaj pracy zawodowej, żywienie, stosunek do palenia papierosów, picia alkoholu, aktywności fizycznej), narażenie na → stresy, uczucie osamotnienia. W wielu przypadkach u osób starszych występuje → wielochorobowość (polipatologia) i związana z nią wielolekowość, → choroby przewlekłe oraz różnego typu → niepełnosprawności.

W praktyce w grupie osób starszych powyżej 70. roku życia można wyróżnić:

- Grupę pierwszą – osoby zdrowe, często prowadzące bardzo aktywny tryb życia (→ pomyślne starze-

nie się, tj. bez obecności chorób jest możliwe, chociaż rzadkie);
- Grupę drugą – osoby w jakiejś mierze chorujące (zwykle przewlekle), ale w pełni samodzielne i w zasadzie sprawne funkcjonalnie;
- Grupę trzecią – osoby zależne i schorowane (również bardzo poważnie) o wyraźnie obniżonej kondycji fizycznej, z reguły z różnego stopnia wyraźnie obniżoną sprawnością funkcjonalną.

Przyjmując, że granice pomiędzy tymi trzema grupami są nie zawsze ostre, i dość umowne, na rys. 1 ukazano odsetek starszych osób (powyżej 70. roku życia) klasyfikowanych w różnych miejscach na osi kontinuum sprawności funkcjonalnej.

U podstaw systemu można wyróżnić parametry zdrowia i kondycji fizycznej (siła, wytrzymałość mięśniowa, wytrzymałość tlenowa i właściwy skład ciała). To one warunkują możliwości utrzymania na odpowiednim poziomie sprawności funkcjonalnej. Na sprawność tę składają się czynności związane z lokomocją (chodzenie, wchodzenie po schodach, korzystanie z samochodu lub komunikacji miejskiej itd.), ale też poszczególne elementy → aktywności życia codziennego związane z czynnościami samoobsługi, zakupami, pracami domowymi, korzystaniem z toalety, utrzymywaniem higieny ciała itd. Niska sprawność funkcjonalna osoby starszej jest pochodną degeneracyjnej utraty masy mięśni szkieletowych oraz poważnym czynnikiem ryzyka predysponującym do → upadków i częstych powikłanych złamań osłabionych kości. W okresie starzenia się bardzo często współwystępują dwa szczególnie niekorzystne zjawiska, tj. charakterystyczna dla wieku fizjologiczna redukcja masy mięśniowej oraz zrzeszotnienie kości i utrata ich poprzedniej gęstości mineralnej określana jako → osteoporoza. Wiele niekorzystnych procesów związanych z obniżeniem sprawności funkcjonalnej w sferze poznawczej, psychicznej, emocjonalnej, społecznej i fizycznej (zdrowotnej) można znacząco spowolnić i umiejętnie modyfikować poprzez aktywizację intelektualną, kulturalną, zachęcanie do kontaktów z innymi ludźmi, poprawę odżywienia, prowadzenie programu aktywności fizycznej i poprawę → stylu życia. W efekcie korzystne zmiany mogą być bardzo poważne i obserwowane w widocznej poprawie ogólnej sprawności funkcjonowania danej osoby – w sferze sprawności układu immunologicznego, osłabienia dolegliwości bólów kręgosłupa, skłonności do zmniejszania dawek pobieranych leków, ograniczenia ryzyka upadków oraz poprawie samopoczucia i większym zadowoleniu z → życia. W kompleksowej ocenie sprawności funkcjonalnej punkt wyjścia stanowi przeprowadzenie wszechstronnego wywiadu, który winien dotyczyć nie tylko stanu → zdrowia i przebytych chorób, ale również wielu elementów określających sposób żywienia, bilans płynów, styl życia, → wsparcie ze strony innych osób, → nietrzymanie zwieraczy, dochody miesięczne, poczucie bezpieczeństwa, pobierane leki, samopoczucie, samoocenę ryzyka upadków. Wywiad traci oczywiście na wiarygodności w przypadku osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. W ocenie geriatrycznej najczęściej stosowaną skalą do oceny podstawowych czynności życiowych jest → skala ADL (ang. *Activities of Daily Living*). Uwzględnia się tutaj sprawność funkcjonalną, w zakresie następujących czynności: a) kąpiel i/lub mycie całego ciała, b) ubieranie się, c) toaleta, d) kontrolowanie zwieraczy, e) spożywanie posiłków, f) poruszanie się. W ocenie czynności złożonych wykorzystuje się → skalę IADL (ang. *Instrumental Activities of Daily Living*). Przedmiotem oceny są tu takie czynności, jak: a) używanie telefonu, b) zakupy, c) przygotowanie posiłków, d) sprzątanie, e) pranie, f) używanie środków transportu, g) pobieranie leków, h) posługiwanie się pieniędzmi (Borowicz 2011). Kolejnymi testami służącymi ocenie sprawności funkcjonalnej są, m. in. → Skala Barthel (*Index Barthel*), Pomiar Niezależności Funkcjonalnej (*The Functional Independence Measure* – FIM), Test oceny ryzyka upadków, przykładowo → Test „Wstań i idź" (*Up and Go* – TUG), → Skala Równowagi Berg (*Berg Balance Scale* – BBS) i Funkcjonalna Skala Równowagi Berg (*Berg Functional Balance Scale* – BFBS) czy Skala równowagi oraz chodu Tinetti, znana jako → Test Tinetti. W ocenie sprawności funkcjonalnej osób starszych uczestniczących w programach aktywności fizycznej szeroko wykorzystywany jest *Senior Fitness Test* (Rikkli, Jones, 2001, Osińsk,i 2013). Test powstał w Carolina State University (Stany Zjednoczone) i jest zalecany przez Międzynarodową Radę Nauk o Sporcie i Wychowania Fizycznego (ICSSPE-CIEPS), jako tzw. test boiskowy (nielabolatoryjny). Istotnym elementem oceny sprawności funkcjonalnej jest ocena funkcji poznawczych. Jedną z metod jest tutaj → Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych (Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego) MMSE (*Mini-Mental State Examination*), gdzie kolejno przedmiotem analizy jest: orientacja w czasie, orientacja w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypominanie, nazywanie przedmiotów, powtarzanie, rozumienie, czytanie, pisanie, praksja konstrukcyjna (Borowicz 2011). Dodatkowe ważne informacje o stanie sprawności funkcjonalnej może wnosić ocena stanu kondycji

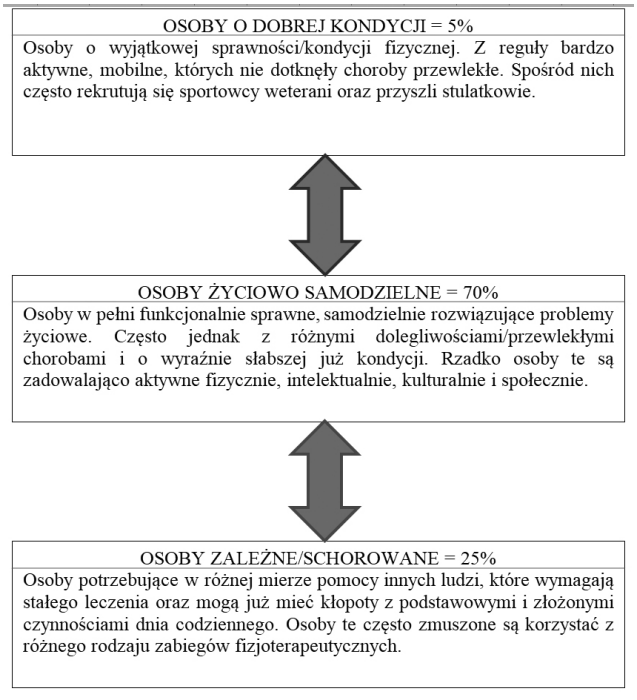
psychicznej starszej osoby. Często stosowaną jest tu → Geriatryczna Skala Depresji [Yesavage'a] (*Geriatric Depression Scale* – GDS). Aktualnie w Polsce we wszechstronnej ocenie osoby starszej wykorzystuje się modułowo skonstruowany kwestionariusz EASY Care (por. Bień 2006). W diagnozowaniu i ewaluacji sprawności funkcjonalnej stosuje się również wiele innych, często bardzo szczegółowych i różnie zorientowanych, metod pomiaru (zob. Jones, Rose, 2007, Taylor, Johnson, 2008). Natomiast odrębny problem stanowi trening podejmowany specjalnie w intencji podniesienia możliwości funkcjonalnych w wykonywaniu realnych codziennych czynności, czyli trening funkcjonalny (ang. *functional training*).

WJO

B: Bień, 2006; Bogusz i współprac., 2013; Borowicz 2011; Jones, Rose, 2007; Osiński 2013; Płaszewska-Żywko i współprac., 2008; Rikli, Jones, 2001; Skalska, 2011; Spirduso, Francis, MacRea, 2005; Taylor, Johnson, 2008; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011.

O: niepełnosprawność funkcjonalna, niepełnosprawność funkcjonalna osób starszych, sprawność funkcjonalna

TK: am. *functional capacity and aging/functional capability and aging/functional fitness and aging*, ang. *functional capacity and ageing/functional capability and ageing/functional fitness and ageing*, fr. *capacité fonctionelle et vieillissement*, hiszp. *capacidad functional e envejecimento*, niem. *Funktionsfähigkeit und Altern/funktionale Fitness und Altern*, ros. *функциональные возможности и старение/физические возможности и старение*.



Rys. 1. Odsetki starszych osób (powyżej 70. roku życia) klasyfikowanych w różnych miejscach na osi kontinuum sprawności funkcjonalej. Źródło: Opracowanie własne z modyfikacja na podstawie: Spirduso W. W., Francis K. L., MacRea P. G., *Physical dimensions of aging*. Champaign IL, Human Kinetics, 2005.

sprawność funkcjonalna osób starszych

Sprawność funkcjonalna człowieka oznacza możliwość samodzielnego wykonania podstawowych i złożonych → czynności życia codziennego. Do podstawowych czynności zalicza się: spożywanie posiłków, przemieszczanie się, wykonywanie czynności higienicznych, poruszanie się po powierzchniach płaskich i schodach, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie wydalania moczu i stolca. Z kolei do złożonych czynności dnia codziennego należą takie czynności, jak: korzystanie z telefonu, pokonanie dłuższych odległości, robienie zakupów, przygotowywanie sobie posiłków, wykonywanie lekkich, jak również ciężkich prac domowych, przygotowywanie leków, gospodarowanie pieniędzmi. Możliwość samodzielnego wykonywania tych czynności daje poczucie niezależności i samostanowienia o sobie, a tym samym jest ważnym czynnikiem → pomyślnego starzenia się. Utrata samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego wyklucza możliwość samodzielnego mieszkania w środowisku domowym, a tym samym uzależnia od pomocy innych osób i/lub wymusza → opiekę instytucjonalną. Natomiast utrata samodzielności w wykonywaniu złożonych czynności nie wyklucza możliwość samodzielnego mieszkania, lecz wymaga określenia zakresu niesprawności i potrzebnej pomocy, umożliwiającej funkcjonowanie w środowisku domowym.

Proces → starzenia się nieuchronnie staje się podłożem niepełnej sprawności. Ograniczenie sprawności u osób starszych początkowo może przebiegać w sposób niezauważalny, nakładając się na naturalne ograniczenie funkcjonowania, stopniowo jednak może zredukować życie osoby starszej do wykonywania tylko podstawowych czynności życiowych lub całkowicie uzależnić od pomocy innych (Skalska, 2011).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w roku 2001 przedstawiła Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, → Niepełnosprawności i → Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF), nazywaną również funkcjonalną klasyfikacją niepełnosprawności.

Klasyfikacja ta obejmuje trzy płaszczyzny:

1) uszkodzenie (ang. *impairment*) – dotyczy wymiaru biologicznego. Obejmuje zaburzenia w budowie anatomicznej i funkcjonowaniu organizmu;
2) ograniczenie działania (ang. *activity limitation*) – dotyczy funkcjonowania w perspektywie → życia jednostki. Obejmuje możliwość podejmowania przez jednostkę aktywności dnia codziennego oraz aktywności wynikających z życia w społeczeństwie;
3) ograniczenie uczestniczenia (ang. *participation restriction)* – dotyczy funkcjonowania w perspektywie społecznej. Określa utrudnienia ograniczające uczestnictwo w życiu społecznym oraz możliwość ułatwień.

Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Uszkodzeń Działania i Uczestnictwa (zw. *Kartą 2000*) termin funkcjonowanie oznacza działalność człowieka w płaszczyźnie biologicznej, osobistej i społecznej. Oceniając stopień oraz zakres funkcjonowania należy uwzględnić czynności samoobsługowe, poruszanie się w przestrzeni, wymianę informacji, kontakty społeczne, edukację, wykorzystanie → czasu wolnego, sytuację ekonomiczną, jak również → życie w społeczeństwie i środowisku lokalnym (Kamusińska, Słopiecka, 2012).W rozumieniu Lucyny Płaszewskiej-Żywko i współprac. (2008) „sprawność funkcjonalna to zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zakresie podstawowych czynności życiowych, jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych organizmu i utrzymanie higieny ciała". Natomiast Anna Skalska (2011) sprawność funkcjonalną określa, jako „zdolność do samoobsługi i zabezpieczenia własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym". Autorka zauważa, że do utrzymania samodzielności niezbędne jest zachowanie sprawności, zarówno fizycznej, przynajmniej w zakresie swobodnego poruszania się, jak i intelektualnej.

Sprawność funkcjonalna, określana jest też, jako samodzielność i niezależność, określająca w sposób pośredni zapotrzebowanie na pomoc w codziennym funkcjonowaniu ze strony → rodziny i/lub opiekunów, zmniejszenie którego przekłada się na zmniejszenie kosztów opieki (Wieczorowska-Tobis, 2011), Sprawność funkcjonalna osób w starszym wieku uwarunkowana jest przebiegiem procesu starzenia, występowaniem → chorób, → stylem życia, a także czynnikami psychicznymi, demograficznymi i społeczno-środowiskowymi (Fidecki i współprac., 2011 a, 2011 b). Badania wielu autorów wskazują, że utrata sprawności, zarówno w podstawowych, jak i złożonych czynnościach życiowych wzrasta wraz z wiekiem, a → seniorzy w pierwszej kolejności tracą zdolność w wykonywaniu czynności złożonych, a następnie stopniowo pogarszają się ich czynności proste (por. Stax i współprac., 2010). Szacuje się, że u 20% osób po 70. roku życia występuje brak samodzielności w przynajmniej jednej czynności życia codziennego (Hardy i współprac., 2008). Wielu badaczy zwraca uwagę na to, że utrata samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn oraz częściej występuje u osób owdowiałych i u osób, u których występują zaburzenia w funkcjonowaniu zmysłu wzroku i słuchu. Istotny wpływ na obniżenie sprawności funkcjonalnej ma współwystępowanie różnych chorób i dolegliwości, a także występowanie zaburzeń poznawczych oraz → depresji i zaburzeń nastroju (Broczek i współprac., 2012).

Miernikiem sprawności funkcjonalnej osób starszych jest stopień niezależności i samodzielności życiowej w środowisku. Zależność określana jest, jako „stan interakcji jednostki z drugą osobą, z grupami czy instytucjami, dysponującymi wartościami niezbędnymi do zaspokojenia ważnych potrzeb jednostki, która we własnym zakresie nie jest w stanie tego dokonać, stąd istnieje konieczność korzystania z pomocy innych" (Kwapisz, 2005). William Anthony Jackson (1998) zwraca uwagę na wieloaspektowość zależności obejmującą wiek, stopień utraty samodzielności funkcjonalnej oraz kontekst socjoekonomiczny. Prawidłowa ocena sprawności funkcjonalnej i zdefiniowanie ograniczeń jest istotną formą prewencji → niepełnosprawności osób w → wieku podeszłym oraz wpływa na poprawę → jakości życia (Wieczorowska-Tobis i współprac., 2006). Ocena ta obejmuje określenie samodzielność w wykonywaniu podstawowych i złożonych czynności życiowych.

Do oceny sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych najczęściej używana jest → Skala Barthel, oceniająca 10 obszarów czynności (zob. tab. 1). Skala ta jest często stosowana w krajach Europy Zachodniej do określania zapotrzebowania na opiekę innych osób. Inną skalą – równie często stosowaną – jest Indeks Czynności Życia Codziennego Katza, która ocenia możliwość samodzielnego utrzymania higieny, ubierania się, korzystania z toalety, poruszania się, kontroli zwieraczy i jedzenia. Natomiast w ocenie sprawności w zakresie złożonych czynności życiowych najczęściej używana jest → Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego [Skala IADL], oceniająca zdolność radzenia sobie w codziennym życiu.

Wczesne rozpoznanie deficytów sprawności funkcjonalnej i wprowadzenie właściwego postępowania, dobranego do indywidualnych potrzeb i możliwości

w znaczący sposób zmniejsza ryzyko utraty sprawności funkcjonalnej, zależności i instytucjonalizacji osób starszych. Aby prawidłowo dobrać sposoby postępowania niezwykle ważne jest to, by oprócz oceny wykonywania podstawowych i złożonych czynności życiowych uwzględnić ocenę funkcjonowania wszystkich sfer życia, czyli sferę biologiczną – obejmującą występowanie → chorób, bólu i → upadków; psychiczną – obejmującą występowanie zaburzeń poznawczych, → otępienia, → depresji i zaburzeń nastroju; społeczną – obejmującą ocenę dostosowania środowiska fizycznego, relacji z innymi ludźmi oraz otrzymywa-

Tabela 1 Skala Bartel

Lp.	Czynność	Wynik
1	**Spożywanie posiłków:** **0** – nie jest w stanie samodzielnie jeść **5** – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety **10** – samodzielny, niezależny	
2	**Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:** **0** – nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu **5** – większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) **10** – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna **15** – samodzielny	
3	**Utrzymywanie higieny osobistej:** **0** – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych **5** – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4	**Korzystanie z toalety (WC)** **0** – zależny **5** – potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam **10** – niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5	**Mycie, kąpiel całego ciała:** **0** – zależny **5** – niezależny lub pod prysznicem	
6	**Poruszanie się po powierzchniach płaskich:** **0** nie porusza się lub < 50 m **5** – niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m **10** – spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m **15** – niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m	
7	**Wchodzenie i schodzenie po schodach:** **0** – nie jest w stanie **5** – potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie **10** – samodzielny	
8	**Ubieranie się i rozbieranie:** **0** – zależny **5** – potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy **10** – niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	
9	**Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:** **0** – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw **5** – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10** – panuje, utrzymuje stolec	
10	**Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:** **0** – nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny **5** – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) **10** – panuje, utrzymuje mocz	
	Razem	

Interpretacja wyniku: 86–100 pkt. – sprawny, 21–85 pkt. – częściowo niesprawny, 0–20 pkt. – niesprawny. Źródło: F. I. Mahoney, D. W. Barthel, *Functional evaluation: The Barthel Index*. "Maryland State Medical Journal" 1965, vol. 14, s. 61 i nast.

nego → wsparcia. Zaburzenia w funkcjonowaniu każdej ze sfer życia mają istotny wpływ na występowanie niesprawności funkcjonalnej i przeciwnie zdiagnozowanie, a następnie wyrównanie deficytów funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego skutkuje lepszą sprawnością funkcjonalną, przeciwdziała patologicznemu → starzeniu się i niepełnosprawności.

MDZ

B: Bogusz i współprac., 2013; Broczek i współprac., 2012; Bujnowska-Fedak i współprac, 2013; Fidecki i współprac., 2011 a, 2011 b; Jackson, 1998; Kamusińska, Słopiecka, 2012; Kwapisz, 2005; Mahoney, Barthel, 1965; Płaszewska-Żywko i współprac., 2008; Skalska, 2011; Stax i współprac., 2010; Wieczorowska-Tobis, 2011; Wieczorowska-Tobis i współprac., 2006.
O: czynności życia codziennego, Indeks Czynności Życia Codziennego Katza, niepełnosprawność, niepełnosprawność funkcjonalna, niepełnosprawność osób starszych, Skala Barthel, Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego, sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna, sprawność funkcjonalna a starzenie się.
TK: ang. *functional capacity of elderly people*, fr. *la capacité fonctionnelle des personnes âgées*, hiszp. la capacidad functional de formación de las personas de edad avanzada, niem. Funktionstüchtigkeit der älteren *Menschen*, ros. *функциональная способность пожилых людей*.

standardy pracy socjalnej z osobami starszymi

→ Starość jest nieuchronnym zjawiskiem w → życiu każdego człowieka. Jest okresem najmniej oczekiwanym, zarazem naturalnym i wartościowym okresem ludzkiej egzystencji. Czas starości obejmuje zarówno pozytywne, jak i negatywne aspekty tej fazy życia. W tym okresie życia człowiek ma pewne możliwość rozwoju, ma coś do zaoferowania oraz dania dla innych, niestety ma również pewne ograniczenia. W okresie starości, wraz z wiekiem człowiek przyjmuje określone obowiązki, ale także nabywa pewnych praw (Jaszczak-Kuźmińska, Michalska, 2010).

Proces → starzenia się człowieka przebiega w kilku sferach: biologicznej, psychologicznej, społecznej, ekonomicznej i socjalnej. Procesy powyższe wzajemnie warunkują się i przenikają. → Wiek biologiczny dotyczy ogólnej sprawności życiowej organizmu, jego funkcji życiowych oraz zachodzących w tych funkcjach narządów zmian. → Wiek psychologiczny dotyczy funkcji intelektualnych, sprawności zmysłów oraz przystosowania się człowieka. → Wiek społeczny decyduje o sytuacji społecznej jednostki oraz jej miejsca w społeczeństwie, które z kolei wyznacza dla człowieka pełnienie przez niego określonych ról społecznych. Wiek ekonomiczny jest ściśle powiązany z systemem podziału pracy. Najczęściej określany jest terminami: wiek przedprodukcyjny, produkcyjny i → wiek poprodukcyjny. Koniec aktywności zawodowej człowieka, kwalifikuje go do wieku poprodukcyjnego i przejścia do → wieku emerytalnego, w związku z tym następuje również zmiana głównego źródła utrzymania. Natomiast wiek socjalny związany jest z prawem do otrzymywania → świadczeń społecznych, zgodnie z obowiązującymi aktami prawa. W tym zakresie okres starości uznawany jest za okres prawnego uprzywilejowania do różnorodnych przywilejów (praw) socjalnych (Jaszczak-Kuźmińska, Michalska, 2010, s. 146).

Problem → demograficznego starzenia się, czyli starzenia się społeczeństw, będzie jednym z największych światowych problemów XXI wieku. Dla demografów, lekarzy, socjologów, gerontologów, polityków społecznych oraz pracowników socjalnych problem starzenia się ludzkości stanowi bardzo ważne, a zarazem niezmiernie trudne do realizacji wyzwanie. Proces starzenia się społeczeństwa powoduje konieczność zmiany działania w polityce społecznej. W znacznym zakresie zmiany te koncentrują się na wysokich kosztach świadczeń emerytalnych społeczeństwa. Ponadto następuje systematyczny wzrost zapotrzebowania na różnorodne usługi medyczne, opiekuńcze oraz profesjonalną → pracę socjalną i jej standaryzację (Wawrzyniec, 2014, s. 16.). Praca socjalna jest profesjonalną formą pomocy, której celem jest aktywizowanie i usamodzielnianie jednostek, → rodzin i społeczności lokalnych poprzez poszerzanie i wzmacnianie ich kompetencji, udostępnienie niezbędnych zasobów, doskonalenie pracy instytucji → pomocy społecznej i działania na rzecz rozwoju adekwatnych do potrzeb społecznych rozwiązań w dziedzinie polityki społecznej. Praca socjalna musi być profesjonalna, tzn. musi opierać się na pewnych wspólnych dla tego zawodu założeniach, dotyczących wartości, wiedzy i umiejętności, uważanych za niezbędne minimum warunkujące właściwe postępowanie z ludźmi i skuteczne udzielanie im pomocy. Praca socjalna musi również polegać na właściwym rozpoznawaniu przyczyn (diagnozowaniu) problemów i dokonywaniu pomiaru potrzeb klienta oraz na dobieraniu adekwatnych środków interwencji (Wódz, Czekaj, Niesporek, 2004, s. 207).

Nie ma jednoznacznej definicji pojęcia standardu pracy socjalnej z osobami starszymi. Termin „standard" jest pojęciem wieloznacznym. Najczęściej oznacza:

typ, model, wzorzec, typową usługę o określonych właściwościach ustalonych przez normy państwowe oraz poziom życia. Standard oznacza pewne odniesienia i porównania. Jest relatywny, oznacza to, że taki sam standard usługi w jednym środowisku (czy kraju) uznawany jest za wysoki, a w innym za niski. Standard oznacza akceptowany zestaw norm i procedur, które na danym poziomie rozwoju cywilizacyjnego i ekonomicznego są niezbędne do prawidłowej realizacji zadania (Internet: http://www.mpips.gov.pl…)

Praca socjalna z osobami starszymi stanowi szczególne wyzwanie dla pracowników socjalnych. Wymaga bowiem interdyscyplinarnej wiedzy o sytuacjach społecznych oraz o stanie → zdrowia, które wpływają na funkcjonowanie ludzi starszych, a także na przebieg procesu starzenia się. W pomocy społecznej praca socjalna wobec osób starszych świadczona jest na rzecz poprawy funkcjonowania tych osób i ich rodzin w środowisku społecznym. Nadrzędnym celem pracy socjalnej jest rozwiniecie i wzmocnienie aktywności oraz samodzielności życiowej, jak również integracji ze środowiskiem społecznym.

Demograficzne starzenie się społeczeństwa nakłada na służby społeczne, w tym pracowników socjalnych zadanie zorganizowania takiego życia, aby ludzie starzy mieli swoje miejsce w społeczeństwie i mogli w wystarczającym stopniu zaspokajać swoje potrzeby. Aktualnie, w obliczu przemian współczesnej rodziny, zadanie to stanowi działanie priorytetowe dla polityki społecznej państwa. Z uwagi na zmniejszenie się przeciętnej liczby członków rodziny oraz zmniejszenie się liczby członków gospodarstw domowych, a także osłabienia funkcji socjalnych i/lub opiekuńczych rodziny, coraz więcej usług wobec osób starszych przejmują różnego instytucje opiekuńcze i socjalne, czyli usługowe instytucje pomocy społecznej.

Ustawa z 12 III 2004 r. o pomocy społecznej przewiduje wiele form → wsparcia dla ludzi starszych, zamieszkałych w swoich domach i w różnorodnych placówkach pomocy społecznej. Świadczenia z pomocy społecznej dzielą się na świadczenia finansowe i niepieniężne, tj. rzeczowe i/lub w naturze. Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa. Celem jej udzielenia jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, w których osoby te znalazły się i nie są jej samodzielnie przezwyciężyć wykorzystując własne środki finansowe oraz własne zasoby i umiejętności (Borkowski, Krajewski, Szymański, 2007, s. 8). Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w możliwości zaspokojenia niezbędnych potrzeb życiowych oraz w umożliwieniu im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zadaniem pomocy społecznej jest również podejmowanie działań zmierzających do usamodzielnienia życiowego osób i rodzin oraz ich integracji w środowisku. Forma, rodzaj oraz rozmiar świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności udzielenia pomocy (zob. Borkowski, Krajewski, Szymański, 2007, s. 8 i s. 12).

Zakres pracy socjalnej, usług i świadczeń socjalnych dla osób starszych przebywających w → domach pomocy społecznej (DPS), uzależniony jest od rodzaju → domu opieki w kategoriach: stacjonarny, który zapewnia całodobową i stałą opiekę, oraz półstacjonarny, zwany też ośrodkiem opiekuńczym, który zapewnia całodzienny pobyt i nocleg. DPS przeznaczone są dla rozmaitych kategorii osób: dla osób starszych, przewlekle chorych somatycznie, przewlekle chorych psychicznie, dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży z → niepełnosprawnością intelektualną, oraz dla osób niepełnosprawnych fizycznie (Kott, 2005, s. 147).

W DPS obowiązujący standard podstawowych usług jest zdecydowanie większy od standardu usług realizowanych w → domach pomocy społecznej dla ludzi starszych. DPS świadczą wobec swoich pensjonariuszy niżej wymienione usługi:

- bytowe: miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie oraz utrzymanie czystości;
- opiekuńcze: udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji oraz niezbędnej pomocy w załatwieniu spraw osobistych;
- wspomagające: umożliwienie udziału w terapii zajęciowej, podnoszenie sprawności i/lub aktywizowania mieszkańców, umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych, zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną oraz środowiskiem, w miarę możliwości pensjonariuszy działania zmierzającego do ich usamodzielnienia, zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych, pokryciu (w miarę możliwości) mieszkańcowi, który nie posiada własnego dochodu, wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku w kwocie nie przekraczającej 30% → zasiłku stałego z pomocy społecznej, zapewnienia przestrzegania praw mieszkańców oraz dostępność do informacji o tych prawach, jak również sprawne załatwianie skarg i wniosków mieszkańców.

W zakresie zaspokojenia potrzeb bytowych w DPS powinny być spełnione następujące warunki:

- budynek i jego otoczenie nie powinny posiadać → barier urbanistycznych,
- w budynkach wielokondygnacyjnych powinna zainstalowana być winda dostosowana do potrzeb pensjonariuszy (osób niepełnosprawnych),
- budynek powinien być wyposażony w system przyzywowo-alarmowy i system alarmowo- przeciwpożarowy,
- liczba miejsc w nowo projektowanych domach nie powinna być większa niż na sto osób.

W DPS powinny być zaprojektowane następujące pomieszczenia: pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe (jednak nie większe niż trzyosobowe), pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet zabiegowo-pielęgniarski, pomieszczenia do terapii i rehabilitacji, aneks kuchenny, pralnia i suszarnia, palarnia (dla osób palących papierosy), pokój gościnny i kaplica.

Pokój jednoosobowy powinien posiadać co najmniej 9 m^2 powierzchni, zaś w pokoju dwu- i trzyosobowym powierzchnia powinna wynosić na jedną osobę najmniej 6 m^2. Odnośnie powierzchni pokoi w domach pomocy społecznej odstępstwo jest dopuszczalne, ale tylko do 5% określonych i obowiązujących norm. Każdy pokój powinien być wyposażony w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, nocną szafkę dla każdego mieszkańca. W każdym pokoju, dla każdego mieszkańca powinno znajdować się wyprowadzenie elektryczne. DPS powinien również spełniać obowiązkowe warunki sanitarno-epidemiologiczne, tj. z jednej łazienki powinno korzystać najwięcej pięć osób, a z jednej toalety tylko cztery osoby. Pomieszczenia sanitarno-higieniczne powinny posiadać brak → barier architektonicznych, tzn. powinny być przystosowane dla potrzeb pensjonariuszy (osób niepełnosprawnych). W oddawanych, nowych domach pomocy społecznej na jeden pokój powinna przypadać jedna toaleta i jedna łazienka.

Wyżywienie w domu pomocy społecznej powinno stanowić najmniej trzy posiłki dziennie dla osób starszych i niepełnosprawnych. Wyżywienie powinno być zgodne z zaleceniami dietetycznymi i lekarskim osoby pensjonariusza. Czas wydawania posiłku powinien trwać każdorazowo co najmniej dwie godziny, a ostatni posiłek powinien podany być nie wcześniej i nie później jak o godz. 18:00. Przerwa pomiędzy posiłkami powinna wynosić nie mniej niż cztery godziny. Całodobowo powinny być dostępne dla pensjonariuszy podstawowe produkty żywnościowe i napoje. Posiłki pensjonariusze mogą spożywać w jadalni wspólnej lub w swoich pokojach mieszkalnych. Osoby niesamodzielne powinny być karmione przez personel DPS.

Każdy mieszkaniec DPS powinien posiadać czystą oraz odpowiednią do pory roku odzież i obuwie. Ponadto systematycznie powinien posiadać co najmniej dwa zestawy odzieży codziennej, jeden zestaw odzieży zewnętrznej, np. płaszcz, kurtkę oraz co najmniej cztery komplety bielizny dziennej, a także dwa komplety bielizny nocnej i co najmniej jedne pantofle domowe.

Pensjonariusz, który nie jest samodzielny powinien uzyskać pomoc w utrzymaniu osobistej higieny oraz powinien mieć zapewnione osobiste środki czystości i przybory toaletowe, tj. mydło, szczoteczkę do zębów, przybory do golenia (dla mężczyzn) i środki piorące, a także dwa ręczniki wymieniane co najmniej raz na dwa tygodnie. Pościel zmieniana jest w domu pomocy społecznej w miarę potrzeby, lecz przynajmniej raz na dwa tygodnie (zob. Borkowski, Krajewski, Szymański, 2007, s. 126–127).

W DPS realizowane są również usługi opiekuńczo-wspomagające w zakresie: → terapii zajęciowej; korzystania przez mieszkańców z biblioteki, czytelni prasy, punktu bibliotecznego; organizacji świąt kościelnych i państwowych, okolicznościowych uroczystości oraz różnych imprez kulturalnych, społecznych i turystyczno-rekreacyjnych; uczestnictwa czynnego bądź biernego w uroczystościach kościelnych, praktykach religijnych, spotkaniach z kapłanem – zgodnie z wyznaniem mieszkańca; regularnych kontaktów z dyrektorem DPS w określone dni i wyznaczone dyżury; oraz w zakresie sprawienia pogrzebu zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu, jeśli nie uczyni tego rodzina.

W przepisach dotyczących realizacji usług opiekuńczo-wspomagających określone są również warunki dotyczące kadry pracowniczej. W DPS na stu mieszkańców zatrudnionych powinno być co najmniej dwóch pracowników socjalnych, jeden psycholog oraz jeden pracownik kulturalno- oświatowy, pracownicy opiekuńczo-terapeutyczni (standardy zatrudnienia kadry pracowników oraz ich wskaźniki określa podmiot prowadzący DPS, w zależności od liczby mieszkańców, ich stanu → zdrowia, potrzeb, sprawności bądź niepełnosprawności itp.) Pracownicy zespołu opiekuńczo- terapeutycznego powinni systematycznie dokształcać się i/lub samokształcić. Ich pracowniczym obowiązkiem jest udział co najmniej raz na dwa lata uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez dyrektora DPS, a dotyczących zakresu praw mieszkańców domu pomocy społecznej, terapii oraz preferowanych i stosowanych metod pracy personelu (Kott, 2005, s. 158–159).

Okres starzenia się i starości zasługuje na uznanie i szacunek. Różnorodnych form aktywności w okresie starzenia się i starości człowiek powinien uczyć się w życiu znacznie wcześniej. Bardzo ważne jest wytworzenie w świadomości współczesnego starzejącego się społeczeństwa i człowieka, że starość stanowi naturalny proces rozwoju człowieka. Jest niestety nieuchronna i dotyka każdego. Ważne jest, aby nie budziła lęku i wycofywania się z życia. Dlatego właśnie potrzebna jest rzesza profesjonalnych pracowników socjalnych, którzy swoim działaniem i zaangażowaniem, nie tylko osobistym, ale również społecznym i instytucjonalnym, są w stanie uczynić starość mieszkańców placówek opiekuńczych pogodniejszą i lepszą.

MK

B: Borkowski, Krajewski, Szymański, 2007; Jaszczak-Kuźmińska, Michalska, 2010; Kott, 2005; Wawrzyniak, 2014; Wódz, Czekaj, Niesporek, 2004.

D: Ustawa z 12 III 2004 r.

N: http://www.mpips.gov.pl…

O: standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych.

TK: ang. *standards for social work with elderly*, fr. *normes pour le travail social avec les personnes âgées*, hiszp. *normas para el trabajo social con personas mayores*, niem. *Standards für Sozialarbeit mit älteren Menschen*/*Standards für soziale Arbeit mit älteren Mensche*, ros. *стандарты социальной работы с пожилыми*/*профессиональные стандарты по социальной работе с пожилыми*.

standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych

– w polskim prawodawstwie określają przepisy dotyczące uwzględniania potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych oraz dostosowania do nich obiektów budowlanych, ich wyposażenia i otoczenia zawarte są w różnych aktach prawnych. Są one nowelizowane, w celu dostosowania tych norm do przepisów Wspólnoty Europejskiej. Standardy te oprócz wytycznych wynikających z ustaw, rozporządzeń i norm projektowych powinny zawierać aspekty behawioralne, dotyczące różnorodnych problemów, potrzeb i oczekiwań ludzi starszych, mających wpływ na tworzenie środowiska zbudowanego, uniwersalnego kształtowania środowiska dostępnego, które będzie uwzględniać różne rodzaje niesprawności i mobilności oraz różnorodnych form mieszkalnictwa skierowanych do → seniorów – wymaga to wprowadzenia realnych informacji dotyczących środowiska fizycznego ośrodka opieki, danych uzyskanych na podstawie przeprowadzonych → badań jakościowych (zob. Bielak, 2010, 2011, 2013).

MB-Z

B: Bielak, 2010, 2011, 2013; Bielak, Bogdański, 2015.

O: dom pomocy społecznej, jakość behawioralna, funkcjonalna i techniczna DPS dla ludzi starszych, pobyt w domu pomocy społecznej, projektowanie dla osób starszych, specjalny dom pomocy społecznej.

TK: ang. *standards of living in social welfare home for elderly*, fr. *normes de vie dans la maison d'accueil*, hiszp. *estándares de vida en la hogar de bienestar social*, niem. *Lebensstandard in der Heim der Sozialfürsorge*, ros. *стандарты жизни в доме престарелых*.

starczowzroczność (prezbiopia, presbiopia/presbyopia) WERSJA 1

Wyraźne widzenie przedmiotów blisko położonych, niezależnie od używanej korekcji okularowej do dali, dla większości młodych osób jest stanem naturalnym. Możliwe jest to dzięki mechanizmowi akomodacji, który polega m.in. na zmianie krzywizny soczewki własnej zachodzącej w wyniku skurczu mięśnia rzęskowego. Proces ten odbywa się bez udziału naszej woli i często także świadomości, przy ogniskowaniu spojrzenia na przedmioty bliżej położone. Gałka oczna ma zdolność zmiany ogniskowej swojego układu optycznego, co w warunkach prawidłowych pozwala na dobre widzenia zarówno przedmiotów dalekich jak i bliskich. Z wiekiem zdolność ta jednak słabnie i ok. 40. roku życia osoby z bardzo dobrą ostrością widzenia do dali zaczynają mieć trudności z wyraźnym widzeniem przedmiotów blisko położonych, co jest szczególnie uciążliwe przy czytaniu. Ten sukcesywny spadek możliwości akomodacyjnych oka sprawia, że stopniowo oddala się punkt bliży wzrokowej, czyli najmniejszej odległości od oka w którym ostrość widzenia jest jeszcze dobra. Efekt ten nie ma istotnego znaczenia praktycznego, aż do momentu w którym punkt ten nie oddali się od oka bardziej niż odległość w której wykonujemy pracę do bliży, co w większości przypadków oznacza odległość, z której czytamy. Im bliżej oka znajduje się przedmiot, tym większa trudność z jego wyraźnym widzeniem. Dlatego pewną pomoc może stanowić odsunięcie obserwowanego przedmiotu (tekstu) od oczu. Jest to możliwe w przypadkach, gdy zdolność akomodacji jest jeszcze częściowo zachowana. W końcu jednak dochodzi do całkowitej utraty zdolności akomodacji oka i wówczas różnica między dalą a bliżą wynosi 3 dioptrie. Oznacza to, że osoby z dobrą ostrością widzenia do dali, żeby

widzieć wyraźnie przedmioty blisko położone i móc czytać muszą używać okularów o mocy +3 D. Z kolei osoby z krótkowzrocznością, które używają okularów do dali, nie widzą już w nich wyraźnie przedmiotów blisko położonych i muszą do bliży używać okularów o 3 dioptrie słabszych, np. w przypadku okularów do dali o mocy –6 D, do bliży będą używały okularów –3 D. Częste jest błędne jest przekonanie, że jest to zmniejszenie wady krótkowzrocznej. Niestety, do dobrego widzenia do dali nadal potrzebne są okulary –6 D. Używanie okularów do bliży, zwłaszcza jeżeli do dali potrzebna dodatkowa korekcja, jest uciążliwe, dlatego dużym zainteresowaniem cieszą się wszystkie możliwości „przywrócenia" naturalnej zdolności oka do widzenia do dali i bliży. W przypadku okularów są to tzw. szkła progresywne. Posiadają one różną moc w różnych strefach optycznych, czyli wykorzystują naturalne zmiany kierunku osi widzenia przy patrzeniu na przedmioty położone w różnej odległości od gałki ocznej. Niestety nie wszyscy są wstanie zaadoptować się do tego typu korekcji i z niej korzystać. Pewną formą szkieł tego typu są szkła dwuogniskowe, które posiadają wyraźnie oddzielone dwie strefy o różnej mocy służące do widzenia do dali i bliży. Podobnie jak istnieją progresywne soczewki okularowe, istnieją także soczewki kontaktowe mające imitować efekt akomodacji. Inną próbą poradzenia sobie z różnicą w mocy widzenia jest używanie na jednym oku soczewki kontaktowej o mocy do dali, a na drugim mocy do bliży. W ten sposób jednym okiem widzimy wyraźnie do dali, a drugim do bliży. Niestety wadą takiego rozwiązania jest brak pełnego widzenia przestrzennego, co ogranicza komfort widzenia. W przypadku operacji usunięcia → zaćmy problem braku akomodacji nadal pozostaje. Większość producentów soczewek wewnątrzgałkowych oferuje także soczewki o właściwościach podobnych do szkieł progresywnych, jednak podobnie jak w przypadku okularów, nie wszyscy pacjenci w pełni akceptują takie rozwiązanie i odczuwają pełny komfort widzenia. Dodatkowo koszt takich soczewek jest wysoki i w praktyce stosowane są tylko w przypadku zabiegów odpłatnych. Innym rozwiązaniem, mniej korzystnym, jest zastosowanie w trakcie zabiegów usunięcia zaćmy soczewek o różnej mocy, tzn. w jednym oku soczewki o mocy odpowiedniej do dali, a w drugim oku soczewki o mocy do bliży. Niestety, podobnie jak w przypadku soczewek kontaktowych, rozwiązanie to obarczone jest powyżej opisanymi ograniczeniami i nie wszyscy pacjenci będą z niego zadowoleni. Ponieważ wymiana soczewki wewnątrzgałkowej na inną niesie ze sobą ryzyko poważnych powikłań, decyzja o zastosowaniu takiego rozwiązania powinna być starannie przemyślana przed zabiegiem usunięcia zaćmy. Z problemem prezbiopii próbuje się także poradzić za pomocą laserowych operacji korekcyjnych. Najprostsze z możliwych rozwiązań to zastosowanie monowizji: w jednym oku wprowadza się korekcję pozwalającą na wyraźne widzenie do bliży, w drugim do dali. Ograniczenia takiego rozwiązania są takie same jak w przypadku monowizji osiąganej za pomocą soczewek kontaktowych czy wszczepów wewnątrzgałkowych: brak pełnego widzenia przestrzennego. Inne możliwości opierają się na takiej zmianie krzywizny rogówki, która ma zapewnić pewien stopień wieloogniskowości – podobnie jak w przypadku soczewek kontaktowych, okularowych czy wewnątrzgałkowych. Proponuje się również zabiegi na twardówce, mające „przywrócić" akomodację, czy implanty wszczepiane w strukturę rogówki. Niestety, żadna z tych procedur nie zyskała szerszej popularności, głównie z uwagi na słabą przewidywalność wyników, a co za tym idzie, potencjalnie niesatysfakcjonujący wynik pozabiegowej ostrości wzroku. Zatem żadne z przedstawionych rozwiązań jak na razie nie dorównuje naturalnym zdolnościom akomodacyjnym oka i dlatego, chociaż istnieje wiele możliwych działań, jak dotąd problemu prezbiopii nie można uznać za rozwiązany.

RK

O: budowa narządu wzroku, choroby oczu w starszym wieku, kompleksowe badanie okulistyczne, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.
S: dalekowzroczność starcza.
TK: ang. *presbyopia*, fr. *presbyopie/presbytie*, hiszp. *presbiopia/la presbycia*, niem. *Presbyopie/Alterssichtigkeit/Altersweitsichtigkeit*, ros. *пресбиопия/„старческое зрение"/старческая дальнозоркость*.

presbiopia → starczowzroczność

presbyopia → starczowzroczność

prezbiopia → starczowzroczność

starość
– jest to nieunikniony efekt procesu → starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne

zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychologicznej bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się. Starość, jako okres → życia następujący po wieku dojrzałym, jest pojęciem statycznym, natomiast starzenie się, jako proces, zjawiskiem dynamicznym. Za początek starości przyjmuje się umownie 60. lub 65. rok życia, a nieuchronnym końcem starości jest → śmierć.

Czasami określa się starość mianem → trzeci wiek życia, po wzroście i wieku dorosłym, w którym wyróżnia się wiek przejściowy (60.−74. r.ż.), → wiek podeszły (po 75. r.ż.) i „bardzo podeszły" (po 90. r.ż.). Odczuwa się jednak brak powszechnie przyjętej granicy starzenia się i starości, np. eksperci Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wyróżnili: wiek przedstarczy (45.−59. r.ż.), wiek starzenia się, określany jako wczesna starość (60.−74. r.ż.), w tym wieku znajdują się tzw. „młodzi-starzy" (ang. *young-old*), wiek starczy, nazywany także późną starością (75−89 r.ż.), w tym wieku znajdują się tzw. „starzy-starzy" (ang. *old-old*), i → długowieczność [ludzką] (90. lat i powyżej), którego to wieku dożywają tzw. długowieczni (ang. *longlife*). Dzieląc cały okres życia człowieka na fazy rozwoju progresywnego, stabilizacji i rozwoju regresywnego, pojęcie starości ujmuje się jako synonim tego ostatniego okresu. Ważnymi kategoriami badawczymi w → demografii i statystyce są następujące określenia: starość demograficzna, czyli → demograficzne starzenie się, starość socjalna bądź ekonomiczna**.** W polskiej statystyce subpopulację „starą ekonomicznie" określa się mianem: „osoby w → wieku poprodukcyjnym" – jest to typowy w ustawodawstwie społecznym wiek uzyskania uprawnień do → emerytury, a więc świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego w związku z pojawieniem się swoistego ryzyka ubezpieczeniowego, jakim jest starość. Wreszcie starość kalendarzowa − to istotna kategoria w badaniach demograficznego starzenia się, pojęcie wprowadzone przez belgijskiego matematyka Lamberta A. J. Queteleta (1796−1874). Ponadto w → gerontologii na oznaczenie starości zaawansowanej stosuje się określenie: → starość sędziwa, wprowadzone przez niemieckiego fizjologa M. → Rubnera, którego zdaniem późna starość rozpoczyna się po przekroczeniu 70. r.ż. (ilustr. 1) − współcześnie granicę starości sędziwej przesunięto powyżej 80. lub 85. r.ż. (fot. 1).

AAZ

B: Beauvoir, 2011; Bois, 1996; Chabior, Fabiś, Wawrzyniak, 2014; Cyceron, 2010; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2015; Kijak, Szarota, 2013; Minois, 1995; Olszewski, 1998; Worach-Kardas, 2015; Zych, 1999, 2014.

O: granice starości, medialny obraz starości i osób starszych, miernik starości demograficznej, starość, starość w filozofii i filozofia starości, starość w Biblii, starość w kulturze współczesnej, starość w poezji, starość w sztuce, starzenie się.

TK: ang. *old age*, fr. *vieillesse*, hiszp. *vejez*/*ancianidad*/*senectud*, niem. *Alter*/*Greisenalter*, ros. *старость*.

starość i duchowość (duchowy model starości/ duchowy rozwój w starości)

Człowiek jest nie tylko istotą biologiczną (łac. *res naturae*, *homo biologicus*), ale także i duchową (łac. *homo spiritualis*). Ta dość powszechnie uznawana prawda o człowieku, pozwala spojrzeć na niego jako na jedność ciała i ducha, przy tym to właśnie w „obszarze ducha człowiek staje się bardziej człowiekiem", a przez duchowość jest on w stanie przekroczyć swój biologiczny wymiar → życia, uszlachetnić go (por. K. Dąbrowski, 1982, s.25 i nast.). Duchowość więc, jako jeden z głównych wymiarów → rozwoju człowieka, rozumiana szeroko, jako „przejaw typowej psychicznej działalności człowieka, postawionego przed egzystencjalnym dylematem, rozstrzyganym świadomie i w stosunku do siebie ***ja*** każdej osoby jest dla niej samej pierwszym punktem odniesienia" (Socha, 2000, s.17), pozwala człowiekowi osiągać wyżyny swego człowieczeństwa. Obejmuje ona kilka ważnych, świadomych i nieświadomych, dziedzin życia wewnętrznego jednostki: świadomość, samoświadomość, mądrość, uczucia, wrażliwość, twórczość, wiarę, światopogląd, poczucie estetyczne, moralność (Socha, 2000, s 16–17).W tych to zakresach, w sposób nieustający, człowiek może podejmować trud **duchowego rozwoju**.

→ Czas → starości, wydaje się, *może jest, a nawet musi* być czasem rozwoju duchowego, jeśli odwołamy się do pytań, problemów i wyzwań, które przynosi starość wraz z perspektywą własnej → śmierci. Artur Fabiś (2015, s. 11 i nast.) silnie podkreśla znaczenie rozwoju duchowego człowieka starszego i uznaje go za „atrybut dojrzałości w starości".

Rozwój duchowy w starości można odnaleźć w wielu kontekstach, które obejmują (Dubas, 2004 b, s. 142–143):

- dążenia do osiągnięcia → mądrości życiowej, pozwalającej na odkrycie prawdy i kierowanie się nią w życiu (Sękowska, 2000, s. 128),
- ostateczne zdefiniowanie sensu i celu życia (Frankl, 1984, Popielski, 1993),
- tendencje do estetyzacji rzeczywistości (Gołaszewska, 1983), w której człowiek żyje, a doty-

cząc codzienności, przeżyć biograficznych, aktualnych myśli i uczuć, zewnętrznych warunków życia, starzejącego się ciała i innych,
- dalsze doskonalenie postaw społeczno-moralnych, w tym ciągłe czynienie lepszym swojego charakteru, relacji z innymi ludźmi w domu i poza nim,
- rozszerzenie pola własnej wolności, szczególnie wolności wewnętrznej,
- podnoszenie → jakości życia,
- osiąganie postawy afirmującej życie, zyskiwanie poczucia → satysfakcji życiowej, spełnienia się, poczucia radości życia,
- zgłębianie postaw religijnych, postaw wobec Absolutu, wkraczanie w obszar transcendencji, zmierzanie do świętości,
- konkretyzacja postawy wobec ludzkiej starości i starości własnej,
- zmierzanie ku pozytywnemu → bilansowi życiowemu, pozytywnemu podsumowaniu własnego życia,
- rozpoznanie swego miejsca w planie wszechświata,
- konkretyzacja postaw wobec cierpienia, życia i → śmierci jako fenomenów ludzkiego życia i doświadczeń własnych.

Z perspektywy rozwoju duchowego człowieka (starszego) można mówić o swoistej kompetencji duchowej (Dubas, 2004 b, s. 143) jako zdolności do permanentnego kształtowania własnego życia w odpowiedzialności i samodzielności, w wolności i harmonii wewnętrznej, podstawą którego są cenione wartości, najczęściej o charakterze uniwersalnym, zawarte przede wszystkim w trzech transcendentaliach: prawdzie, dobru i pięknie. Kompetencja ta pozwala radzić sobie z życiem, ze starością i → starzeniem się, na podstawie przekonania o możliwości własnego rozwoju ku pełni i konieczności osobistego zaangażowania się w jej zyskiwanie.

Starość w takim ujęciu jest wartością, gdyż jej czas dany jest człowiekowi jako szansa stawania się bardziej człowiekiem, jako szansa przybliżania się do pełni. Długie życie, w tym kontekście, jest rzeczywiście wartością. Starość pozwala dookreślić istnienie ludzkie i je w pełni wyrazić. Doświadczenia starości nie mogą zaistnieć wcześniej. Pełnia rozwoju wymaga od człowieka przejścia całej jego drogi rozwojowej. Każdy poprzedzający starość etap jest swoistą „lekcją" przygotowującą człowieka do odczytania sensu swego ziemskiego bytowania. Rozwój jest bowiem zjawiskiem jednokierunkowym i nawarstwiającym zmiany.

Duchowy model starości (por. Dubas, 2004 b, s. 143), gdyż o takim można w tym kontekście mówić, będący składnikiem rozwojowego modelu starości, odwołuje się do przekonania, że człowiek dopiero ostatecznie w starości odnajduje głębię i prawdę swojego życia. Starość jest potrzebna, a nawet konieczna, by rozprawić się z tym, co dotychczas było niezrozumiałe i tym, co dotychczas ograniczało. Perspektywa śmierci – końca ziemskiego życia – jest doskonałym tłem dla takiego rozpoznania. Duchowy model starości opiera się na przekonaniu, budowanym także w okresach poprzedzających starość, że człowiek do końca swojego życia może postępować w rozwoju, który przecież znacznie wykracza poza prawidłowości rozwoju biologicznego, a i regres biologiczny może być szansą dla rozpoznania istoty ludzkiego bytowania i odnalezienia w nim wartości.

Duchowość, która w dzisiejszym rozumieniu wykracza poza religijność, przenika wszystkie zakresy ludzkiego rozwoju: rozwój biologiczny, psychiczny, społeczny i kulturowy. W każdym z nich podnosi jednostkę na coraz wyższe poziomy człowieczeństwa. Jest drogą do doskonałości – dojrzałości. Bez duchowego wymiaru rozwoju, człowiek i jego życiowe dzieło – własna osobowość, biografia, „ślad na ziemi", w tym doświadczenie starości, jawią się jako płaskie, nie zadawalające, życie zaś jako niespełnione i frustrujące. Duchowy rozwój pozwala człowiekowi na transcendencję własnego ***ja*** i transcendencję własnego przeznaczenia – często trudnego losu człowieczego, którego nie da się do końca przewidzieć i zrozumieć (por. Dubas, 2002 b, 2012). Transcendencja wydaje się być ostatecznym przeznaczeniem człowieka z perspektywy finału jego rozwoju w późnej i/lub sędziwej starości (Bugajska, 2015). Rezultatem duchowości „jest coraz bardziej wszechstronna, rozszerzona poza ogląd samego siebie, wielopłaszczyznowa świadomość" (Socha, 2000, s. 16–17). Pozwala ona na akceptację zmian, szczególnie tych nieoczekiwanych, trudnych do przyjęcia. Jest drogą do afirmacji życia, „zawierającego" w sobie także starość. Duchowy rozwój oznacza wysiłek transgresji – przekraczania swojej dotychczasowej świadomości, przekraczanie granic rozwojowych możliwości, postępowanie wzwyż.

Rozwijająca się i rozwinięta duchowość określa taką przestrzeń życia wewnętrznego, w której mieści się starość jako trudne, ale i zarazem ważne egzystencjalne doświadczenie człowieka. Duchowość taką można określić jako duchowość dojrzałą. To właśnie duchowy rozwój i osiągnięta dojrzała duchowość w najbardziej istotny sposób włączają się w proces pozyskiwania przez człowieka → sztuki starzenia się (Dubas, 2012, s. 16). „Dojrzała duchowość rzadko kiedy dostarczy nam odpowiedzi – i nie jest to przypadek – lecz w zamian

za to będzie zadawała nam coraz ważniejsze pytania, wzbudzając w nas wątpliwości. Większe wątpliwości prowadzą ku pełniejszemu życiu. Dojrzała duchowość jest kluczowa dla drugiej połowy życia, ponieważ jeżeli nie odniesiemy się do postawionych przed nami kwestii w sposób bezpośredni, grozić nam będzie całkowite podporządkowanie narzuconym wartościom, które nas rozczarują, pomniejszają i odwracają naszą uwagę od tego, co naprawdę ważne" (Hollis, 2008, s. 210). Bez głębokiej duchowości → pomyślne starzenie się jest niemożliwe. Starość bowiem jako trudne doświadczenie egzystencjalne wymaga głębokiej duchowości (Dubas, 2012, s.15–16).

Duchowość jako element ludzkiego wnętrza, „pewna właściwość umysłowa" (Fabiś, 2015, s. 15), duchowy czynnik rozwoju człowieka, niedający się precyzyjnie określić, związany również z psychiką jako funkcją centralnego układu nerwowego, odzwierciedla wnętrze człowieka ukryte, lecz przecież emanujące na zewnątrz, budowane na bazie procesów psychicznych, odnoszących człowieka do wartości nadrzędnych i szczególnie dla niego ważnych. Tworzą ją myśli i uczucia, doświadczane przez jednostkę na przestrzeni życia. Odzwierciedla stan jej psychiki, cechy osobowości, postawy życiowe, wybory wartości. Ujawnia świat wewnętrzny (Dubas, 2000), który budowany był przez całe wcześniejsze życie, a teraz na starość jest on dopełniany i ostatecznie dojrzewa. Duchowość wzmacniają nastawienia transgresyjne i transcendentne, tendencje rozwojowe, dążenia i aktywność edukacyjna, wzrost świadomości i samoświadomości, zrozumienie celu, sensu i wartości życia, jego afirmacja. Piękno duchowe ma decydujące znaczenie dla piękna starzenia się bądź → urody starości (Dubas, 2008 c), która jest przede wszystkim emanacją ducha a nie jedynie funkcją ciała (Dubas, 2012, s. 15). Z perspektywy duchowości starość można określić jako podstawowy etap w osiąganiu pełni człowieczeństwa (Dubas, 2004 b, s. 142).

ED

B: Bugajska, 2015; K. Dąbrowski, 1982; Dubas, 2000, 2002 b, 2004 b, 2008 c, 2012; Fabiś, 2015; Frankl, 1984; Gołaszewska, 1983; Hollis, 2008; Popielski, 1993; Sękowska, 2000; Socha, 2000.

N: http://orthodoxwiki.org/…

O: duchowość, duchowość i religijność w opiece, duchowość w starszym wieku, potrzeby duchowe osób u kresu życia, religijność w starszym wieku, samopomoc duchowa w starości, starość, starzenie się, zdrowie duchowe.

TK: ang. *old age and spirituality/spiritual pattern of old age/ spiritual development in old age*, fr. *le vieillesse et la spiritualité*, hiszp. *la edad y la vida espiritual*, niem. *Alter und Spiritualität*, ros. *душевное состояние в старости*.

duchowy model starości → starość i duchowość

duchowy rozwój w starości → starość i duchowość

starość i starzenie się Polaków w działaniach politycznych

→ Starzenie się społeczeństwa polskiego, podobnie jak → demograficzne starzenie się w innych krajach, potwierdzone jest danymi demograficznymi i ma tendencję wzrostową. Niepokój o ryzyko → marginalizacji społecznej osób starszych, o ryzyko późnej → starości, związany jest z jakością tworzonej → polityki społecznej [wobec osób starszych]. Jednocześnie uważa się, że to właśnie umiejętnie realizowana polityka społeczna jest w stanie zminimalizować wspomniane niepożądane zjawiska (Szarota, 2013). Istotę tej polityki wyznacza wektor kierujący → seniora ku własnemu środowisku, gdy jego więzi z własną → rodziną słabną a → opieka instytucjonalna nie jest tania. Inaczej mówiąc, „polityka społeczna musi zostać skierowana na rozszerzenie sieci → wsparcia środowiskowego, wsparcia społecznego, dialog międzypokoleniowy, włączenie społeczne seniorów, ich aktywizację" (Szarota, 2013, s. 24).

W latach 60. XX wieku skonstruowano we Francji pierwsze propozycje regulacyjne dotyczące polityki wobec zjawisk starzenia się i starości społeczeństwa. Powołana rządowa Komisja Studiów Problemów Starości opracowała raport jednoznacznie wskazujący na państwo jako strukturę odpowiedzialną za stworzenie i realizację społecznej polityki odniesionej do starości (Zych, 2012 b). Pozostawało to w ścisłym związku z ustaleniami poczynionymi w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (1950), jak również w Międzynarodowych Paktach Praw (1966), które razem z Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych stanowiły kontynuację procesu kodyfikacji w dziedzinie praw człowieka, uzupełniając Powszechną Deklarację Praw Człowieka. W roku 1991 Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) przedstawiła katalog praw seniora, wśród których widnieją niezależność, uczestnictwo, → opieka, samorealizacja, godność. Pomimo sfor-

mułowania konkretnych wskazań dla państw członkowskich ich realność aplikacyjna pozostawia wiele do życzenia, co wiąże się z faktem, że zadania polityki społecznej wobec osób starszych nie są uregulowane w szczegółowy sposób w żadnym z dokumentów.

Dodać należy, że młodsze stażem członkowskim kraje Unii Europejskiej (UE) mają wyraźnie słabsze systemy opieki zdrowotnej, a → jakość życia seniorów w tych krajach znacznie odbiega od średniej jakości życia w państwach „starej" UE, choć trzeba pamiętać, że w tym zakresie podejmowana działania przynoszą efekty dopiero po długim czasie działania (por. Szuwarzyński, 2015).

Zawarte w programach unijne wskazania miały za cel ich krajowe implementacje, prowadzące do → integracji społecznej osób starszych w ramach budowania społeczeństwa równości a w nim zjawisk → aktywnego starzenia się i niezależnej starości (Szarota, 2013). Ostatecznie określone zostały cele unijne polityki społecznej względem osób starszych: „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 polityczna, partycypację na rynku pracy oraz stworzenie warunków dla integracji wewnątrz i międzypokoleniowej" (Szarota, 2013, s. 26). W krajowej polityce społecznej dominuje sprawa wzmacniania spójności, tym samym działań chroniących przed → wykluczeniem społecznym osób starszych.

Zdaniem Piotra Błędowskiego (1956–) lokalną politykę społeczną charakteryzują dwie perspektywy: interwencyjna i optymalizacyjna. Perspektywa interwencyjna ma charakter doraźny, instrumentalny, pozwala zaspokajać bieżące potrzeby. Człowiek starszy postrzegany jest jako konsument drogich usług, za które płaci podatnik. W drugiej perspektywie chodzi o działania długofalowe, optymalizujące jakość życia osób starszych, budujące infrastrukturę środków umożliwiających ich dalszy rozwój. Aktywne starzenie się powiązane zostało także ze zdrowym starzeniem się, umożliwiającym efektywne funkcjonowanie i wzmacniające użyteczność społeczną seniorów. To z kolei wyznaczać ma realność dwóch kolejnych celów polityki społecznej wobec seniorów: prawo do samostanowienia i decydowania o swojej przyszłości oraz współodpowiedzialność za swój los (zob. Błędowski, 2002, Szarota, 2013).

W dokumentach wyznaczających ramy polskiej polityki społecznej w odniesieniu do seniorów dostarcza materiału, licznie występują gramatyczne formy trybu warunkowego, np. *trzeba*, *należy*, *należałoby*, *warto*, *konieczne jest*, itp., oraz *wystarczy wskazać*, *trzeba wspierać* itp. Tak redagowane zapisy polskiej polityki społecznej z konieczności posiadają charakter warunkowy, życzeniowy, wskazaniowy, bez pogłębionej analizy realności wykonania, bez konkretnych, adekwatnych do sytuacji rozwiązań administracyjnych, bez algorytmu kroków na miarę rzeczywistych możliwości. Ilustracją rozbieżności między oczekiwaniami a → życiem stały się problemy osób niepełnosprawnych, w tym osób starszych, w kontekście postulowanej polityki spójnościowej. W monografii pt. *Niepełnosprawni o spójności społecznej: między życzeniem a faktem. Ujęcie politologiczne* Leszek Buliński (1961–) przywołuje stwierdzenie, że rozwój kapitału społecznego w sposób zasadniczy uwarunkowany jest jakością spójności społecznej. We wspomnianej pracy Buliński (2009) wyraża przekonanie, że istnieje znaczna przepaść między deklaracjami związanymi z celami integracji społecznej osób niepełnosprawnych a rzeczywistym stanem realizacji działań z tego zakresu. Jest to przepaść głównie informacyjna, stąd zarządzanie informacją dla spraw mających wymiar ogólnonarodowy, jakie związane są ze społeczną egzystencją osób niepełnosprawnych, powinno być priorytetem politycznym, przekładającym się na konkretne decyzje i prawne rozwiązania.

Wsłuchanie się w głos niepełnosprawnych pozwoliłoby w sposób aktualny urealnić kierunki polityki społecznej różnych poziomów władzy. Badania wskazują, że już nawet takie charakterystyki demograficzne, jak: płeć, wiek, stan cywilny osób niepełnosprawnych, tworzą dla różnych spraw właściwe dla nich współzależności. Świadczy to o tym, że nie można stosować miary wspólnej dla całego środowiska, wydzielając jedynie rodzaje → niepełnosprawności, ale uwzględniać również i inne kryteria charakteryzujące osobę niepełnosprawną. Nie należy też zapominać, że potrzeby i oczekiwania osób niepełnosprawnych, podobnie jak i pozostałej części społeczeństwa, w swych szczegółach zmieniają się w czasie i zmieniającej się rzeczywistości. Stąd nieodzowna konieczność stworzenia mechanizmów i form stałego monitorowania owej zmieniającej się także sfery potrzeb i oczekiwań, zaś propozycje pomocy uczynić na tyle elastycznymi, by dawały one rzeczywistą możliwość wykorzystania. Powyższe stwierdzenia są ilustracją formułowanych stanowisk związanych z procesem decentralizacji socjalnej funkcji państwa jako podstawowej przesłanki rozwoju lokalnego.

Realność integracji ze środowiskiem osób starszych, często utożsamianym ze środowiskiem osób niepełnosprawnych, dotyczy mechanizmów integracji społeczeństwa w całości. Nie tylko z grupami osób starszych, niepełnosprawnych, wszelakich mniejszości itp., ale z wszystkimi jego przedstawicielami powinna istnieć spójnościowa współpraca i współzależność. Dopiero w całościowej zdrowej spójności można realizować sensowną dyskusję o spójności dla osób starszych i niepełnosprawnych. Jest to zadanie dla polityki społecznej niezwykle ważne i konkretne, bez życzeniowej stylistyki (Buliński, 2015).

W związku z wydłużaniem się → czasu ludzkiego życia, realnym też staje się zwiększenie subpopulacji osób dotkniętych procesami neurodegeneracyjnymi. Chorzy ci objęci procesami starzenia się doświadczają wielu cierpień wynikających z całkowitego uzależnienia od osób trzecich, są pobawieni realnej oceny swoich możliwości, wymuszając swoim stanem → zdrowia szczególny rodzaj opieki i poświęcenia, o co nie zawsze łatwo (Olszewski, 2015).

W wyniku starań Alzheimer Europe, pozarządowej organizacji będącej platformą współpracy i koordynacji europejskich stowarzyszeń alzheimerowskich, której celem jest m.in. zwiększenie świadomości społecznej na temat → otępienia, w 2006 powstała *Deklaracja o uczynieniu choroby Alzheimera priorytetem polityki zdrowotnej* w krajach UE (por. Szczudlik, 2014). W 2009 dokument ten został przyjęty przez Parlament Europejski i stał się obowiązującą regulacją prawną dla rządów państw członkowskich. Podstawowym założeniem Deklaracji stało się zalecenie tworzenia w krajach UE narodowych planów alzheimerowskich. W 2009 z inicjatywy 11 krajów Unii Europejskiej powołano też Pilotażową Inicjatywę Wspólnego Planowania Walki z Chorobami Zwyrodnieniowymi Ośrodkowego Układu Nerwowego, a w szczególności z chorobą Alzheimera. Obecnie w inicjatywie tej uczestniczą już 24 kraje europejskie. Polska, w nawiązaniu do wymienionych wyżej inicjatyw UE, opracowała własny Polski Plan Alzheimerowski, którego założenia przedstawiono w Raporcie Rzecznika Praw Obywatelskich (Szczudlik, Barcikowska-Kotowicz, Sadowska, 2014). Opracowany w 2011 Plan odnosi się do czterech sfer proponowanej niezbędnej działalności: edukacji, badań naukowych, organizacji pomocy medycznej (diagnostyki i leczenia), opieki nad pacjentem. Postulowane przez → Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie niezbędne i systemowe działania, nawiązujące do zaleceń UE, są ciągle w sferze projektów (Olszewski, 2015).

Rzeczywisty obraz sytuacji osób z otępieniami zawarty jest w Raporcie RPO, gdzie stwierdza się, że udział państwa w opiece nad chorymi przebywającymi od początku do końca → choroby w domu rodzinnym jest zupełnie symboliczny. Chorzy we wczesnej fazie choroby nie mają możliwości uczestnictwa w terapii usprawniającej, ani też w specjalistycznych turnusach rehabilitacyjno-wypoczynkowych. Brak jest sieci → domów dziennego pobytu dla chorych, gdzie mogliby oni przebywać na czas pobytu opiekuna w pracy i gdzie prowadzono by działania terapeutyczne, podtrzymujące poziom ich funkcji poznawczych. Dostęp do płatnych usług opiekuńczych – oferowanych przez → pomoc społeczną – jest bardzo ograniczany poprzez ustanowienie niskiego progu kryterium dochodowości, warunkującego możliwość skorzystania z tej formy pomocy. Rodzinom nie pozostawia się wyboru, są zmuszani sytuacją do zatrudniania do opieki nad chorym opiekuna prywatnego. Jedyną – zdaniem autorów Raportu – realną pomoc w zakresie opieki przynoszą pozarządowe organizacje alzheimerowskie, których jest w Polsce 35, zrzeszonych w Ogólnopolskim Porozumieniu Organizacji Alzheimerowskich. Organizacje te mają jednak ograniczone środki Natomiast propozycje działań zawarte w Polskim Planie Alzheimerowskim do dzisiaj nie uzyskały jednak żadnego wsparcia ani zainteresowania ze strony instytucji rządowych (zob. Szczudlik, 2014, Olszewski, 2015).

Leszek Buliński

B: Błedowski, 2002; Buliński, 2009, 2015; Olszewski, 2015; Szarota, 2013; Szczudlik, 2014; Szczudlik, Barcikowska-Kotowicz, Sadowska, 2014; Szuwarzynski, 2015; Zych, 2012 b.

O: badania gerontologiczne: projekt „Polska starość", Długofalowa Polityka Senioralna, polityka aktywnego starzenia się, polityka senioralna, polityka społeczna wobec osób starszych, starość, starzenie się.

TK: am. *old age and aging of Poles in political activities*, ang. *old age and ageing of Poles in political activities*, fr. *vieillesse et le vieillissement des Polonais à des activités politiques*, hiszp. *la vejez y el envejecimiento en Polonia en actividades politicas*, niem. *Alter und Altern in Polen in politischen Aktivitäten*, ros. *старость и старение поляков в политической деятельности*.

starość i starzenie się w przysłowiach polskich

O przysłowiach mówi się często, że są „mądrością narodów" – głównie z powodu ich dydaktyzmu i alegoryczności – i mimo że to pogląd przesadny (bo w zasobie przysłów danej wspólnoty językowej łatwo dają się

odnaleźć jednostki wyrażające sprzeczne sądy na temat tego samego wycinka rzeczywistości), to nie ulega wątpliwości, że przysłowia stanowią wykładnię potocznej (naiwnej i zdroworozsądkowej) wiedzy o świecie, utrwalonej językowo (przez to, że przysłowia mają trwałą formę oraz są powszechnie znane) i skondensowanej, tj. ograniczonej do najistotniejszych cech ludzkiego doświadczania świata. Można więc traktować zbiór przysłów dotyczących danego aspektu → życia człowieka jako ważne źródło pozwalające rekonstruować jego potoczny językowy obraz.

W największym ogłoszonym drukiem zbiorze polskich przysłów i wyrażeń przysłowiowych (NKPP, 1969–78) zanotowano około 250 fraz (w większości pochodzą one z przekazów ludowych, w mniejszej części – z klasyków polskiej literatury) odnoszących się bezpośrednio do → starości człowieka i zawierających jedno ze słów: *stary*, *starszy*, *starzeć się*, *starość*, *starzec*, *staruszek*, *staruch*, *zestarzeć się*. Na tej podstawie materiałowej – powiększonej o kilkanaście przysłów ze zbioru Stanisława Świrki (1975) – opiera się poniższa analiza utrwalonego w polszczyźnie językowego obrazu starości i → starzenia się.

Na poziomie tekstowym starość ludzka obrazowana jest w polskich przysłowiach w dwóch głównych modalnościach, tj. albo w ujęciu kontrastywnym (relatywnym), w którym zestawiana jest z młodością, albo w ujęciu istotowym (nierelatywnym), w którym eksponuje się ją eksplicytnie bez odniesień do wcześniejszych etapów życia ludzkiego. Na poziomie ideacyjnym (tj. wiedzy o świecie) różnica ta jest jednak pozorna, albowiem przysłowia z drugiej grupy uzyskują swój status „prawd ogólnych", czyli kulturową relewancję informacyjną, głównie dzięki temu, że powstały i funkcjonują w określonej stereotypowej (potocznej) strukturze wiedzy społecznej o życiu ludzkim, w której postrzegane jest ono jako złożone wyłącznie z dwóch następujących po sobie, ale przeciwstawnych jakościowo okresów: młodości i starości. Do takiego wniosku uprawnia fakt, że w przysłowiach rzadko eksponuje się wiek średni. Oto kilka nielicznych przykładów takich przysłów: [1] *Młodym robić, mężom rządzić, starym modlić się przystoi*; [2] *W młodości stracić wstyd, w średnim wieku kłamać, w starości zdradzać – rzecz ohydna*; [3] *Stan ludzki w młodym wieku ucieszna zabawa, w średnim początek rzeczy, w starym mądra sprawa*; [4] *Zima zgrzybiałość, a zaś wiosna młodość znaczy, lato średni wiek, jesień podeszły tłumaczy* (zob. też [164]). Jednakże zdecydowana większość odnotowanych polskich przysłów dotyczących ludzkiej starości odsyła wprost lub nie wprost do uniwersalnego schematu poznawczego bazującego na wartościującej opozycji MŁODOŚĆ – STAROŚĆ.

1. **Aspekt ogólny**. Wartościowanie młodości i starości dotyczy w przysłowiach z reguły pewnego aspektu życia ludzkiego. Oceny ogólne, pozbawione kryterium, są rzadkością: [5] *Lepszy chłopak młody niźli gdowiec stary*; [6] *Dobre stare lata, ale nasze lepsze*; [7] *Starych i młodych obyczaj przeciwny*; [8] *Lepszyć młody jako żywo, stary za psa stoi*; [9] *Co młodsze, to słodsze, co starsze, to twardsze*; [10] *Co młodzikom miło, szkodzi staruszkowi*; [11] *Gdzie stara baba, tam i diabeł mieszka*; [12] *Konia ślepego, chłopa starego, brzydkiej jejmości nikt nie zazdrości*; [13] *Dla starca, co było – srebro, co jest – cyna, co będzie ołów*. W tej grupie przysłów dominuje pozytywne wartościowanie młodości, a negatywne – starości.
2. **Małżeństwo a starość człowieka**. Spośród wartościowań szczegółowych na plan pierwszy wysuwają się te związane z instytucją małżeństwa, ujmowaną jednak głównie z perspektywy androcentrycznej. Bez wyjątku negatywnie ocenia się w przysłowiach sytuację, gdy stary mężczyzna żeni się z kobietą młodą, przy czym wartościowanie ujemne dotyczy różnych aspektów tej sytuacji. Najwięcej jest ocen ogólnych: [14] *Jako ogień bywa z wodą, tak i stary z żoną młodą*; [15] *Młoda żona staremu trucizna*; [16] *Trudna zgoda – z mężem starym żona młoda*; [17] *Jak się stary z młodą żeni, to się diabeł raduje*. Wartościowania aspektowe dotyczą utraty roli głowy domu przez mężczyznę: [18] *Nie nocuj nigdy w tej gospodzie, gdzie gospodarz jest stary, a żona młoda*; [19] *Gdzie mąż stary, żona młoda, każe czepiec, słucha broda*; [20] *Ożenił się stary z młodą, ucierał jej gębę brodą*; utraty kontroli nad kobietą i jej cnotą małżeńską: [21] *Gdy stary pojmuje młodą oblubienicę, zasiewa dla cudzych wróblów pszenicę*; [22] *Kiedy się stary z młodą ożeni, tedy właśnie jakoby w stary wóz szalone konie założył*; starczej niedołężności małżeńskiej mężczyzny: [23] *Młoda żona ma trzy święta ze starym mężem*. Sytuacja odwrotna – gdy młody mężczyzna żeni się ze starą kobietą – odnotowana jest tylko przez jedno przysłowie: [24] *Wino stare, szczuka stara, tym nie szkodzą lata, ale kto starą żonę pojmie, temu szkoda świata*. Negatywnie w przysłowiach postrzega się też pozostawanie do późnych lat w stanie bezżennym, przy czym częściej piętnuje się staropanieństwo niż starokawalerstwo: [25] *Stara panna i z kamieniami na drodze się wadzi*; [26] *Stara panna to jak przejrzała gruszka, temu spadnie na łeb, co jej nie*

trzęsie; [27] *Tylko stare panny nie boją się oblężenia*; [28] *Dzieci do babki na rozpieszczenie, do ciotki na wyćwiczenie, do starej panny na umęczenie*; [29] *Na polu dziewanna, w domu stara panna, odzienie wytarte, wszystko diabła warte*; [30] *Lepsze jest stare panieństwo niż złe zamążpójście* (zob. też [198], [200]); [31] *Lepszy gdowiec młody niż kawalir stary*; [32] *But bez pary, kawaler stary i honor Żyda na nic się nie przyda*. Nieakceptowane jest też późne małżeństwo: [33] *Nie pomoże blansz i róż, kiedy panna stara już*; [34] *Do trzydziestu lat człowiek żeni się sam, po trzydziestu ludzie go żenią, a po czterdziestu żeni diabeł*; [35] *Znajdzie męża baba stara, gdy ma bitego talara*; [36] *Młodą pannę trza do wydania namawiać, a stara sama się kawalerowi oświadczy*; [37] *Zachciało się jak starej babie młodego galanta*; [38] *Kogo stara baba pochwyci, temu na podzwonne dać* (zob. też [81]).

3. → **Mądrość [życiowa] i doświadczenie człowieka starego**. Kolejna duża grupa przysłów utrwala pozytywny stereotyp: „Człowiek stary jest mądry i doświadczony": [39] *Stary rozum lepszy niż młody*; [40] *Żeby młodzi tak zrobili, jak to starzy uradzili*; [41] *Robi jak stary*; [42] *Mówi jak stary*; [43] *Stare baby do porady, młode do uciechy*; [44] *Co stara głowa, to nie młoda*; [45] *Jakbyś wszystko wiedział, to byś się wnet zestarzał*; [46] *Człek coraz starszy nie zawdy wróblowie świtają mu w głowie*; [47] *Dlatego diabeł mądry, że stary*; [48] *Głowa stara, lecz myśl jara*; [49] *Stara głowa, rozum młody*; [50] *Starego szpaka nie zwabisz na plewy*; [51] *Stara przypowieść, że stary od rady, młody od zwady* (zob. też [3]).

Mądrość i doświadczenie starego człowieka ukazywane bywają także w porządku wynikowym jako rezultat właściwych działań (uczenia się) w młodości: [52] *Czego się człowiek za młodu nie nauczy, tego na starość nie będzie umiał*; [53] *Czego się człowiek za młodu nauczy, to na starość znajdzie*; [54] *Młody – nabywaj* (tj. ucz się), *stary – zażywaj* (tj. wypoczywaj); [55] *Młodości doświadczenia, a starości sił brakuje*; [56] *Kto się za młodu nie uczy, temu bieda dokuczy*; [57] *Zaniedbane nauki w młodości pożałujesz w starości*.

W omawianej grupie znajdują się także przysłowia przedstawiające wzór pożądanej postawy ludzi młodych wobec starych, tj. posłuszeństwo: [58] *Nad starych rozum z swym się nie wysadzaj*; [59] *Nie wyrywaj się z mową przed starszymi*; [60] *Kto nie chce starszych słuchać, musi chlechać* ('jęczeć, stękać'); [61] *Przykład dobry od starszych brać należy*; [62] *Milczenie – młodego ozdoba*; [63] *Młode słowa z młodych lat najmniej ludzie ważą, słuchać tedy młodemu, co stare rozkażą* (zob. też [40]).

Drugą utrwaloną w zasobie polskich przysłów wymaganą od ludzi młodych postawą wobec najstarszego pokolenia jest szacunek, który może być wynikiem respektowania chrześcijańskiego przykazania, jak w następujących paremiach o charakterze parenetycznym: [64] *Bojaźń boża, poszanowanie starszych, miłość bliźniego – żywot poczciwy*; [65] *Boga zapomnieć, starszych znieważyć, cnoty odbieżać – sprawa człowieka zginionego*; ale może być też nieinspirowaną religijnie pochodną uznania dla doświadczenia i życiowej mądrości starego człowieka, choć ta motywacja nie jest wyrażana wprost: [66] *Młody starszego ma szanować, starszy młodego zaś miłować*; [67] *Stare lata chwalmy, a swych zażywajmy*; [68] *Jeśli starym być pragniesz, czcij zawsze rodzice, jak ty czcić ojca będziesz, tak cię czcić dziedzice*; [69] *Czcij starszych, bo i ty zestarzeć się możesz*.

Są także w tym polu ujęcia, w których mądrość bądź doświadczenie ukazywane są jako relatywne, tj. przypisane nie tylko wiekowi dojrzałemu: [70] *Nie zawadzi, gdy młodszy starszemu poradzi*; [71] *Młody, ale by starego nauczył*; [72] *Więcej czasem znajdzie u młodego rozumu w pięcie niż u drugiego starego w mózgu*.

Na przeciwnym biegunie lokują się paremie, w których człowiekowi staremu przypisuje się cechy ujemnie charakteryzujące jego intelekt i wiedzę (brak rozsądku, skłonność do szaleństw, głupotę): [73] *Stary trzpiot, młody sensat diabła warci*; [74] *Madre dziecię, jeśli się uchowa, na starość szaleje*; [75] *Rozum z latami nie zawsze idzie w parze*; [76] *Plecie jak stara baba w lecie*; [77] *Starego chłopa do książki, to jak starego woła do płużycy*; [78] *Umarłego leczyć a starego uczyć – wszystko jedno*; [79] *Każda kobieta dwa razy szaleje – kiedy się kocha i kiedy siwieje (się starzeje)*; [80] *Kto z młodu nie wyszaleje, musi na starość*; [81] *Kiedy głowa siwieje, to serce szaleje* (zob. też [22]).

4. **Cielesność człowieka starego – słabość fizyczna, → choroby, brzydota, ale i żywotność**. Kolejnym aspektem życia człowieka starego udokumentowanym bogato w zasobie polskich przysłów jest jego cielesność. Eksponowana jest zwłaszcza słabość i zanikanie sił fizycznych: [82] *Kiedym ja był młody, tom wskoczył z kłody, teraz stary jak sobaka, nie wskoczę i z przetaka*; [83] *Gdzie się młody dźwignie, tam starego dźwigać trzeba*; [84] *Wino im starsze, mocniejsze, człowiek przeciwnie, w laty słabnie*; [85] *Chleb starzejąc się twardnie, człowiek słabnie*; [86] *Młodemu praca, staremu lata ciążą*; [87] *Gdy się wilk zestarzeje, skubie go i wrona*; [88] *Bogatego gracza a starego trębacza – trudno znaleźć*;

[89] *Młody gorący, a stary zimny*; [90] *Krew nie wre, człowiek stary*. Efektem fizycznej słabości człowieka starego jest jego niedołężność, brak sprawności, co także znajduje wyraz w polskich przysłowiach: [91] *Lepsze dwie nogi w młodości niż trzy w starości*; [92] *Gdy dziecko upada, Bóg ręce (anioł poduszkę) podkłada, gdy stary upada, diabeł kamień podkłada*; [93] *Pani stara: co uszyje, to rozpara* ('pruje się'); [94] *Okulary, kiedyś stary*; [95] *Starym oczom inaczej się widzi*; [96] *Ruchu, ruchu, mój staruchu* (zob. też [55], [120]).

Kilka odnotowanych jednostek wskazuje także na to, że w wieku starczym ludzie często chorują: [97] *Dom stary i żona stara częstej potrzebują naprawy*; [98] *Kaszle jak stara baba (dziad)*; [99] *Ma tyle cnót, co stara baba zębów*; [100] *Sama starość stoi za chorobą*; [101] *Starość nie sama przychodzi, kupę z sobą chorób wodzi*; [102] *Gdy się człowiek robi starszy, wszystko w nim po trochu parszywieje*. To, że tak niewiele przysłów dotyczy tego aspektu ludzkiej starości, można tłumaczyć tym, że w tradycyjnych społecznościach wiejskich choroba była obłożona tabu, wynikającym zarówno z magii językowej (wierzono, że mówienie o chorobie ją sprowadza), jak i z tego, że choroba wykluczała człowieka z pracy w gospodarstwie, zmniejszała więc jego przydatność w codziennych zmaganiach o przetrwanie. Ponadto chorobę traktowano jako zakłócenie ładu świata (w sposób metonimiczny – przez naruszenie → zdrowia, czyli zwyczajnego funkcjonowania organizmu), będące konsekwencją kontaktu chorego z czymś obcym i nieczystym, gdyż nie rozumiano naturalnej etiologii chorób i uznawano je za zjawiska nadprzyrodzone.

Brzydota fizyczna starego człowieka jako cecha bezpośrednio obserwowalna i doświadczana nie wywoływała skojarzeń z działaniem niepoznawalnych sił i wskutek tego nie budziła lęku przed nimi, toteż ludowa mądrość wyrażana przysłowiami utrwaliła silnie tę cechę ludzkiej starości: [103] *Młodość szuka zwierciadeł, starość ich unika*; [104] *Kto starą babę pocałuje, sto dni odpustu dostępuje*; [105] *Jak się panna zestarzeje, to i pies na nią brzechnie* ('zaszczeka'); [106] *Młodego człowieka krasa zdobi, a starego szaty*; [107] *Młodość wesoła kwitnieje, starość zmarszczona truchleje*; [108] *Siedzi na wierzchu jak ząb u starej baby*; [109] *Starcze palce jak widelce* (zob. też [26], [27], [33]).

Świadomość ludowa utrwaliła jednak w przysłowiach także, postrzegane pozytywnie, żywotność, wytrwałość i → aktywność fizyczną osób starych: [110] *W starym piecu diabeł pali*; [111] *Stary, ale jary (lepszy czasem od młokosa)*; [112] *Starego podpora – zęby*; [113] *Co tam słychać? – Stare baby nie chcą zdychać*; [114] *Stare kości są wytrwałe*; [115] *Niejeden młody zedrze zęby, nim stary z nóg się zwali*; [116] *Gdzie młody nie doskoczy, tam stary dolezie*; [117] *Katon ów stary wychylał puchary*. Czasem także cechy te uznawano za nienaturalne czy nietypowe dla ludzi starych, przypisywano więc ich występowanie działaniu bóstw: [118] *Jak pan Bóg raczy, to i stary wyskoczy*; [119] *Starej babie do tańca diabeł gra na skrzypcach* (zob. też [136]).

5. **Życie emocjonalne osób starych**. W przysłowiach polskich szczególnie zaznaczają się dwa rodzaje uczuć przeżywanych przez osoby stare – późna miłość (zakochanie się) oraz smutek (także: ból, żałość, cierpienie).

Pierwsze z nich ocenia się często negatywnie, co wynika ze społecznego tabu nałożonego na erotyzm ludzi starych (gdyż obyczajowo uznaje się go za właściwy dla ludzi młodych): [120] *Stary węgrzyn dobry, ale stary kochanek diabła wart*; [121] *Stara miłość jak stara franca*; [122] *Zebrały się stare kości, więcej smrodu niż miłości*; [123] *Choć stara rokita, zakochał się Mikita*; [124] *Takie gorące jak u starego kawalera serce* (zob. też [14]–[24]). Istnieją jednak przysłowia wyrażające przekonanie przeciwne, tj. że miłość w starym wieku jest czymś dobrym, bo – nie przemija: [125] *Serce się nie starzeje*; daje radość życia: [126] *Młoda żonka staremu karoca do nieba*; daje siłę: [127] *Komu w słodkich łykach miłość serce więzi, młody zgore na popiół, stary się krzemięzi* ('umacnia się').

Drugie pole odniesień dotyczy z kolei uczuć uznawanych za właściwe (typowe) dla wieku starczego. Pewna część przysłów zawiera wartościowania ogólne: [128] *Starość nie radość (śmierć nie wesele)*; [129] *Młodemu świat się śmieje, staremu płacze*; [130] *Bóg umiejętnie życie ludzkie dzieli, stary się smęci, młody wiek weseli*; [131] *Paniej młodej śmiech, paniej starej ni kęska*; [132] *Młodość łatwowierna, starość niemiłosierna*; [133] *Nic się prędzej nie starzeje jak radość*; [134] *Frasunki starość przed czasem przynoszą*; [135] *Niezłe to głupstwa wieku młodego, kiedy i starzy żałują czasem, że już ich robić nie mogą*; [136] *Starzeją nie lata, ale tarapata*; [137] *Deszcz ranny, gniew panny i taniec starej baby niedługo trwają*; [138] *Kto za młodu hula, skacze, ten na starość za to płacze*; [139] *Jeżeli w czas nie złomiesz młodości, wierz mi, iże zapłaczesz nad nią ku starości* (zob. też [13], [119], [161]).

Przyczyną starczego smutku i postawy negatywizmu jest świadomość przemijania, bliskości → śmierci, co także znajduje odzwierciedlenie w przysłowiach: [140] *Młody może umrzeć, a stary musi*; [141] *Stare baby wiedzą, co w piekle wierzą i jedzą*; [142] *Mogiła staremu*

miła; [143] *Młody do kopca* ('pod górę'), *stary z kopca* ('w dół'); [144] *Młodemu na świat dopiero, a staremu z świata*; [145] *Młodzi skwapliwością grzeszą, starzy więcej się czasem lękają niż trzeba*; [146] *Młodzi mówią o śmierci, a starzy się jej boją* (zob. też [107]); [147] *Na stare lata trza poprzestać świata*; [148] *Starej babie lada grabie*; [149] *Martwi młodość, że ucieka, martwi starość, że nadchodzi*; [150] *Staremu żywot najmilszy*.

6. **Starość jako konsekwencja młodości**. Jest to najliczniej reprezentowany sposób obrazowania starości w zebranych paremiach, a przy tym najbardziej zróżnicowany, gdyż w ich warstwie treściowej jako kulturowo „dziedziczne" ujmowane są rozmaite aspekty ludzkiego życia.

W ludowej mentalności silny jest szczególnie etos pracy i zapobiegliwości w praktycznej sferze życia, dlatego przysłowia ukazują jako wzór człowieka starego, który całym swoim życiem zasłużył sobie na pomyślność materialną: [151] *Kto pracuje z młodu, nie dozna na starość głodu*; [152] *Kto nie pracuje za młodu, ten na starość dozna głodu*; [153] *Musi za młodu pracować, kto na starość chce próżnować*; [154] *Nie ma czasu ten za młodu chorować, kto chce z pracy grosz na starość sobie zachować*; [155] *W młodości próżniak, na starość żebrak*; [156] *Czegoś z młodu nie zgromadził, tego na starość nie najdziesz*; [157] *Czego z młodu nie upiekł, nie będziesz jadł starym*; [158] *Kto za młodu mięso je, ten na starość kości gryzie*; [159] *Co za młodu zaniedbasz, to ci się na starość nie wróci*; [160] *Kto starał się za młodu być starym, ten na starość będzie młodym*; [161] *Młodość leniwa, starość płaczliwa*; [162] *Szczęśliwa młodość, co starości gotuje miejsce*; [163] *Konia cieszy owies, krowę koniczyna, starego pieniądze, młodego dziewczyna*; [164] *Sława młodego z czerstwości* ('świeżości'), *starego z pieniędzy, śrzedniego z dzielności zaleca* [zob. też. [106]).

Następną grupę stanowią przysłowia, których treścią jest nieuszczegóławiane z reguły przekonanie, że charakter i nawyki stanowią cechę dziedziczną: [165] *Jaki kto z młodu, taki na starość*; [166] *Coś siał w młodości, to będziesz zbierał w starości*; [167] *Co złe za młodu, to na starość wisieć*; [168] *Co więc dziecię z młodu igra, na starość się k'temu miewa*; [169] *Czego z młodu nawykniesz, na starość tego nie unikniesz*; [170] *Czym młodzieniec często wini, to starzec też rad czyni*; [171] *Poznać łatwo w starości, jaki kto był w młodości*; [172] *Grzechy młodości karze Bóg w starości*; [173] *Kto hula bez miary, prędko stary*.

Kilka kolejnych przysłów ujmuje młodość jako → czas → przygotowania [się] do starości: [174] *Kto się rychło starzeje, długo starym będzie*; [175] *Kto chce być długo starym, niech nie będzie długo młodym*; [176] *Kto by chciał we zdrowiu jako młody do śmierci żyć, potrzeba mu zawczasu starym być*; [177] *Młodym będąc, pamiętaj, że starym będziesz* (zob. też [160], [162], [172], [173]).

Starość bywa także charakteryzowana w przysłowiach jako czas tęsknoty za młodością, zwłaszcza w dziedzinie ubioru (mody): [178] *Z młodu w tafcie, a na starość w płachcie*; [179] *Moda starej panny ozdoba*; [180] *Jak jo był młody, miałech kabat nowy z haftami, a jakżech je stary, mom jo kabot szary z hoczkami* ('zapinkami') (zob. też. [106]), choć nie tylko: [181] *Za młodu żyjesz marzeniem, na starość wspomnieniem*; [182] *Staremu woźnicy śni się kolaska* (zob. też [10], [22], [79]–[81], [120], [123], [124], [126]).

7. **Przywary ludzi starych**. W tym obszarze na pierwszy plan wysuwają się przysłowia, które piętnują skłonność ludzi starych (zwłaszcza kobiet) do narzekania, zrzędzenia, gderliwości, gadatliwości, kłótliwości, plotkarstwa, tj. do mówienia dla samego mówienia (funkcja fatyczna mowy), pozbawionego istotnej wartości informacyjnej, ale akceptowanego ze względu na trwałość wspólnoty: [183] *Gderliwy jak stara baba*; [184] *Gderze (zrzędzi) jak stary kawaler (stara panna)*; [185] *Najdą starzy i w sicie sęki i skrupuły*; [186] *Mamrze jak staro dziywka*; [187] *Starej babie a chałupie nigdy nie dogodzisz*; [188] *Stara baba niech nie fuka, niech się cieszy, że ma wnuka*; [189] *Staro baba dycki dudle, że mo mało mąki w pudle* ('stale zrzędzi'); [190] *Biedna starości, wszyscy cię żądamy, a kiedy przyjdziesz to zaś narzekamy*; [191] *Stary rzadko nie zrzędzi*; [192] *Chceszli być pewnym młodej żony, odpędzaj stare matrony*; [193] *Zawsze radzą dla pokus, ba i dla obmowy, każdy się strzeż w rozmowach starej białogłowy*; [194] *Zeszły się stare baby, bydzie deszcz*; [195] *Niech już i tak będzie, jak stara baba naprzędzie* (zob. też [25], [76]).

Mniej licznie zaświadczane są w przysłowiach polskich inne przypisywane ludziom starym przywary. Należą do nich – dewocja i zabobonność: [196] *Dla młodych taniec, dla starych różaniec*; [197] *Zabobony starej żony*; [198] *Se stárą panną do klásztoré, a s młodą do chłapa* (zob. też [1]); wścibskość (ciekawość szczegółów życia innych): [199] *Nie bądź ciekawy, bo szybko się zestarzejesz*; [200] *Ciekawy jak stara panna*; konserwatyzm obyczajowy (niechęć wobec zmian): [201] *Zwyczaj na to jest ludziom sędziwym stare tylko obyczaje chwalić*; pamiętliwość: [202] *To mi gody, gdy pamięta stary, co ucierpiał młody*. Tylko jedno przysłowie ma sens ogólny: [203] *Każdy stary ma swoje przywary*.

Na podstawie przedstawionych danych paremiograficznych można przyjąć, że starość w tym obszarze polskiej tradycji językowej postrzegana jest przede wszystkim negatywnie – jako efekt destrukcyjnego działania czasu (zanik zdolności płodzenia, brak sił witalnych, utrata pozycji społecznej, niedołężność intelektualna i fizyczna). Pozytywne cechy starości dotyczą ledwie kilku obszarów – doświadczenia i mądrości życiowej, pomyślności materialnej, żywotności fizycznej.

Wyrażane w przysłowiach językowe oceny starości opierają się na kilku głównych kryteriach – wg typologii Elżbiety Laskowskiej (1992, s. 14): a) pragmatycznym (dotyczącym umiejętności pozwalających na przetrwanie), b) społecznym (obejmującym relacje z innymi ludźmi, w tym kwestie obyczajowe), c) etycznym (związanym z postawami i cechami charakteru), d) witalnym (wynikającym z uznawania biologicznego trwania za wartość); rzadziej na kryteriach: e) ekonomicznym (uwzględniającym aspekt pomyślności materialnej), f) sakralnym (opartym na relacji człowieka z *sacrum*), g) hedonistycznym (odnoszącym się do odczuwania przyjemności, zadowolenia, radości, satysfakcji), h) estetycznym (odwołującym się do piękna); jednostkowo zaś reprezentowane są w zebranych przysłowiach oceny ludzkiej starości dokonywane na podstawie kryteriów: i) perfekcjonistycznego (tyczącego się dążenia do doskonałości), j) poznawczego (respektującego ludzką wiedzę, zwłaszcza ogólną) oraz k) odczuciowego (które opiera się na indywidualnej ocenie aksjologicznej określonego fenomenu).

W obrazie ludzkiej starości utrwalonym w przysłowiach polskich dominuje zatem aspekt utylitarystyczny: człowiek stary postrzegany jest w nich przede wszystkim przez pryzmat swojej pozycji w społeczności, w której żyje – ocenie podlegają widoczne dla innych aspekty jego życia (cechy społeczne), natomiast aspekty personalistyczne, najsilniej wyznaczające odrębność jednostki od innych, takie jak: indywidualne odczucia, nieutylitarna wiedza, osobiste emocje (cechy osobowe) albo w ogóle nie znajdują odbicia w przysłowiach (będących wszak wytworem świadomości kolektywnej), albo zajmują pozycję peryferyjną w potocznie zorganizowanej wiedzy o ludzkiej starości.

Ze względu na dydaktyczną funkcję przysłów można ich zbiór dotyczący starości ludzkiej traktować jako swoisty nieformalny kodeks deontologiczny, wyznaczający ramy dozwolonych ludziom starym zachowań, postaw, uczuć i funkcji społecznych. Odbija się w nim przede wszystkim tradycyjna moralność i obyczajowość niewielkich liczebnie społeczności wiejskich.

RZ

B: Laskowska, 1992; NKKP, 1969–78; Świrko, 1975.
O: starość, starość jako wyobrażenie kulturowe, starość w literaturze pięknej, starzenie się.
TK: am. *old age and aging in the Polish proverbs*, ang. *old age and ageing in the Polish proverbs*, fr. *vieillesse et vieillissement dans les proverbes polonais*, hiszp. *vejez y envejecimiento en proverbios polacos*, niem. *Alter und Altern in der Polnische Sprichwörter*, ros. *старость и старение в польских пословицах*.

starość jako kategoria naukowa

Kategorie przednaukowe i naukowe

Istnienie w określonej kulturze sprawia, że żyjemy równocześnie w świecie kulturowych realiów oraz kulturowych wyobrażeń. Jeśli zakładamy, że rzeczywistość istnieje obiektywnie, to człowiek dociera do pewnego jej wycinka dzięki narzędziom wypracowanym przez kulturę. Narzędzia owe są uzależnione od konkretnych języków, co oznacza, że kulturowe obrazy rzeczywistości mogą się od siebie znacząco różnić. Ze złożonej tkanki różnorakich połączonych ze sobą zjawisk i procesów wybieramy te, które umiemy wyodrębnić i nazwać. To potoczne wyodrębnianie i nazywanie nie musi być ścisłe, wystarczy, że jest „ekonomiczne", czyli w szybki sposób przywołuje określone znaczenia. Języki naturalne służą codziennej komunikacji, ale także są podstawą komunikacji w nauce – w związku z tym w kulturze europejskiej wyróżniamy odpowiednie modele kategoryzacji: przednaukowy lub inaczej naturalny, który przejawia się zarówno w języku ogólnym, jak i w gwarach, oraz naukowy – ujęty w terminologiach. „Kategorie naturalne powstają w ten sposób, że wybiera się z rzeczywistości jakiś obiekt o określonych cechach i traktuje się go jako wzorzec (prototyp). Wybrany obiekt stanowi albo najbardziej przeciętny egzemplarz, albo egzemplarz, z którym poznający podmiot kontaktuje się najpierw, albo egzemplarz, z którym styka się on najczęściej. Do tego wzorca dopasowuje się inne mniej typowe obiekty. Uważa się je za należące do tej samej kategorii, nie dlatego, że dzielą z prototypem stały zespół cech, lecz dlatego, że są w pewien sposób do niego podobne" (Maćkiewicz, 1988, s. 163).

Terminologia naukowa jest zakorzeniona w językach naturalnych, w związku z tym przenikają do niej kategorie wywodzące się z tych języków. Niemniej: „Kategoria naukowa definiowana jest w terminach

teorii zbiorów. Obiekty należą do kategorii naukowej nie dlatego, że są podobne do jakiegoś wzorca, ale dlatego, że posiadają określony zbiór cech koniecznych i wystarczających" (Maćkiewicz, 1988, s. 164).

Starość jako termin naukowy

We współczesnych badaniach naukowych temat → starości pojawia się w wielu różnorakich kontekstach. Równoległe dyskursy poszczególnych nauk wskazują, że problematyka starości jest popularna i zdaje się być szeroko opracowana. Jednak używanie leksemu *starość* jako kategorii naukowej bywa dalekie od precyzji. [Leksem oznacza element leksykalny języka, zwykle wyraz – przyp. red.]. Rzeczownik pochodzący od przymiotnika *stary*, należy do zasobu słownictwa codziennego, stąd prawdopodobnie wynika przekonanie o jego oczywistym znaczeniu, ale także uznanie dla ekonomicznej obrazowości. Kategoria „starość" implikuje związki pomiędzy wiekiem, stanem → zdrowia, wyglądem, sytuacją społeczną etc. W myśleniu potocznym relacje między nimi nie są ściśle określone. Tom → Kirkwood – twórca ewolucyjnej → teorii ciała jednorazowego użytku, ekspert w dziedzinie → gerontologii – przyznaje: „Paradoks polega na tym, że wszyscy wiemy, czym jest starość. Potrafimy ją rozpoznać. Trudno jednak podać jej precyzyjną definicję. Każdy ma swoje własne doświadczenia dotyczące starości […]. Naukowo jednak jest to coś bardziej iluzyjnego, nieuchwytnego" (Kirkwood, 2010, s. 64). Autor ten zwraca uwagę na różnicę pomiędzy kategorią przednaukową i naukową. Badacze mają świadomość tej różnicy, a mimo to nie słabnie tendencja do traktowania leksemu *starość* jako kategorii naukowej zwłaszcza w → demografii i polityce społecznej. Edward → Rosset (1967, s. 11–13) odróżniał starość, czyli okres → życia, od → starzenia się, czyli procesu, który prowadzi do starości. Starzenie może mieć charakter fizjologiczny, czyli prawidłowy, i przedwczesny, czyli patologiczny – następujący pod wpływem niekorzystnych czynników zewnętrznych i/lub wewnętrznych. Terminowi *starość* odpowiadają trzy pojęcia: starość jako jeden z etapów życia człowieka, „starość jako charakterystyka struktury ludności wg wieku", oraz starość jako starzenie się populacji. Konieczne jest wyznaczenie → progu starości. By dookreślić pierwsze pojęcie, Rosset zaproponował odwołanie do odpowiednich prac biologów, fizjologów i gerontologów, chociaż dostrzega, że przedstawiane rozstrzygnięcia są wyraźnie rozbieżne: „Dla statystyka ludnościowego i jego najbliższego sąsiada – demografa – określenie progu wieku starczego jest jednak elementarną koniecznością. Odpowiedź może być taka lub inna, ale musi być konkretna. Praktycznie przyjmuje się pewną granicę konwencjonalną, od której żąda się, aby była poprawna pod względem logicznym i aby się nadawała do porównań w skali międzynarodowej" (Rosset, 1967, s. 14). Ponieważ biologowie i fizjologowie nie przyjmują jednoznacznych rozwiązań, rodzi się pytanie, wedle jakich kryteriów należy wyodrębniać określoną klasę osób? Rosset wskazuje dwie propozycje: pierwsza ustala próg starości na sześćdziesiąt, a druga na sześćdziesiąt pięć lat. Obie mają związek z kwestią → wieku emerytalnego – autor uznał je za równorzędne. W tym sposobie uzasadniania konieczności stosowania kategorii „starość" w pracach naukowych zastanawiają pewne wyobrażenia i przekonania. Jeśli starość jako fazę życia wyodrębnia się raczej z nawyku językowego, a zatem opierając się na kategorii przednaukowej, w jaki sposób może poddać się ona operacjonalizacji, czyli takiemu doprecyzowaniu, w którym ujawni się jej jednoznaczny sens empiryczny? Trzeba rozstrzygnąć, czy możliwe jest wyznaczenie cech zjawiska starości (czy np. określona liczba przeżytych lat, stan zdrowia, poczucie bycia starym, pełnione role społeczne są wystarczająco czytelne i tworzą pełny katalog). Ponadto ważne jest ustalenie wiążących relacji pomiędzy pozycjami owego katalogu. Jeśli nie jest to możliwe, naukową użyteczność kategorii należy uznać za wątpliwą.

Terminologizacja

Kategoria naukowa w ramach określonej teorii może zyskać status terminu. Badacze zajmujący się zagadnieniami terminologii zauważają kilka zjawisk, które związane są z tworzeniem języków specjalistycznych. Jednym z nich jest terminologizacja, czyli – jak pisze Mariusz Górnicz (2005): „Transpozycja jednostki leksykalnej z języka ogólnego do języka specjalistycznego" i używanie go jako terminu. To wiąże się z koniecznością przypisania jej „ścisłego znaczenia wyraźnie ujętego w formie definicji". Moment, w którym dokonuje się terminologizacja określany jest mianem *progu terminologizacji*. Małgorzata Kornacka (2005) twierdzi, że jest to: „Moment, od którego dane wyrażenie (wyraz lub połączenie wyrazowe) staje się terminem". Można go wyznaczać za pomocą kryteriów: statystycznego lub systemowego. Wg pierwszego dany wyraz można uznać za termin, gdy został on użyty przez „dostateczną liczbę autorów". W pracach z dziedziny demografii i polityki społecznej rzeczownik *starość* jest używany bardzo często, kryterium statystyczne nie jest jednak w tym wypadku wystarczające. Natomiast

kryterium systemowe służy wyznaczeniu progu terminologizacji przez wskazanie, że dany wyraz „zajmuje ściśle określone i dotąd puste miejsce w systemie terminologicznym", wchodząc w relacje systemowe z innymi terminami. Kornacka (2005) uważa, że przez analogię można wprowadzić: *próg determinologizacji* – byłby to taki moment, w którym „termin staje się elementem języka ogólnego". Powstaje zatem pytanie: czy w odniesieniu do leksemu *starość* można mówić o którymś z tych procesów? Kształtowanie się znaczeń dokonuje się na dwóch poziomach: w procesie nawarstwień semantycznych, oraz przez celowe tworzenie terminologii wraz z odpowiadającymi jej pojęciami. Terminy powinny być konwencjonalne, systemowe, jednoznaczne, czyli wyznaczane przez ścisłe definicje, nienacechowane wartościująco i emocjonalnie oraz – co istotne dla naszych rozważań – powinny być używane w określonych sytuacjach w odniesieniu do określonych obiektów. W mojej ocenie kategoria „starość" nie spełnia tych warunków.

AGO

B: Dąbrowska, Anusiewicz, 2000; Górnicz, 2005; Kirkwood, 2005, 2010; Kornacka, 2005; Maćkiewicz, 1988; Pike, 1967; Rosset, 1967; Whorf, 1982.

O: starość, starość jako wyobrażenie kulturowe, starość w kulturze współczesnej, starość w ujęciu etymologicznym, symbolika starości, starzenie się.

TK: ang. *old age as a scientific category*, fr. *le vieillesse comme une catégorie scientifique*, hiszp. *la vejez como una categoría científica*, niem. *Alter als wissenschaftliche Kategorie*, ros. *старость как научная категория*.

starość jako wyobrażenie kulturowe

W kulturach świata istnieje przekonanie o etapowości → życia ludzkiego (Buchowski, 1987), etapowość owa wyznaczana i podkreślana jest odpowiednimi rytuałami przejścia (por. Gennep van, 2006). W kulturze europejskiej od starożytności pojawiały się próby wyznaczenia w życiu ludzkim następujących po sobie etapów. Dokonał tego m.in. Pitagoras (572–497 p.n.e.), który wyznaczył cztery dwudziestoletnie okresy życia (zob. fot. 1), odpowiadające czterem porom roku, on też uznał, że → starość „jest podobna do kurczenia się, tak jak młodość do rośnięcia". W poglądach różnych myślicieli etapy życia były wyodrębniane przez odwołanie do przedziałów wiekowych. W średniowieczu szukano analogii między okresami życia człowieka a okresami istnienia świata. Św. Augustyn (354–430) wyróżnił siedem a następnie sześć okresów w życiu jednostki, czyli „okres kolebki, dzieciństwo, wiek młodzieńczy, młodość, wiek dojrzały, starość", zaś św. Izydor z Sewilli (ok. 560–636) – sześć: dzieciństwo do lat siedmiu, *puertia* [wiek chłopięcy lub dziewczęcy] do czternastu, wiek młodzieńczy do dwudziestu ośmiu, młodość do pięćdziesięciu, dojrzałość do siedemdziesięciu i później *senilis*, czyli starczość, zgrzybiałość i zdziecinnienie (por. Minois, 1995). O dwudziestowiecznych koncepcjach dotyczących faz życia i ich kryteriów piszą: Barbara Szatur-Jaworska (1955–), Piotr Błędowski (1956–), Małgorzata Dzięgielewska (1958–) w *Podstawach → gerontologii społecznej* (2006, s. 41–44). Przekonanie o etapowości ludzkiej egzystencji znajdowało także wyraz w sztuce – na uwagę zasługuje twórczość żyjącego na przełomie XV i XVI wieku Hansa Baldunga (1484/1485–1545), zwanego Grienem, który temu wyobrażeniu poświęcił kilka dzieł. Tematem dwóch znanych obrazów pt. *Die drei Lebensalter des Weibes und der Tod* (1510) i *Die Lebensalter und der Tod* (1543) są trzy etapy życia kobiety. Natomiast *Die sieben Lebensalter des Weibes* (1544) przedstawia siedem postaci kobiecych – od małego dziecka do staruszki. Podobny wątek pojawi się również w początku XX wieku (zob. ilustr. 1), np. na obrazie Gustawa Klimta (1862–1918) pt. *Die drei Lebensalter der Frau* (1905), a w malarstwie polskim sięgnie do niego Zbylut Grzywacz (1939–2004) w tryptyku pt. *Kolejka (Siedem etapów w życiu kobiety)* z roku 1985. A zatem w zależności od medium posługiwano się odmiennymi rodzajami wyobrażeń, przykładowo → klasy wieku sugerujące upływ → czasu lub zmiany cielesne, by pokazać etapowość życia.

W sztuce i/lub w literaturze znajdujemy również takie przedstawienia ludzkiej egzystencji, w których wyraźnie dominuje symetria – w pracach plastycznych od XVI wieku popularny był temat „schodów życia" – problematykę tę omawia Korine Hazelzet (1949–) w pracy pt. *De levenstrap* (1994). „Schody te reprezentowały okresy życia człowieka, wyrażone w okrągłej liczbie lat; przeważnie suma wynosiła osiemdziesiąt lub sto, tak że szczyt bywał osiągany przez czterdziesto- lub pięćdziesięciolatka. Obraz był symetryczny. Czasem poszczególne stopnie zawierały inskrypcje z powiedzeniami albo dewocyjnymi rymowankami, niekiedy każdemu okresowi odpowiadało pewne zwierzę: dwudziestolatkowi i trzydziestolatkowi – orzeł i byk, pięćdziesięciolatkowi – lew i przebiegły lis, siedemdziesięciolatkowi – pies domowy, a osiemdziesięciolatkowi towarzyszył drzemiący przy kominku kot. Starość bywała również symbolizowana przez sowę, lecz częściej przez gęś albo osła" (zob. Draaisma, 2010, s. 24).

Stephen Jay Gould (1941–2002), uważał, że na nasze postrzeganie zjawisk ma niebagatelny wpływ istnienie kulturowo wypracowanych modeli. Ten nieżyjący już amerykański paleontolog, biolog, geolog i historyk nauki, odwołując się do przykładów dotyczących teorii ewolucji i historii życia na Ziemi, wyjaśnił, w jaki sposób metafory wizualne tworzone na potrzeby nauki „są tu raczej odzwierciedleniem preferencji społecznych i psychologicznych oczekiwań niż danych paleontologicznych czy teorii darwinowskiej" (Gould, 1996, s. 33). Wspomniane wcześniej wyobrażenia – starożytny pitagorejski obraz rośnięcia (przypisany młodości) i kurczenia się (przypisany starości) – oraz nowożytne przedstawienia schodów życia zostały w XIX wieku naukowo „usankcjonowane" dzięki pracom Herberta Spencera (1820–1903). W tekście *Ewolucja i dysolucja* autor zajmuje się między innymi przebiegiem obu procesów w organizmach zwierzęcych, przy czym wskazuje, że zawsze jest obecne napięcie pomiędzy integracją a dezintegracją: „W początkowych fazach tego cyklu dominuje integracja – jest to okres, który nazywamy wzrostem. W jego fazach środkowych następuje naprzemienna przewaga jednej nad drugą. Wreszcie w fazie końcowej postępująca dezintegracja kładzie tamę integracji i – po → śmierci – burzy to, czego ona poprzednio dokonała" (Spencer 1967, s. 109). Podział ludzkiego życia na stadia nie był równoznaczny z przekonaniem o symetrii, natomiast wizja Spencera wyraźnie sugeruje symetrię początkowej i końcowej fazy życia. Ponieważ można wyznaczyć regularności biologiczne skorelowane z wiekiem charakterystyczne dla początkowego etapu życia, pojawiła się pokusa wypracowania analogicznego modelu dla etapu końcowego. Wzmacniania jest ona dwoma wspomnianymi wyżej ciągami wyobrażeń – problemem jest jedynie przypisanie określonych zmian danemu przedziałowi czasowemu. W XIX stuleciu franc. lekarz dr Joseph-Henri Reveillé-Parise (1782–1852) przedstawił – uzupełniony ilustracją (1877, s. 19) – taki opis „Od pierwszych żywotnych zarysów, czyli pierwszej *zarodkowej komórki*, do ostatniego tchnienia starości, życie wzrasta, postępuje, schodzi potem na drogę schyłku i zupełnej ruiny; czyli, życie ludzkie ma dwa główne perjody, mianowicie perjod wzrostu i schyłku, co właśnie da się wyobrazić przez *linję krzywą* stanowiącą prawdziwą ideę, zupełną cechę życia". Kwestią wpływu myślenia potocznego na naukę zajęła się m.in. Jolanta Maćkiewicz (1953–). Badaczka zauważyła, że sięganie po kategorie i taksonomie wypracowane kulturowo może być świadomą działalnością naukową: „Ale niejednokrotnie potoczne wchodzi do naukowego ukradkiem, poza świadomością naukowców. Dotyczy to głębszych warstw systemów pojęciowych: strategii poznawczych, punktu widzenia, schematów wyobrażeniowych, pojęć metaforycznych. Także wtedy pośrednikiem jest język, a ściślej – to, co jest w języku ukryte: językowy obraz świata (Maćkiewicz, 2000, s. 111). Autorka zwraca również uwagę na to, że myślenie potoczne wpływa na naukowe sposoby porządkowania pojęć. Z tego powodu istnieje w nauce porządkowanie oparte na podobieństwie i analogii (ponadto autorka wymienia jeszcze „porządkowanie wynikające z przyległości w czasie i przestrzeni, porządkowanie oparte na kontraście oraz porządkowanie gradacyjne"). W próbach poszukiwania → progów starości tkwi właśnie – wynikająca z myślenia potocznego – tęsknota za analogią i symetrią. Starość – czego mają świadomość biolodzy – nie jest lustrzanym odbiciem dzieciństwa i młodości. Gdy zajmujemy się początkowymi latami życia człowieka, możemy odnaleźć pewne prawidłowości rozwojowe, które występują w korelacji z wiekiem, a im człowiek jest młodszy, tym krótsze są okresy, w których zachodzą istotne zmiany biologiczne. Stosunkowo łatwo można oznaczyć, czy procesy rozwojowe przebiegają odpowiednio, czy też z jakiegoś powodu zostały zaburzone, ponieważ wariantywna rozpiętość czasowa (dla zmian zachodzących prawidłowo) jest krótka. Dlatego też to, co nazywamy „dzieciństwem" ma (choć historycznie zmienne) w miarę określone ramy czasowe, co więcej – czas trwania tego etapu życia jest niezbyt elastyczny. Wydaje się, że każdy kolejny etap (bez względu na to, ile byśmy ich wyodrębnili) będzie się charakteryzował coraz większą elastycznością wynikającą z coraz mniej widocznej przekładalności na zmiany biologiczne. „Nadanie rangi terminu wyrazowi potocznemu na ogół wykorzystuje jego zwyczajowe znaczenie. Termin pozbywa się polisemiczności wyrazu, wyostrzając jakiś niuans znaczeniowy i zapoznaje inne. Wyrywając wyraz ze swojego językowego środowiska, nadaje mu jednoznaczność przez zdefiniowanie kontekstów, czyli wciągnięcie w odmienną niż w języku codziennej komunikacji teoretyczną sieć powiązań semantyczno-składniowych" (Termińska, 2009). W przypadku kategorii „starość" tak się chyba nie stało. Ponad pół wieku temu, semiolog franc. Roland Barthes (1915–1980) zaprezentował swoje rozumienie mitu codziennego. Badacz wskazał, że są pewne wyobrażenia i przekonania, w które ludzie wierzą i których nie próbują podawać w wątpliwość, ponieważ uważają je za „naturalne" (Barthes, 1970, s. 25–61). Kategoria „starość" to przypadek szczególny – jest jednocześnie nazbyt oczywi-

sta i niejasna. I z tym wiąże się pytanie: czy kategoria ta ma charakter etyczny? – jak w koncepcji Kennetha Lee Pike'a (1912–2000) – czy emiczny?, czy istnieje w językach naukowych innych kultur wraz z porównywalnym balastem skojarzeń i emocji? (zob. ilustr. 2). Należy przy tym uwzględnić następujące ustalenia: 1) średnia → długość życia (wieku) zmieniała się w poszczególnych okresach i do tej pory jest różna na poszczególnych kontynentach; 2) są populacje, w których żyje wielu ludzi długowiecznych; 3) średnia życia populacji i poszczególnych ludzi jest uzależniona od bardzo wielu czynników; 4) długość życia nie jest bezpośrednio skorelowana z → dobrostanem [psychicznym] i stanem → zdrowia człowieka (por. Daszykowska, b.r., – Internet: http://www. kul.pl/files…); 5) długiemu życiu (zarówno w sensie bezwzględnym, jak i względnym, tj. uzależnionym od długości życie w danej grupie) przypisuje się w różnych kulturach odmienną wartość, wartościowanie długiego życia uzależnione jest od dobrostanu ludzi długo żyjących; 6) zmiany długości życia populacji mogą skutkować zmianami w wartościowaniu długiego życia; oraz 7) w różnych kulturach wyznacza się ludziom starym (długowiecznym) odmienne role, które uzależnione są od ich stanu zdrowia, płci, względnego i bezwzględnego wieku oraz dotychczas zajmowanego miejsca.

….Istnieje niewątpliwie związek „starości" jako potocznej dzisiaj kategorii opisowej z ukształtowaną w starożytnej Grecji koncepcją człowieka. Wskazują na to m.in. badania Brunona Snella (1896–1986) – na ich podstawie można wnioskować, że istnieje znacząca różnica w pojmowaniu i opisywaniu człowieka – bohatera poematów homeryckich oraz człowieka – konstruktu filozofów. Nie chodzi tylko o to, że Homer (VIII w. p.n.e.) opisywał człowieka konkretnego, podczas gdy filozofowie w V stuleciu p.n.e. „wynaleźli" człowieka uniwersalnego. Odkrycie Snella (2000) dotyczyło pierwotnego postrzegania człowieka jako sumy członków ożywianych rozmaitymi mocami. W czasach homeryckich nie znano jeszcze koncepcji człowieka posiadającego ciało, ewentualnie duszę i ciało. Starogreckie określenie *soma* [*σώμα*] oznaczało jedynie zwłoki. Ważniejsze były członki: *gyia* [*γυια*] – członki poruszane przez stawy i *melea* [*μελεά*] – członki poruszane przez mięśnie. Grecy wierzyli, że członki ożywia specjalna moc, którą zwali *thymós* [*θυμός*]. Gdy człowieka opuścił *thymós* nie tracił on jeszcze życia, upośledzona zostawała jedynie jego sprawność motoryczna. Sprawność intelektualna uzależniona była od *noos* [*νοός*] – mocy wyobrażeń, która też mogła ulec osłabieniu, ale nie było to jednoznaczne ze śmiercią. Natomiast *psyche* [*ψυχή*] – duch, to nieokreślona bliżej moc, której brak zmieniał konkretnego człowieka w pozbawione życia ciało. *Psyche* stała się z czasem podstawą dualistycznej koncepcji człowieka, spychając w zapomnienie *thymos* i *noos*. Zwłaszcza *noos*, moc, która w okresie przedpiśmiennym uczyniła z → długowieczności [ludzkiej] wartość, stała się od czasów rewolucji platońskiej śladem porażki, jaką → pamięć indywidualna poniosła w walce ze zbiorową pamięcią pisma. A nie jest wykluczone, że właśnie Grecja archaiczna stworzyła prototypy kategorialne, pozwalające z czasem na stworzenie ogólnej idei starości jako okresu, w którym stopniowo opuszczają człowieka określone moce. Ich utrata może się oczywiście pojawić w każdym wieku, ale z upływem czasu wydaje się nieodwołalna (ilustr. 3). Jednak biologiczna indywidualizacja naszych organizmów sprawia, że niezwykle trudno jest w kategoriach socjologicznych określić zarówno → próg starości, jak i kres życia.

AGO

B: Barthes, 1970; Buchowski, 1987; Dąbrowska, Anusiewicz, 2000; Draaisma, 2010; Gennep van, 2006; Gould, 1996; Hazelzet, 1994; Kwiatkowska, Borysławski, 2010; Maćkiewicz, 2000; Minois, 1995; Pike, 1967: Reveillé-Parise, 1877; Snell, 2000; Spencer, 1967; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006.

N: Daszykowska, b.r., – Internet: http://www. kul.pl/files…

O: kultura wizualna starości, medialny obraz starości i osób starszych, społeczny obraz starości, starość w kulturze współczesnej, subkultura starości, symbolika starości, stereotypy starzenia się, starości i ludzi starych.

TK: ang. *the cultural construction of old age*, fr. *la construction culturelle de la vieillesse*, hiszp. *construcción cultural de la vejez*, niem. *kulturellen Konstruktion des Alters*, ros. *старость как культурное изображение*.

starość sędziwa (starość zaawansowana)

– określenie wprowadzone przez fizjologa niemieckiego Maksa → Rubnera na oznaczenie późnej → starości, rozpoczynającej się po przekroczeniu 70. roku życia. Współcześnie granicę starości sędziwej przesunięto powyżej 80. lub 85. r.ż. Amer. psycholog Berenice → Neugarten wprowadziła kategorię → „sędziwi starcy" na oznaczenie osób w wieku 85 lat lub starszych, których większość wykazuje znaczne ograniczenie sprawności psychofizycznej oraz ma większą potrzebę korzystania z pomocy innych osób, np. → rodziny, sąsiadów czy instytucji opiekuńczych. W tym okresie → życia zmniejsza się ich przydatność zawodowa oraz

obniża się ekonomiczny standard bytowania. Starość zaawansowana jest zatem ostatnim z podokresów fazy starości, określanym również jako wiek sędziwy, „długie życie" (ang. *long life*), → długowieczność [ludzka]. Próg starości sędziwej określa się umownie na 80., 90. lub 100. r. ż., jednak najczęściej przyjmuje się za początek starości sędziwej wiek 90 lat (zob. fot. 1). Osoby będące w okresie starości zaawansowanej są bardzo zróżnicowaną grupą, zarówno pod względem cech społeczno-demograficznych (wieku, płci, wykształcenia itp.), jak i stanu → zdrowia lub → sprawności fizycznej i psychicznej. Zazwyczaj wymagają one jednak znacznej pomocy nie tylko w zaspokajaniu swoich potrzeb, ale i → wsparcia społecznego ze strony najbliższych (Leszczyńska-Rejchert, 2005).

AL-R, AAZ

B: Leszczyńska-Rejchert, 2005.

O: „sędziwi starcy", starość, wiek podeszły.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Margaret…

S: bardzo sędziwy wiek, „głęboka starość", późny okres starości, późna starość.

TK: ang. *advanced old age*/*extreme old age*, fr. *vieillesse extrême*/*l' extreme vieillesse*/*vieillesse avancé*/*la grande vieillesse*, hiszp. *edad avanzada*/*vejez avanzada*, niem. *Greisenalter*, ros. *глубокая старость*.

starość zaawansowana → starość sędziwa

starość w baśniach, bajkach i legendach

Wspólnymi elementami bajek, baśni i legend są wątki ludowe, forma ustnej opowieści i/lub opowiadania, atmosfera cudowności i niezwykłości oraz zawarta w nich nauka moralna. Istotą każdej bajki lub baśni jest jej wieloznaczność, a więc to, że każdy słuchacz lub czytelnik może odnaleźć inny jej morał czy zakończenie. Już w *Baśniach z 1001 nocy* (X wiek) spotykamy postać uprzykrzonego starca narzucającego się Sindbadowi Żeglarzowi; motyw ten później na nowo ukazał Bolesław Leśmian (1877–1937) w *Przygodach Sindbada Żeglarza* (1913). W wielu baśniach Hansa Christiana Andersena (1805–1875) pojawia się stary człowiek – mędrzec, który wskazuje młodszym drogę i kieruje do celu. W baśni *Królowa śniegu* Gerda spotyka starą kobietę, która uzmysławia jej, że ma w sobie siłę pozwalającą odnaleźć i uwolnić Kaja, zarazem stara Finka staje się dla młodej dziewczyny przewodniczką w drodze do odnalezienia w sobie pokładów kobiecej mądrości i mocy, uczy Gerdę, że z wrażliwości, otwartości na otaczający świat oraz właściwego korzystania ze zmysłów może uczynić broń pozwalającą pokonać złą królową.

Do pradawnych i wyjątkowo trwałych alegorii należą bajki Ezopa (VI w. p.n.e.), które – pod postacią zwierząt – ukazują ludzkie zalety, ale i przywary, przedstawiając często los starego człowieka. Właśnie u Ezopa obecny jest wątek starego, poniewieranego konia, który odnajdujemy później w nagrobku *Starego szkapy* Szymona Szymonowica (1558–1629) bądź w utworze: *Końska starość* w *Moraliach* Wacława Potockiego (1621–1696). Podobny wątek – starego, wiernego psa, zwykle charta, który nie może już polować – znajdujemy w bajce Ignacego Krasickiego (1735–1801) *Stary pies i stary sługa*. Dobro i mądrość → starości symbolizuje również stary pies w najnowszym spektaklu dla dzieci Joanny Gerigk pt. *Dobrze, że jesteś* (2016). Motyw starego wołu, który zdechł przeciążony pracą, pojawia się m.in. w *Adagiach* Erazma z Rotterdamu (1469–1536), we wspomnianych *Moraliach* Potockiego, w nagrobku *Wołu robotnego* Szymonowica. Pisarz, publicysta i krytyk literacki, Józef Ignacy Kraszewski (1812–1887) jest autorem *Starej baśni* (1878) z obecnym motywem starości, oraz najbardziej znanej bajki polskiej: „Był sobie dziad i baba,/bardzo starzy oboje […]", mówiącej o starości i → śmierci. Wątek śmierci, która stoi i puka, obecny był znacznie wcześniej w arabskich przypowieściach moralizatorskich Kalila i Dimna, w przypowieści *O starcu chcącym odsunąć śmierć* Laurentego Abstemiusa (XV wiek) i w bajce *Śmierć i starzec* Jana Stanisława Jabłonowskiego (1669–1731). Motyw → starzenia się i śmierci odnaleźć można również we współczesnej literaturze, adresowanej nie tylko do dzieci, jak np. w wyjątkowej urody opowieści: *Żegnaj, dziadku, powiedziałem cicho* (1977) Elfie Donnelly (1950–) czy w pięknym traktacie o miłości, śmierci i zgodzie na to, co nieuniknione: *Oskar i pani Róża* (2002) francuskiego filozofa i dramaturga Erica-Emmanuela Schmitta (1960–). Z kolei rozdzielenie generacyjne można odszukać w takich bajkach polskich, jak: *Młody i stary* Franciszka Salezego Dmochowskiego (1801–1871), bajka ukazująca dialog młodzika ze starym – „zdrętwiałym wiekiem", *Mysz młoda i kot stary* Alberta Miera (ok. 1757–1831), bajka kończąca się jakże realistycznym morałem „Młodość płocha, łatwowierna,/Starość jest niemiłosierna", w bajce dla dorosłych dzieci *Pielgrzym* Juliana Wieniawskiego (1834–1912), opowiadającej o tym, jak „szedł człowiek krzepki, wiekiem styrany", czy w urzekającej sztuce dla dzieci pt. *Dziadki, dziatki* (2015, fot. 1) Elżbiety Chowaniec (1982–). Przemianę na sta-

re lata odnajdziemy w *Legendzie o diabełku Węgliszku* (fot. 2), który na starość zamieszkał przy bramie klasztoru karmelitów w Bydgoszczy, coraz bardziej pokorniał aż wreszcie stał się domowym diabełkiem, czy we współczesnych bajkach dla dzieci Lucyny Legut (1926–2011) pt. *Piotrek zgubił dziadka oko, a Jasiek chce dożyć spokojnej starości* (2000).

Każda bajka, baśń czy legenda jest wieloznaczna – stąd trudności interpretacyjne. Taki charakter ma np. bajka braci Grimm – Jacoba Ludwiga Karla (1785–1863) i Wilhelma Karla (1786–1859) – pt. *Czterej muzykanci z Bremy* (1819). W losach bohaterów można dostrzec podobieństwo do sytuacji ludzi starych, którzy we wcześniejszych okresach życia nie byli twórczy i dopiero w wieku podeszłym odkryli w sobie powołanie do zajmowania się sztuką, a ich twórczość może być postrzegania jako forma autoterapii, samopocieszenia bądź jako środek podnoszący poczucie własnej wartości. Zdaniem Wity Szulc i Ilse Wolfram (2005) „sytuację zwierząt-bohaterów bajki można porównać do sytuacji ludzi starych, których dzieci chcą się pozbyć i umieszczają ich w domach starców".

Kongijski aktor Abdon Fortuné Koumbha (1971–) utworzył w Brazzaville stowarzyszenie bajarzy, którego członkowie nie tylko opowiadają baśnie „odchodzącej → generacji", ale również rejestrują w wioskach tradycyjne baśnie, przysłowia, zagadki oraz filmują starych bajarzy, wychodząc z przekonania, że to wszystko ginie za sprawą cywilizacji i jedyne, co można zrobić, to zapamiętać to i/lub utrwalić.

AAZ

B: Szulc, Wolfram, 2005.

N: http://www.teatrkubus.pl…; http://www.visitbydgoszcz.pl…

O: starość, starość w kulturze współczesnej, starość w mitologii, starość w poezji, starość w literaturze pięknej, starość w sztuce.

TK: ang. *old age in tales, fables and legends*, fr. *la vieillesse dans les contes, fables et légendes*, hiszp. *la vejez en los cuentos, fábulas y leyendas*, niem. *Alter in Märchen, Fabeln und Legenden*, ros. *сказки, байки и легенды а старость*.

starość w Biblii

Biblia ceni → starość, która oznacza długie → życie, oraz często do niej nawiązuje. Biblijne nazewnictwo starości jest bogate i różnorodne. Jednak między Starym a Nowym Testamentem widać wyraźne dysproporcje we wzmiankach o starości. *Stary Testament* (ST) powstawał bowiem przez wiele setek lat, natomiast księgi *Nowego Testamentu* (NT) zostały napisane w ciągu kilkudziesięciu lat, czyli w okresie życia dwóch pokoleń. Zapewne dlatego pouczenia dotyczące osób starszych pojawiają się w najpóźniejszych pismach NT, gdy wiara w Jezusa Chrystusa umocniła się i okrzepła, a pierwsze pokolenie wierzących weszło w etap → starzenia się i starości. Biblijne nazewnictwo starości jest bogate i różnorodne. *Biblia Hebrajska* używa 24 terminów i obrazowych określeń starzenia się i starości, a *Biblia Grecka* jeszcze więcej – bo 29. Nawiązują do obserwacji i skojarzeń związanych z podeszłym wiekiem: „siwizna" (Rdz 15,15; 25,8; Sdz 8,32; 1Krn 19,28, zob. *Pismo Święte…*, 2013), „syty życia" (Rdz 25,8), „białe włosy" (Rdz 42,38), „broda" (Rdz 43,27) „stary" (Hi 12,12) czy „posunięty w latach" (Hi 21,7). Starość przedstawia się jako Bożą odpowiedź na ludzkie pragnienie długiego życia i tęsknoty za nieśmiertelnością, a także wielki dar od Boga i nagrodę za dobre życie.

Najbardziej zagadkowe wzmianki o → długowieczności [ludzkiej] pojawiają się w pierwszych jedenastu rozdziałach Księgi Rodzaju, znanych jako „Dzieje początków". Adam, praojciec ludzkości, przeżył 930 lat, jego syn Set 912 lat, a wnuk Enosz 905 lat (Rdz 5,3–11). Życie ich potomków też trwało bardzo długo, aczkolwiek systematycznie się skracało (5,12-27). Lamek, ojciec Noego, żył 777 lat (5,28–31), lecz Noe przeżył lat 950 (9,29). W opowiadaniu o potopie oraz ocaleniu Noego i jego rodziny są słowa Boga: „Nie może pozostawać duch mój w człowieku na zawsze, gdyż człowiek jest istotą cielesną; niechaj więc żyje tylko sto dwadzieścia lat" (Rdz 6,3). Od wieków trwają dyskusje dotyczące znaczenia tych liczb. Jedno nie ulega wątpliwości: → życie wszystkich wymienionych postaci przypadło na okres przed potopem i taka długowieczność nigdy się nie powtórzyła. Znamienne też, że nie ma ona związku ze starością, o której się w ogóle nie wspomina, nie wiadomo bowiem, kiedy miałaby się zaczynać i ile lat trwa, co wskazuje, że znaczenie długowieczności postaci wymienionych w Rdz 1–11 jest symboliczne.

Dopiero w opowiadaniach o patriarchach, czyli Abrahamie, Izaaku (zob. ilustr. 1) i Jakubie, oraz matriarchiniach Izraela, czyli żonach patriarchów – Sarze, Rebece, Lei i Racheli (Rdz 12–50), pojawiają się wyraźne nawiązania do starości. Abraham „zmarł w późnej, lecz szczęśliwej starości, syty życia i połączył się ze swoimi przodkami" (25,8). Wyrażają się tu cztery aspekty biblijnego spojrzenia na starość: 1) życie dłuższe niż wielu innych ludzi, którego człowiek pragnie; 2) starość nabiera pełnego sensu, gdy jest szczęśliwa, co zakłada dobre samopoczucie i radość z dobrze przeżytego życia; 3) w starości człowiek coraz bardziej akceptuje zbliżanie się → śmierci; 4) przymio-

tem starości jest rosnąca tęsknota za spotkaniem z najbliższymi, którzy nas poprzedzili w drodze do Boga. Szczęśliwa starość stanowi zwieńczenie dobrego życia. Trzeba na nią jednak solidnie „zapracować", nie tylko i nie tyle w wymiarze materialnym, ile duchowym i moralnym. Starzec uznaje, że dojrzał, by bez żalu rozstać się z tym życiem, co wymaga sumiennego uregulowania ważnych spraw i zobowiązań oraz wyzbycia się przywiązania do wszystkiego, co zamyka się w obrębie doczesności.

Abraham, patriarcha Izraela, żył 175 lat (25,7–8), Izaak – 180 lat (35,28–29), a Józef, syn Jakuba – 110 lat (50,26). Długowieczny był również Mojżesz, który dożył 120 lat, „a wzrok jego nie był przyćmiony i siły go nie opuściły" (Pwt 34,7), a także Jozue, następca Mojżesza, który żył 110 lat (Joz 24,29). Odtąd wiek życia biblijnych bohaterów wiary jest krótszy i zgodny z realiami. Rzadziej mówi się o długowieczności kobiet. Oprócz matriarchiń wyraźna wzmianka o wieku dotyczy mężnej Judyty, która „była bardzo podeszła w latach i dożyła w domu swego męża stu pięciu lat" (Jdt 16,23). Starotestamentowy psalmista wyraża przekonanie, które w gruncie rzeczy pozostaje nadal aktualne: „Czas naszych dni – to lat siedemdziesiąt,/ lub, gdy jesteśmy mocni, osiemdziesiąt" (Ps 90,10). Mądrość Syracha wyznacza tę granicę nieco inaczej, sytuując ją jednak w kontekście wieczności: „Liczba dni człowieka –/jeśli wiek jego jest długi – dosięga stu lat. /Jak kropla wody zaczerpnięta z morza lub ziarnko piasku,/jest tych trochę lat wobec dni wieczności" (Syr 18,9–10).

Wśród biblijnych nawiązań do starości nie ma takich, które ustalają jej początek. Zapewne w starożytności przejście od dorosłości do → wieku podeszłego dokonywało się równie niezauważalnie, jak w naszych czasach. Ponieważ znacznie wcześniej zawierano małżeństwa i zakładano → rodziny, zatem nie pozostawało to bez wpływu na postrzeganie i ustalanie przejścia od jednego etapu życia do następnego. Kilka tekstów o charakterze prawodawczym pozwala wnosić, że → początek (próg) starości wyznaczano po 50. (Lb 4,2–3; 8,24–26) lub 60. (Kpł 27,1– 8) roku życia

Biblia przedstawia dwa przeciwstawne aspekty starości: z jednej strony bogactwo życiowego doświadczenia i poczucie spełnienia, a z drugiej utrapienia i trudy związane z podeszłym wiekiem. Wiele miejsce zajmuje uwypuklenie wielkości i piękna podeszłego wieku. „Długie dni", czyli długie lata życia (Ps 21,5; 91,6), jako spełnienie naturalnego pragnienia człowieka, nawet jeżeli jest trudne i naznaczone przeciwnościami, to ideał, którego trzeba pragnąc dla siebie oraz życzyć innym (Ps 61,7; 92,13–14; Koh 11,8; 3 J 2)). Nie jest to jednak bezwarunkowe. Salomon, modląc się do Boga, prosił o „rozumne serce" i został pochwalony, że nie poprosił o dobra, które najczęściej pojawiają się w modlitwach wyznawców, czyli długowieczność, bogactwo, sława lub śmierć wrogów (1Krl 3,11–12; 2Krn 1,11–12). Starości dożyją ci, którzy okazują cześć Bogu (Pwt 4,4; 32,47; 1Krl 3,14; Prz 3,1-2; 10,27; Ps 91,16) i boją się Boga (Prz 10,27; Iz 38,2–5; 65,18–21), poważają i szanują swoich rodziców i osoby starsze (Wj 20,12; Pwt 5,16), prawi i czystego serca (Ps 34,12–14; 91,1–10; Syr 3,12–13) oraz roztropni i mądrzy (Prz 3,16; 9,11).

Bezcennym dobrem jest → zdrowie. O Mojżeszu mówi się, że do końca swoich dni pozostał zdrowy na duchu i ciele, bo „siły go nie opuściły" (Pwt 34,7). Kaleb, pomocnik Mojżesza, mówi o sobie, że chociaż liczy 85 lat, to „jeszcze dziś jestem silny jak w owym dniu, kiedy mnie Mojżesz wysłał [do Kannanu]. Jak dawniej, tak i dzisiaj mam tę samą siłę, aby walczyć" (Joz 14,1–11). Księga Syracha mówi: „Zdrowie i siła lepsze niż wszystko złoto,/a mocne ciało niż niezmierny majątek./Nie ma większego bogactwa nad zdrowie ciała,/a dobrobyt nie przewyższa radości serca./Lepsza jest śmierć niż przykre życie/i lepszy wieczny odpoczynek niż długotrwała → choroba" (Syr 30,15–17).

W tej samej księdze mamy też pochwałę czerstwej starości Kaleba: „Pan dał Kalebowi siły,/które aż do starości mu pozostały,/tak iż wszedł na góry kraju,/gdzie jego potomstwo otrzymało dziedzictwo,/aby widzieli wszyscy synowie Izraela,/że dobrze jest iść za Panem" (46,9–10).

Warunkiem szczęśliwej starości jest też szacunek otoczenia, przede wszystkim rodziny i najbliższych. Dzieci, także dorosłe, miały obowiązek bezwzględnego szacunku względem swoich rodziców: „Synu, wspomagaj swego ojca w starości,/nie zasmucaj go w jego życiu./A jeśliby nawet rozum stracił, miej wyrozumiałość,/nie pogardzaj nim, choć jesteś w pełni sił" (Syr 3,12-13). Szczęśliwej starości bardzo sprzyja bezpieczeństwo i pomyślność materialna. Skoro zamożność stanowi dar Boży i przejaw Bożego błogosławieństwa (Ps 23,1; 34,10), zatem długie życie posiada większą wartość i jest źródłem głębokiej satysfakcji, gdy starzec nie musi martwić się o zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych, ma bowiem wystarczający majątek, który je zaspokoi (Rdz 24,35; 49,11–12; 1Krn 29,28; Tb 14,2; Prz 22,7). Powinien być zdobyty uczciwie i rzetelnie, gdyż bogactwo zdobyte wbrew Bożym przykazaniom jest niegodziwe i niebezpieczne (Prz 21,6; 23,4–5; Iz 2,7–8; Oz 12,9). Biblia trak-

tuje bogactwo jako dobre (Syr 13,24; 1Krn 29,26–28), gdy jest rezultatem gospodarności i oszczędzania (Prz 2,17), zapobiegliwości i roztropności (10,4; 20,13), odwagi (11,16), realizmu (12,11) i przedsiębiorczości (24,4). Istotnym warunkiem szczęśliwej starości jest także posiadanie potomstwa. Chodzi nie tylko o synów i córki, którzy stanowią dar Boga (Ps 127,3–5), szczególnie cenny, gdy przychodzi w podeszłym wieku. Księga Rodzaju mówi, że Jakub „miłował Józefa najbardziej ze wszystkich swych synów, jako urodzonego w podeszłych jego latach" (Rdz 37,3; 44,20). Lecz to wnukowie dostarczają starcom szczególnej radości (Rdz 50,22-23). Psalm 128, w którym został nakreślony piękny obraz rodzinnego szczęścia ludzi dobrych, kończy się życzeniem: „Obyś oglądał dzieci twoich synów" (Ps128,6). Godziwe i szlachetne jest pragnienie potomstwa, respektuje bowiem Boże przykazanie płodności (Rdz 1,28). Abraham, zbliżając się do kresu swego życia, boleśnie przeżywał brak potomka zrodzonego z Sary, jego żony (Rdz 15,1–5). Analogiczny przykład stanowi Anna, żona kapłana Helego, której modlitwa też została wysłuchana (1Sm 1,1–20). Zapowiedź radości starców cieszących się wnukami wchodzi w skład jednej z obietnic mesjańskich: „Tak mówi Pan Zastępów:/»I znowu staruszkowie i staruszki zasiądą na placach Jeruzalem,/Wszyscy z laskami w ręku z powodu podeszłego wieku./I zaroją się place miasta od bawiących się tam chłopców i dziewcząt«" (Za 8,4–5).

Przymiotem starości powinien być realizm. Nie zawsze udaje się zrealizować wszystkie życiowe plany, a więc należy umiejętnie i pokornie ustąpić miejsca innym, młodszym. Gdy Mojżesz po długiej wędrówce przez pustynię, zwątpił na skutek braku wody (Lb 20,1–11), usłyszał, że to nie on wprowadzi Izraelitów do Ziemi Obiecanej (20,12–13). Jego następca, Jozue, dokończył dzieła wyprowadzenia z Egiptu, lecz i on usłyszał: „Jesteś stary, w podeszłym wieku, a pozostał jeszcze znaczny kraj do zdobycia" (Joz 13,1). Ta świadomość towarzyszyła mu, gdy podział kraju między dwanaście plemion izraelskich stał się faktem. Zwołał lud, starszyznę oraz zwierzchników i przemówił do nich: „Ja zestarzałem się i posunąłem się w latach, a wy widzieliście wszystko, co Pan, Bóg wasz, uczynił na oczach wszystkich tym ludom, ponieważ Pan, Bóg wasz, sam walczył za was" (Joz 23,2-3). Miarę wiary i dojrzałości stanowi niewyolbrzymianie własnych zasług i dokonań, lecz wdzięczność wobec Boga. Ludzie są narzędziami wypełniania Jego woli, a im dłuższe życie tym więcej powodów do pokornej wdzięczności.

Najcenniejszy skarb starości to mądrość, czyli sztuka dobrego życia, umiejętność dokonywania właściwych wyborów oraz udzielania dobrych rad. Nawet jeżeli nie są wysłuchiwane, stanowią ostrzeżenie dla następnych pokoleń (1Krl 12,8–11). Ta mądrość płynie z długiego doświadczenia życiowego, które skłania do refleksji (Prz 6,60), wyciągania wniosków z kontaktów z ludźmi (13,20) oraz otwierania się na rady innych i ich udzielania (8,33; 9,9; 19,20; 21,11; 25,3–6). Psalmista, powołując się na własne doświadczenie, powiedział: „Byłem dzieckiem i jestem już starcem,/a nie widziałem sprawiedliwego w opuszczeniu/ani potomstwa jego, by o chleb żebrało" (Ps 37,25).

Zaletą starości jest umiejętność rozpoznania i zachowania tego, co dobre z przeszłości, oraz uczciwej oceny tego, co było złe. Starcy wnoszą wielki wkład w kształtowanie pamięci i tradycji, z którego powinni korzystać młodzi (Hi 8,8–10). W hymnie Mojżesza, wygłoszonym przed jego śmiercią, znajduje się zachęta: „Rozważajcie lata poprzednich pokoleń./Zapytaj ojca, by ci oznajmił,/i twoich starców niech ci powiedzą" (Pwt 32,7).

Przejawy → mądrości [życiowej] osób starszych to trwanie przy Bogu od młodości (Syr 11,20; 6,18–37), skrucha za występki popełnione w młodości (Ps 25,7), dzielenie się mądrością z młodszymi (Mdr 7,13). Ta umiejętność jest wysoko ceniona w Starym i Nowym Testamencie. Mądrość Syracha przedstawia ją jako jeden z istotnych przymiotów starości: „Jakże przystoi osąd siwym włosom,/a starszym umieć doradzać!/Jakże starcom przystoi mądrość,/a szanowanym – rozeznanie i rada./Wieńcem starców jest wielkie doświadczenie,/a chlubą ich bojaźń Pańska" (Syr 25,4–6).

Z kolei w Liście do Tytusa znalazły się ważne rady dla starszych kobiet, które „winny być w zewnętrznym ułożeniu jak najskromniejsze, powinny unikać plotek i oszczerstw, nie upijać się winem, a uczyć innych dobrego. Niech pouczają młode kobiety, jak mają kochać mężów, dzieci, jak mają być rozumne, czyste, gospodarne, dobre, poddane swym mężom – aby nie bluźniono słowu Bożemu" (Tt 2,3–5).

Księga Przysłów traktuje starość jako „koronę" człowieka sprawiedliwego. „Bojaźń Pańska dni pomnaża, skrócone są lata bezbożnych" (Prz 10,27). Pobożność i wierność Bogu wiodąc ku szczęśliwej starości, chronią człowieka przed popełnianiem zła i głupotą, która go wyniszcza i mu szkodzi. Bezbożność skraca życie, ponieważ odbiera mu właściwy sens, wystawiając człowieka na dotkliwą pustkę i samotność. Kojarząc starość z siwizną, wskazuje się na wymianę pokolenio-

wą jako istotny wymiar podeszłego wieku: „Koroną starców synowie synów, a chlubą synów ojcowie" (Prz 17,6). Starość przynosi zwieńczenie bogatych doświadczeń życiowych, zatem jest kojarzona z mądrością i odpowiedzialnością. Biblia wiele razy opowiada o starcach stojących na czele społeczności, sprawujących sądy oraz udzielających innym dobrych rad i pouczeń. Są wzorcami dla młodzieży, a jako świadkowie i strażnicy tradycji zasługują na uznanie i szacunek otoczenia (Kpł 19,32; Syr 25,4; 1 Tm 5,1–2).

Ceniąc i chwaląc starość, Biblia jej nie idealizuje. Skutkiem procesu starzenia się i starości są trwałe zmiany biologiczne, a więc problemy z chodzeniem i utrzymaniem równowagi (Pwt 31,2; 1Sm 4,18; 2Krn 16,12; Tb 11,10; Syr 25,20), osłabienie sił życiowych i zmysłów (Rdz 27,1; 48,10; 2Sm 19,35–36; Hi 17,6–7), spadek ciepłoty ciała (1Krl 1,1), zaburzenia w sferze sprawności seksualnej (Rdz 18,11–12; 1Krl 1,4; Rt 1,11–13; Hbr 11,11) i kłopoty z trawieniem (1Tm 5,23). W sferze psychicznej dokonuje się stopniowa izolacja od otoczenia i frustracja wynikła z poczucia bezużyteczności (Rdz 42,38; 2Sm 19,32–40; Tb 3,6; Syr 41,2), spadek możliwości władz umysłowych (Hi 12,20; Ko 4,13; Syr 3,13), oznaki → otępienia (moralnego) (Mdr 4,16) oraz narastający → lęk przed (zbliżającą się) śmiercią, na który *Mądrość Syracha* daje taką radę: „Nie bój się wyroku śmierci,/pamiętaj o tych, co przed tobą byli i będą po tobie./Taki jest wyrok wydany przez Pana na wszelkie ciało:/i po co się sprzeciwiasz upodobaniu Najwyższego?" (Syr 41,3–4).

Zmianom biologicznym i psychicznym towarzyszą zmiany w dziedzinie społecznej, czyli dotkliwie odczuwany brak uznania i szacunku (Pwt 28,49–50; Ps 71,10–11; Mdr 2,10; Iz 3,5), poczucie niewdzięczności bliskich i krzywdy (Prz 19,26; 20,20; 28,24; Syr 33,20–24; Mi 2,13–17, 1Krl 11,4–5), skazanie na łaskę i niełaskę otoczenia (1Krl 1,1-4), uciążliwości wdowieństwa (Syr 35,25; Ba 4,12; 6,37), a wskutek tego narastanie przekonania, że starego człowieka opuszczają nie tylko ludzie, lecz i Bóg (Ps 71,9; Iz 46,3–4).

Rozmaite utrapienia podeszłego wieku, fizyczne i duchowe, trafnie i obrazowo wylicza się w tekście Księgi Koheleta, znanym jako poemat o starości (12,1–8). Zawarte tam pouczenia są skierowane do młodych, by wiedzieli, czego się mogą się spodziewać, jeżeli doczekają sędziwego wieku: „Pomnij jednak na Stwórcę swego w dniach swej młodości,/zanim jeszcze nadejdą dni niedoli i przyjdą lata, o których powiesz:/»Nie mam w nich upodobania«" (Ko 12,1). Alegoryczny opis starości świadczy, że jej właściwością jest podupadanie i utrata sił witalnych oraz postępujące zniedołężnienie. Aczkolwiek od starożytności medycyna poczyniła ogromne postępy i wiele chorób oraz dolegliwości zdołała skutecznie pokonać, albo przynajmniej zmniejszyć, jednak utrapienia starości wyliczone w tym poemacie nie straciły nic na aktualności.

Duża liczba lat życia nie jest jedynym, ani najważniejszym, probierzem spojrzenia na starość i jej oceny. Biblia wskazuje również na wady i grzechy starości, jak pobłażliwość dla występków i zła (1Sm 2,29; 3,13), nadmiernie rozbudzona i nieopanowana zmysłowość (Rdz 19,4–5; 35,15–18; Syr 25,2; 1Tm 5,6), oziębłość religijna (1Krl 11,4–8), nieposkromiony język (1Krl 13,11–34; Syr 42,8; 1Tm 4,7; 5,13) i lekceważące traktowanie młodych (1Tm 4,12).

Osoby w podeszłym wieku mogą żywić nadmierne ambicje, mnożyć pretensje i wymagania, ferować krzywdzące wyroki i przyczyniać się do narastania konfliktu pokoleń. Starcy mają tendencję do monopolizowania prawdy i podpierania swoich poglądów podeszłym wiekiem, ale nie są jedynym, ani najważniejszym źródłem mądrości. Odpowiadając swoim przyjaciołom, cierpiący Hiob pyta: „U starców tylko byłaby mądrość,/a rozum u wiekiem podeszłych?/U Niego [Boga] jest mądrość i potęga,/On ma radę i rozum" (Hi 12,12–13).

Księga Mądrości Syracha zawiera wymowne, mające charakter obyczajowy, pouczenie dla starców dotyczące zachowania podczas biesiadowania z młodymi: „Przemów, starcze, to bowiem przystoi,/jednak z dokładnym wyczuciem, abyś nie przeszkadzał muzyce./A kiedy jej słuchają, nie rozwódź się mową/ani nie okazuj swej mądrości w niestosownym czasie!" (Syr 32,3–4).

Wśród innych pouczeń w tej samej księdze znajdujemy to, by nie zaniechać upomnienia „zgrzybiałego starca, gdy prowadzi spór z młodymi" (Syr 42,8). Niektórym starcom grozi bowiem niebezpieczeństwo, że dufnie polegając wyłącznie na sobie i trwając w uporze, zamykają się na wszystko, co przychodzi z zewnątrz, również na prawdę i nowości (Mk 2,21–22). Dosadne potępienia zostały skierowane wobec rozpustnych starców, których wyuzdanie stanowi kontynuację zepsucia zapoczątkowanego w młodości: „Trzech rodzajów [ludzi] nienawidzi moja dusza,/a [sposób] ich życia szczególnie mnie gniewa:/żebraka pysznego, bogacza kłamcy/oraz starca cudzołożnego, odartego z rozumu./Jeśli w młodości nie nazbierałeś,/jakim sposobem znajdziesz [coś] na starość?" (Syr 25,2–3).

Przykład zepsucia godnego mocnego napiętnowania i surowego ukarania stanowią dwaj starcy z opowia-

dania o Zuzannie (zob. ilustr. 2). Nieokiełznane żądze popchnęły ich do najgorszego zła, którego skutkiem mogła być śmierć niewinnej dziewczyny (Dn 13). Lecz i kobiety w podeszłym wieku, gdy ich sposób życia nie odzwierciedla należytej troski o swój stan duchowy i moralny, też są przedmiotem napomnienia, gdyż „matka w niesławie jest ujmą dla dzieci" (Syr 3,11).

Wzgląd na naturę starości uzasadnia spojrzenie, które dominuje w pięknym Psalmie 71[70], stanowiącym prośbę o szczęśliwą starość. Ta prośba towarzyszyła psalmiście od młodości: „Ty bowiem, mój Boże, jesteś moją nadzieją,/Panie ufności moja od moich lat młodych!/Ty byłeś moją podporą od narodzin;/od łona matki moim opiekunem" (Ps 71[70],5–6).

Z ufną prośbą idzie w parze świadomość, że Bóg, który zawsze towarzyszył swemu wyznawcy, nie opuści go w godzinie największej próby, jaką jest → umieranie i śmierć: „Nie odtrącaj mnie w czasie starości;/gdy siły ustaną, nie opuszczaj mnie" (Ps 71[70],9).

Te myśli, potwierdzające silne związki i zależności między zaufaniem Bogu od dzieciństwa i młodości oraz zdaniem się na Boga w starości, powracają dalej: „Boże, Ty mnie uczyłeś od mojej młodości,/i do tej chwili głoszę Twoje cuda./Lecz i w starości, i w wieku sędziwym/nie opuszczaj mnie Boże,/gdy [moc] Twego ramienia głosić będę,/całemu przyszłemu pokoleniu – Twą potęgę,/i sprawiedliwość Twą, Boże, sięgającą niebios,/którą tak wielkich dzieł dokonałeś;/o Boże, któż jest równy Tobie?" (Ps, 71[70],17–19).

Starość to czas, gdy dojrzała wiara i pobożność powinny wydawać swoje owoce. Należą do nich: wysławianie Boga za Jego życiodajną obecność w dziejach świata i człowieka, obwieszczanie Bożej potęgi i sprawiedliwości oraz głoszenie jedynego Boga wbrew pokusom bałwochwalstwa oraz przesądom i zabobonom, którym ulega wielu ludzi.

Starość, ukazywana jako ideał, nie jest celem w sobie. Nie chodzi wyłącznie o to, aby życie było długie, lecz również dobre, spokojne i dostatnie. Najważniejsze warunki szczęśliwej starości to: bliskość Boga, czerstwe zdrowie, szacunek otoczenia, pomyślność materialna oraz potomstwo. W Starym Testamencie przykładem bogobojnego starca jest Mojżesz (zob. ilustr. 3), „sługa Boga" i Jozue, „sługa Mojżesza" oraz Tobiasz, który wielbił Boga i oddawał hołd majestatowi Bożemu" (Tb 14,2). W Nowym Testamencie to Zachariasz i Elżbieta, „sprawiedliwi wobec Boga i postępowali nienagannie wobec wszystkich przykazań i przepisów Pańskich" (Łk 1,6) oraz starzec Symeon (ilustr. 4), „człowiek sprawiedliwy i pobożny, wyczekujący pociechy Izraela" (Łk 2,25) i prorokini Anna, „bardzo podeszła w latach", która nie rozstawała się ze świątynią, służąc Bogu w postach i modlitwach dniem i nocą" (Łk 2,37).

Świadectwem więzi łączących osoby w podeszłym wieku przed ich „odejściem do przodków" są mowy pożegnalne oraz udzielanie błogosławieństwa i pocieszanie bliskich.

Księga Powtórzonego Prawa przekazuje trzy mowy pożegnalne Mojżesza, które stanowią testament dla ludu Bożego wybrania (Pwt 1,1 – 4,43; 4,44 – 11,32; 28,1 – 30,20). *Księga Jozuego* zawiera dwie mowy pożegnalne następcy Mojżesza (Joz 23,1-16; 24,1-24). Inne księgi zawierają mowę pożegnalną Samuela (1Sm 12) i Dawida (1Krl 2,1–9), a jedno z ostatnich pism Starego Testamentu, to jest *Pierwsza Księga Machabejska*, w relacji o przebiegu powstania Machabeuszy w połowie II w. przed Chr. przekazuje mowę pożegnalną Matatiasza (1Mch 2,49–68). Błogosławieństwa udzielane przez patriarchów stały się źródłem dóbr duchowych i umocnienia dla wszystkich pokoleń Izraela (Rdz 27,27–29; 48,1–16; 48,20; 49,1–28; Pwt 33,1–29).

Dobrze przeżyta starość sprawia, że śmierć odbywa się w pokoju (Tb 14,1), wynikającym z pojednania z Bogiem i ludźmi. Roztropne i bardzo potrzebne jest uregulowanie wszystkich spraw, które rzutują na kształt przyszłości, oraz rady i zachęty dla potomków. Przykładem jest Dawid: „gdy zbliżał się czas śmierci, wtedy rozkazał swemu synowi Salomonowi mówiąc: »Ja wyruszam w drogę [przeznaczoną ludziom w całej ziemi[. Ty zaś bądź mocny i okaż się mężem«" (1Krl 2,1–2). Ważnym aspektem starości jest również spokój dotyczący właściwego pochówku i pozostawienie po sobie dobrej pamięci wśród bliskich i potomnych. Patriarchowie Izraela starzeli się i umierali otoczeni obecnością i opieką dzieci i wnuków (Rdz 49,29–33). Król Dawid, z którego rodu miał się wywodzić Mesjasz, „spoczął ze swoimi przodkami i został pochowany w Mieście Dawidowym" (1Krl 2,10). Mądrość Syracha, chwaląc czyny „mężów czcigodnych", dodaje: „Ciała ich w pokoju pogrzebano, a imię ich żyje w pokoleniach" (Syr 14).

Nowy Testament, inaczej niż Stary Testament, za wzór do naśladowania stawia nie starców, ale dzieci (Mt 18,3–5; 19,13–15). Jest tak dlatego, że zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa sprawiło radykalnie nową jakość wiary w życie wieczne oraz przewartościowanie doczesności, a więc także starzenia się i starości. Metafora „starego człowieka" wskazuje na względną wartość starości (Ef 4,22; Kol 3,9). Ideałem nie jest już długie życie, lecz perspektywa wiecznego „bycia

z Chrystusem" (Flp 1,23), a zatem wierność Jezusowi Chrystusowi, bo w Nim Bóg najpełniej objawił siebie i odniósł zwycięstwo nad śmiercią. Apostoł Paweł napisał: „Jeżeli bowiem przez śmierć, podobną do Jego śmierci, zostaliśmy z Nim złączeni w jedno, to tak samo będziemy [z Nim złączeni w jedno] przez podobne zmartwychwstanie" (Rz 6,6).

WCH

B: Chrostowski, 2001; Dąbek, 2011; Harężga, 2011; Herling-Grudziński, 2007; Jelonak, 2002: Jędrzejewski, 2000; Kochan, 2008 Kordowicz, 2009; Krawczyk, 2011; Kudasiewicz, 1979, 1981; Ostański, 2007, 2008; Ozorowski, 2010; Pawłowski, 2007; *Pismo Święte…*, 2013; Romaniuk, 1993: Rosik, 2013; Rosłon, 1975 a, 1975 b; Szczygieł-Szumiewlewicz, 2013; Szram, 2011; Świderkówna, 2000; Tronina, 2011; Turkiel, 2013.

O: gerontologia biblijna, nauczanie św. Bazylego Wielkiego na temat starości, starość, starość w kulturze współczesnej, starość w literaturze pięknej, starość w nauce Jana Pawła II, starość w poezji, starość w sztuce.

S: Biblia i starość, biblijny obraz starości, starość w Piśmie Świętym.

TK: ang. *old age in the Bible/Bible verses about old age/the Bible and old age*, fr. *la vieillesse dans la Bible*, hiszp. *la vejez en la Biblia/el anciano en la Biblia/la vejez en la Sagrada Escritura*, niem. *Alter in der Bibel/biblische Altersbilder*, ros. *старость в Библии/Библия о старости/бибилейский образ старости*.

starość w filmie

Tematyka → starości pojawia się zarówno w filmach fabularnych, najczęściej dramatach lub popularnych komediach, jak i w dokumentach filmowych. Filmy o ludziach starszych i starych zwykle poruszają podstawowe problemy, z którymi → seniorzy zmagają się w realnym → życiu. Najczęściej podejmowane tematy to próba → bilansu życiowego i/lub rozliczenia się z życiem, samotność, rodzinne konflikty, wykluczenie psychospołeczne, doświadczenie → śmierci, → żałoba i przeżywanie żalu, walka o godność w → chorobie i cierpieniu, bądź wspólne, pokoleniowe działanie na rzecz poprawy → jakości życia. Starość na ekranie bywa gorzka i samotna, ukazuje lęk przed zniedołężnieniem i utratą prawie wszystkiego – sił, urody, miłości, → zdrowia, → pamięci, → sprawności fizycznej i umysłowej, samodzielności, godności, najbliższych i przyjaciół. Ale może też być pogodna, wypełniona miłością i eksploracją zapomnianych czy nieznanych dotąd przestrzeni [Opracowując niniejszy tekst wykorzystałam swoje wcześniejsze prace (Konieczna, 2015, 2016) – przyp. aut.].

Jednym z pierwszych filmów przedstawiających problemy starości jest *Portier z hotelu Atlantic* (1924). Ten niemy film opowiada historię portiera luksusowego hotelu, który ze względu na → wiek podeszły został zdegradowany do roli toaletowego posługacza i wraz z posadą utracił szacunek → rodziny, sąsiadów, poczucie własnej wartości, godności osobistej i tożsamości. Film Friedricha Wilhelma Murnaua (1888–1931) wpisuje się przede wszystkim w tematykę społeczną i ekonomiczną ówczesnych Niemiec. Wyraźne jest przeciwstawienie dwóch światów – świata bogaczy z luksusowego hotelu z ludźmi mieszkającymi w czynszowej ponurej kamienicy. Elementem łączącym te dwa światy jest tytułowy portier z coraz większym trudem dźwigający ciężkie kufry gości hotelowych. Portier z dumą nosi swój mundur, który stanowi symbol poczucia własnej wartości i władzy w lokalnej społeczności. Rodzina i sąsiedzi portiera „szanują ten mundur jako symbol najwyższej władzy i szczęśliwi są, że dane im jest go szanować. W ten sposób film wysuwa, wprawdzie ironiczne, autorytatywne credo, że magiczny czar władzy chroni społeczeństwo od rozkładu" (Kracauer, 2009, s. 95). Dzisiaj poza historycznie i społecznie uwarunkowanymi kontekstami można w filmie odnaleźć także treści ważne dla współczesnego widza, które sytuują go w obrębie tematyki społecznych aspektów→ starzenia się i starości oraz problemu dyskryminacji i → wykluczenia społecznego osób starszych. W tamtych latach → ageizm i dyskryminacja nie były pojęciami popularnymi, jednakże z perspektywy dzisiejszego odbiorcy na pierwszy plan wysuwają się treści, które ilustrują właśnie ten problem. Degradacja zawodowa starego portiera i odebranie mu munduru – symbolu społecznego statusu stały się przyczyną jego poniżenia i upokorzenia. Wykradziony z hotelu i ukradkiem zakładany przed powrotem do domu uniform pozwalał mu z dawną godnością przejść przez podwórze. Kiedy tajemnica portiera wyszła na jaw wszyscy obrócili się przeciwko niemu; doszły do głosu najniższe drobnomieszczańskie instynkty. Upokorzony i pozbawiony godności nie potrafił pogodzić się z losem, popadł w stan całkowitej rezygnacji. Dramatyczne losy mężczyzny na żądanie producenta filmu zostały uzupełnione o banalny *happy end*. Zamiast rozpaczy i apatii pojawia się nieprawdopodobne fabularnie rozwiązanie. Oto widzimy portiera, który niespodziewanie odziedziczył spadek i teraz wśród ukłonów i ironicznych uśmiechów obsługi hotelowej restauracji szasta pieniędzmi. Epilog, przez nikłe prawdopodobieństwo wystąpienia w realnym życiu (co twórcy filmu anonsują w poprzedzającym go

jedynym w filmie napisie: „Historia taka w prawdziwym życiu, niestety, się nie zdarza"), nabiera szczególnej wymowy, potęgując tragizm postaci. Dzisiaj *Portier z hotelu Atlantic,* ilustrujący ważne problemy społeczne jest przede wszystkim psychologicznym filmem o godności starego człowieka i jego emocjach. [Emil Jannings (1884–1950) wystąpił następnie w roli starzejącego się profesora Immanuela Ratha (zob. fot. 1) w filmie *Błękitny anioł* (1930) Josefa von Sternberga (1894–1969), z niezapomnianą Marleną Dietrich (1904–1992) – przyp. red.].

Inny wielki film o przemijaniu pt. *Tam, gdzie rosną poziomki* (1957) przedstawia życie bohatera – profesora Borga – jako podróż. Bardzo często pojęcie podróży pojawia się, w rozmaitych tekstach kultury, szczególnie w metaforycznym kontekście drogi przez życie, którą przebywa każdy człowiek (łac. *homo viator)*. Wędrówka profesora Borga jest zarazem realna i wyobrażeniowa, poszczególne jej etapy odsłaniają różne okresy jego życia, tworząc psychologiczny portret bohatera. Profesor Borg, filmowe *alter ego* reżysera – Ingmara Bergmana (1918–2007), podczas swej podróży w czasie i w przestrzeni oraz niespiesznej wędrówki przez sny, marzenia na jawie i wspomnienia z dzieciństwa poszukuje źródeł swej osobowości, a także dokonuje rachunku sumienia i bilansu życia. W osobie starego profesora Bergman odtwarzał sam siebie pod postacią własnego ojca oraz szukał wyjaśnień dla nieustannych konfliktów z matką i postrzegał swój film jako gruntowny przegląd wcześniejszego życia. Tadeusz Szczepański (1947–), badacz twórczości reżysera, uważa, że film wpisuje się także w chrześcijańskie postrzeganie życia jako podróży, drogi do sacrum, jest osobistą opowieścią, w której autor „poszukuje zamglonych konturów swojego autoportretu, ciemnych źródeł nieuchwytnej prawdy o własnej tożsamości i traktuje to dzieło jak najistotniejszy dokument psychologiczny swojego życia, najbardziej wiarygodny, choć ciągle niezgłębiony zapis własnej kondycji egzystencjalnej" (Szczepański, 2002, s. 192).

Film Davida Keitha Lyncha (1946–) pt. *Prosta historia* (1999), podobnie jak dzieło Bergmana, ukazuje próbę rozliczenia się z własnym życiem. Alvin Straight (nazwisko i tytuł w języku angielskim to gra słów – *The Straight Story)* udaje się w metaforyczną podróż do kresu życia, przemieszczając się przez rozległe amerykańskie przestrzenie traktorkiem do koszenia trawy; rozpamiętuje grzeszne i nie do końca udane życie oraz opowiada swoją historię przypadkowo spotkanym ludziom. Narracja ta pomaga bohaterowi w dokonaniu bilansu życia, jego reinterpretacji i w zrozumieniu własnych decyzji. Podróż mężczyzny jest naznaczoną cierpieniem rozprawą z czasem i błędami młodości, stanowi krok w nieuchronną starość, ale jest też aktem dojrzewania do mądrości i przebaczenia. Filmowa przypowieść Lyncha wpisuje się w gatunek filmów drogi, w których celem podróży jest wewnętrzna przemiana bohatera. Celem podróży Alvina jest spotkanie i pojednanie z umierającym bratem, z którym nigdy nie żył w zgodzie. Bohater filmu zdecydował się na podróż, która przyczyniła się do dokonania bilansu życia. Do takiego bilansu zwykle przyczyniają się nieoczekiwane życiowe wydarzenia (w tym przypadku śmiertelna choroba brata), a także kumulacja doświadczeń, pytanie o sens życia, potrzeba transcendencji – dokonania czegoś, co wykracza poza zwykłą aktywność i działania (zob. Oleś, 2012, s. 275). Alvin Straight, udając się w podróż niecodziennym środkiem transportu właśnie taką potrzebę transcendencji zrealizował.

Bilans życia dokonywany przez bohaterów filmów Bergmana i Lyncha dotyczy zarówno wydarzeń i relacji z innymi ludźmi, jak i wybieranych oraz realizowanych wartości. Bilansowi podlegają efekty i skutki życiowych wydarzeń, sukcesy, porażki oraz spełnione i niespełnione szanse. Celem bilansu życia nie jest uzyskanie równowagi ale taka interpretacja wydarzeń życiowych, aby nawet te szczególnie trudne i bolesne wydały się potrzebne i sensowne. Bohaterowie obu omawianych filmów nie zawsze radzą sobie z taką interpretacją, która udała się Danucie Szaflarskiej (1915–) w dokumentalnym filmie pt. *Inny świat* (2012). Niezwykła opowieść Szaflarskiej o własnym życiu wpisuje się również w próbę dokonania jego bilansu. Aktorka (w czasie realizacji filmu miała 96 lat) w charakterystyczny dla siebie ciepły, pełen humoru i skromności sposób snuje wspomnienia z dzieciństwa, przywołuje ważne osoby, zdarzenia i miejsca, opowiada o traumatycznych wojennych przeżyciach i o swojej pracy. Ze swadą opowiada zarówno o radosnych i szczęśliwych chwilach, jak i tych trudnych, które wymagały przekraczania granic ludzkiej wytrzymałości i odwagi. Statyczne zdjęcia pięknej, ekspresyjnej twarzy starej kobiety połączone zostały z rodzinnymi fotografiami i fragmentami filmów, które stanowią tło opowiadania. Prosta forma filmu pozwala na całkowite skupienie się na snutej w niezwykle obrazowy sposób opowieści. Aktorka dokonuje interpretacji zysków i strat, skutków własnych działań i wydarzeń losowych, w których odnajduje pozytywne dla siebie znaczenia. *Inny świat* jest audiowizualnym zapisem wywiadu biograficznego, przykładem autobio-

graficznej narracji, pomocnej w refleksyjnym porządkowaniu przeżyć. [Retrospektywny przegląd życia starzejących się twórców ukazuje piękny, refleksyjny film pt. *Młodość* (2015, zob. ilustr. 1) – przyp. red.].

Motyw podróży w jesieni życia, tej rzeczywistej oraz metaforycznej – w głąb siebie, który pojawił się w *Tam, gdzie rosną poziomki* Bergmana oraz *w Prostej historii* Lyncha, podejmuje również niemiecki film pt. *Hanami kwiat wiśni* (2008). Bohater filmu – Rudi – po nagłej i niespodziewanej śmierci żony wyrusza z Niemiec do Japonii. Starszy człowiek przywykły do codziennych rytuałów opuszcza bezpieczny, uporządkowany i przewidywalny świat, aby odbyć żałobę i znaleźć ukojenie w cierpieniu. Spotkanie z mieszkającym w Tokio, zapracowanym synem rozczarowuje mężczyznę, ale właściwy cel jego podróży stanowi góra Fidżi, której ujrzenie było marzeniem zmarłej żony. Wędrówka przez Tokio i japońską przestrzeń kulturową, jej kolory, kształty, zapachy i smaki – stopniowo, pod wpływem przypadkowo poznanej bezdomnej, ekscentrycznej nastolatki – staje się dla bohatera filmu skuteczną terapią. Dzięki spotkaniu równie samotnej i nieszczęśliwej osoby Rudi zaczyna lepiej rozumieć jej i własne cierpienie, a współodczuwanie i empatia pozwalają mu osiągnąć wewnętrzny spokój oraz pogodzić się ze stratą najbliższej osoby. Podróż do Japonii stała się dla samotnego i głęboko nieszczęśliwego człowieka formą terapii, gdyż umożliwiła mu pogodzenie się ze śmiercią żony. Początkiem wewnętrznej przemiany była decyzja o udaniu się w podróż i otwarcie się na problemy innego człowieka – bezdomnej japońskiej dziewczyny. Podróż w nieznane wyzwoliła jego wyobraźnię, wrażliwość i fantazję oraz pozwoliła odnaleźć nową tożsamość. Film ukazuje okres żałoby jako proces adaptacyjny, prowadzący do równowagi pomiędzy żalem po → utracie i godzeniem się z nią. Podróż do kraju marzeń zmarłej żony stała się dla mężczyzny początkiem nowego życia i pozwoliła mu zamknąć jeden z jego rozdziałów. Nie tylko pomogła odbyć żałobę, ale odnowiła go wewnętrznie i otworzyła przed nim nową perspektywę życia oraz nową tożsamość.

Z innej perspektywy o starości opowiada film *Nad złotym stawem* (1981). Liryczna opowieść, z pamiętnymi rolami Katharine Hepburn (1907–2003) i Henry'ego Fondy (1905–1982), oparta jest na wykorzystanej jako podstawa scenariusza sztuce teatralnej Ernesta Thompsona (1949–) pod tym samym tytułem. Kameralny film, fotografowany w ciepłych barwach jesieni ukazuje proces pogodnego wchodzenia w → późną dorosłość przez darzące się miłością małżeństwo. Wspominane wydarzenia, przeżycia i odczucia budują obraz minionego życia starzejących się bohaterów. Film jest hymnem na cześć → pomyślnej starości, którą zapewnia godne, pełne miłości życie, a także umiejętność dokonania jego pozytywnego bilansu. Jest ciepłą opowieścią z gatunku *feel-good movies* o ludziach, którzy zasłużyli sobie na to, by żyć długo i szczęśliwie, bo mimo towarzyszących im problemów i rodzinnych nieporozumień potrafili odnaleźć w życiu pozytywne wartości. Optymistyczna i pozytywna postawa wobec piętrzących się problemów w przeciągu życia pozwoliła im dobrze przygotować się do starości i pogodnie ją przeżywać. Metaforą pomyślnej starości jest przepiękna słoneczna jesień, stanowiąca czas akcji filmu. Bohaterowie przeżywają swą starości pogodnie dzięki opanowaniu lęku przed śmiercią, ukierunkowaniu własnej aktywności na nieprzemijające wartości, zachowaniu zdolności cieszenia się życiem i dawaniu wsparcia swym dorosłym dzieciom. Film *Nad złotym stawem* obrazuje dojrzałość oraz gotowość bohaterów do pozytywnego i pogodnego doświadczania wieńczącego życie etapu.

Osobami pomyślnie starzejącymi się są również bohaterki dwóch polskich filmów pt. *Pora umierać* (2007) z udziałem Szaflarskiej i pt. *Niezawodny system* (2008) z Aliną Janowską (1923–) w roli głównej. Obie bohaterki pozytywnie przeżywają swą starość dzięki specyficznym cechom osobowości, które odpowiadają za postawy oraz determinują → styl życia. Seniorki cechuje optymistyczny stosunek do rzeczywistości, umiejętność radzenia sobie z jej zmiennością, zdolność pokonywania przeciwności losu oraz poczucie humoru. Postaci kobiet wyposażone są w sprzyjające pomyślnemu starzeniu się typy osobowości uzupełnione o zdolność wybaczania, altruizm i wdzięczność uosabiają pozytywny obraz starości w filmach (Brzezińska, 2012). Film Doroty Kędzierzawskiej (1957–) zawiera również propozycję realizacji ostatniej fazy życia człowieka skierowaną zarówno do osób starszych, jak i ich rodzin, opiekunów i pedagogów oraz podsuwa sposoby radzenia sobie z problemami charakterystycznymi dla tego etapu życia. Bohaterka filmu wydaje się dobrze przygotowana i przystosowana do jesieni życia; podejmuje różne aktywności, czyta, ogląda fotografie, rozmyśla o przeszłości, a co najważniejsze nie jest zgorzkniała, mimo odrzucenia jej przez rodzinę. Film z jednej strony stanowi afirmację życia z drugiej natomiast aktualizuje współczesne podejście do tematu śmierci (Gładysz, 2015).

Ważnym współczesnym filmem o starości i śmierci jest *Miłość* (2012). Wyciszona opowieść o miłości, cierpieniu i śmierci daleka jest od patosu. Małżeństwo

muzyków, których w filmie mistrzowsko zagrali aktorzy w podeszłym wieku – Emanuelle Riva (1927–) i Jean-Louis Trintignant (1930–), doświadcza u kresu życia trudnych chwil. Ona, do tej pory pełna radości i energii, po przebytym wylewie jest sparaliżowana, on z wielkim oddaniem ją pielęgnuje. Michael Haneke (1942–) taktownie przygląda się powolnemu procesowi odchodzenia: czynnościom pielęgnacyjnym wykonywanym przez mężczyznę, jego empatycznej tolerancji oraz fizycznemu i psychicznemu cierpieniu obojga starych ludzi. Umieranie ukazane jest jako stopniowa degradacja człowieczeństwa i utrata godności, z którą kochający mąż nie jest w stanie się pogodzić. Film w dyskretny sposób porusza kontrowersyjny problem → eutanazji, przedstawiając ją jako działanie motywowane poczuciem bezsilności, rozpaczą oraz miłością. Działanie bohatera jest gestem desperacji, przerwaniem niemożliwego do zniesienia dla obojga cierpienia. *Miłość* nie stanowi głosu w dyskusji na temat eutanazji, nie prowokuje do oceny etycznej. W źródłach antycznych pojęcie eutanazji było używane jako filozoficzny ideał śmierci wolnej od cierpienia i przedśmiertnego lęku i nie wiązało się ze „śmiercią na żądanie" czy pomocą lekarza w → umieraniu (zob. Machinek, 2004). *Miłość* opowiada o dobrym umieraniu w antycznym znaczeniu tego pojęcia, jest przejmującą opowieścią o przenikaniu się miłości i cierpienia, o potęgowaniu się miłości w cierpieniu i cierpienia w miłości. Harmonia treści i formy potęguje współ-doświadczanie i współodczuwanie oglądanych wydarzeń. Niełatwy w odbiorze, ten mocny i bolesny film, jest piękną i odważną opowieścią o miłości i cierpieniu u kresu życia, o niemożności pogodzenia się ze śmiercią bliskiej osoby, nieumiejętności pogodzenia się ze stratą i potencjalną żałobą. Film ukazuje żałobę antycypowaną, odbywająca się w trakcie terminalnej choroby kobiety. Haneke, mimo że skupia się na zmaganiach człowieka ze śmiercią, przede wszystkim, jak sugeruje tytuł filmu, opowiada o głębokiej miłości do drugiego człowieka.

Inny sposób opowiadania o śmierci zaprezentowała Małgorzata Szumowska (1973–), w filmie dokumentalnym o znamiennym tytule: *A czego tu się bać?* (2006). Jego autorka próbuje oswoić siebie i widza ze śmiercią, wykorzystując do tego celu kultywowane przez mieszkańców mazurskiej wsi zwyczaje, rytuały i obrzędy towarzyszące śmierci. Film oparty został na rozmowach autorki z jej mieszkańcami, którzy bezpośrednio i bez żadnych zahamowań opowiadają o ludowych rytuałach związanych z umieraniem. Dla tych ludzi śmierć nie stanowi tabu, ale jest ważną częścią życia tak, jak narodziny, wesela czy inne rodzinne uroczystości. W filmie Szumowskiej śmierć jest oswojona i akceptowana, a ludowa religijność umożliwia jej pozytywne jej doświadczanie. Obrzędy żałobne i pogrzebowe, spotkania, modlitwy przy zmarłym, uroczysty kondukt pogrzebowy pozwalają mieszkańcom wioski, którzy utracili bliskich wyrazić własny ból i podzielić się nim z członkami społeczności, której wsparcie daje pocieszenie i pomaga uporać się z cierpieniem i żałobą. W obrzędy i rytuały pogrzebowe, czuwanie przy zmarłym i przygotowywanie jego ciała do złożenia w trumnie, zaangażowana jest cała lokalna społeczność włącznie z dziećmi. Szumowska ukazując śmierć wplecioną w codzienność wiejskiej społeczności pozwala bezpiecznie zbliżyć się do niej i oswoić lęk zarówno przed śmiercią bliskich jak i własną. „A czego tu się bać?" – mówi jedna z bohaterek filmu, która wielokrotnie w swoim życiu towarzyszyła ludziom w umieraniu.

Temat starości i egzystencjalnych problemów z nią się wiążących podejmują także inni polscy dokumentaliści. W niezwykłym filmie Marcela Łozińskiego (1940–) *Wszystko może się przytrafić* (1995) bystry sześciolatek (syn reżysera Tomek) zagaduje starsze osoby odpoczywające w parku. Chłopiec jeździ na hulajnodze od ławki do ławki i zadaje nieznajomym proste egzystencjalne pytania: *Jak ci się żyje? Czy jesteś smutny? Samotny? Ile lat może mieć człowiek*? Starsi ludzie bez skrępowania rozmawiają z rezolutnym dzieckiem o swoich problemach, rodzinie, samotności, cierpieniu, wierze, śmierci. Łozińskiemu udało się stworzyć przypowieść o uniwersalnych wartościach, która zachwyca prostotą i harmonią. Konfrontacja dziecięcej ufności i naiwności z życiowym doświadczeniem oraz postawą pogodzenia się z losem starszych rozmówców przyjmuje formę traktatu o istocie i sensie życia. Pomysł reżysera, aby dziecko prowokowało starsze osoby do zwierzeń, może wydać się ryzykowny, jednakże wszystko odbywa się z wielkim taktem i nie narusza godności starszych osób. Może dziwić dojrzałość chłopca i jego egzystencjalna postawa wobec powierzonego mu zadania, ale tłumaczy to treść jednej z rozmów, podczas której malec wspomina o niedawnej śmierci swojego dziadka. Film ten pokazuje jak ważny jest międzypokoleniowy dialog, również ten pomiędzy najstarszą i najmłodszą → generacją, kiedy starszy i bogatszy w doświadczenia człowiek, wyposażony w życiową mądrość staje się dla małego człowieka przyjacielem, przewodnikiem i autorytetem.

W ciekawy sposób do międzypokoleniowego dialogu nawiązuje francuska opowieść pt. *Zamieszkajmy razem*

(2011). Film opowiada o zaprzyjaźnionych seniorach, którzy ze względu na postępujące dolegliwości i choroby decydują o wspólnym zamieszkaniu, aby wzajemnie się wspierać i sobie pomagać. Małżeństwo dysponujące dużym i wygodnym domem przyjmuje pod swój dach troje przyjaciół – wdowca po zawale oraz kobietę zmagającą się z nowotworem i jej męża cierpiącego na → chorobę Alzheimera. Mimo trudnej sytuacji zdrowotnej wszyscy starają się korzystać z uroków życia, cieszyć się dobrym jedzeniem, winem i wspólnie spędzanym czasem. Film przedstawia problemy związane ze starzeniem się, jednocześnie obalając mity łączone z tym okresem życia – mit opuszczenia, osamotnienia, konserwatyzmu, zahamowania → rozwoju [człowieka] czy aseksualności (zob. Zych, 2013). Ukazuje różne potrzeby starszych osób, również erotyczne, które starają się zaspokajać, aby móc w pełni cieszyć się życiem. Wszyscy bohaterowie są pogodzeni ze swoim wiekiem i jego przypadłościami, ze spokojem i godnością przyjmują to, co niesie im los. Ich życie składa się z upadków i wzlotów, nieustannie starają się znajdywać sposoby aby pokonywać ograniczenia związane z postępującymi chorobami, są pogodzeni ze śmiercią i na nią przygotowani. *Zamieszkajmy razem* to przede wszystkim opowieść o pogodnej akceptacji starości, ale także o międzypokoleniowym dialogu i przyjaźni pomiędzy seniorami a studentem etnografii z Niemiec, który przyjechał do Francji na studencką wymianę. Młody mężczyzna staje się przyjacielem i powiernikiem grupy starszych przyjaciół, rozwiązuje problemy i pomaga seniorom przejść przez trudne dla nich chwile. Każdy z bohaterów posiada coś, czym może się podzielić, dotyczy to zarówno przedstawicieli starszego, jak i młodego pokolenia. Siła i sprawność fizyczna oraz praktyczny zmysł studenta przydają się wielokrotnie seniorom, natomiast empatia i → mądrość życiowa to cechy starszych osób, które niejednokrotnie pomocne są młodemu człowiekowi. *Zamieszkajmy razem* to pogodna opowieść o ludziach, którzy zaakceptowali swój wiek, ograniczenia, choroby, pogodzili się z nieuchronną śmiercią, chętnie przyjmują pomoc, sami pomagają innym, są otwarci oraz potrafią zgodnie i mądrze współistnieć z innymi ludźmi. Pozytywnie przeżywający swą starość bohaterowie mogą stanowić wzór do naśladowania dla przyszłych i obecnych seniorów, być inspiracją do działań samopomocowych i nauczyć przyjmowania pomocy od innych, którą czasami starszym ludziom trudno jest zaakceptować. Film ten eksponuje także egzystencjalną i kulturową wartość starości, stając się ważną lekturą w procesie uczenia się starości i uczenia się przez starość.

Przykład międzypokoleniowego współdziałania i wspierania można znaleźć także w fabularnym filmie dokumentalisty Jacka Bławuta (1950–) pt. *Jeszcze nie wieczór* (2008). Bohaterami filmu są emerytowani aktorzy – autentyczni mieszkańcy Domu Artystów Weteranów Scen Polskich w Skolimowie. Film Bławuta jest hołdem zarówno dla artystów, jak i dla samej sztuki, która w filmie staje się punktem oparcia, bodźcem do działania i czerpania radości z życia, mimo zbliżającego się jego kresu. *Jeszcze nie wieczór* porusza problem międzypokoleniowych relacji, współpracy i współdziałania dla obopólnej korzyści. Emerytowani artyści pod kierunkiem przybyłego do Skolimowa aktora Jana Nowickiego (1939–), który gra w filmie sam siebie, przygotowują wraz z przedstawicielami młodego pokolenia inscenizację *Fausta* Johanna Wolfganga Goethego (1749–1832). Sztuka ta nieprzypadkowo wybrana przez reżysera stanowi metaforyczny komentarz do tematu filmu, jakim jest zachowanie młodości dzięki miłości do sztuki. Premiera została zaplanowana w miejscowym zakładzie karnym. Seniorzy stanowią ostoję tradycji i wartości dla zagubionych i nie radzących sobie w życiu młodych ludzi, dla których praca w Skolimowie i przygotowanie spektaklu stanowi formę resocjalizacji. Obie generacje należące do odmiennych sfer społecznych wiele zyskują na tej współpracy i mimo początkowego dystansu, nieufności oraz trudności we wzajemnym rozumieniu finalizują przedstawienie, którego premiera staje się wielkim sukcesem. *Trwaj chwilo, jesteś piękna* – mówi Faust, a z nim wszyscy bohaterowie filmu. Ogromna radość i satysfakcja z udanego przedstawienia jest udziałem zarówno emerytowanych artystów jak i resocjalizowanych amatorów. Przygotowanie spektaklu dało seniorom możliwość odnowienia dawnej aktywności artystycznej, przyczyniło się do kontynuowania działalności społecznej i kulturalnej. Natomiast dla młodych osób stało się początkiem teatralnej pasji oraz samorealizacji przez sztukę.

W podobnym duchu utrzymany jest film dokumentalny *Optymistki* (2013). *Optymistki* (zob. fot. 2) to nazwa amatorskiej drużyny siatkówki seniorek z małego norweskiego miasteczka, składającej się z kobiet w wieku od 66 do 98 lat. Ukazanie aktywnych, sprawnych fizycznie, tryskających pozytywną energią, pełnych radości życia starszych pań ma określony cel edukacyjny. Reżyserka stara się przekonać, że każda starsza osoba może prowadzić aktywny tryb życia i znaleźć zajęcia, które dadzą jej satysfakcję z przekraczania własnych słabości i ograniczeń oraz zadowolenie oraz radość jakich dostarcza współdziałanie z innymi i dla dobra wspólnego. Film opiewa zalety aktywności fizycznej, która wspomaga

pozytywne i pomyślne starzenie się. Dokument ukazuje proces adaptacji człowieka do starości przez wybraną formę aktywności, tutaj fizycznej, która uwarunkowana jest indywidualnymi umiejętnościami i preferencjami, a także stanem zdrowia. Gunhild Magnor (1976–) portretująca kilka wybranych kobiet nie skupia się wyłącznie na ich sukcesach, ale pokazuje również trudności z jakimi borykają się w codziennym życiu. Optymistycznie patrzmy na nieuchronną starość i jej doświadczanie – zdaje się mówić autorka filmu.

Poza omówionymi wybranymi filmami zrealizowanych zostało jeszcze wiele innych, które poruszają temat starości. Istnieją amerykańskie komedie o ekscentrycznych starszych panach, którzy w wieku emerytalnym na nowo odkrywają smak życia. Starość przedstawiana jest w nich jako szereg humorystycznych, groteskowych, czasem infantylnych prób powrotu do młodości. Również w Europie powstają pogodne filmy o starości. W *Butelkach zwrotnych* (2008) Jan Svěrák (1965–) w ciepły i zarazem zabawny sposób, opowiada o życiowych perypetiach wyposażonego w bogatą wyobraźnię erotyczną emeryta. Czarną komedią o nieprawdopodobnych losach bohatera, biorącego udział w najważniejszych wydarzeniach XX wieku jest szwedzki film *Stulatek, który wyskoczył przez okno i zniknął* (2014). Zrealizowane w Wielkiej Brytanii „geriatryczne komedie romantyczne": *Hotel Marigold* (2012), *Kwartet* (2012) oraz *Drugi Hotel Marigold* (2015) łączy optymistyczne przesłanie, przyznające prawo do godnej jesieni życia spędzanej w „domu radosnej starości". Filmy te odczarowują realia domów spokojnej starości, zachęcają do tworzenia wspólnoty aktywnych emerytów, którzy wykorzystują swe umiejętności, zdolności oraz talenty do działań społecznych, artystycznych i samopomocowych.

Filmy o jesieni życia, ze względu na zobrazowane w nich ważne i realne problemy mogą odgrywać istotną rolę zarówno w przygotowaniu jak i → adaptacji do starości oraz w pogodnej jej akceptacji. Narracje filmowe, które ukazują rozmaite sposoby funkcjonowania seniorów w codzienności oraz przedstawiają starość jako wartość kulturową i egzystencjalną spełniają znaczącą rolę w kształtowaniu stosunku do ludzi starszych i starych. We współczesnej kulturze, próbującej na różne sposoby oswajać ten etap życia, ich rola wydaje się być nieoceniona.

Ewelina Konieczna

B: Brzezińska, 2012; Gładysz, 2015; Konieczna, 2015, 2016; Kracauer, 2009; Machinek, 2004; Oleś, 2012; Szczepański, 2002; Zych, 2013.

F: *A czego tu się bać?*, 2006: *Alzheimer*…, 2009; *Aurora Borealis*, 2006; *Babunia*, 2003: *Błękitny anioł*, 1930; *Butelki zwrotne*, 2008; *Ciekawy przypadek*…, 2006; *Drugi*…, 2015; *Hanami*…, 2008; *Hotel*…, 2012; *Inny świat*, 2012; *Irys*, 2001: *Jeszcze*…, 2008; *Kwartet*, 2012; *Last Vegas*, 2013; *Maksimum*…, 2013; *Mama*, 2009; *Mamma*…, 2010; *Marzenia emerytów*, 1998; *Marzenia świetlików*, 2001; *Miłość*, 2012; *Młodość*, 2015; *Nad złotym*…, 1981; *Niezawodny*…, 2008; *Optymistki*, 2013; *Pora*…, 2007; *Portier*…, 1924; *Portret*…, 1993; *Praktykant*, 2015; Prosta…, 1999; *Raj*…, 2012; *Rower*.., 2010; *Rzecz*…, 2011; *Słońce*…, 2007; *Stary*…, 1958; *Starzy przyjaciele*, 1989; *Stulatek*…, 2014; *Śpiewanie*…, 2010; *Tam, gdzie*…, 1957; *Terry Pratchett*…, 2011; *Wszystko*…, 1995; *Zamieszkajmy*…, 2011; *Zapominanie*…, 2004; *Żelazna Dama*, 2011.

O: medialny obraz starości i osób starszych, obecność seniorów w przekazie medialnym i reklamie, stulatkowie w komunikacji społecznej i medialnej, śmierć i umieranie w filmie.

TK: ang. *old age in film/films about old age*, fr. *la vieillesse dans le film*, hiszp. *la viejaz en el cine*, niem. *Alter in der Film*, ros. *старость в фильме*.

starość w filozofii i filozofia starości

→ Starość to krótszy lub dłuższy okres → życia, który charakteryzuje jednostkę żyjącą w warunkach znacznego już nagromadzenia biologicznych i socjoekonomicznych znamion starczych. W polskiej rzeczywistości umownie przyjmuje się, że rozpoczyna się ok. 65. roku życia i trwa do momentu → śmierci. Jednakże → wiek chronologiczny (kalendarzowy) nie zawsze koresponduje z wiekiem subiektywnym, przy czym regułą jest, że człowiek stary zazwyczaj czuje się młodziej w stosunku do liczby przeżytych lat. W okresie tym charakterystycznym zjawiskiem jest kierowanie uwagi na przeszłość, bilansowanie minionego → czasu oraz poczucie jego szybkiego przemijania. → Starzenie się to naturalne zjawisko związane z upływem czasu i stałym obumieraniem komórek organicznych. Dotyczy ono zarówno świata przyrody, jak i człowieka. Od zarania istnienia człowieka ma miejsce problem jego starzenia się i starości. Daje temu wyraz zapis z *Księgi Rodzaju*, gdzie m. in. czytamy: „Ogólna liczba lat, które Adam przeżył, była dziewięćset trzydzieści. I umarł" (Rdz 5,5, zob. *Pismo Święte*…, 2013). Starość charakteryzuje się osłabieniem funkcji życiowych, czego uzewnętrznieniem jest zniedołężnienie i zmniejszenie → aktywności fizycznej. W wymiarze społecznym oznacza zakończenie aktywności zawodowej i w konsekwencji osłabianie lub zrywanie więzi społecznych. Dla ludzi wierzących jest to okres przygotowywania się na „przejście" w inny wymiar egzystencji.

Starość w filozofii

Zachowania i postawy wobec starości i tym samym wobec ludzi w → wieku podeszłym różnie kształtowały się na przestrzeni dziejów. Dominującą postawą jest obawa przed starością. Obawa ta jednakowo silnie oddziałuje na człowieka, zarówno w społeczeństwach pierwotnych, jak i w naszej współczesnej cywilizacji. Podobnie dzieje się na przestrzeni historii z odnoszeniem się do ludzi starych. Historia dokumentuje występujące dwie skrajne postawy: starców otacza się szacunkiem albo starców się zabija – w dobie obecnej określa się ten proceder mianem → eutanazja. W pierwszej postawie szacunek do ludzi starych stanowi pochodną ich bogatego doświadczenia, rozsądku i → mądrości [życiowej]. Wyraz takiego podejścia znajdujemy w eposie *Gilgamesz*, gdzie czytamy: „Starsi z miasta mu błogosławią, na drogę Gilgameszowi rad udzielają!" (*Gilgamesz…*, 1980, s. 59). W drugiej postawie, u genezy marginalizowania i spychania na margines życia społecznego ludzi starych było i jest najczęściej ich niedołęstwo i konieczność otoczenia ich → opieką. Przywołane powyżej dwie postawy wobec starości i ludzi starych znajdują swój wyraz w zapiskach myślicieli, które szczęśliwym trafem przetrwały do naszych czasów. Są to najczęściej refleksje ludzi starych, które wyrażają uciążliwości wynikające z procesu starzenia się. Wymowne świadectwo pozostawił Egipcjanin o imieniu Ptah-hotep. Zachowany papirus z I wieku po Chrystusie zawiera jakże wymowne konstatacje na temat starości: „Nadeszła starość, rozpoczął się wiek podeszły, a wraz z nim i kłopoty. Zjawiła się słabość […]. Słabnie wzrok, uszy przestają słyszeć i siły ustają ze słabości. Milkną usta i nie mogą już mówić, zawodzi → pamięć o dniu wczorajszym. Bolą mnie wszystkie kości. To co było dobre, staje się złe; tracę wszelki smak. Nos i usta nie mogą oddychać, odczuwam ból stojąc czy siedząc. Pod każdym względem starość jest złem dla człowieka!" (Ptah-hotep, 5,1–2).

W czasach prehistorycznych, z racji trudnych i niebezpiecznych warunków życia, problem starości był nader rzadkim zjawiskiem. Tylko nielicznym, z racji niedożywienie i → chorób, udawało się dożyć wieku sędziwego. Ci, którym się to udało, byli otaczani powszechnym szacunkiem i poważaniem. Ta wysoka pozycja wynikała przede wszystkim z przeświadczenia, że człowiek stary stojąc w obliczu świata nadprzyrodzonego doskonalej pojmuje → sens życia i jest najlepszym pośrednikiem między obecną i pośmiertną jego fazą. Jak niewielu było ludzi starych dokumentuje francuski paleontolog Henri Victor Vallois (1889–1981), który po przebadaniu 180 czaszek odnotował, że zaledwie trzy z nich należały do ludzi, którzy przekroczyli 50 lat życia (Minois 1995). W czasach owych, w miarę doskonalenia organizacji plemiennej, ludzie starzy pełnili określone funkcje społeczne. Przede wszystkim stawali się naturalnymi mentorami i doradcami przywódców plemiennych. Ludzie starzy tworzyli nieformalne rady, które ferowały pewne zachowania, pożądane postawy czy też inicjowali konkretne działania. Ich rola szczególnie wzrastała w okresach, kiedy stary przywódca umierał, a następca był jeszcze zbyt młody aby wziąć na swe barki odpowiedzialność za plemię. Natomiast stare kobiety pomagały w opiece nad dziećmi, pełniąc rolę akuszerek czy znachorek. Z racji poświęcenia więcej czasu na modlitwę i praktyki religijne także cieszyły się powszechnym poważaniem.

Niezależnie od statusu człowieka starego w czasach starożytnych, powszechnie odczuwano obawę przed starością i → lęk przed śmiercią. Wobec tej rzeczywistości człowiek buntował się i poszukiwał rozwiązania w religii lub w magii. Mity opisują fantastyczne wyprawy, których celem było dotarcie do źródła wody dającej człowiekowi wieczną młodość lub odnalezienie rośliny nieśmiertelności. Opis takiej wędrówki po zioło nieśmiertelności mamy we wspomnianym już wyżej eposie starożytnego Dwurzecza *Gilgameszu*. We wstępie Robert Stiller (1928–) pisze, że myślą przewodnią *Gilgamesza* jest „ niegodziwość śmierci, daremność choćby i najśmielszych poczynań zmierzających do obejścia ludzkiego losu i sceptycyzm w stosunku do sił nadprzyrodzonych, które są nieobliczalne, niepewne albo i wrogie, a wreszcie okazują się człowiekowi nieprzydatne" (Stiller, 1980). W kręgu kultury Międzyrzecza ludzie starzy cieszyli się w społeczeństwie specjalnym statusem. Do nich należało udzielanie błogosławieństw ludziom młodym przed wyruszeniem w daleką podróż czy na wyprawę wojenną. To ludzie starzy tworzyli instytucję zwaną „radą starszych". Słynny Kodeks Hammurabiego wielokrotnie wspomina o *sibu* – siwowłosych. W państwie perskim starcy byli „królewskimi sędziami" i pełnili ten urząd aż do śmierci.

Ludy starożytne zamieszkujące ziemie Bliskiego Wschodu w licznych pismach wyrazili przeżywaną gorycz fizycznego i umysłowego niedołęstwa wieku starczego. Starość i śmierć odczuwali jako zło i usiłowali temu zaradzić sięgając do różnych środków przedkładanych przez religię czy medycynę. Uczyniono pierwsze wysiłki, aby zrozumieć przyczyny starzenia się. Na polu medycznych poszukiwań najwięcej uczynili Egipcjanie. Natomiast religijne refleksje o starości i śmierci wypracowali potomkowie Abrahama, które

zawarte są *Piśmie Świętym*. Wrócimy do tych refleksji w dalszej części opracowania Natomiast myśliciele Dalekiego Wschodu prezentowali rozwiązania noszące charakter refleksji filozoficznej. Zawarli je w *Kanonie medycyny żółtego Cesarza Huang-TI.* Była to obszerna chińska kompilacja, która powstała w czasach dynastii Han, a oparta została na wcześniejszych przekazach. Głównym przesłaniem tego dzieła jest teza, że starość jest specyficzną chorobą będącą skutkiem braku równowagi w ciele człowieka pomiędzy dwoma powszechnymi i przeciwstawnymi pierwiastkami: *yin* oraz *yang*. Ten brak równowagi powoduje zakłócenia w działaniu naturalnych funkcji ciała i przyśpiesza nadejście starości. Można zatem przedłużyć ludzką → długość życia, bardziej niż jest w rzeczywistości, poprzez → styl życia charakteryzujący się równowagą między wymienionymi wyżej pierwiastki.

Podobnym torem myślenia podążyli myśliciele w Indiach, czego wyraz znajdujemy w *Sushtra Samhita*. Przesłaniem głównym tego dzieła jest przekaz, że → zdrowie człowieka stanowi pochodną istnienia harmonii wśród podstawowych substancji wchodzących w skład ciała. Wszelkie zakłócenia sprowadzają choroby, które dzielą się na cztery rodzaje: urazowe – spowodowane przez czynniki zewnętrzne; cielesne – wynikające z niewłaściwego odżywiania się; umysłowe – pochodne nadmiernych emocji oraz naturalne, które wynikają z faktu naturalnego procesu starzenia się (zob. Minois 1995). Podobnym torem myślenia podążyli przedstawiciele szkoły *wajsiesziki* przyjmując tezę, że zdrowie człowieka zależy od właściwego rozdzielenia i proporcji trzech soków: wiatru, żółci i śluzu. „Jeśli bowiem owa proporcja jest zakłócona, wtedy w zależności od przewagi tego lub owego soku pojawiają się najrozmaitsze choroby. Rozdzielenie owych soków w ciele człowieka determinuje nie tylko jego zdrowie i chorobę, lecz również nastrój i zachowanie się, co więcej – jego charakter". Inne stanowisko prezentuje system dżinijski, w którym dusz uchodzi za „czynnik aktywny i za nosiciela procesów psychicznych". Wg tej koncepcji wyzwolenie polega na „przeprowadzeniu rozróżnienia między duszą, która jest odmienna od tego wszystkiego, co materialne, a materią, która wywiera decydujący wpływ na procesy psychiczne" (por. Frauwallner 1990).

W okresie starożytnym refleksja filozoficzna na temat starości usiłowała poznać istotę i przyczyny starzenia. Filozofowie w swych dociekaniach opierali się i wykorzystywali wiedzę i doświadczenia lekarzy. W Grecji opracowano pierwsze naukowe hipotezy na temat przyczyn starzenia. → Hipokrates sądził, że proces starzenie polega na utracie ciepła i wilgotności. Ciało starego człowieka jest suche i zimne. Uczony uważał, że każdy człowiek w chwili narodzin otrzymuje określona ilość energii, która stopniowo w ciągu życia zużywa się. Zalecał, aby rozsądnie użytkować otrzymaną energią poprzez umiar w odżywianiu, poprzez gimnastykę, częste kąpiele i picie wina. Hipokratesa przywołuje Platon (ok. 427–347 p.n.e.) w dialogu *Fajdros*. Natomiast w innym dialogu przywołuje postać Timajosa i jego filozoficzną teorię starzenia, wedle której „wszystkie schorzenia i ciała i duszy, a także starość i śmierć człowieka mają wspólne źródło: jest nim mechaniczna konieczność rozkładu elementarnych wielościanów na ich elementy – trójkąty" […] „Timajos zaleca higienę i gimnastykę zarówno cielesną, jak i duchową" (Krokiewicz, 1995). W starożytnym Rzymie udział starców w życiu rodzinnym i społecznym i był znacznie większy niż w świecie greckim. Prawo rzymskie nadało wyjątkową władzę ojcu → rodziny. *Pater familias* był absolutnym władcą w stosunku do żony, dzieci i niewolników. Często wzbudzał strach i nienawiść w myśl zasady, że im więcej władzy w gestii ludzi starych, tym bardziej są znienawidzeni przez młodsze → generacje. Historia Rzymu dokumentuje prawdę, że w życiu społecznym wielkim zaufaniem cieszyli się ludzie w podeszłym wieku. Konsekwencją tego było ukształtowanie się instytucji senatu, która przez wieki kierowała rzymską polityką. Znaczenie ojca w rodzinie i senatu w zarządzaniu państwem w okresie cesarstwa uległo daleko idącemu procesowi osłabienia.

Starością zajmowali się zarówno filozofowie, jak i lekarze. Zarówno w filozofii, jak i w medycynie myśl rzymska stanowiła kontynuację dorobku myśli greckiej. O refleksji na gruncie filozofii będzie mowa później, natomiast w medycynie należy odnotować wkład Aulusa Corneliusa Celsusa (53 p.n.e. –7 n.e.) i → Galena. Celsus w traktacie *O medycynie* podążając za Hipokratesem rozwinął katalog starczych schorzeń: zaziębienie, kłopoty z układem moczowym i oddechowym, zapalenie zatok, bóle krzyża i stawów, bezsenność, paraliż, ból uczy, oczu i jelit, dyzenteria i rozstrój żołądka. Natomiast Galen w swoim dziele *O zachowaniu zdrowia* zaprezentował tezę , że każda istota śmiertelna od początku istnienia nosi w sobie zaród śmierci. Zdrowie człowieka uwarunkowane jest równowagą płynów cielesnych: krwi, śluzu, żółci i czarnej żółci. W miarę życia zużywamy płyny, przez co następuje wysuszenie organizmu. „Starzejemy się – jedni w takim wieku, drudzy w innym, wcześniej lub później – bowiem albo od początku jesteśmy z natury zanadto wysuszeni, albo doprowadzają nas do tego okolicz-

ności, dieta, choroba, zmartwienie, albo jeszcze inne przyczyny. To, co wszyscy ludzie nazywają pospolicie starością, to sucha i zimna konstytucja ciała, będąca wynikiem długiego życia" (zob. Minois 1995).

Przełomowym momentem w dziejach cywilizacji europejskiej było pojawienie się i ugruntowanie nowej religii – chrześcijaństwa. Doktryna chrześcijańska oparta na przesłaniu Biblii, połączona z dorobkiem filozoficznej myśli greckiej (platonizmem i arystotelizmem) doprowadziła do nowego kształtu życia rodzinnego, społecznego i politycznego. „Myśl chrześcijańska i jej idee pozostały trwałym elementem filozofii europejskiej, wszakże różnie na przestrzeni wieków, pojmowano jej znaczenie. Szczególnie silnie oddziałała na cywilizację europejską do XVI stulecia" (J. R. Błachnio, 2006). W późniejszych wiekach ten wpływ osłabł, ale także współcześnie jest wiele chrześcijańskich instytucji i wartości, które istotnie oddziałują na myślenie i konkretne zachowania wobec ludzi starych. Chrześcijaństwo mówiąc o starości, z jednej strony głosiło, że prawdziwa starość jest mądrością, z drugiej natomiast na płaszczyźnie moralnej stanowiła niekiedy alegorię grzechu i zła. Chrześcijanie starość ujmowali nie tyle w perspektywie doczesności, ile w perspektywie wieczności. Wiara w przyszłe życie prowadziła do przeświadczenia, że starość to ostatni etap ziemskiego życia prowadzący do wiecznie szczęśliwego przebywania w domu Ojca. W dobie starości człowiek osiąga prawdziwą mądrość, która nie jest pochodną przeżytych lat, ile owocem wysiłku w pracy nad sobą. Prawdziwym starcem dla chrześcijanina jest ten, który niezależnie od wieku postąpił w mądrości u Boga i u ludzi. To podejście, podzielane przez wielu autorów, wyartykułował św. Grzegorz Wielki (ok. 540–604) pisząc o św. Bernardzie, że „już od dzieciństwa jego serce cechowała powaga starszego wieku" (Grzegorz Wielki, 1969). W nauce moralnej chrześcijaństwo naturalną zgrzybiałość i brzydotę starości użyło jako doskonały obraz grzechu. Starzec posłużył za symbol brzydoty, by świadczyć o marności człowieka i świata. Starość i choroba to, zdaniem Ojców Kościoła, skutki grzechu pierworodnego. Resumując chrześcijaństwo propagowało pesymistyczną wizję starości. Wypracowane w okresie patrystyki spojrzenie na ludzi starych w mniej czy bardziej niezmienionej formie przetrwało do końca wieków średnich. W średniowiecznych charakterystykach starości przeważa pesymizm. Starość jest ciężarem i okresem w którym należy myśleć o śmierci. Ludzie zamożni na ostatnie lata życia wykupywali miejsca w klasztorach, gdzie mieli zapewnione wyżywienie i dach nad głową. Ludzie z warstw niższym w momencie niemożności zarabiania na siebie byli na utrzymaniu rodziny lub zasilali rzesze żebraków. Żyli dzięki jałmużnie do której świadczenia zobowiązywał Kościół wszystkich wierzących. O powinnościach chrześcijanina wymownie pisze autor *Skargi umierającego*, gdzie czytamy: „Halerzem łakomo zbierał, Swoj żywot rozpustnie chował […]. Jałmużnym nędznym nie dawał, Ofierym Bogu nie czynił […]. Kędy to mój rozum głupi! Sobiem był szczodr, Bogu skąpy" (*Antologia*…, 1987, s. 72).

W czasach nowożytnych wizerunek starego człowieka uległ daleko idącej degradacji, albowiem nauki humanistyczne szerzej nie interesowały się tym problemem. Filozofia, która w dobie nowożytnej obrała kierunek na człowieka, zagadnieniu starości także nie poświęciła większej uwagi. Znajdujemy co najwyżej jakieś krótkie refleksje. Michel de → Montaigne pisze, powołując się na → Cycerona, „że filozofować jest nie co insze, jeno gotować się do śmierci". Nie wiemy, kiedy i w jakim miejscu śmierć na nas czeka. Filozof francuski uważał, że „rozmyślanie o śmierci jest rozmyślaniem o wolności: kto się nauczył umierać, oduczył się służyć. Nie ma żadnego zła w życiu dla tego, kto dobrze pojął, iż utrata życia nie jest złem: umieć umrzeć wyzwala nas z wszelkiej niewoli i przymusu" (Montaigne, 2002, s. 123 i s. 130).

Montaigne'a sposób widzenia świata i człowieka nie spodobał się Błażejowi Pascalowi (1623–1662). W *Myślach* nazwał go „łatwowiernym" i „nieukiem". Szczególnie nie spodobały mu się „zapatrywania na samobójstwo, na śmierć". Wszystko jest mu gotów wybaczyć, ale „nie można" – pisze – „usprawiedliwić jego zgoła pogańskich mniemań o śmierci. To już jest wyrzeczenie się wszelkiej pobożności, jeśli kto nie chce bodaj umrzeć po chrześcijańsku; otóż on myśli przez całą książkę jeno o tym, aby umrzeć tchórzliwie i wygodnie" (Pascal, 2001, s. 49). Nadmieniwszy, że wiele czasu poświęcił na zgłębienie różnych nauk. To, co poznał, nie zadowoliło go, albowiem tak zdobyta wiedza niewiele mówi o istocie człowieka, o jego celu i przeznaczeniu. Pascal (2001, s. 50) z naciskiem podkreśla: „Trzeba znać siebie samego: gdyby to nie posłużyło do znalezienia prawdy, służy przynajmniej do wytyczenia własnego życia, a nie ma nic godziwszego".

W czasach kontrreformacji powszechnie panowało przekonanie, że starość to okres pokuty, przygotowanie do przejścia do wieczności. Człowiek stary powinien usunąć się od uciech i zgiełku życia i wykorzystać ostatnią okazję aby dokonać wyboru między Bogiem a szatanem. Rektor poznańskiego kolegium jezuickiego, o. Kasper Drużbicki [herbu Nałęcz 1590–1662], na-

pisał traktat pod znamiennym tytułem: *Nauka o przygotowaniu się do świątobliwej śmierci* (wyd. 1673). Dzieło to pozostaje w długim szeregu innych, powstałych w XVII-wiecznej Polsce, utworów w różny sposób podejmujących problematykę „marności świata". Należy odnotować między innymi *Manelle duchowne albo Porządek żywota chrześcijańskiego* (1601) ks. Pawła Simplicjana (ok. 1577–1646) czy *Nauka umierania chrześcijańskiego* (1604) Jana Januszewskiego (1550–1613).

Wiek XVIII charakteryzuje się zacieśnieniem więzi rodzinnych i należną troską o starych członków wspólnoty. Minął zwyczaj odsuwania ludzi starych od uczestnictwa w życiu publicznym. Można powiedzieć, że starość przeżywała nieomal rozkwit. Starzy ludzie pełnili wysokie i odpowiedzialne stanowiska w świecie polityki, nauki i kultury. Również sztuki piękne oraz literatura dostarczała wielu przykładów twórczości w okresie starości (zob. ilustr. 1). Nie sposób przytaczać przykładów, tak jest ich wielu. Przywołam jedynie postać królewieckiego filozofa – Immanuela Kanta (1724–1804), który zapisał się na kartach historii właśnie wielkimi dziełami stworzonymi w wieku starczym. [Ostatnie lata życia Kanta celnie opisał Ryszard Przybylski (1998, s. 9–10), gdy oto w 75. roku życia nadchodzi „mentalny schyłek" – przyp. red.]. Kant swoje zasady moralne wywiódł z najwyższej praktycznej podstawy – imperatywu moralnego. Wyartykułował go następująco: „postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka". Kant podkreślał, że każdy czyn człowieka musi zgadzać się z ideą człowieczeństwa, jako celu samego w sobie. Wśród wielu czynów omówionych przytoczę dłuższy cytat o samobójstwie. Cytat jest tym bardziej na czasie, bo dziś prawodawstwo niektórych państw pomaga w tym procederze dopuszczając eutanazję nie tylko na ludziach starych, lecz nawet na dzieciach. „Jeżeli się zabija" – pisze Kant (2002, s. 73) – „żeby uniknąć przykrego stanu, w takim razie posługuje się osobą tylko jako środkiem do zachowania znośnego stanu aż do końca życia. Jednakże człowiek nie jest rzeczą, a więc czymś, czego by można było używać tylko jako środka, lecz musi być przy wszystkich swoich czynach uważany zawsze za cel sam w sobie. A zatem nie mogę człowiekiem w mej osobie w żaden sposób rozporządzać, nie mogę go kaleczyć, gubić lub zabijać".

Wiek XIX – odmiennie niż XVII czy XVIII stulecie – problem starości przeniósł ze sfery literackiego wyobrażenia w obszar realnego życia. Opis starości nie powielał stereotypu pięknych i brzydkich, dobrych i złych starców. Wydumane literackie twory czy umoralniające przesłania znikły w obliczu społecznych i narodowych realiów. Starość ta miała odmienne oblicze w odniesieniu do ludzi w krajach zachodniej, czy wschodniej Europy. Inna jawiła się starość ludzi dobrze sytuowanych materialnie i nieszczęśników z nizin społecznych. Starość francuska nijak się miała do starości Polaka, co zresztą ma miejsce także współcześnie. W XIX stuleciu wkroczyliśmy na grunt zróżnicowanych kategorii społecznych, do których nie mają już zastosowania dawne ogólne oznaki starości. W stuleciu tym powstał i rozwinął się trend instytucjonalnego zabezpieczenia bytu materialnego ludzi w okresie starości. Tym śladem podążył następny, dwudziesty wiek.

Zagadnienie starości należy współcześnie do tych problemów, którymi zajmują się organizacje międzynarodowe, instytucje państwowe, fundacje i stowarzyszenia. Problem ten jest przedmiotem badań takich doświadczalnych nauk, jak: psychologia, socjologia, pedagogika i in. W czasach współczesnych, szerzej w całym okresie nowożytnym, starość i los ludzi starych nie wzbudził głębszego zainteresowania. Filozofia współczesna co najwyżej przypomina to, co w tej materii wypracowali wcześniej żyjący myśliciele.

Filozofia starości

Religioznawca rumuński Mircea Eliade (1907–1986) twierdził, że świadomość rzeczywistego świata jest „ściśle związana z odkryciem *sacrum*". I dalej „nieustająca od ponad dwudziestu wieków fascynacja, jaką wzbudzają u najwybitniejszych umysłów Europy, stanowi fakt religijny, wielce znaczący, o konsekwencjach dotychczas jeszcze nie docenionych" (Eliade 1988, s. 1–2). Cywilizacja Europy to efekt twórczego połączenia filozofii greckiej z doktryną chrześcijańską. Synonimem doskonałości w myśli greckiej była stałość i niezmienność. Wobec faktu przemijalności rzeczy, człowieka i świata filozofia ta wypracowała trzy odniesienia: historię przemijania rzeczy, poetycką melancholię o przechodzeniu wszystkiego w niebyt oraz refleksję nakierowaną na zgłębienie ruchu. Chrześcijaństwo odmiennie pojmuje nie tylko świat, ale i człowieka. Świat ze wszystkim, co zawiera, jest rzeczywistością wtórną, pochodną, otrzymaną: jest rzeczywistością stworzoną. Stąd nie świat, lecz Bóg i dusza „jest przedmiotem tęsknot, pragnień i dążeń, co krótko wyartykułował św. Augustyn (354–430): *Deum et animam sire cupio. Nihil plus? Nihil omnino*. [*Chcę poznać Boga i duszę. Czy nic więcej? Nic zgoła!* – przyp. red.]. Chrześcijanin poszukuje innych rze-

czy i co innego pojmuje jako „prawdę" (J. R. Błachnio, 2006, s. 82 i s. 84).

Teza powyższa ma zastosowanie w próbie nakreślenia zagadnienia „filozofii starości". Na jej ostateczny kształt z jednej strony złożyła się długa tradycja odniesienia do ludzi starych zaprezentowana na kartach Starego i Nowego Testamentu. Katecheza biblijna znalazła rozwinięcie twórcze w okresie patrystycznym. W niniejszy opracowaniu treści te rozwinięte będą w fragmentach zatytułowanych: *Biblia o starości* oraz *Listy św. Ambrożego o starości*. Drugie źródło europejskiej myśli o ludziach starych przywoła refleksje Platona (427–347 p.n.e.), → Arystotelesa i Cycerona.

Biblia o starości

Pismo Święte prezentuje dwa podejścia do starości. Z jednej strony opisuje dolegliwości związane z tym okresem życia człowieka, z drugiej wskazuje na jego znaczenie w procesie zbawienia. To pierwsze ujęcie opisuje mankamenty w funkcjonowaniu człowieka starego z racji osłabienia władz zmysłowych i umysłowych. Plastycznie daje temu wyraz w rozmowie z królem Dawidem jego sługa Barzillaj Gileadczyk. Na propozycję, aby ostatnie dni życia spędził na dworze królewskim w Jerozolimie, odpowiedział: „Ileż lat pozostaje mi jeszcze do życia, abym szedł z królem do Jerozolimy? Liczę obecnie osiemdziesiąt lat. Czy potrafię rozróżnić między tym, co dobre, a tym, co liche? Czy sługa twój potrafi zasmakować w tym, co zje i wypije? Czy potrafi wsłuchiwać się w głos śpiewaków i śpiewaczek? Po cóż sługa twój ma być jeszcze ciężarem dla pana mego, króla? […] Pozwól słudze swojemu powrócić. Umrę w swoim mieście obok grobu mojego ojca i matki (2 Sam 19,36–38).

Pesymistyczne pojmowanie życia ludzkiego wielokrotnie znajduje wyraz na kartach Biblii. W Księdze Psalmów znajdujemy smutną konstatację: „Liczba lat naszych jest siedemdziesiąt,/a przy siłach lat osiemdziesiąt,/ale za całą chwałę jest im trud i zgryzota,/i zaraz przemijają, i ulatujemy" (Ps. 90,10). Ponieważ okres starości wypełnia samotność oraz cierpienie (por. ilustr. 2), stąd Psalmista wypowiada słowa modlitwy: „Także w starości i w wieku sędziwym nie opuszczaj mnie, Boże […]" (Ps. 71,18).

Z drugiej strony Pismo Święte ukazuje także pozytywne aspekty starości. W całej tradycji biblijnej znajdujemy oto przekaz, że długie życie w bogactwie i w zdrowiu, w otoczeniu dzieci i wnuków oraz w powszechnym szacunku, stanowi oznakę Bożego błogosławieństwa. Konstatację tę wielokrotnie spotykamy na kartach Biblii. W rozmowie z Józefem na łożu śmierci Izrael podkreślił: „Bóg Wszechmogący ukazał mi się w Luz, w kraju Kanaan, i błogosławiąc mi powiedział do mnie: Ja uczynię cię płodnym i dam ci tak liczne potomstwo, że rozrośniesz się w wielki naród. Daję też ten oto kraj przyszłemu potomstwu twemu na własność na zawsze" (Rdz. 48,3–4). Wiele szczegółowych wskazań znajdujemy na kartach Pisma Świętego na temat relacji dzieci do rodziców. Wśród dziesięciu przykazań umieszczony został nakaz „Czcij ojca twego i matkę twoją", którego spełnienie owocuje zapowiedzią → długowieczności {ludzkiej]: „abyś długo żył na ziemi, którą Pan Bóg twój da tobie" (Wj 20,12), natomiast w Księdze Syracha początek trzeciego rozdziału daje wykładnię teologiczną, jaki konkretnie charakter ma przyjąć szacunek do ojca. Nawet jeżeli z racji wieku ojciec „rozum straci", to nawet wtedy nie wolno nim pogardzać, albowiem „miłosierdzie względem ojca nie pójdzie w zapomnienie".

W całej tradycji Bliskiego Wschodu, co widoczne jest także w Izraelu, starość jest niemal równoznaczna z → mądrością [życiową]. Wyrazem tego jest postać Eleazara w Księdze Machabejskiej. Wszakże nie wszyscy ludzie starzy są mędrcami, nie wszyscy też żyją w bojaźni Bożej. Przykładem braku stateczności wśród ludzi starych jest historia szlachetnej Zuzanny (zob. ilustr. 3). Stąd wyraźne stwierdzenie zawarte w Księdze Mądrości: „Starość jest czcigodna nie przez długowieczność i liczbą lat się jej nie mierzy; sędziwością u ludzi jest mądrość, a miarą starości – życie nieskalane" (Mdr 4, 8–9).

Przekaz Nowego Testamentu kontynuuje wątki starotestamentalne, zarazem je rozwija i dostosowuje do nowej rzeczywistości, w jakiej przyszło działać Kościołowi. Propagując nowe zachowania przedkłada wiele uwag w odniesieniu do życia ludzi starych. Św. Paweł Apostoł w *Liście do Tytusa* jednoznacznie poucza: „Starcy powinni być ludźmi trzeźwymi, statecznymi, roztropnymi, odznaczającymi się zdrową wiarą, miłością, cierpliwością. Podobnie starsze kobiety powinny być w zewnętrznym ułożeniu jak najskromniejsze, powinny unikać plotek i oszczerstw, nie upijać się winem, a uczyć innych dobrego. Niech pouczają młode kobiety, jak mają kochać mężów, dzieci, jak mają być rozumne, dobre, poddane swym mężom – aby nie bluźniono słowu Bożemu" (Tt 2,2–5). Ewangelia w wielu miejscach przedkłada pozytywne wzory zachowań ludzi starych. Przykładem opisanym przez św. Łukasza są rodzice św. Jana Chrzciciela – Zachariasz i Elżbieta oraz kapłan ze świątyni w Jerozolimie – Symeon. Nie wszyscy ludzie posunięci w latach są ludźmi mądrymi. Przykładem odmiennych postaw są członkowie

Sanhedrynu, którzy nie potrafili odczytać znaków i przepowiedni o przyjściu Mesjasza, ani też nie uwierzyli nauczaniu Chrystusa. Wyjątkiem pozytywnym był jedynie Józef, członek Wysokiej Rady, „człowiek prawy i sprawiedliwy" (Łk 23,50).

Listy św. Ambrożego o starości

W schyłkowym okres filozofii starożytnej zrodził się i rozwinął nurt myślenia oparty na Ewangelii. W interesującym nas zagadnieniu starości, dorobek myśli grecko-rzymskiej połączony ze wskazaniami Dobrej Nowiny, stworzyły całkiem odmienny model traktowania ludzi starych. Interesującym przykładem jest świadectwo, jakie pozostawił nam Boecjusz (ok. 480–524/525). Ten ostatni patrycjusz rzymski pełnił funkcję marszałka na dworze Teodoryka, króla Ostrogotów. Fałszywie oskarżony o zdradę został skazany na karę śmierci. Oczekując w więzieniu na wykonanie wyroku napisał wspaniałe dzieło pt. *O pociechach filozofii*. Poszukując odpowiedzi na pytanie o sens życia, starości i śmierci napisał: „Oto już starość przyszła niespodziewanie i, poprzedzona przez boleść zostanie […], i szron przedwczesny mą głowę okrywa, a członki – skóra więdnąca, choć żywa. Błogosławiona śmierć, gdy szczęsnych mija, lub, gdy nieszczęsnych spowija!" (Boecjusz, 2003, s. 5).

Biskup Mediolanu, św. Ambroży (ok. 339–397), swoje poglądy na starość zawarł w listach, która to korespondencja – jak pisał Józef Naumowicz (1956–) we *Wstępie* – „jest żywym odbiciem działalności duszpasterskiej i społecznej biskupa […]. Nie brak w nich mądrości i wiary, rzymskiego rozsądku i zdecydowania, ale także serdeczności i ciepła przyjaźni" (Naumowicz, 2012). Stanowisko zaprezentowane jest o tyle istotne, iż w tych prywatnych pismach jakimi są listy, dał wyraz swojego odniesienie do starości podkreślając, iż jest ono istotne i głęboko egzystencjalne. Jego pojmowanie starości wynika z przesłanek wypracowanych przez medyków i filozofów starożytnych jak → Hipokrates i Solon (ok. 635–ok. 560 p.n.e.), i na tej podstawie nakreślona została wizja chrześcijańskiego ujęcia. Istotą starości chrześcijańskiej jest „życie nieskalane", które im dłużej trwa, tym bardziej się ugruntowuje w realizacji dobra.

Starość, w przeświadczeniu św. Ambrożego, mierzy się przede wszystkim zasługami, a zasługuje ona na szacunek ze względu na czystość myśli i czynów. Stan ten duchowy nigdy nie jest statyczny, lecz ciągle rozwija się i dojrzewa. Obowiązkiem chrześcijanina jest ustawiczna troska o pogłębianie swego życia i jego doskonalenie. Któż bardzie, niż właśnie człowiek stary może stać się „mężem doskonałym"? W wieku tym człowiek wolny już jest od dziecinnego sposobu myślenia, samowoli okresu młodzieńczego i wypracował w sobie stałość i dojrzałość obyczajów. Człowiek stary jest ugruntowany w swoich poglądach, i nie daje się uwieść modnym ideom czy popularnym głosicielom błędów.

Starość ma wymiar eklezjalny, człowiek stary jest dojrzały i stateczny eklezjalnie. Dzięki długo kształtowanej i ugruntowanej wierze „nadeszło »przybranie na synów« (Ga 4,5), ustała słabość, przeminął wiek dziecięcy (Ga 4,3) powstajemy do »człowieka doskonałego« (Ef 4,13), »przyoblekamy się w Chrystusa« (Ga 3,27). Jak przeto może być słabym i »dzieckiem« ten, w którym jest Chrystus, »moc Boża« (I Kor 1,24)? Doszliśmy więc do doskonałości, otrzymaliśmy nakazy doskonałości" (Ambroży, 2012).

Jesień życia człowieka ma nie tylko blaski, ale i cienie. Charakteryzuje się „starczą słabością", żyje „resztkami sił" oraz tym, że pewnego wieczoru zapuka do naszych drzwi śmierć. Przeciwstawienie starca ludziom młodym św. Ambroży zobrazował przeprowadzając egzegezę 19 i 21 rozdziału Księgi Sędziów. Znajdujemy tam opis cnotliwego starca oraz młodych Gibonitów wyuzdanych i ulegających zmysłowym zachciankom. W opisie tym przegrywa cnota z grzechem, człowiek stary jest bezsilny wobec złego postępowania ludzi młodych, dysponujących przewagą fizycznej siły. Nie oznacza to jednak, że każdy człowiek stary jest cnotliwy, postępuje zgodnie z nakazem Ewangelii. Jak wskazuje Księga Koheleta spotykamy się z „królem starym i głupim", który postępuje samowolnie i nie przestrzega praw ludzkich i boskich. Realnie patrząc na rzeczywistość św. Ambroży nawołuje do właściwego postępowania, zwłaszcza w ostatnim okresie życia. Starość więc, czytamy w *Liście do Oroncjana*, „sprawiła, że człowiek »już nie jest z tego świata« (J 15,19; 17,14–16), lecz ponad światem. Już bowiem nie żyjemy naszym życiem, lecz Chrystusem: dla nas »bowiem żyć – to Chrystus, a umrzeć – to zysk« (Flp 1,21) i ucieczka od grzechu. Tak więc już nie żyjemy w ciele, lecz we wierze (Ga 2,20) Chrystusa" (Ambroży, 2012). Podobnie jak inni Ojcowie Kościoła, św. Ambroży w swoich pismach stosunkowo wiele miejsca poświęcili opisowi idealnego starca. To idealne spojrzenie połączone zostało z bardzo realistycznym podejściem do sytuacji bytowej ludzi starych. Ludzie biedni i ludzie przeżywający jesień życia znajdowali w Kościele realną pomoc i opiekę. W czasach św. Ambrożego, podobnie jak dziś, więcej było starych kobiet, niż starych mężczyzn. Stąd Kościół nie tylko pomagał material-

nie, ale ludzi starych angażował w realizację miłosierdzia chrześcijańskiego. Stare kobiety pełniły różne posługi około ludzi potrzebujących pomocy, około chorych i starych. Świadcząc pomoc innym, kobiety te zarazem zapracowywały na własne utrzymanie.

Platona wizja starości

Tak jak filozofia pełne rozwinięcie zawdzięcza Grekom, tak podobnie zagadnienie starości postać naukowej refleksji znalazło w pracach myślicieli Hellady. Swoistą postać filozoficznego myślenia o starości zaprezentował Platon. W swoich dociekaniach wykorzystał przemyślenia wcześniejszych pisarzy i twórców, m.in. Homera (VIII w. p.n.e.), Hezjoda (VIII/VII w. p.n.e.), Pitagorasa (ok. 572–ok. 497 p.n.e.) i Empedoklesa (ok. 494–ok. 434).

Platon swoje bardzo zróżnicowane poglądy na temat starości zawarł w formie rozproszonej na kartach różnych dialogów. Najwięcej poświęcił miejsca w dialogu *Prawa*, ale tam opis realnego stanu rzeczy przeplata z utopią, z wizją stanu idealnego. Platona pojedyncze zdania, czy dłuższe wywody na temat starości, wszystkie razem tworzą bardzo spójną koncepcję, która zadziwia rozległością poruszonej problematyki i głębią zaprezentowanych przemyśleń. Żaden pisarz starożytny tak szeroko nie potraktował tego zagadnienia, a zarazem zadziwia nowatorskim i uniwersalnym ujęciem. Filozof omówił niemalże wszystkie aspekty starości: biologiczne, psychologiczno-etyczne, socjologiczne i prawne. „Łączy je wspólna im wszystkim filozofia człowieka – jak słusznie zauważa Anna Z. Zmorzanka (2010) – który jest pojęty dualistycznie, a w swoich działaniach skierowany jest na prawdę i dobro". Platon podjął próbę odpowiedzi na pytanie: czym jest starość? Konstatuje, że przypada ona na ostatni etap życia. I tak w wymiarze biologicznym ma miejsce zjawisko, kiedy to wszystkie organy powoli tracą swoją aktywność aż do całkowitego ich obumarcia. W momencie zakończenia tego biologicznego procesu następuje wyzwolenie ducha z cielesnych więzów. Platon w *Timajosie* na miarę współczesnego mu przyrodoznawstwa opisał proces powstania i rozpadu materii, w tym ciała człowieka. Świat materii i człowieka , w przeciwieństwie do niezmiennego świata idealnego, podlega zmianom i rozpadowi. Ten drugi rodzaj rzeczy – uważał Platon – „nazywany tak samo i podobny do tamtego, spostrzegalny, zrodzony, zmienny ustawicznie, który powstaje w pewnym miejscu i znowu stamtąd przepada – uchwycić go potrafi mniemanie i spostrzeżenie" (Platon, 1999, s.709). W wymiarze psychologiczno-etycznym człowiek w okresie starości osiąga pełnię tego, do czego dążył przez całe życie. Jeżeli zabiegał o dobro, piękno i sprawiedliwość, wtedy starość jest spokojna i szczęśliwa. Człowiek stary odznacza sie spokojem, harmonią oraz rozumie celowość rzeczywistości do której przynależy. Jeżeli zło wypełniało życie człowieka, to starość jest nieszczęśliwa, pełna lęków i zwykle samotna. Człowiek zły zazwyczaj też nie zasłużył sobie na uznanie i szacunek otoczenia. Najpiękniej starość Platon zobrazował na płaszczyźnie społecznej. Ludzie starzy mają, w przeświadczeniu Platona, aktywnie uczestniczyć w życiu społeczno-politycznym. Oni też po przyswojeniu sobie wiadomości z zakresu matematyki, fizyki i przyrody, mogą przystąpić do zgłębiania królowej nauk – filozofii. Ponadto nabywszy doświadczenia i wykazawszy się odwagą i opanowaniem, mogą podjąć się zaszczytnego trudu i obowiązku kierowania państwem. Filozofowie – mędrcy, i tylko oni, mogą kształtować umysły i charaktery ludzi młodych w procesie edukacji. Na koniec do zadań ich należy przywilej tworzenia sprawiedliwego prawa, w oparciu o które dokonuje się proces doskonalenia relacji obywateli między sobą i stosunków na linii obywatel – władza. Platon nie zapomniał, aby na koniec nie opisać uprawnień, jakie winny przysługiwać ludziom starym. I tak człowiek stary winien cieszyć się licznymi przywilejami i szacunkiem. Szacunek ten uzasadnił odwołując się do sokratejskiego argumentu o bojaźni bożej. Opisuje to Diogenes Laertios (1984, s. 93) w *Żywotach i poglądach słynnych filozofów*, gdzie m.in. czytamy: „A znowu spotkawszy Eutyfrona, który już miał własnemu ojcu wytoczyć proces o zabicie cudzoziemca, tak z nim rozmawiał na temat pobożności, że skłonił go do poniechania oskarżenia. Lyzis pod wpływem jego nauki, wzywającej do życia cnotliwego, stał się człowiekiem wysoce moralnym". Platona obraz człowieka starego nie stanowi opisu rzeczywistości, lecz wizję, autorską projekcję, jakim powinien być. Jego wzorcowy starzec Kefalos, bogaty kupiec z Pireusu – był krzepki, dobrze wykształcony i posiadający środki na prowadzenie dostatniego życia. Jakkolwiek wraz z upływającymi latami słabło jego ciało, to jednak nie smuciło go to, albowiem „im bardziej więdną inne przyjemności cielesne, tym bardziej rosną pożądania i rozkosze związane z inteligentną rozmową" (Platon, 1958, s. 27–28). Platońska wizja supremacji ludzi starych w społeczności ostateczny kształt otrzymała w *Prawach*, gdzie wyraźnie wyartykułował, że starsi powinni rządzić, a ludzie młodzi słuchać.

Idąc tym torem myślenia Platon stanął na stanowisku, że państwo powinno określić powinności dzie-

ci w stosunku do starych rodziców, a ponadto władze państwa powinny dopilnować, aby dzieci należycie wypełniały te obowiązki. Dla dzieci, które czy to znieważają starych rodziców, czy też nie troszczą się o nich dostatecznie, Platon przewidywał surowe kary. W *Prawach* znajdujemy jakże wymowny zapis: „Gdy ktoś w naszym państwie nie będzie o swoich rodziców dbać tak, jak powinien i o spełnienie ich wszystkich życzeń troszczyć się bardziej niż o potrzeby swych synów […] wtedy ten […], gdy zostanie uznany za winnego, sąd określi, jaką ma zapłacić grzywnę lub jaką ponieść karę, i nie będzie tak ciężkiej kary ani tak wysokiej grzywny, której by sędziowie nie mogli na niego nałożyć" (Platon, 1960, s. 525–526). W dialogu *Państwo* Platon posunął się dalej w trosce o los ludzi starych i przedłożył projekt → opieki socjalnej, wyprzedzając w tym punkcie swoją epokę.

Arystoteles o starości

Widzenie starości przez Arystotelesa jest odmienne od platońskiego, albowiem przedstawiał ją zdecydowanie negatywnie. Swoje poglądy w tym przedmiocie zawarł w pismach przyrodniczych, etycznych i politycznych. Tym samym udokumentował, że starość należy rozpatrywać w takich aspektach, jak: biologiczny, moralny i/lub społeczny. Spojrzenie w jednym wymiarze prowadzi do osądów jednostronnych i powierzchownych.

Ludzi podeszłych wiekiem należy otaczać szacunkiem – takie jest stanowisko Arystotelesa. Szacunek ten należy okazywać poprzez wyjście naprzeciw ich potrzeb. W *Etyce nikomachejskiej* czytamy: „należy dbać o pożywienie przede wszystkim dla rodziców, ponieważ jest się ich dłużnikiem pod tym względem i jest rzeczą piękniejszą czynić to dla tych, którym zawdzięcza się życie, aniżeli dla siebie samego. Ale i cześć powinno się żywić dla rodziców tak jak dla bogów". A dalej Arystoteles przypomina, że cześć należy się wszystkim ludziom posuniętym w latach: „I dla każdego starca żywić trzeba cześć odpowiednią jego wiekowi, wstawać na jego powitanie, wyznaczać mu najlepsze miejsce przy stole itp." (Arystoteles, 1982).

W *Retoryce* Arystoteles (1988 b, s. 86–87) dookreśla stan, który określa jako „piękną starość". Pod tym określeniem rozumie powolny proces starzenia nieuciążliwy dla otoczenia. Piękna starość stanowi pochodną dwóch rzeczy: „zalet ciała" oraz „szczęśliwego losu", czyli dobrej kondycji fizycznej i wolności od nieszczęść. Piękna starość – konstatuje Arystoteles – to charakterystyczny element szczęścia – obok szlachetnego urodzenia, bogactwa, udanego potomstwa, prestiżu oraz dzielności. Arystotelesowska koncepcja szczęśliwej starości stanowi integralny składnik jego wyobrażenia o szczęśliwości ludzkiego życia. Na szczęśliwe życie człowieka, w tym także na szczęśliwą starość składa się dobre zdrowie, → sprawność fizyczna, zabezpieczony byt materialny, „dorodne i liczne potomstwo" oraz poprawne relacje ze społecznością. W drugiej księdze *Retoryki* Arystoteles (1988 b, s. 186–188) zaprezentował etyczno-psychologiczną charakterystykę starości.

Starość jest zaprzeczeniem cech i postaw ludzi młodych. Doświadczenie życiowe, doznane niesprawiedliwości od innych i popełnione własne błędy – to wszystko warunkuje postawę ludzi starych. Różne życiowe niepowodzenia i nieszczęścia owocują w starości postawą nieufności i pewnej dozy ostrożności. Ich zachowanie cechuje pewną dozą wątpliwości do wszystkiego i we wszystkim doszukują się cierpień oraz gorszych stron. Swoje plany i pragnienia zakreślają nader ostrożnie i przede wszystkim mają na uwadze zapewnienie tego, co niezbędne do życia. Są trwożliwi i nie lubią zmian. Panują nad emocjami i w relacjach z otoczeniem są oziębli. Nader wysoko cenią życie i są do niego mocno przywiązani, zwłaszcza gdy zbliżają się do jego kresu. Przeżyte lata nauczyły ich, że w życiu więcej jest niepowodzeń i cierpień, stąd brak nadziei połączony jest z postawą trwożliwości. Ich świat wypełniają wspomnienia minione, bo przeszłość daje im jedyną radość. Teraźniejszość i przyszłość powiązana jest nie tylko z niedogodnościami i utrudnieniami starości, ale i z lękiem nadciągającej nieuchronnie śmierci. Stąd postawy lęku, postawy żalu i beznadziei objawiające się w złości do innych czy w wybuchach płaczu czy nieukontentowania.

W pismach przyrodniczych Arystoteles opisał zmiany zachodzące w organizmach towarzyszące procesowi starzenia się. Przemiany te noszą znamię degeneracji i zmierzają do osłabienia, a finalnie do zaniku funkcji życiowych. Mimo że zmiany te nie dotyczą umysłu, to jednak zdolności deliberatywne człowieka ulegają osłabieniu z racji posiłkowania się przez duszę wrażeniami zmysłowymi. Proces uwiądu, stanowiący skutek upływającego czasu, jest nieunikniony i zgodny z powszechnym prawem natury. Obejmuje wszystkie istoty żywe oraz cały świat materii. W tym miejscy warto odnotować, że w traktacie *O niebie* proces degradacji, następujący na skutek choroby lub starzenia się, określony został jako dziejący się „wbrew naturze". Rozkład i w efekcie śmierć Arystoteles wytłumaczył w ten sposób, iż elementy wchodzące w skład organizmu znajdują się poza swoim miejscem naturalnym i wciąż

dążą, aby doń powrócić. W momencie, kiedy to dążenie stanie się silniejsze, niż siły utrzymujące te żywioły w organicznym związku, wówczas następuje rozkład i śmierć. Zdaniem Stagiryty „[…] u zwierząt wszystkie formy bezsilności, są przeciwne naturze, np. starość i gruźlica. A przyczyna tego faktu jest bez wątpienia ta, ze zwierzęta są w całości zbudowane z takich elementów, które różnią się od siebie właściwymi sobie miejscami; żadna część nie zajmuje swojego naturalnego miejsca" (Arystoteles, 1980, s. 71).

Arystoteles, wyłączywszy dzieci, dzieli w *Retoryce s*połeczeństwo na trzy grupy wiekowo-zadaniowe: młodzież, której obowiązkiem jest służba wojskowa; ludzi dojrzałych – bezpośrednio uczestniczących w gremiach kierowniczych oraz sądowniczych, a tym samym ponoszących odpowiedzialność za pomyślność państwa; na koniec ludzi starych, którzy z racji nabytej w życiu mądrości uczestniczą w radach podejmujących decyzje o sprawach bieżących i o prawach. Natomiast w *Polityce* zmodyfikował swoje poglądy i ograniczył rolę ludzi starych do pełnienia tylko funkcji kapłańskich. Odnosząc się krytycznie do instytucji geruzji w Sparcie doszedł do przeświadczenia, że jakkolwiek ludzie starzy mogą odznaczać się → mądrością [życiową] i są zaprawieni w wielu cnotach, to jednak nie należy im powierzać ważnych funkcji, gdyż znane są wśród nich przypadki łapówkarstwa i stronniczości. W innym miejscu tego traktatu Arystoteles dzieci i starców określił jako obywateli „w pewnej mierze", albowiem nie biorą oni w sensie ścisłym udziału w życiu publicznym. „Jest jednak w tym wypadku jak z dziećmi, które ze względu na wiek nie zostały jeszcze zaciągnięte na listę obywateli, i ze starcami, którzy zwolnieni zostali od pełnienia obowiązków obywatelskich, a których musi się nazwać w pewnej mierze obywatelami, tylko nie wprost bez zastrzeżeń, lecz z dodatkiem w pierwszym wypadku »jeszcze nieczynni«, w drugim »już nieczynni«" (Arystoteles, 2005, s. 98).

Podsumowując poglądy Arystotelesa należy zauważyć, że jego ujęcie człowieka i roli, jaką ma wypełnić w swym życiu, odbiega od stanowiska Platona. Człowiek u niego oznacza jedność duszy i ciała, a więc byt psychofizyczny. Byt ten charakteryzuje się tym, że doznania i akty duszy są zarazem doznaniami ciała, a nawet myślenie wydaje się niemożliwe bez współdziałania zmysłów, szczególnie wyobraźni. „W przeważającej ilości [przeżyć] jasno widać, że dusza [nie może] bez wspólnoty z ciałem ani podlegać im, ani ich wywoływać; takimi są na przykład gniew, odwaga, pożądliwość i w ogóle wrażenia zmysłowe. Co najbardziej wygląda na wyłączną właściwość duszy, to myślenie, ale jeśli i ono jest szczególnym rodzajem wyobraźni lub [przynajmniej] nie może zaistnieć bez niej, w takim razie i ono jest niemożliwe bez ciała" (Arystoteles 1988 a, s. 47–48). Skoro ciało nie jest elementem obcym duszy, to jego degradacja pociąga za sobą także degradację i osłabienie duszy.

Starzenie się, podobnie jak i śmierć, jest elementem koniecznym w procesie stawania się i ginięcia. Jest naturalnym elementem w cyklu narodzin, dojrzewania, dekadencji i śmierci, obejmującym wszystko: człowieka, zwierzęta, rośliny, a nawet żywioły. Starość i śmierć należą, podobnie jak narodziny i młodość, do porządku natury. Jeżeli stanowią zło, to jest to zło konieczne. Narodziny i śmierć mają pełne uzasadnienie w naturalnym porządku rzeczy. Konieczność ta nie może cieszyć człowieka, może co najwyżej zasługiwać na filozoficzną obojętność.

Starość w pismach Marka Tuliusza Cycerona

Należy odnotować, iż filozofowie greccy doby hellenistycznej i myśliciele rzymscy niechętnie podejmowali problematykę starości. W owej epoce oceniano ludzi w aspekcie ich wartości i użyteczności dla państwa. Człowiek stary nie był już ani silnym do pracy, ani użytecznym do obrony kraju jako żołnierz. Mógł co najwyżej służyć swoim umysłem, o ile posiadł w życiu odpowiednią wiedzę i doświadczenie i nie wykazywał oznak → otępienia starczego. Wśród pisarzy rzymskich problematyka ludzi starych pojawia się w pracach Cycerona, Seneki [Młodszego] (ok. 4 p.n.e. –65 n.e.) czy Epikteta (ok. 50–130). Seneka, swoje refleksje na temat starości zamieścił w *Listach moralnych do Lucyliusza*. Przyjął stanowisko, że człowiek stary winien usunąć się z życia czynnego i cieszyć się urokiem tego okresu życia. W okresie starości dopiero człowiek może spokojnie korzystać z owoców życia i czując świadomość przemijania, pełniej przeżywać jego smak i dobro. Aby osiągnąć pełny spokój duszy i rzeczywiście poczuć się szczęśliwym, należy przede wszystkim pozostałe dni i lata poświęcić zgłębianiu filozofii. „Żaden [filozof] – uważał Seneka – nie będzie cię zmuszał umierać, wszyscy natomiast umierać cię nauczą. […] Otrzymasz od nich co zechcesz. Oni ci nie przeszkodzą, żebyś czerpał z ich dóbr, ile tylko dusza zapragnie. Jak wielkie szczęście, jak piękna starość czeka każdego, kto się odda pod ich opiekę!" (Seneka, 2001, s. 127). Odmienne stanowisko prezentował stoik – Epiktet, który twierdził, że człowiek powinien do ostatnich chwil swego życia wieść życie czynne i zaangażowane. Nawet za krótki żywot należy czuć wdzięczność, ale z drugiej strony

nie należy być zbyt zachłannym na życie i – gdy zaistnieje potrzeba – ustąpić miejsca innym. Człowiek, który prezentuje postawę nienasycenia życiem, stanowi ciężar dla innych. Umieć się zadowolić tym, co się otrzymało, cieszyć się każdą chwilą i każdą najmniejszą przyjemnością darowaną przez życie – oto postawa stoicka.

Cyceron w swoim dziele *O starości* wzorował się na dorobku myśli greckiej, szczególnie na dziele perypatetyka Arystona z Keos (III w. p.n.e.). Miejsce mitycznego Tithonosa zajął Marek Porcjusz Katon. Autor idealizuje postać słynnego cenzora, znanego z surowości, który mając ponad osiemdziesiąt lat jest sympatycznym starcem cieszącym się dobrym zdrowiem i przedkładającym w spokojnym dialogu swoje poglądy. Omawiany traktat przedstawia dwa poglądy na starość: z jednej przebija smutek i niepokój, że przyszła zbyt szybko i jeszcze szybciej przemija. Drugi pogląd, którego uosobieniem jest Katon, odrzuca zarzuty kierowane pod adresem starości i zaleca umiarkowanie i aktywność. Starość to jesień, która następuje po zawirowaniach i burzach wiosny i lata życia. Cyceron słowami Katona artykułuje cztery przyczyny, które sprawiają, że ludzie uważają starość za nieszczęśliwy okres życia: a) oddala człowieka od życia czynnego, b) osłabia siły fizyczne, c) pozbawia wszystkich zmysłowych przyjemności, oraz d) prowadzi do śmierci. Autor w toku wywodu przeprowadza analizę wymienionych przyczyn i przedkłada przeciwne spojrzenie na problem starości. Starość nie oddala człowieka od życia czynnego, które wymaga sił duchowych, a jedynie od tych zajęć, które angażują siły fizyczne. Starzec podobny jest do sternika, który stojąc spokojnie przy sterze nadaje kierunek statkowi, podczas gdy inni biegają po pokładzie. Jego praca jest ważniejsza i dająca większy profit społeczeństwu. W rzeczy samej w okresie tym słabną zmysły, ale poprzez ćwiczenie i dzięki nabytym umiejętnościom można przezwyciężyć te mankamenty. Dobrodziejstwem starości jest to, że ogranicza przyjemności zmysłowe, ale dzięki temu jest się wolnym od „najgorszych występków młodości". Rzeczywiście, starość kończy się śmiercią. Czym wszakże jest śmierć? Czy należy się jej obawiać? Otóż nie należy się obawiać śmierci, albowiem albo po niej nic nie ma, albo stanowi przejście do życia lepszego, stąd jest godna pożądania. Zdaniem Cycerona (2010) „starość jest ostatnim aktem odegranym na scenie życia: starajmy się, by nie był on męczący, zwłaszcza gdy sztuka jest dostatecznie długa". Dla Cycerona, a także dla obywateli Rzymu w czasach starożytnych, trudno było pogodzić się z faktem zakończenia czynnego udziału w życie publicznym. Dla Rzymianina treścią życia były trzy zawody: praca w zarządzaniu państwem, życie żołnierza i toczenie sporów w palestrze. W meandrach życia Cycerona odnotowujemy okresy, kiedy to przez okoliczności polityczne wyrzucany był na margines życia politycznego. Wtedy to rzucał się do filozofii, wtedy to stworzył dzieła, które stanowią wspaniałe pomniki ludzkiej myśli. Dzięki nim zapisał się w historii. Korzyść dla potomnych okupiona została osobistym bólem i przygnębieniem z racji odsunięcia od publicznej działalności.

Cyceron w swoich refleksjach wiele uwagi poświęcił zagadnieniu, jak etycznie postępować w różnych okresach życia i na różnych stanowiskach publicznych. Także uwagi jego odnosiły się do pytania: jak godnie przeżyć starość? Oto charakterystyczny fragment: „Starcy zaś powinni ograniczyć wysiłki cielesne, a natomiast zwiększyć nawet działalność duchową i niech dokładają starań, by rozważną radą pomóc jak najskuteczniej tak przyjaciołom, jak i młodzieży, a przede wszystkim Rzeczypospolitej. Niczego zaś bardziej nie powinna się wystrzegać starość jak poddawania się zgnuśnieniu i bezczynności. Rozpusta, o ile w każdym wieku jest haniebna, to najbardziej odrażająca jest w starości; a jeśli dołącza się do tego jeszcze wyuzdanie namiętności – zło jest podwójne, bo i sama starość wstydem się okrywa, i młodzież ośmiela do tym bezwstydniejszych wybryków" (Cyceron, 2002, s. 232).

Uwagi końcowe

W chrześcijańskiej Europie czasów średniowiecza realizowany był program odniesienia do ludzi starych wypracowany w czasach patrystycznych. Wsparty został silnie przez powszechne upowszechnienie w świadomości ludzi wierzących obowiązku świadczenia jałmużny. Powszechne zjawisko świadczenia jałmużny wychodziło naprzeciw potrzebom bytowym nie tylko ludzi starych, lecz wszystkich potrzebujących. Nadmieńmy tylko, że wraz z powstaniem uniwersytetów jałmużna umożliwiała naukę żakom wywodzącym się z warstw plebejskich. Ponadto niska średnia długość życia sprawiła, że problem starości nie stanowił w życiu społecznym większego problemu. Taki stan rzeczy utrzymywał się także przez wiele stuleci czasów nowożytnych. Problem ludzi starych jako palące zjawisko społeczne ujawnił się w dobie współczesnej i dziś wymaga nowego podejścia, jakiegoś całościowego rozwiązania. Geneza tego stanu jest następstwem całego splotu zdarzeń. Nowożytność w opozycji do średniowiecza, swoją uwagę skoncentrowała na

człowieku. Wzorem Greków głównym przedmiotem troski uczyniła wolność człowieka i jego szczęście. Wolność tę człowiek nowożytny począł głosić i realizować we wszystkich dziedzinach życia. Na gruncie religii wytworzył reformację, chrześcijaństwo utopijne, religię pozytywną, i na koniec humanizm, czyli ubóstwienie człowieka. W polityce ogłosił wolność jednostek i narodów. W filozofii i w etyce wrócił do starej zasady stoickiej, że miarą wszystkich rzeczy jest człowiek i tylko on decyduje o tym co jest prawdą, co jest dobrem i co jest pięknem. Zaprzeczeniem szczęścia i piękna jest starość, stąd społeczeństwo nowożytne uznało je za wstydliwy sekret, uznało że najlepiej o nim nie wspominać. Stąd w filozofii brak opracowań tego tematu, w literaturze i sztuce – z racji jego nieestetyczności – pomija się milczeniem. W życiu społecznym ludzi starych usuwa się na margines, zapomina się o ich istnieniu, zamyka w przytułkach i w → hospicjach. Doszło do tego we współczesnej Europie, iż prawnie usankcjonowano eutanazję, aby ratować budżety rodzinne i społeczne.

Ostatni okres życia człowieka kończy śmierć, która jest jednym z najbardziej fundamentalnych problemów człowieka. Od właściwego rozwiązania tego problemu zależy właściwe ujęcie sensu życia. Śmierć rzutuje na całe życie człowieka, ale w okresie starości silniej z racji jej bliskości. Czy śmierć ma sens, czy jest jej pozbawiona? Czy śmierć to koniec, po którym następuje niebyt? A może śmierć jest przejściem, początkiem nowej rzeczywistości? Myśl o śmierci i usiłowanie jej rozwiązania to fakt towarzyszący człowiekowi na przestrzeni całego życia człowieka, w sposób szczególny zaś w okresie starości.

JRB

B: [Św.] Ambroży, 2012; *Antologia…*, 1987; Arystoteles, 1980, 1982, 1988 a, 1988 b, 2005; J. R. Błachnio, 2005, 2006, 2015; Boecjusz, 2003; Cyceron, 2002, 2010; Diogenes Laertios, 1984; Eliade, 1988; Frauwallner 1990; *Gilgamesz…*, 1980; [Św.] Grzegorz Wielki, 1969; Kant, 2002; Krokiewicz, 1995; Minois, 1995; Montaigne, 2002; Naumowicz, 2012; Pascal, 2001; *Pismo Święte…*, 2013; Platon, 1958, 1960, 1999; Przybylski, 1998; Seneka, 2001; Stiller, 1980; Tronina, 2011; Zmorzanka, 2010.

O: Arystoteles, Cyceron, filozofia starzenia się, nauczanie św. Bazylego wielkiego na temat starości, starość w Biblii, starość w filozofii – ujęcie historyczne, starość w nauce Jana Pawła II.

TK: ang. *old age in philosophy and philosophy of old age*, fr. *la vieillesse dans la philosophie et philosophie de la vieillesse*, hiszp. *la viejaz en la filosofía y filosofía de la vejez*, niem. *Alter in der Philosophie und Philosophie des Alter*, ros. *старость в философии и философия старости*.

starość w filozofii – ujęcie historyczne

Część I: Filozofia starożytna

Badacze zjawiska → starości podkreślają trudności w opisaniu jego dziejów, związane z brakiem dokumentów i źródeł historycznych; podobne trudności wiążą się z próbą opisu dziejów filozoficznego pojmowania starości. Dodatkowym kłopotem jest wielość sposobów uprawiania filozofii oraz pojmowania starości, utożsamianej z wiekiem lub traktowanej jako symbol → mądrości [życiowej]. Trzeba też pamiętać, że filozoficzna refleksja o starości pojawia się nie tylko w traktatach filozoficznych, lecz także w rozprawach biologicznych i medycznych (*Corpus Hipocraticum*), literaturze pięknej (Dante) czy pismach teologicznych (Ojcowie Kościoła, scholastycy). Zjawisko to obecne jest zwłaszcza w starożytności, średniowieczu i wczesnej nowożytności, kiedy filozofia obejmowała całość wiedzy (przynajmniej przyrodzonej). Z tego powodu filozofowie podejmujący badania nad starością analizowali ją jako zjawisko biologiczne, medyczne, psychologiczne, ekonomiczne, prawne, polityczne, społeczne i aksjologiczne. Nierzadko też snuli pomysły, jak zaradzić procesom → starzenia się a nawet je wyeliminować. Współcześnie, odkąd powstały specjalistyczne dyscypliny naukowe zajmujące się starością, filozofie piszą o niej zdecydowanie rzadziej. Niezależnie od tych przemian zachodzi pewien związek między starością a filozofią; jeśli bowiem filozofia jest mądrością, to jej osiągnięcie wydaje się możliwe dopiero w starości. Chociaż jednak w dziejach nie brak myślicieli, którzy ważne dzieła napisali w starości (Platon, Kant), to jednak byli również tacy, którzy napisali je w młodym wieku (Pascal, Hume). Starość nigdy nie była w filozofii zagadnieniem najważniejszym, nawet bowiem na gruncie filozofii pojmowanej jako *meditatio mortis* podkreślano konieczność gotowości na → śmierć w każdym wieku. Filozofowie zwykle pisali o starości przy okazji podejmowania innych zagadnień, zwłaszcza politycznych czy moralnych. Jednym z powodów marginalizacji problemu starości mogło być to, że w minionych stuleciach niewielu ludzi jej dożywało. Dzieje filozoficznej refleksji nad starością można zasadniczo podzielić na trzy główne okresy: starożytność, filozofię chrześcijańską, obejmującą okres starożytności (patrystyka) i średniowiecza (scholastyka) a także filozofię nowożytną, w której można jeszcze wyróżnić okres wczesny (od Renesansu do początków Oświecenia) oraz późniejszy (od Oświecenia do początków wieku XX). Jeśli zaś chodzi o filozofię współczesną (w przybliżeniu obejmującą wiek XX i XXI), to refleksja nad starością nie jest w niej zbyt szeroko rozwijana. Próby

opisu starości są obecne nie tylko w myśli Zachodu, lecz także Wschodu. Prawdopodobnie najstarszy tekst na jej temat pochodzi z Egiptu, powstały około 2 500 lat p.n.e. – jego autorem był Ptah-hotep, wezyr faraona Isesi z V dynastii. Przekonywał on, że długi wiek (ideałem było dożycie 110 lat) jest nagrodą bogów za sprawiedliwość. Z tego powodu zalecał szacunek dla starców oraz stosowanie się do rad ojca, gwarantujących sukces w → życiu. Z drugiej jednak strony starość jest nazwana przez Ptah-hotepa najgorszym nieszczęściem, oznacza bowiem słabość i udrękę; w starości zanikają zarówno sprawności zmysłowe, jak i intelektualne, człowiek wszak ślepnie, głuchnie, traci → pamięć i odczuwa ból w całym ciele. W dalekowschodniej refleksji nad starości należy odnotować chiński taoizm, zgodnie z którym → długowieczność [ludzka] była celem, osiągalnym za pomocą ascezy. Starość oznacza wyższą formę istnienia, bliską świętości, z perspektywy której śmierć traci znaczenie. Twórca taoizmu, Lao-cy (żyjący w VI w. p.n.e.) miał uznawać wiek 60 lat za → czas, w którym mężczyzna może uwolnić się od ciała i osiągnąć świętość. Konfucjusz (551–479 p.n.e.) z kolei podkreślał dobro starości, nakazując okazywanie szacunku tym, którzy jej dostąpili. Utożsamiając starość z mądrością, bronił władzy starych – dotyczyło to nie tylko ojca, mającego absolutną władzę w domu, lecz także matki, sprawującej władzę nad synową i wnukami. Konfucjusz pisał, że w wieku 50 lat pojął wolę Niebios, lecz dopiero w wieku 70 lat mógł podążyć za swymi pragnieniami, nie łamiąc reguł, 70. rok życia jest bowiem okresem przełomowym, kiedy to rezygnuje się z funkcji społecznych i przygotowuje się do śmierci. Bardziej pesymistyczny obraz starości mieli Grecy, uznając ją za przekleństwo zasłane na ludzi przez bogów. Starość to córa Nocy i wnuczka Chaosu, mająca siedzibę w przedsionku piekieł – jej rodzeństwo to Nędza, Sen i Śmierć. Z powodu udręk starości człowiek nie powinien pragnąć wiecznego życia, mógłby bowiem podzielić los Titonosa, któremu bogowie ofiarowali nieśmiertelność, nie dali mu jednak młodości. Starość jest więc gorsza od śmierci, o czym przekonywali poeci – Mimneros z Kolofonu (VII w. p.n.e.) i Teognis z Megary (VI w. p.n.e.) oraz tragicy greccy, chociażby Sofokles (496–406 p.n.e.); wyjątkiem był Pindar (ok. 518–ok. 438 p.n.e.), głoszący, że starość może dać zadowolenie. ….Wśród państw greckich wyjątkowa była Sparta, gdzie starców otaczano szacunkiem, powierzając im ważne funkcje polityczne; rady starszych, do której należeli przedstawiciele rodów arystokratycznych oraz ci, którzy w młodości odznaczyli się wielkimi czynami wojskowymi, musieli słuchać nawet królowie. W Atenach początkowo takiego szacunku starcom nie okazywano. Sytuacja zmieniła się dopiero w okresie demokracji, zwłaszcza po fiasku wyprawy na Sycylię, wówczas prawa Solona (ok. 640–ok. 560 p.n.e.) powierzały władzę starszym, wprowadzając także regulacje dotyczące obowiązków wobec ludzi starych. ….Współczesny Solonowi Tales z Miletu (ok. 620–ok. 540 p.n.e.), uchodzący za pierwszego filozofa greckiego, zachęcał do okazywania szacunku ludziom starym, twórca zaś szkoły eleackiej, Parmenides z Elei (ok. 540–ok. 470 p.n.e.) opisywał starość na poziomie biologicznym – za główną jej przyczynę uważał utratę ciepła w organizmie, chociaż sądził także, że ludzie żyjący w klimacie gorącym starzeją się szybciej. Pitagoras (ok. 572–ok. 497 p.n.e.) z kolei uchodzi za autora pierwszego podziału życia na cztery dwudziestoletnie okresy, odpowiadające porom roku – wiosną życia jest dzieciństwo, latem młodość, jesienią dojrzałość, zimą zaś starość, rozpoczynająca się w 60. r.ż. Późniejsi filozofowie w opisach starości korzystali z analogicznego podziału życia, zaproponowanego przez → Hipokratesa, który starość także uważał za zimę życia, chociaż jej początek datował na 56. r.ż. Za główne przyczyny starzenia się uznawał utratę ciepła i wilgoci przez organizm. Dostrzegał także, że ludzie starzy potrzebują mniej pokarmu. Autorem zaginionego traktatu filozoficznego o starości, zatytułowanego *Antimachos albo o starcu* miał być uczeń Sokratesa, Fedon z Elidy (żyjący na przełomie IV/III w. p.n.e.) – Diogenes Laertios nie uważał jednak jego autorstwa za pewne. Z kolei przedstawiciel szkoły cyników, Diogenes z Synopy (ok. 412–ok. 323 p.n.e.) miał głosić, że najstraszniejszą rzeczą dla człowieka jest zestarzeć się bez środków do życia. Najpełniej jednak problem starości potraktował Platon (427–347 p.n.e.), zwłaszcza w *Prawach*, napisanych w wieku 80 lat. Zdaniem Platona starość to nie zbiór cech, lecz proces; nie oznacza zatem określonego wieku, lecz kondycję psychofizyczną. Pomimo wielu wad starości, Platon krytykował tych, którzy (jak sofista Trazymach), oceniali ją negatywnie; uważał, że może być równie dobra, jak wcześniejsze etapy życia. Niewątpliwie w starości mamy do czynienia z utratą sił fizycznych, zakłóceniami trawienia, brzydotą cielesną, mogącą budzić odrazę czy osłabieniem popędu płciowego – mimo to starość nie jest → chorobą, lecz powszechnym zjawiskiem w przyrodzie. Wprawdzie niektórzy starcy odczuwają tęsknotę za uciechami młodości, to jednak najczęściej doświadczają spokoju, wolni od pożądań cielesnych. W miejsce popędu płciowego pojawiają się pragnienia rozkoszy umysłu, starość sprzyja zatem fi-

lozofii i mądremu życiu, a dzięki osłabieniu ciała można osiągnąć wolność ducha. Starzec nie ulega też opinii innych, nie chodzi mu bowiem o dysputę, lecz o prawdę; uwolniony zaś od wpływów świata, skupia się na tym, co istotne. Wprawdzie zdarzają się starcy, których charakter uległ pogorszeniu, to jednak nie jest to regułą, usposobienie bowiem nie zależy od wieku. Starość jest nieznośna tylko dla tych, którzy za złą uważali też młodość; człowiek łagodny zaś widzi w niej dobro. Niekiedy starość oznacza zdziecinnienie i utratę władz umysłowych, zwłaszcza pamięci. Degenerację umysłu można jednak opóźnić przez aktywność intelektualną, brakom pamięci zaś może zaradzić pismo. Mimo to Platon uważał, że po ukończeniu 70 lat nie można pełnić zaszczytnej funkcji strażnika praw. Przykrą stroną starości jest także lekceważenie ze strony młodych, w tym własnych domowników. Zdaniem Platona jednak starcy są zwykle sami sobie winni, ponieważ wcześniej źle traktowali bliskich. Dokuczliwy jest też brak środków do życia, dlatego korzystne jest zgromadzenie majątku; ponieważ jednak nie każdy może go osiągnąć, państwo powinno zapewnić starcom prawną i socjalną → opiekę, troszcząc się o ich → zdrowie, wygodę i wypoczynek. Temu celowi mają służyć plaże, kąpieliska i łaźnie, gdzie starcy spędzają czas pod opieką młodych i korzystają z zabiegów leczniczych. Platon nie był tu jednak konsekwentny, równocześnie bowiem postulował ograniczenie wydatków na medycynę. W tej sytuacji starcy – zwłaszcza chorzy, będąc obciążeniem dla społeczeństwa – nie mogli liczyć na przywileje. W starości nasila się także → lęk przed śmiercią, rodząc wiarę w bajki o Hadesie. Skoro jednak śmierć oznacza przejście do lepszego życia, należy ją uznać za dobro, zwłaszcza, że śmierć w starości jest raczej przyjemnością niż bólem. Starcy to ci, którzy przeszli już drogę, przed którą stają młodzi, mogą zatem pełnić rolę przewodników i wychowawców, strzegąc tradycji i przekazując ją kolejnym → generacjom. Z racji wieku i doświadczenia starzy są nie tylko najbardziej godni zaufania, lecz także odporni psychicznie, dzięki czemu lepiej znoszą brzemię władzy i odpowiedzialności. Powinni też zasiadać w sądach, są bowiem w stanie wydawać sprawiedliwe wyroki. Tylko im też przysługuje przywilej układania praw oraz krytykowania ustanowionych wcześniej (chociaż nie wolno im tego robić w obecności młodych). W starości człowiek przestaje ulegać złym wpływom, wobec czego jest szczególnie miły bogom, którzy wysłuchują jego modlitw. Wypraszając łaski dla dobrych i kary dla złych, jest skarbem dla pierwszych a zagrożeniem dla drugich; każdy zatem rozumny człowiek lęka się modlitwy rodziców. Zdaniem Platona jednak, nie tylko własny interes, lecz także prawo nakazuje szacunek dla starych, którzy górują nad młodymi; tam zaś, gdzie panują równe prawa dla młodych i starych, nauczyciel boi się uczniów, starając się im przypodobać. Szczególny szacunek należy się rodzicom, kto zatem nie troszczy się o nich, podlega karze – synom przed 30. r.ż. a córkom przed 40 r.ż. grozi więzienie i chłosta, a powyżej tego wieku grzywna. Starcy powinni też zarządzać majątkiem rodzinnym, chociaż władzę tę można im odebrać, gdyby postradali rozum, działając na szkodę bliskich – tylko sąd jednak jest władny uznać starca za niepoczytalnego. Pomimo tych przywilejów, Platon nie antagonizował pokoleń, uważając, że dobrze funkcjonujące społeczeństwo wykorzystuje zalety wszystkich grup wiekowych. Nakreślił jednak wyidealizowany obraz starości, z jednej strony ukazując starców takim, jakimi być powinni, z drugiej wskazując, jak należy ich traktować. Powody mogły być różne: późny wiek Platona, w którym pisał *Prawa*, uznanie dla ustroju Sparty lub chęć przeciwdziałania złemu traktowaniu starców w innych miastach greckich. Bardziej pesymistyczny obraz starości nakreślił jego najwybitniejszy uczeń, → Arystoteles, który napisał dziełko *O młodości i starości*, główne jednak uwagi na temat starości zawarł w *Retoryce*, *Polityce* i *Etyce nikomachejskiej*. Za początek starości uznał lat 50, kiedy to człowiek osiąga szczyt rozwoju – także duchowego. Od tej pory zaczyna się schyłek, charakteryzujący się wysuszaniem i wyziębianiem organizmu. Starość kobiet zaczyna się 10 lat wcześniej, wiążąc się z utratą płodności. Starczy uwiąd jest uciążliwy, prowadząc do śmierci – ponieważ jednak w ciele tli się już tylko nikły płomień życia, śmierć może być bezbolesna. Najlepszym okresem życia jest, zdaniem Arystotelesa, wiek dojrzały, między młodością a starością, wolny od skrajności. W *Retoryce* Stagiryta uznaje ludzi starych za niezdolnych do pełnienia ważnych funkcji społecznych, zwłaszcza tych, które wymagają podejmowania odpowiedzialnych decyzji; powodem jest starzenie się rozumu wraz z ciałem. Rola starców powinna ograniczać się do sprawowania funkcji kapłańskich. W tekście *Polityki* Arystoteles był łagodniejszy, przypisując starcom mądrość i prawo do zasiadania w radach tworzących prawa; mimo to krytykował spartańską gerusję, odmawiając starcom prawa do pełnienia powierzonych im funkcji dożywotnio. W *Polityce* Stagiryta stwierdza też, że starzec (podobnie jak dziecko) nie jest obywatelem w sensie ścisłym; powodem jest słabość ciała, która powoduje osłabienie intelektu i pogorszenie charakteru. Do wad ludzi starych Arystoteles

zaliczał przywiązanie do życia, człowiek bowiem pragnie najmocniej tego, czego mu brak; z tego powodu starzec żyje bardziej przeszłością, której wspominanie sprawia mu przyjemność, niż przyszłością, której kurczenie go smuci. Ludzie starzy są też przesadnie ostrożni w swoich sądach, niczego nie głosząc z uporem; zarazem jednak gardzą opiniami innych. Są też nieufni, nawet przyjaciół uznając za potencjalnych wrogów, wielokrotnie bowiem zostali oszukani. Z tego powodu nie są zdolni do szczerych uczuć; wprawdzie okazują litość, to jednak jej źródłem nie jest życzliwość dla innych, lecz obawa, że ich samych dotkną podobne nieszczęścia. Nie lubią żartów ani śmiechu, spędzając czas na użalaniu się nad sobą. Niezdolni do nawiązania przyjaźni, ograniczają pragnienia do rzeczy niezbędnych; w działaniu zaś nie kierują się względami moralnymi, lecz interesem. Bywają też chciwi, wiedzą bowiem, że łatwiej wszystko stracić niż zdobyć; są więc pesymistami, widzącymi w każdej rzeczy raczej złe niż dobre strony. Pomimo tych wad, Arystoteles uważał starość za równie naturalny etap życia jak młodość; jeśli zaś człowiek zachowa jak najwięcej cech wieku dojrzałego, to może być nawet piękna. Do głównych warunków takiego stanu rzeczy należą: starzenie niezauważalne i powolne, zachowanie zdrowia i → sprawności fizycznej, zdolność samodzielnego wykonywania czynności niezbędnych do życia, dobrobyt, gwarantujący bezpieczne życie a także posiadanie licznej i szczęśliwej → rodziny oraz oddanych przyjaciół. Uczeń Arystotelesa, Teofrast z Eresos (ok. 362–ok. 287 p.n.e.) był autorem dzieła *O tym, że starość nie jest zła*, które zaginęło. Uważał on życie ludzkie za zbyt krótkie, aby zrealizować wszystkie zadania; tymczasem jelenie czy wrony żyją długo, chociaż nie są potrzebne. Zarazem jednak (w traktacie *Charaktery*) Teofrast wyśmiewał starców, którzy nie zachowują się stosownie do wieku, naśladując młodych. Inny uczeń Arystotelesa (a także Teofrasta), Demetrios z Faleronu (ok. 350–ok. 283 p.n.e.), był autorem zaginionego traktatu *O starości*, którego tematem była cześć dla rodziców. W przeciwieństwie do pesymizmu Arystotelesa, Epikur (341 – 270 p.n.e.) uważał, że ci, którzy mieli piękne życie, są na starość szczęśliwi. Młodzieniec jest jeszcze na morzu, narażony na błędy i wypadki, starzec zaś szczęśliwie dotarł do portu, wobec czego nikt mu nie odbierze skarbu życia, które przeżył. Stoicy z kolei uważali starość za zjawisko naturalne (niezależne od woli) i z tego powodu aksjologicznie obojętne – ani dobre, ani złe. Bunt przeciwko starości jest nieskuteczny (i nieracjonalny), zarazem jednak udręki starości nie niszczą tego, co w nas boskie (rozumu); z tego powodu starych należy czcić zaraz po bogach. Jeszcze bardziej optymistyczny opis starości sformułował rzymski filozof → Cyceron (2010), autor dialogu *Katon starszy o starości*, w którym rozwijał niektóre idee Platona. Napisał go w wieku 63 lat, zadedykował zaś Attyli, mającemu lat 65. W tekście poglądy Cycerona wygłasza 84-letni Katon Starszy, zbijając argumenty przeciwko złu starości; dzieło nie ma jednak uczyć sceptycyzmu, lecz przekonywać, że starość jest dobra. Pierwszy argument przeciwko starości głosi, że wyklucza ona z życia czynnego, nie pozwalając człowiekowi być aktywnym i twórczym. Zdaniem Cycerona jednak starość uniemożliwia podjęcie tylko tych działań, które wymagają młodzieńczej siły; tymczasem starzec podejmuje działania ważniejsze, bardziej pożyteczne i wymagające rozwagi (polityka). Starzec jest jak sternik na okręcie wśród chaotycznie biegających marynarzy; bez jego rozsądku nie utrzyma się żadne państwo. Starość umożliwia też aktywność intelektualną i artystyczną, czego dowodem autorzy, którzy najlepsze dzieła napisali u schyłku życia. Drugi zarzut dotyczy osłabienia sił fizycznych, chorób i zniedołężnienia. Zdaniem Cycerona jednak człowiekowi staremu nie jest potrzeba siła cielesna, której braki równoważy rozum; dzięki rozwadze i mądrości można wszak dokonać wielkich rzeczy. Ubytek sił nie jest zresztą cechą konieczną starości, kto bowiem ćwiczy ciało w młodości, zachowa sprawność fizyczną; zniedołężnienie wszak to nie skutek starości, lecz rozpasania w młodości. Trzeci zarzut dotyczy stępienia wrażliwości i związanego z nim braku zmysłowych rozkoszy. Zdaniem Cycerona jednak brak ten nie jest dotkliwy, ponieważ stary człowiek nie pragnie silnych doznań cielesnych; brak pożądania jest nawet przyjemny i dobry, pozwala bowiem zażywać błogiego spokoju i chroni przed występkami młodości. Nawet w starości jednak człowiek nie jest pozbawiony przyjemności zmysłowych, może bowiem cieszyć się rozkoszami podniebienia, urokami wiejskiego życia czy obserwacją przyrody; przede wszystkim jednak rozkoszuje się przyjemnościami intelektu. Ostatni z omawianych przez Cycerona zarzutów przeciwko starości dotyczy bliskości i nieuchronności śmierci. Również on nie jest rozstrzygający, człowiekowi bowiem w każdym wieku ma nadzieję, że jeszcze trochę pożyje. Poza tym, śmierć może nas spotkać w każdej chwili, także w młodości; młodzi nawet umierają częściej, starości zaś dożywa niewielu. Znaczy to, że starzec jest w lepszej sytuacji, ma bowiem długie życie za sobą, które młodemu może nie być dane. Śmierć w starości jest też krótka i bezbolesna, wobec czego nie trzeba się jej bać. Tym bardziej nie należy obawiać się

tego, co czeka nas po śmierci, jest to bowiem albo nicość (bez doznań), albo nowa forma istnienia, w której połączymy się z bogami. W obu wypadkach jest dobrem, wyzwalając z doczesności, która jest raczej pasmem nieszczęść niż rozkoszy; gdyby zresztą życie obfitowało w same przyjemności, zrodziłoby przesyt. Starość jest ostatnim aktem na scenie życia, powinniśmy zatem dobrze się do niej przygotować. Od wczesnej młodości należy oddawać się ćwiczeniom wzmacniającym cnoty umysłu i ciała, starość bowiem to owocowanie życia, analogicznie do jesieni, która następuje po wiośnie i lecie; powinna być zatem ukoronowaniem i finałem cnotliwego życia. Nie należy jej jednak przypisywać wad charakteru, niezależnych od wieku; dla głupca bowiem każdy okres życia jest nieznośny, dla mędrca zaś – każdy jest okazją do dobra. Zwykle jednak ludzie chcą żyć długo, pragną zatem również starości; kiedy jednak nadchodzi, narzekają na nią. Niezależnie od tych pochwał starości, sam fakt ich spisania sugeruje, że starość nie jest dobrem oczywistym; w prywatnych listach zresztą Cyceron przyznawał, że wprawia go ona w zły nastrój. Jego pochwałę starości można zatem odczytać jako próbę dodania sobie otuchy lub podkreślenia znaczenia ludzi starych dla państwa. Tekst Cycerona zbiegł się w czasie z ograniczeniem władzy starych senatorów na rzecz młodych wojskowych. Wychwalanie starości zatem można odczytać jako polemikę z panującym ustrojem i próbę obrony interesów grupy, do której Cyceron należał. Bardziej pesymistyczny obraz starości nakreślili rzymscy stoicy, upatrując w niej różnych zagrożeń, zwłaszcza moralnych, wynikających z degradacji umysłu i ciała. Starość jest niebezpieczna dlatego, że nadzieja na nią pozwala odkładać moralną poprawę na przyszłość; tymczasem można jej nie dożyć. Seneka (ok. 4–65 n.e.) w *Listach moralnych do Lucyliusza* przekonywał, że wiek to rzecz zewnętrzna, która od nas nie zależy, chociaż można życie skrócić (samobójstwo) lub też – zachowując wstrzemięźliwość – przedłużyć je. Apogeum osiągamy w wieku 50 lat, który jest początkiem starości, zwykle krótkiej. Wprawdzie jest ona naturalna, to jednak nie należy jej ani pragnąć, ani odrzucać; warto przyjąć ją życzliwie a nawet pokochać, doceniając jej zalety, ponieważ – właściwie wykorzystana – może być pełna uroku. Skoro zaś każda przyjemność jest najsilniejsza na końcu – czego przykładem ostatni kieliszek wina dający upojenie lub owoce, które najlepiej smakują, gdy są najdojrzalsze, również podeszły wiek, nie będący jeszcze kresem życia, może dać najwięcej zadowolenia. Warunkiem jest opanowanie namiętności, przez które ginie wielu ludzi oraz studiowanie filozofii, która daje wewnętrzny spokój. Starzec nie powinien jednak żyć bezczynnie, lecz pracować dla przyszłych pokoleń, dbać o swój wygląd zewnętrzny i mieć grono przyjaciół. Mimo to Seneka przekonuje, że w starości nie należy rozpoczynać kariery, lecz raczej ją porzucić, śmiesznym jest bowiem starzec zaczynający życie w chwili, gdy dobiega ono kresu. W starości pojawiają się nowe wady, których nie zna młodość; należy do nich pragnienie jak najdłuższego życia, trwoga przed śmiercią, oszukiwanie siebie, naśladowanie młodych, trzymanie się osiągniętej pozycji społecznej i niechęć do ustąpienia miejsca kolejnym pokoleniom. Wprawdzie starość jest okazją do rachunku sumienia, to jednak wielu ludzi nie chce go przeprowadzić, zaprzeczając złu, które uczynili. Wielu starców ma też poczucie absurdu życia, widząc, że niepotrzebnie gromadzili dobra, których nie zdążą wykorzystać a na które czyhają już ich spadkobiercy. Szczególnie jednak odrażająca wydaje się Senece rozpusta, obżarstwo i pijaństwo ludzi starych. Szczęśliwy jest raczej ten, kto nie jest niewolnikiem życia, cieszy się przeszłością, patrzy w przyszłość bez lęku i przyjmuje każdy dzień jako dar losu. Jeśli zaś starzec dozna nieznośnych cierpień, ma prawo odebrać sobie życie; ten zresztą, kto tego nie uczyni, będzie musiał uzasadnić, dlaczego nadal żyje. ….Przeciwko zachłanności życia wystąpił też Epiktet (ok. 50–125/130 n.e.), grecki wyzwoleniec przebywający w Rzymie. Uznał starość za naturalną i dobrą, skoro bowiem człowiek jest elementem przyrody, to z konieczności podlega jej prawom. Metaforą ludzkiego życia jest kłos zboża, dojrzewający nie dla siebie, lecz dla plonu – złym człowiekiem jest zatem ten, kto nie chce ustąpić miejsca innym, stając się ciężarem dla świata. Ten ostatni wątek pojawia się także w napisanych po grecku *Rozmyślaniach* cesarza Marka Aureliusza (121–180), obawiającego się duchowego i fizycznego zniedołężnienia, które sprawiłoby, że nie będzie mógł pracować dla dobra innych. Nie należy zatem pragnąć długiego życia, zwłaszcza, że śmierć – niezależnie od tego, kiedy nastąpi – odbierze tylko aktualną teraźniejszość. W kontekście kultury rzymskiej rozwijał też swoje poglądy grecki filozof i biograf, Plutarch z Cheronei (ok. 45/50–ok.120/125 n.e.), będący kapłanem w Delfach i namiestnikiem cesarza w Grecji. W *Liście pocieszającym do żony* nakreślił pesymistyczną wizję starości. Datując jej początek na 50. r.ż., nazywał starość jesienią – najbardziej smutną, zimną i surową porą życia. Jest ona przyczyną degeneracji ciała (w którym nie ma ciepła ani wilgoci) oraz moralnej ułomności duszy; z tego powodu ludzie starzy mają skłonność do trunków, re-

kompensujących ich psychofizyczne braki. Są też melancholikami, w których dominuje żółć, wobec czego nie nadają się do polityki (wyjątkiem był Katon Starszy). Plutarch zmienił pogląd, gdy został namiestnikiem Grecji (ok. 119/120), mając ponad 70 lat. W napisanym wtedy traktacie *Czy stary człowiek powinien się zajmować polityką?*, przekonywał, że człowiek stary nie powinien wycofywać się z życia publicznego, lecz poświęcić się rządzeniu – kto zatem na starość porzuca politykę dla przyjemności, postępuje niegodnie. Aktywność polityczna jest świadectwem, że w człowieku nigdy nie zanika umiłowanie zaszczytów ani chęć pracy dla dobra wspólnego (wzorem są pszczoły, z których żadna nie staje się starość trutniem). Stanowi też odpowiedź ludzi starych na okazywaną im pogardę. W polityce nie przeszkadza słabość ciała, doświadczenie zaś, brak namiętności i roztropność są nieocenionymi zaletami. Ludzie starzy nie są też chciwi, budzą większy respekt i mniejszą zazdrość ze strony młodych; z tego powodu nie należy ich odsuwać od władzy, na ich miejsce bowiem przyjdą młodzi – głodni władzy, zaszczytów i pieniędzy. Starzy gwarantują także większą stabilność polityczną, ponieważ z racji rozległych stosunków, trudniej ich usunąć ze stanowisk. Równocześnie jednak Plutarch podkreślał, że starcom nie wypada rywalizować z młodymi ani blokować ich karier – z tego powodu powinni zajmować jedynie najważniejsze urzędy w państwie a mniej ważne oddać młodym, aby nie prowokować ich do buntu. Z perspektywy rozważań Plutarcha starzec jawi się jako ideał władcy a nawet człowieka, któremu należy wybaczyć ewentualne wady; wizję tę – zgodną z religijnym duchem epoki, postrzegającej starość jako przedsionek szczęśliwego życia po śmierci – można uznać za podsumowanie filozoficznej refleksji nad starością w starożytności. Syntezą refleksji medycznych były koncepcje → Galena, zdaniem którego starość jest stanem pośrednim między chorobą a zdrowiem. Wszystkie funkcje organizmu są upośledzone, czego jednak nie należy uważać za patologię; jest to bowiem skutek powszechnych praw przyrody. Niezależnie od bardziej lub mniej pesymistycznej oceny starości, filozofowie starożytni uznawali ją za zjawisko naturalne; odmienną interpretację spotykamy w myśli religijnej (judeochrześcijańskiej).

Część II: Filozofia chrześcijańska

Filozoficzna myśl chrześcijańska nawiązywała do starożytnych obrazów starości, tworząc podobne katalogi jej zalet i wad, podjęła jednak również nowe wątki, związane z biblijną figurą Boga Jahwe jako starca, zdolnego sprawić, że nawet ludzie starzy (Abraham i Sara) mają potomstwo oraz z figurą Jezusa Chrystusa, który umarł jako młody mężczyzna. W chrześcijańskich opisach starości dominowało ujęcie symboliczne, starym wszak nie jest ten, kto długo żyje, lecz ten, kto „przeżył czasów wiele", osiągając doskonałość (Mdr 4,7–16, zob. *Pismo Święte…*, 2013). Z tego powodu chrześcijanie gardzili poganami, którzy obawiali się starości, widząc w niej zło. W chrześcijaństwie spotykamy również negatywny obraz starości jako symbolu grzechu, co sugeruje, że jest ona zjawiskiem dwuznacznym; wprawdzie zdrowie w starości może być znakiem łaski Boga, może jednak również świadczyć o działaniu szatana. Starość nie jest też kresem istnienia, lecz jedynie doczesności; przybliża wszak do śmierci, która jest początkiem życia wiecznego; mniej ważne jest zatem to, co starość kończy niż to, do czego prowadzi. Można powiedzieć, że starcy osiągnęli stan pośredni między światem doczesnym (do którego już nie należą) i wiecznym (którego jeszcze w pełni nie osiągnęli). Jeden z najbardziej znanych filozofów żydowskich, Filon z Aleksandrii (ok. 25 p.n.e.–ok. 50 n.e.) nie utożsamiał starości z wiekiem, lecz z mądrością oraz nieskalanym i godnym pochwały życiem – starcem jest ten, kto wierzy w Boga i wypełnia Jego prawo. Z kolei jeden z pierwszych myślicieli chrześcijańskich, Justyn Męczennik (ok. 100–167) uważał, że starość uwalnia człowieka od namiętności, pozwalając myśleć o sprawach bożych. Autorem pełniejszego opisu starości był Ireneusz z Lyonu (ok. 140–ok. 202), który dzielił ludzkie życie na 5 etapów: niemowlęcy, dziecięcy, chłopięcy, młodzieńczy i starczy. Podstawą była symbolika liczby 5, Jezus bowiem pobłogosławił 5 chlebów, którymi nakarmił tłumy, w przypowieści ewangelicznej występuje 5 panien mądrych i 5 głupich, człowiek ma 5 palców u ręki, 5 zmysłów itd. Równocześnie Ireneusz przeczył, że Jezus rozpoczął publiczną działalność w wieku lat 30 a umarł mając lat 33; aby być nauczycielem, musiał osiągnąć dojrzałość, czyli minimum 40 lat. Poza tym, Jezus zbawił ludzi w każdym wieku, musiał zatem uświęcić każdy okres życia, także starość. Potwierdzeniem ma być zdziwienie faryzeuszy, że Jezus jest bardzo mądry, mimo że nie ma jeszcze 50 lat (J 8,57). Znaczy to, że musiał do tego wieku się zbliżać – możliwe, że w chwili nauczania miał lat 46, czyli tyle, ile budowano świątynię w Jerozolimie. W spekulacjach tych jednak Ireneusz pozostał odosobniony. Tertulian (ok. 150/160–ok. 230/240) z kolei potępiał stare kobiety stosujące makijaż, sądząc, że im bardziej chcą ukryć swój wiek, tym bardziej go zdradzają. Tymczasem nawiązujący do

Solona Klemens Aleksandryjski (ok. 150–ok. 215) dzielił życie na 7 okresów po 10 lat, co odpowiada siedmioma dniom stworzenia. Szczytem rozwoju są okresy 7 i 8 (między 42. a 56. r.ż.), po których zaczyna się starość. Klemens uważał, że w starości człowiek wymaga opieki z racji słabości ciała i umysłu – zwłaszcza pamięci; zniedołężnienie nie wyklucza jednak możliwości pogodnego spędzenia ostatnich etapów życia. Starzec ma prawo nie tylko do opieki ze strony żony i dzieci, lecz także do spożywania wina, zakazanego młodym (z powodu rozbudzania namiętności); w przypadku starców pełni ono dobroczynną rolę rozgrzania wyziębłego organizmu, chociaż także oni muszą zachować umiar. Starzec ma również przywilej przewodniczenia rozmowom na uczcie i częstego zabierania głosu, w przeciwieństwie do młodzieńców, kobiet i dzieci; nawet on jednak powinien mówić tylko o tym, na czym się zna i nie zanudzać słuchaczy. Przywileje starców nie wynikają z wieku, lecz z ich podobieństwa do Boga, który jest odwiecznym starcem, starszym od całego świata. Z tego powodu starości nie należy ukrywać ani się jej wstydzić; kto zaś fałszuje swój wygląd, ma również – zdaniem Klemensa – fałsz w duszy. Zajmowanie najwyższego miejsca w społeczności chrześcijańskiej przez starców jest też zobowiązaniem; starcy bowiem, którzy znają Chrystusa, są powołani do pełnienia funkcji nauczycielskich i wychowawczych. Uczeń Klemensa, Orygenes (ok. 185–ok. 254) pojmował starość symbolicznie. W *Homiliach o Księdze Jozuego* pisał, że starość nie oznacza długowieczności, lecz mądrość i doświadczenie, które może mieć także człowiek młody – Adam, Noe czy Abraham nie byli nazywani starymi z racji wieku, lecz przymiotów ducha. Wiek 100 lat to symbol doskonałości, oznaczającej dojrzałość duchową, praktykowanie cnót i przyjaźń z Bogiem – starość oznacza zatem życie godne czci. Kontynuator myśli Orygenesa, Dydym Ślepy (ok. 313–ok. 398) uważał, że skrócenie przez Boga wieku pierwszych ludzi było karą za grzech – starość jednak, to przede wszystkim synonim spokoju duszy i cnotliwego życia. Bardziej naturalistycznie ujmował starość Cyryl Aleksandryjski (378–444), uważając, że jest ona ponura – naturalną zaś cechą starego umysłu jest ciągłe wahanie i skłonność do kłamstwa. ….Bazyli Wielki (329–379) problem starości podjął głównie w listach. Starość jest doświadczeniem przemijania, z którym wiąże się osłabienie sił fizycznych i psychicznych, kto zatem żyje długo, nie uniknie chorób ani nieszczęść. Starość wiąże się też z biedą, dlatego ludzi w podeszłym wieku należy zwolnić z podatków, niosąc im materialną i duchową pomoc, aby mogli w spokoju czekać na śmierć. Wzorem są młode bociany, ogrzewające własnym ciałem starego ojca, który stracił pióra, zapewniające mu pokarm i podtrzymujące go w locie własnymi skrzydłami. Ważniejsze jednak od obowiązków wobec starców, są obowiązki wobec Chrystusa – jeśli zatem ktoś zostanie biskupem, nie ma obowiązku opiekowania się ojcem. Starość to nie tylko nędza, lecz także duchowa dojrzałość, charakteryzująca się m.in. roztropnością. Z tego powodu ludzie starzy są duchowymi ojcami młodych, przekazując im dziedzictwo wiary. Znając życie, mogą wskazać młodym bezpieczną drogę, chociaż powinni być wyrozumiali i cierpliwi dla wychowanków. Pomimo zalet ludzi starych, nie należy ich idealizować, ponieważ ich postawa moralna nie wynika jedynie z cnoty, lecz także ze słabości ciała i niezdolności do grzechu. Wprawdzie też nie każdy starzec jest człowiekiem mądrym, to jednak każdy powinien dążyć do zbawienia. Brat Bazylego, Grzegorz z Nyssy (ok. 335–ok. 394) również opisywał negatywne aspekty starości – wypadanie zębów czy zmarszczki powodują, że nie ma w niej piękna, lepiej zatem jej nie doczekać. Brzydota i cierpienia świadczą, że starość nie jest cechą ludzkiej natury stworzonej przez Boga, lecz skutkiem grzechu – przed upadkiem Adama nie było śmierci, starości ani chorób. Starość można jednak przeżyć z pożytkiem dla siebie. Skoro bowiem życie jest wzrastaniem kłosa z posianego ziarna, to starość należy potraktować jako istotny etap w drodze do wiecznego szczęścia. Grzegorz dostrzega także symboliczny wymiar starości, utożsamiając ją raczej z dojrzałością duchową (mądrością i roztropnością), niż z wiekiem. Znaczy to, że siwa głowa nie czyni człowieka starym, jeśli nie towarzyszy jej moralny ład życia – starym zresztą można być już w młodości, żyjąc cnotliwie. Grzegorz z Nazjanzu (330–390), przyjaciel i rówieśnik Bazylego, po jego śmierci zaczął sam siebie (w wieku 50 lat) nazywać starcem. Zgodnie z jego uwagami (zawartymi w listach), starość to – z jednej strony – tęsknota za przeszłością i doświadczenie budzącej litość słabości, zarówno fizycznej, jak intelektualnej, z drugiej – szczyt dojrzałości. Z tego powodu starzy powinni być autorytetem dla młodych, potrafią bowiem łagodzić społeczne konflikty. Jan Chryzostom (ok. 350–407), chociaż nawiązywał do greckiej idei starości jako wyziębienia ciała – czemu może zaradzić umiarkowane spożywanie wina, to jednak postrzegał ją przede wszystkim w kategoriach moralnych, uznając siwe włosy za kolor cnoty. Są diademem danym przez Boga, podobnie jednak, jak korona królewska, zyskują znaczenie tylko w powiązaniu z osobą, która je

nosi; starzec musi więc zachowywać się stosownie do wieku, panując nad namiętnościami. Jeśli ulega emocjom lub stylizuje się na młodego, to jest nie tylko śmieszny, lecz także znieważa własną godność, zasługując na potępienie. Podobnie uczęszczanie do teatru zasługuje na najcięższe kary, starość bowiem powinna być przystanią, w której dusza doznaje ciszy i spokoju – skoro zaś człowiek oddaje się rozpuście, to nie może liczyć na pobłażliwość ani szacunek młodzieży. Niestety, starcy często żyją nagannie, czego przykładem biblijny król Dawid, który zgrzeszył pożądliwością ciała. Bywają też skąpi, żałując pieniędzy nawet na wychowanie dzieci oraz żądni władzy, chociaż nie zawsze osiągają mądrość. Równie destrukcyjne wady przypisuje Chryzostom starym kobietom, piętnując bogate wdowy oddające się rozrywkom, zamiast opiekować się ubogimi. Złe zachowanie starych powoduje, że nie mają prawa karcić młodych. Wprawdzie powinni być wzorem do naśladowania, to jednak wolą narzekać na upadek obyczajów, do którego zresztą sami się przyczynili. W komentarzach do *Listu do Rzymian* Chryzostom podkreśla fizyczny związek między grzechem a starością, grzech jest bowiem przyczyną starzenia się ciała, dusza grzesznika zaś łatwo ulega diabłu, jest zatem równie wstrętna, jak stary człowiek. Krytyczny opis starości, przedstawiony przez Jana Chryzostoma, nie musiał wyrażać jego niechęci do ludzi starych, mógł być skutkiem obserwacji ich wad i chęci ich naprawienia. Źródłem jego krytycyzmu było także to, że oceniał postępowanie ludzi z perspektywy ostatecznego celu życia, czyli wieczności. Skoro zaś ostatnią szansą osiągnięcia zbawienia jest starość, to należy ją wykorzystać, zwłaszcza, że człowiek, który dożył starości, będzie surowiej potraktowany na Sądzie Ostatecznym. Młodzi bowiem grzeszą z powodu braku wiedzy i doświadczenia, czym stary usprawiedliwić się nie może. Młodzi mogą też mieć nadzieję, że odpokutują zło w przyszłości, w przypadku starca taka nadzieja jest iluzją. Ponieważ zaś Chryzostom uważał też, że starość uwalnia od pokus zmysłowych, wobec czego łatwiej w tym wieku osiągnąć cnotę, to trudno się dziwić, że użył różnych środków, aby ludzi zawrócić z drogi grzechu – nie piętnował jednak starości jako takiej, lecz jedynie tych, którzy żyją źle. W tekstach Chryzostoma jest także sporo pozytywnych uwag na temat starców, wychwalał bowiem ich mędrstwo oraz znoszenie losu w duchu chrześcijańskiej radości. Z kolei Laktancjusz (ok. 250–ok. 330) wyróżniał 5 okresów życia: dzieciństwo, wiek chłopięcy, młodość, dojrzałość i starość. Wprawdzie w *De opificio Dei* stwierdził, że dożycie 100 lat jest równie utopijne, jak wieczność na ziemi, to jednak uważał, że → długość życia doczesnego nie ma znaczenia, ponieważ i tak zakończy się śmiercią. Starości nie należy zresztą pragnąć, wiąże się bowiem z przykrymi doświadczeniami. Bardziej optymistyczną wizję znajdujemy w listach Ambrożego (339–397), który w wieku 50 lat uznał siebie za starca. Odwoływał się do różnych podziałów życia, przyjmując (za Solonem) podział na 10 okresów po 7 lat lub na 7 okresów po 10 lat (za → Hipokratesem); znał też podział na 4 okresy (dzieciństwo, młodość, dojrzałość, starość). Według Ambrożego starość mierzona wiekiem jest okresem słabości i braku sił, stanowiąc przedsionek śmierci. Może także oznaczać obciążenie winami, kto bowiem żyje dłużej, zwykle więcej grzeszy. Zarazem jednak jest szansą pokuty, dlatego wstydzić się powinien jej tylko ten, kto nie jest zdolny do nawrócenia. Z perspektywy chrześcijaństwa starość to synonim dawnego człowieka, który ma się odrodzić, tylko bowiem „siwizna duszy" zasługuje na szacunek. W ostatnim okresie życia człowiek osiąga najwyższą mądrość i pełnię duchowej dojrzałości, bezkompromisowo podążając za prawdą – w słowach i czynach. Z tego powodu nie daje się uwieść herezjom a może nawet być pomocny w ich zwalczaniu – zwłaszcza, że jego modlitwa ma szczególną moc. Starcy pomagają też rozwiązać najtrudniejsze problemy, dzięki czemu przyczyniają się do pomyślności wszystkich – należy ich zatem otaczać opieką, czego wzór daje Biblia. Zdaniem Ambrożego, starość to życie nieskalane, które rozciąga się na wieczność – kto zatem je osiągnął, nie musi się obawiać utraty sił fizycznych. Doskonałość może też osiągnąć człowiek młody, chociaż nigdy nie dokona tego samodzielnie, bez pomocy Boga, mimo to nie należy w młodości chcieć być starym ani w starości – młodym. Ambroży przekonywał również, że grzech w młodości może być usprawiedliwiony wiekiem, w starości zaś jest niewybaczalny. Nawet jednak ci, którzy osiągnęli ideał życia, pełnią doskonałości będą się cieszyć dopiero w wieczności, która – przy podziale życia na 7 okresów – jest etapem ósmym, przekraczającym doczesność. Uczeń Ambrożego, Augustyn (354–430), znał podziały życia (na 5, 6 lub 7 okresów), o których pisał w dziele *Przeciwko manichejczykom komentarz do Księgi Rodzaju* oraz w *83 różnych zagadnieniach*. Faworyzował podział na 7 okresów po 10 lat, odpowiadający 7 dniom stworzenia i 7 okresom dziejów świata. Zgodnie z nim starość zaczyna się w wieku 60 lat, czemu w historii zbawienia odpowiada upadek świątyni jerozolimskiej i kres składania ofiar Starego Przymierza. Mamy tu do czynienia z powstaniem nowego (ducho-

wego) człowieka – w szóstym dniu Bóg stworzył człowieka z krwi i kości, dzień siódmy zaś to wieczne życie, będące odpoczynkiem po trudach wędrówki doczesnej. Takie ujęcie starości świadczy, że nie była ona cechą pierwotnej natury ludzkiej. Podlegamy jej dopiero od grzechu pierworodnego, w raju bowiem chroniło przed nią drzewo życia. Starość jest zatem elementem kary i skutkiem wypędzenia ludzi z ogrodu Eden. Z tego powodu człowiek stary jest symbolem grzesznika (co obrazuje zwiotczała skóra i brak urody), dziecko zaś – symbolem człowieka odrodzonego. Zarazem jednak Augustyn przekonuje, że starość jest symbolem mądrości, biel włosów zaś – znakiem niewinności duszy, wolnej od czerni grzechu. Fizycznie stary człowiek jest wrakiem, dlatego powinien myśleć o zbawieniu, są jednak tacy, którzy to zaniedbują – chociażby rozpustni mężczyźni, poszukujący młodych kobiet. Historia zbawienia uczy jednak, że wielu starców żyło sprawami Boga – pozbawiony wzroku cielesnego Izaak, duchowo widział światłość Bożą, Symeon zaś profetycznie wypowiedział się o Jezusie. Augustyn wspomina też ludzi starych, którzy przyczynili się do jego osobistego rozwoju. Przykłady te świadczą, że wewnętrzny człowiek jest wieczny i nie podlega starzeniu. ….Współczesny Augustynowi, Hieronim (331–420) wskazywał, że życie po osiemdziesiątce jest pełne trudów i boleści, każdy zaś, kto dożył stu lat, żałował, że nie umarł wcześniej. Ciało ludzkie przypomina piękną roślinę – kiedy kwitnie, cieszy oko, kiedy zaś zwiędnie, traci urok. Również umysł ulega osłabieniu, starzy ludzie często bowiem dziecinnieją, stając się kimś innym, niż dotąd. Kobiety starzeją się szybciej, zwłaszcza zamężne. Wprawdzie tuszują brzydotę, aby nadal być kochane, to jednak nie zawsze te zabiegi są skuteczne. Zamiast upiększania swego ciała, powinny raczej opiekować się chorymi, którzy nie mają rodzin. Z drugiej strony ich zachowanie można usprawiedliwić samotnością i zniedołężnieniem. ….Hieronim nie miał też wątpliwości, że starość (podobnie jak śmierć) jest przekleństwem zesłanym przez Boga za grzech Adama, w wyniku którego ludzie utracili wieczną młodość, jaką cieszyli się w raju. Mimo wad starości uznawał (za *Księgą Psalmów*), dożycie 70. roku życia za Boże błogosławieństwo. Można w niej także upatrywać zalet – podstawową jest mądrość, dana zwłaszcza tym, którzy w młodości rozmyślali o prawie Bożym. Inną jest zdrowie, będące owocem cnoty i rozmyślania o życiu wiecznym – w zdrowym ciele starca objawia się już bowiem przyszłe zmartwychwstanie. Możliwe jest jednak także, że grzeszni starcy będą zdrowi – w tym przypadku jednak mamy do czynienia z działaniem szatana. ….Udręki starości opisywał też Boecjusz (480–525), zdaniem którego wybawieniem od nich jest tylko śmierć. Izydor z Sewilli (ok. 560–636) z kolei wznawiał podział życia na 7 (lub 6) okresów. W I księdze *Etymologii* wyróżnił: dzieciństwo (do lat 7, w którym można osobno wyodrębnić okres niemowlęcy), wiek chłopięcy (7–14 lat), wiek młodzieńczy (14–28 lat), młodość (28–50 lat), dojrzałość (50–70 lat) i starość (powyżej 70 lat), czyli zgrzybiałość (oznaczającą zdziecinnienie i utratę czucia). Podział ten był popularny w Średniowieczu a nawiązywano do niego także w Renesansie – wyróżniony okres młodości, trwający do 50. r.ż., został odnotowany w encyklopedii z XIII wieku, zatytułowanej *De proprietaribus rerum*, obejmującej całość ówczesnej wiedzy. Współczesny Izydorowi Grzegorz Wielki (ok. 540–604) utożsamiał starość ze słabością, oznaczającą zmierzanie ku śmierci – starzec jest zatem wysłannikiem z innego świata, do którego wszyscy trafimy. Z faktu starzenia się ludzkiego ciała, złożonego z elementów tworzących świat, można też wnosić o starzeniu się świata i jego przyszłej śmierci. Przyrodnicze aspekty starości opisywał arabski filozof → Awicenna, dostrzegając wpływ klimatu, diety, metabolizmu i ćwiczeń fizycznych na procesy starzenia się. Przekonywał też, że w ostatnim okresie życia zwiększa się rola żywiołu ziemi, jednego z czterech elementów tworzących świat (obok wody, powietrza i ognia). Z kolei scholastycy porównywali ludzkie życie do płomienia spalającego oliwę z lampy, co miało także sens mistyczny (płomień duszy). Bernardowi z Clairveaux (1120–1188) przypisywano moc uzdrawiania niewidomych i sparaliżowanych starców. On sam jednak nie przewidywał żadnych przywilejów dla ludzi starych, podkreślając raczej ich obowiązki. Cenił starych zakonników za mądrość, sądząc, że powinni być duchowymi przywódcami młodzieży i dawać jej przykład prawości obyczajów. Muszą jednak również myśleć o swoim zbawieniu i czynić pokutę, zbliżają się bowiem do śmierci i Sądu Ostatecznego, szatan zaś kusi nieustannie, zwłaszcza u kresu życia. W walce z nim pomocna jest słabość ciała, pozwala bowiem duszy wznieść się ku niebu. Trudno jednak być cnotliwym w starości po grzesznym życiu – na zmianę może być już za późno, znaczy to, że cnota i mądrość nie zależą od wieku. ….W Średniowieczu nie brakowało myślicieli poszukujących eliksiru wiecznej młodości. Przykładem jest Arnold z Villanova (1135–1211), autor traktatu *O obronie przed starością i odmłodzeniu*, w którym przekonywał, że opóźnienie procesów starzenia zależy od utrzymania ciepłoty ciała. Podobne nadzieje rozwijał franciszkanin Roger

→ Bacon, autor dwu traktatów na ten temat: *O leczeniu starości i zachowaniu młodości* oraz *O opóźnianiu starości*. Zdaniem R. Bacona starość rozpoczyna się po 40. r.ż., charakteryzując się wychłodzeniem ciała, utratą naturalnej wilgotności, zmęczeniem, bólem, lękiem, smutkiem i osłabieniem umysłu. Uznając ją za chorobę – co w starożytności głosił już Terencjusz, R. Bacon był przekonany, że można ją opóźnić, człowiek bowiem został stworzony jako nieśmiertelny. Wprawdzie odzyskanie utraconej przez grzech Adama nieśmiertelności jest wykluczone, to jednak można przedłużyć życie na ziemi – nawet przecież po upadku ludzie żyli po kilkaset lat. Do głównych przyczyn starzenia się ludzi należy starzenie się całego świata oraz istnienie innych istot żywych, które zatruwają powietrze – podobnie duża liczba ludzi jest zagrożeniem dla życia i zdrowia wszystkich. Krótkość życia może być także dziedziczna, ułomności fizyczne bowiem przechodzą z ojca na syna. Wydłużeniu życia sprzyja z kolei dobra dieta (złożona z bażantów, gęsi, kurcząt, koźląt, jagniąt, warzyw, żółtek jaj i wina) a także zażywanie ruchu i pogodny nastrój. W zasadach higieny, opracowanych dla papieża Klemensa VI (1292–1352) R. Bacon wskazywał, że ludziom starym należy podawać jedzenie ciepłe, soczyste i wilgotne, aby łatwo je trawili. Sądził jednak, że rady te należy zachować dla chrześcijan i ukryć przed muzułmanami – z tego powodu celowo pisał niejasno, aby niewierni go nie zrozumieli. ….Problem eliksiru długowieczności rozważał też w przyrodniczej części *Sumy teologicznej* Albert Wielki (ok. 1193–1280). Podobnie Tomasz z Akwinu (1224/1225–1374) przeczył, że starość jest naturalna – wprawdzie powoduje ją wyczerpanie ciepła, to jednak ostateczną przyczyną jest grzech, w wyniku którego dusza utraciła pierwotną sprawiedliwość, chroniącą ciało przed słabościami. Przed upadkiem człowiek miał życie wieczne, które odzyska po zmartwychwstaniu. Ponieważ jednak szatan działa zawsze, w modlitwie o dobrą starość Tomasz prosił Boga, aby zachował go od pychy, wyrażającej się pewnością sądów, zgubnym nawykiem wypowiadania się na każdy temat i pouczania innych. Prosił też, aby Stwórca pozwolił mu być poważnym (chociaż nie ponurym) i miłym nawet dla tych, z którymi trudno wytrzymać – dobrze jest bowiem w starości mieć przyjaciół i nie skarżyć się na los. Z kolei inny myśliciel tego okresu, Filip z Nowary (XIII w.), dzielił ludzkie życie na 4 okresy, z których każdy ma 2 etapy po 10 lat. Życie w starości jest wypełnione pracą i bólem a po ukończeniu 80 lat pozostaje nam już tylko śmierć. Pewną próbą filozoficznej syntezy Średniowiecza był poemat Dantego Alighieri (1265–1321) *Boska Komedia*. Dante opisywał życie jako łuk, który wychodzi z ziemi, wznosi się do punktu kulminacyjnego (między 35 a 40 rokiem życia) i wraca do ziemi. [Opisywał też *Starość smutną w przedsionku Hadesu*… (zob. lustr. 1) – przyp. red.]. Wczesna starość rozpoczyna się w 45 roku życia, późna zaś w wieku lat 70, kresem życia jest lat 80, wobec czego nawet Chrystus, gdyby nie umarł na krzyżu, w wieku 81 lat przemieniłby się w ciało chwalebne. Celem starości jest przygotowanie się do spokojnej śmierci – starzec bowiem to żeglarz, który widzi ląd na horyzoncie, mając za zadanie zwinąć żagle i spokojne wpłynąć do portu. Ponieważ naszym ostatecznym celem jest życie wieczne, w starości powinniśmy porzucić wszelkie przyjemności doczesne, błogosławić Boga za wszystko, co przeżyliśmy i wypatrywać pełnego z Nim spotkania. Końcowy etap Średniowiecza, zbiegając się w czasie z rozwojem włoskiego Renesansu, obfitował w różne podręczniki → *ars bene moriendi* [sztuki dobrego umierania], pouczające także, jak przeżyć starość. Autorem jednego z bardziej wpływowych był Jan Gerson (1363–1429), zdaniem którego starość jest dobrą okazją do zapewnienia sobie zbawienia, przez zwrócenie się ku wieczności, w czym pomaga lektura świętych ksiąg. Gerson dostrzegał też oznaki starości i rychłego kresu świata, porównując go do starca owładniętego majakami. Zaprezentowany przegląd wskazuje, że myśliciele chrześcijańscy byli surowi wobec starości, ukazując jej wady, zwłaszcza widząc w niej karę za grzech. Podkreślając marność rzeczy ziemskich wskazywali na ostateczny cel życia, jakim jest wieczne zbawienie, polegające na połączeniu z Jezusem. O ile zatem myśliciele pogańscy podkreślali rolę filozofii w dobrym przeżywaniu starości, o tyle chrześcijanie upatrywali ratunku w modlitwie i wierze w Jezusa Chrystusa. Równocześnie jednak coraz częściej pojawiała się nowa idea opóźnienia starości dzięki prowadzeniu zdrowego trybu życia – ten ostatni wątek rozwijano w nowożytności.

Część III: Filozofia nowożytna – od Renesansu do początków Oświecenia

Renesans był epoką kultu młodości, potępiającą starość, jako szczyt brzydoty i maskę śmierci. Pomimo powrotu do myśli starożytnej, humaniści nie uważali starców za godnych zajmowania się polityką, rezerwując ją dla młodych. W XV i XVI wieku powstało sporo dzieł na temat przyczyn starości i sposobów jej łagodzenia, do których zaliczano higienę i odpowiednią dietę. O higienie ludzi starych pisał Gabriele → Zerbi w dziele *Gerontocomia* (1489), Luigi Alvise → Cornaro

z kolei, autor *Rozpraw o zdrowym życiu*, który dożył 96 lat, zalecał wstrzemięźliwość w jedzeniu, piciu i uczuciach. Podobnie Marsilio Ficino (1433–1499), jeden z najwybitniejszych platoników renesansowych, podjął prace nad eliksirem młodości, który mógłby opóźnić fizyczne procesy starzenia. Z kolei Leonardo da Vinci (1452–1519) badał przyczyny starości, przeprowadzając sekcje zwłok. W naczyniach krwionośnych mężczyzny, który miał dożyć 100 lat, odkrył tajemnicze „kamienie", nie wiedząc, że wpadł na trop arteriosklerozy [→ miażdżycy naczyń]. Pod koniec życia malował siebie jako starca, na twarzy którego widać doświadczenie i mądrość, podszyte melancholią i smutkiem. Obraz ten można uznać za apoteozę starości, ukazanej w jej majestacie (ilustr. 2). ….Inną wizję starości nakreślił Girolamo Savonarola (1452–1498), który nie ufając starcom, oparł projekt reformy religijnej i społecznej na ludziach młodych, ponieważ tylko oni widzą zło i tylko ich można nauczyć cnoty. Z kolei Girolamo → Cardano potępiał starość jako najgorszy okres życia, w którym człowiek żałuje, że nie umarł w dzieciństwie. Autorem najpełniejszej teorii starzenia się w aspekcie biologicznym, powstałej w tym okresie, był Paracelsus (1493–1541), autor *Księgi długiego życia*. Jego zdaniem człowiek to związek chemiczny, starość zaś jest podobna do korozji, która niszczy metale – oznacza bowiem zużycie ciała, prowadzące do rozkładu. Jej głównym powodem jest samozatrucie organizmu, polegające na zaburzeniu proporcji chemicznych składników. Proces ten można opóźnić żyjąc w łagodnym klimacie i stosując odpowiednią dietę, zaś najskuteczniejszym jednak środkiem jest eliksir młodości, dzięki któremu można opóźnić starzenie się tkanek, a nawet je odnawiać. Eliksir ten miał być stopem rtęci i złota, chociaż sam Paracelsus uważał użycie go za przeciwne naturze i religii, życia bowiem nie wolno sztucznie przedłużać. Społeczny wymiar i rolę starości podjął Niccolò Machiavelli (1469–1527). Niechętny rządom ludzi starych, w *Rozważaniach nad pierwszym dziesięcioksięgiem historii Rzymu Liwiusza* namawiał do powierzenia władzy politycznej i wojskowej ludziom młodym. W dziele *O sztuce wojny* dowodził, że starzy są niezdolni do zrozumienia i naprawienia swoich błędów, czego przykładem władze Florencji, które doprowadziły ją do upadku. Jeszcze bardziej negatywny obraz starości zaprezentował Machiavelli w komedii *Clizia* (1525), będącej przeróbką utworu Plauta (ok. 250–184 p.n.e.). Jej główne przesłanie głosi, że człowiek stary ma przed sobą tylko dwie (równie odrażające) drogi – religijną bigoterię lub seksualną rozpustę. Bohaterem sztuki jest 70-letni starzec bez zębów, zakochany w młodej dziewczynie, którą wydał za swego koniuszego, aby ten oddał mu ją po ślubie jako kochankę. Chcąc spotęgować męskość zażywał afrodyzjaków, został jednak oszukany, koniuszy bowiem nie dotrzymał umowy. Sztuka ukazuje kontrast między oczekiwanym od starca rozsądkiem i umiarem a odczuwanymi przez niego fantazjami seksualnymi. Machiavelli sugeruje, że miłość stosowna w młodości, jest obrzydliwa w starości, będącej raczej czasem wspomnień niż erotycznych podbojów. Równie szyderczy wizerunek starości znajdujemy w pismach Erazma z Rotterdamu (1467–1536), odwołującego się do przykładów zaczerpniętych z Plauta, Horacego (65–8 p.n.e.), Owidiusza (43 p.n.e.–17/18 n.e.) czy Lukana (39–65). Erazm sądził, że filozofowie starzeją się szybciej z racji wagi problemów, które rozważają, mimo to uważał ludzi starych za godnych potępienia głupców, nadmiernie przywiązanych do życia. Wprawdzie częściej tęsknią do wina niż do kobiet (co mogło się wiązać z ówczesnymi zaleceniami medycznymi, aby winem rozgrzewać starczy organizm), to jednak popadają również w zdziecinnienie bądź udają, że nadal są młodzi. Szczególnie negatywnie opisywał Erazm stare kobiety, które wyglądają tak odrażająco, jakby wróciły z piekła, nadal jednak uważają życie za piękne, odczuwając seksualną żądzę. Chociaż zachowania te nie są przejawem mądrości, to jednak głupota ma, zdaniem Erazma, dobre strony, pozwala bowiem zapomnieć o udrękach starości. W dialogu *Gawęda staruszków lub jazda powozem* Erazm opisał Glicjana, którego ciało, pomimo 66 lat, nie ma oznak starości, takich jak: siwe włosy, zmarszczki czy słaby wzrok. Glicjan jest ideałem staruszka, prowadził bowiem życie spokojne i mądre, kierując się radami ludzi starszych, zwłaszcza zalecanym przez nich umiarem – nigdy nie był bogaty ani nie pełnił żadnych urzędów, ciesząc się dostępnymi mu dobrami. W ciągu całego życia unikał lekarzy i lekarstw, żyjąc zgodnie z naturą i starając się widzieć zawsze dobre strony życia. Źródłem jego szczęścia jest spokojne sumienie i ufność w Bogu, ostatecznie bowiem to On wie lepiej, co dla człowieka dobre. Z tego powodu należy także zaakceptować śmierć, starając się do niej należycie przygotować. W związku z tym w podręczniku dobrego umierania (*Przygotowanie do śmierci*), pisanym pod koniec życia, Erazm przekonywał, że ratunkiem człowieka jest powierzenie siebie Chrystusowi. ….Niezależnie od przykładów dobrej starości, Erazm uważał ją za przykry okres życia, którego lepiej nie doświadczyć; z tego powodu kreślił również utopijny obraz wysp szczęśliwych, których

mieszkańcy są wolni od pracy, chorób i starości. Podobne uwagi poczynił też Tomasz Morus [→ More]. W pierwszej części *Utopii* zdiagnozował beznadziejną dolę ludzi starych, którzy żyją w nędzy i są przedmiotem powszechnej pogardy. Ponieważ społeczeństwo uważa ich za równie szkodliwych, jak złodziei czy chorych, pojawił się nawet postulat zamykania ich w klasztorach, aby nie psuli widoku młodym. W przeciwieństwie do Europy, los starców zamieszkujących fikcyjną wyspę *Utopię*, jest dobry. Utopianie żyją dłużej od innych narodów i zdecydowanie rzadziej chorują, pracując do śmierci. Władza w rodzinie należy do najstarszego mężczyzny (pod warunkiem, że nie jest upośledzony umysłowo), stare kobiety zaś mogą być kapłankami. Przykłady te świadczą, że starym ludziom należy się szacunek i posłuszeństwo, sami zaś mają obowiązek hamować młodzież przed złem. Przejawem czci dla starców jest także to, że w czasie uczt są obsługiwani na początku, dzieląc się swoimi porcjami z tymi, którzy siedzą najbliżej. Morus chwalił również Utopian za dopuszczalną w ich państwie → eutanazję nieuleczalnie chorych, pod warunkiem, że zgodę wyda komisja złożona z lekarzy, urzędników i kapłanów. Ten jednak, kto nie chce umierać, ma prawo do pełnej i troskliwej opieki. Wprawdzie Morus mówił o eutanazji dla nieuleczalnie chorych, prawdopodobnie jednak zgodziłby się, aby objęła również zniedołężniałych starców – ma jednak służyć nie państwu czy innym obywatelom, lecz temu, kto odczuwa udrękę życia, chce umrzeć i uzyska zgodę władz. W nurt bardziej pesymistycznych wizji starości wpisuje się Michel de → Montaigne. Podjął to zagadnienie zarówno w eseju *O wieku* (napisanym w wieku 47 lat), jak też w innych fragmentach *Prób*. Opierając się na własnym doświadczeniu przekonywał, że już od 30 roku życia jego ciało i umysł chyliły się ku upadkowi, w wieku 57 lat zaś uważał siebie za starca. Wiedząc, że niewielu tego wieku dożyło, uznał siebie za uprzywilejowanego – w epoce epidemii i wojen bowiem śmierć ze starości jest tak rzadka, że wprost nie wydaje się naturalna. Montaigne nie miał również wątpliwości, że starcowi pozostaje jedynie umrzeć, chociaż – z uwagi na cierpienia starości – pragnienie jej doczekania miał za szaleństwo. Zło starości ma przede wszystkim wymiar biologiczny, wiążąc się z ułomnością ciała. Z tego powodu starcy nie są w stanie podjąć niemal żadnych działań, będąc przedmiotem lekceważenia ze strony młodych. Udręki starości mają też charakter psychiczny, niekiedy bowiem wcześniej od ciała starzeje się umysł, co jest nawet bardziej niebezpieczne od uwiądu ciała, ponieważ starzeniu się umysłu nie towarzyszy ból, łatwo je zatem przeoczyć – świadczy to jednak, że starości nie można utożsamiać z mądrością ani błyskotliwością umysłu. Przeciwnie, człowiek w starości raczej dziecinnieje, nie powinien zatem snuć dalekosiężnych planów, lecz żegnać się ze światem. W starości nie brakuje też udręk moralnych, człowiek bowiem staje się zgryźliwy, jego cnota zaś nie jest skutkiem skruchy ani sumienia, lecz jedynie braku pokus. Stary człowiek bywa też nadmiernie podejrzliwy, żałuje, że życie tak szybko minęło i zazdrości młodym, że mają je przed sobą. Z tego powodu przeklina świat, który stał mu się nienawistny. Schyłek życia byłby piękny, gdyby było ono ruchem ku doskonałości – jest jednak chaosem, człowiek zaś okazuje się trzciną, którą wiatr wygina w dowolne strony. Zło starości ma też wymiar społeczny, starzy są bowiem otaczani lekceważeniem i pogardą. Wprawdzie samo nagromadzenie przeżytych lat nie daje podstaw do szacunku, na który trzeba sobie zasłużyć szlachetnym postępowaniem, to jednak dola człowieka starego nie jest łatwa. W domu jest przedmiotem oszustw i kpin, chociaż marzy mu się odgrywanie roli władcy budzącego strach. Młodzi czekają na jego śmierć, aby przejąć jego majątek, co jest skutkiem zbyt długich rządów starych, którzy nie pozwalają młodym dojrzeć, hamując ich rozwój. Wprawdzie nakreślony przez Montaigne'a obraz starości jest ponury, to jednak na każde z jej schorzeń można znaleźć lekarstwo, które, jeśli nawet nie jest w pełni skuteczne, to jednak może łagodzić odczuwane cierpienia. Wprawdzie filozofia jest bezsilna wobec fizycznego bólu i słabości ciała, to jednak uczy, że nie ma potrzeby takiego stanu przedłużać, dając prawo do samobójstwa. Jesteśmy też w stanie zaradzić słabościom umysłu – przede wszystkim bowiem nie należy odkładać problemów na starość, kiedy nie będziemy potrafili ich rozwiązać. Poza tym, nawet jeśli z wiekiem maleje bystrość umysłu, to jednak rośnie doświadczenie, które może się nawet okazać ważniejsze. Jeśli zaś chodzi o moralność ludzi starych, to nie należy ich oceniać wg aktualnych wad, lecz według najlepszych czynów, spełnionych w młodości i życiu dojrzałym. Można także zaradzić społecznej doli starców, nie trzeba ich bowiem zwalniać z wszystkich urzędów, zwłaszcza, jeśli zachowali przymioty przydatne państwu. Oni sami z kolei nie powinni być tyranami w domu, lecz – postępując łagodnie – zjednać sobie przywiązanie i miłość bliskich – ojcowie powinni też przekazać synom część władzy, unikając ich buntu. Często zresztą to właśnie ludzie młodzi dokonują wielkich dzieł, zarówno w polityce, jak i wojskowości. Oddanie władzy będzie też korzystne dla starych, zyskujących w ten

sposób czas na stosowne do ich wieku rozrywki, zwłaszcza podróże. Współczesny Montaigne'owi teoretyk prawa, Jean Bodin (1530–1596) sytuował początek starości na 56. r.ż. W traktacie *O Rzeczypospolitej*, Bodin dzielił życie na okresy siedmioletnie, sądząc, że większość ludzi umiera w wieku, który jest wielokrotnością liczby 7 – kto zatem dożył starości, powinien spodziewać się śmierci w wieku 63, 70 lub 77 lat. W przeciwieństwie do tendencji dominujących w jego epoce, Bodin pozytywnie oceniał polityczną działalność ludzi starych, wskazując na przykłady ich mądrych rządów. Mimo to przyznawał im głównie funkcje doradcze. Pozytywny obraz starości zaprezentował też Gabriele Paleotii (1522–1597), który w dziele *De bono senectutis* polemizował z poglądem Arystotelesa, głoszącym, że brak zdrowia wyklucza osiągnięcie innych dóbr; jego zdaniem starość jest najlepszym okresem życia z racji ostrożności sądów, dostojeństwa i myśli o śmierci. Z kolei lekarz hiszpański Juan Huarte (1529–1588) w dziele *Examen de ingenios* (1580) przekonywał, że po ukończeniu 50. r.ż. człowiek nie nadaje się do tego, aby nauczać, powinien zatem ustąpić miejsca młodszym; w wieku lat 60 natomiast staje się już tylko starym gadułą. Ponieważ omawiane dzieło miało aż 20 różnych wydań w XVII wieku, można powiedzieć, że wyznaczało w jakiejś mierze negatywny sposób postrzegania starości. Już zresztą w okresie kontrreformacji starość zaczęto przedstawiać jako czas pokuty, medytacji i przygotowania do śmierci, wykluczając w ten sposób starców z życia światowego. W podobnym duchu utrzymane jest dziełko *Pociecha starości* (1626), którego autorem był Nicolas Bertin. Wzorując się na dawnych podręcznikach sztuki umierania autor przekonuje, że starość przybliża człowieka do przyszłego świata, który ma zdecydowanie więcej powabów od doczesności. Równocześnie jednak właśnie człowiek stary jest wystawiony na największe próby, w związku ze wzmożeniem aktywności szatana; starość jest wszak czasem ostatecznego wyboru między szatanem i Bogiem. Na przełomie XVI i XVII wieku pojawiły się też utopijne wizje, zgodnie z którymi starość można pokonać a przynajmniej opóźnić. Jak przekonywał autor *Miasta Słońca*, Tommaso Campanella (1568–1639), mieszkańcy tej idealnej krainy często dożywają stu a nawet dwustu lat, rzadko przy tym chorując – powodem jest zachowywanie higieny ciała i odpowiednia dieta. Ludzie starzy są honorowani w sposób szczególny, otrzymują bowiem trzy posiłki dziennie, podczas gdy pozostali obywatele tylko dwa – dodatkowym przywilejem mężczyzn, którzy ukończyli 50 lat, jest prawo do spożywania wina nie rozcieńczonego wodą. Równie ważnym głosem na temat starości były uwagi Francisa → Bacona. W traktacie *De augmentis scientiarum* przedstawił specyficzną wykładnię mitu o Prometeuszu – zgodnie z nią Prometeusz był twórcą ludzi, których ulepił z mułu ziemi i elementów różnych zwierząt. Ofiarował im także ogień wzniecony z promieni słońca, ludzie jednak okazali się niewdzięczni, oskarżając Prometeusza przed Zeusem o kradzież ognia. W nagrodę Zeus ofiarował im dar wiecznej młodości, który jednak pochopnie stracili, powierzając jego transport osłu, ten bowiem, w zamian za ugaszenie pragnienia, oddał go wężowi. Sprawa nie musi być jednak definitywnie przegrana, procesy starzenia bowiem można przynajmniej opóźnić, czym zajmuje się najszlachetniejsza gałąź medycyny. Wprawdzie nie jest możliwa wieczna młodość ani nieśmiertelność na ziemi – a nawet długowieczność opisywana na kartach Biblii, Mojżesz bowiem żył maksymalnie 85 lat, to jednak doświadczenie uczy, że życie ludzkie stale się wydłuża; odkrycie przyczyn i mechanizmów starzenia się mogłoby ów proces znacząco opóźnić i spowolnić. F. Bacon opowiadał się za istnieniem duchowych tchnień życiowych, które znajdują się w każdej cząstce ludzkiego ciała – skoro zaś właśnie zużycie owych tchnień prowadzi do starości i śmierci, ich odnowienie pozwoliłoby nam dłużej pozostać młodymi. Zdaniem F. Bacona życie można przedłużyć także dzięki odpowiedniej diecie, umiarkowanym ćwiczeniom, kąpielom, świeżemu powietrzu czy zmianie nastrojów – ten ostatni przykład świadczy, że długowieczności sprzyjają drobne zmartwienia. Długość życia zależy także od klimatu, rodzaju wykonywanej pracy oraz stanu zdrowia rodziców. Inne uwagi F. Bacona na temat starości znaleźć można w dwu esejach: *Historia życia i śmierci* oraz *O młodości i wieku dojrzałym*. Przekonywał w nich, że starzy ludzie nie będą dobrymi władcami, ponieważ są zbyt bojaźliwi, niezdecydowani w działaniu i zadowalają się małym sukcesem. Ambicje przedłużania życia nie były też obce Kartezjuszowi (1596–1650), o czym przekonuje *Opis ciała ludzkiego*. Mechanizm ciała ulega zużyciu, spowodowanym zniszczeniem trybów, w wyniku czego poszczególne jego elementy kurczą się i sklejają ze sobą, stając się z czasem tak twarde, że uniemożliwiają odżywianie i wzrost organizmu. Ten proces prowadzi do zaburzenia równowagi między twardymi i płynnymi elementami ciała, skutkującego śmiercią. Skoro jednak ludzkie ciało jest maszyną, można zastąpić elementy zużyte nowymi, co opóźni proces starzenia i znacząco wydłuży wiek naszego życia. Z innej per-

spektywy starość opisywał belgijski cysters o. Benoît de Bacquère (1613–1678). W dziele *Medycyna starości*, obok wskazań moralnych, formułował także porady higieniczne, dietetyczne i medyczne, mające zapewnić długowieczność. Z kolei w traktacie *Zbawiciel stanów* (1673), adresowanym do starych zakonników przekonywał, że najlepszym sposobem przejścia od starości do wiecznej młodości jest miłość Boga, miłość bliźniego, miłość samego siebie oraz myślenie o śmierci. Podobny charakter miał traktat *Przygotowanie do starości* (1673), którego autorem był polski jezuita, o. Kasper Drużbicki (1590–1662). Innym problemem dotyczącym starości zajął się Gottfried W. Leibniz (1646–1716). W dziele *Pytania na temat życia ludzkiego* podjął zagadnienie demograficzne, pytał bowiem o liczebność poszczególnych → grup wieku. Domagał się również – chociaż bezskutecznie – stworzenia urzędu rejestrującego chrzty, śluby i pogrzeby, dzięki czemu można byłoby określić przeciętny wiek ludzkiego życia. Podejmując samodzielne badania, związane z przewidywanym oczekiwaniem długości życia, Leibniz opierał się bardziej na matematycznych spekulacjach niż badaniach statystycznych. Niezależnie od demograficznych spekulacji Leibniza czy pomysłów wydłużenia życia, podejmowanych przez F. Bacona czy Kartezjusza, ważnym elementem nowożytnej refleksji nad starością były jej aspekty moralne, podejmowane przez takich filozofów, jak François de La Rochefoucauld (1613–1680). Pisał on, że ludzkie wady wzrastają wraz z wiekiem, wobec czego na starość jesteśmy bardziej szaleni – zarazem jednak ludziom starym należy też przypisać większą mądrość, ponieważ doświadczenie życiowe wyleczyło ich ze złudzeń. Mimo to nie potrafią się pogodzić z losem, zwłaszcza ze społecznym odtrąceniem, wynikającym stąd, że nie są dobrym towarzystwem – z powodu swej zrzędliwości bowiem chcą udzielać tzw. dobrych rad młodym. Czynią to dlatego, żeby pocieszyć samych siebie, jak bowiem ironizował La Rochefoucauld, z racji starczej słabości nie są już w stanie dawać złych przykładów.

W podobny sposób postrzegał starość Jean de La Bruyére (1645–1696), wskazując zarówno na jej zalety, jak i wady. W *Charakterach* przekonywał, że starzec, który spędził życie na dworze, zachował dobrą pamięć, dowcip i społeczne wyczucie, jest nieocenionym skarbem, może bowiem pomóc w karierze. To utylitarne postrzeganie zalet starości wskazuje jednak, że nie każdy, kto dożył wieku sędziwego, jest równie cenny, lecz tylko ten, kto zna dworskie intrygi i potrafi się wśród nich poruszać. W *Charakterach* nie brakuje też innych złośliwości pod adresem starców, La Bruyére wskazywał bowiem, że są oni skąpi, przesadnie skupieni na drobiazgach, gadatliwi i zarozumiali. Wzorem Seneki i Machiavellego wyśmiewał też starców, którzy stojąc nad grobem zaczynają budowę domu lub oddają się miłości – to ostatnie uznał wręcz za niezgodne z naturą. Bardziej kompleksowo do problemu starości podszedł Jan Amos → Komeński, zwłaszcza w traktacie pt. *Pampaedia*. Przyjmując, że całe życie człowieka jest szkołą, każdy zaś okres ma specyficzne cele i zadania, Komeński szczegółowo opisał także szkołę starości. O ile młodzieniec przygotowuje się do pracy a człowiek dojrzały ją wykonuje, o tyle starzec korzysta z jej owoców. Skoro zaś naszym ostatecznym celem jest osiągnięcie zbawienia (akademii niebiańskiej), życie doczesne należy potraktować jako przygotowanie do niej. Starość jest finałem doczesności i wkraczaniem w wieczność – to podwójne ukierunkowanie określa jej zadania. Jako ostatni etap życia na ziemi, powinna być jego podsumowaniem, odpoczynkiem po przebytych trudach i zebraniem jego owoców – jest zatem równocześnie wieczorem, jesienią i winobraniem. Z tego powodu należy ją uznać za czas radości. Jako przygotowanie do śmierci zaś, będącej bramą życia wiecznego, starość jest przedsionkiem nieba – naszej prawdziwej ojczyzny, do której wejdzie ten, kto wytrwa w dobru. Z tego powodu człowiek potrzebuje przygotowania i → wsparcia, które zapewnia szkoła starości. Jest to 7 szczebel edukacji, odpowiadający światu duchowemu; następuje po szczeblu 6, odpowiadającemu światu moralnemu i poprzedza szczebel 8, który odpowiada światu wiecznemu. Szkoła starości jest zdaniem Komeńskiego najważniejsza, dotyczy bowiem spraw ostatecznych. Zbliżanie się do śmierci jest doświadczeniem bolesnym, śmierć bowiem to rzecz najbardziej przerażająca ze wszystkich – wprawdzie należy jej oczekiwać w każdym okresie życia, to jednak najbardziej w starości. Ponieważ celem szkoły starości jest także godne zakończenie życia, urzeczywistnia ona w praktyce ideał filozofii jako nauki dobrego umierania – w sensie przechodzenia do wieczności. Ponieważ starzec w jakiejś mierze nie należy już do świata doczesnego, powinien porzucić wszelką wiedzę na jego temat.

Z chwilą wkroczenia w ostatnią fazę życia liczy się tylko wiedza przydatna w wieczności. O zmierzchu zatem człowiek stary powinien myśleć o śmierci, w nocy o spokojnym grobie a rano o zmartwychwstaniu; myśli te powinny mu także towarzyszyć u kresu tygodnia, miesiąca i roku. Stosowanie od ukierunkowania na przeszłość (podsumowanie życia) i przyszłość

(wkraczanie w wieczność), w starości należy wyróżnić trzy etapy. Pierwszym jest wkraczanie w starość, kiedy to należy dokonać przeglądu obowiązków – zarówno tych, które człowiek spełnił, jak i tych, które ma przed sobą. Etap drugi to starość dojrzała, kiedy to należy pospieszyć się z realizacją zaległych zadań i dokończyć rozpoczęte prace. Wreszcie etap trzeci, to starość zgrzybiała, w której nie podejmuje się żadnych zadań, czekając na śmierć. Każdemu etapowi odpowiada właściwa klasa w szkole starości, mająca swych nauczycieli, przepisy i cele. Jak w każdej szkole obowiązuje tu zasada karności, związana z zagrożeniami, od których nie jest wolny żaden uczeń. Szkoła starości jest jednak przede wszystkim pomocą w słabościach, których doświadcza człowiek u schyłku życia – trzeba go wspierać, aby nie stracił zgromadzonych wcześniej owoców. Jest to wszak etap decydujący o wiecznym losie, nikt zaś nie może być pewien, że przetrwa go bez upadków. Życie bowiem to okręt na morzu, który trzeba rozważnie prowadzić do końca – zdarza się zaś, że okręt rozbija się już w porcie. Stary człowiek zatem, który nie będzie dostatecznie czujny, może w każdej chwili stoczyć się w przepaść. Nasz wróg (szatan) nigdy nie zasypia, w starości zaś łatwo stracić nie tylko wzrok, lecz także rozum. Szczególnym zagrożeniem jest dążenie do bogactwa i zaszczytów, rozpusta, bezbożność oraz herezje – ten zatem, kto w ostatnim okresie życia zawrze pakt z diabłem, zostanie pozbawiony Bożego miłosierdzia i zginie na wieki. Warunkiem uniknięcia tych niebezpieczeństw jest przestrzeganie kilku reguł. Należy strzec zdrowia ciała i umysłu (starość bowiem to wystarczająco dokuczliwa – i na dodatek nieuleczalna – choroba), modlić się o skuteczną ochronę przed wypadkami, nie troszczyć się o sprawy materialne, żyjąc tak, jakby się nie miało ciała i nie należało do obecnego świata, nade wszystko zaś – unikać zmartwień i zachowań nieobyczajnych. Starzec ma również obowiązki wobec innych ludzi, do których należy udzielanie mądrych rad młodym oraz świecenie przykładem własnych cnót. Obowiązki te wynikają z natury życia, które jest aktywnością a nie gnuśnym bezruchem czy próżnowaniem. Jeśli biegacz zatrzyma się przed metą, to straci zwycięstwo – podobnie starzec nie może zadowolić się zbudowaniem fundamentów i ścian domu swego życia, lecz musi pokryć go dachem. Pełny odpoczynek czeka nas dopiero w wieczności. W starości należy jednak czynić tylko to, naprawdę konieczne i godne kandydata do nieśmiertelności, porzucając sprawy uboczne. W pierwszym rzędzie trzeba rozpoznać i wyplenić swe wady, aby umarły przed człowiekiem. Ponieważ jednak nasze siły są niewystarczające, należy prosić Boga o pomoc i przebaczenie win. Jedynym bogactwem starości powinno być bowiem czyste sumienie a jedyną miarą postępowania – przykazania Boże. Tak zatem, jak drzewo, im jest starsze, tym bardziej wznosi się ku górze, tak również człowiek u schyłku życia powinien spoglądać wyłącznie ku niebu, spełniając wolę Stwórcy. Skoro bowiem starość jest darem Boga, to do Niego powinna bez reszty należeć. Znaczy to, że kres życia ma być jego szczytem, odwrotnie, niż w przypadku szatana, który – rozpoczynając od szczytu – spadł w przepaść. Ponieważ jednak droga do pełnego zjednoczenia z Bogiem prowadzi przez bramę śmierci, należy przygotować sobie trumnę i grób, kontemplując trupie czaszki, ukazujące to, kim będziemy. Nie należy jednak obawiać się śmierci, lecz powierzyć ją miłosiernemu Bogu – skoro bowiem dał nam życie, to nie opuści nas również w chwili umierania. Świadczą o tym wielkie postacie historyczne i biblijne, przede wszystkim zaś Chrystus, który pokonał śmierć i dał nadzieję zmartwychwstania. Niezależnie od pewnych niespójności poglądu Komeńskiego (starości jako odpoczynek i konieczność dalszej pracy) podjął on próbę całościowego opracowania problemu starości, także w wymiarze praktycznym. W kolejnym stuleciu tak rozległych koncepcji starości nie spotykamy, pomimo wielkiego zróżnicowania idei, wiek XVIII obfitował bowiem zarówno w wizje skrajnie pesymistyczne, jak też idealizujące starość.

Część IV: Myśl filozoficzna od Oświecenia do współczesności

W okresie Oświecenia starość zaczęła nabierać większego znaczenia społecznego, stając się przedmiotem regulacji prawnych. Przykładem jest francuska ustawa o publicznym systemie oświaty z 3 brumaire'a roku IV po rewolucji (24 X 1795), która ustanawiała święto starości na 10 fructidora (27 sierpień) jako ostatnie święto w roku, przypadające na czas owocowania; za początek starości uznawano wiek 60 lat. Ustawa ta była zwieńczeniem pozytywnego postrzegania starości przez myślicieli oświeceniowych, utożsamiających ją z mądrością. Ilustracją tego poglądu są zarówno ówczesne traktaty moralne, jak też powiastki filozoficzne, wspomnienia czy dzieła z zakresu popularnej literatury religijnej. Autorem chrześcijańskiej wizji starości był dziekan kapituły w Angers, François Babin (1651–1737), upatrując w niej nagrody za szacunek i pomoc okazaną rodzicom. Z kolei markiza Anna-Teresa de Lambert (1647–1733) napisała *Traktat o starości* (1732), mający być zbiorem pouczeń dla córki. Przekonywała w nim, że starzec powinien dbać o sza-

cunek dla siebie i swego wieku, nie tuszując go strojem (starość jawna jest mniej straszna od skrywanej). Ma prawo do życia towarzyskiego, chociaż powinien przebywać wśród ludzi o podobnym wieku i obyczajach, godząc się z ograniczeniami, które go dotknęły; należy bowiem raczej poddać się naturze, która jest silniejsza od nas, niż przeciwko niej się buntować. Z kolei Johann Heinrich Samuel Formey (1711–1797) był autorem tekstu *Zalety starości* (1759), w którym dowodził, że starość to nie czas upadku, lecz wspomnień mogących przynieść pociechę; dobrem starości jest też obcowanie z potomstwem.

Zasadniczo pozytywny obraz starości wyłania się też z pism filozofów Oświecenia. Wprawdzie Karol Ludwik Monteskiusz (1689–1755) uważał, że dola starych jest smutna, niekiedy zaś także z nich kpił, to jednak przypisywał im również mądrość oraz cnotę, jako zdolność przedkładania dobra wspólnego nad własne, co upoważnia do władzy. W traktacie *O duchu praw* (1748) wskazywał też na konieczność szacunku dla ludzi starych jako podstawy porządku społecznego i dobrych obyczajów, w *Listach perskich* zaś z sympatią pisał o starym generale w stanie spoczynku, który zachwyca młodych opowieściami o swych dawnych czynach. Jean le Rond d'Alembert (1717–1783) dostrzegł z kolei, że głosimy pochwały jedynie starości, ponieważ młodość ich nie potrzebuje; Denis Diderot (1713–1784) zaś dodawał, że starość jest wprawdzie czczona w społeczeństwie, nie jest jednak kochana. Równocześnie jednak przyznawał, że nauczyciel powinien być człowiekiem starym, musi bowiem dysponować wiedzą i bagażem doświadczeń. Podobnie Wolter (1694–1778) opiewał obraz starca posiadającego mądrość i zdolnego udzielać dobrych rad. Taką osobę – której portret znajdujemy w *Kandydzie* – należy szanować i kochać, w równej mierze dotyczy to mężczyzn, jak kobiet. W *Listach filozoficznych* Wolter pisze o starym kwakrze, który zachował zdrowie, ponieważ nigdy nie ulegał namiętnościom ani nieumiarkowaniu. Filozof podziwiał także Izaaka Newtona (1642–1726/27), który dożył 85 lat i Galileusza (1564 1642), który dożył prawie 80 lat, zaś śmierć Kartezjusza w wieku 54 lat uznał za przedwczesną. Pomimo takiej sympatii do ludzi starych, własny starczy wygląd oceniał surowo. Najbardziej okrutny portret starości naszkicował Jonathan Swift (1667– 1745) w powiastce *Podróże Guliwera do wielu odległych narodów świata* (1726). W jednej z krain żyją nieśmiertelni starcy, Struldbruggowie, pozbawieni włosów, zębów, smaku, pamięci, możliwości ruchu, którzy będą musieli bez końca znosić swój los (zob. ilustr. 3). Negatywny obraz starości nakreślił też ks. Augustin Jean Charles Clément (1717–1804) w *Réflexions sur la vieillesse* (1757), przekonując, że jest to raczej okres upadku niż spokoju i pogody. Doświadczając niedostatku, a nawet nędzy, przytłoczony bolesnymi wspomnieniami z przeszłości, stary człowiek przypomina tonący okręt. Z kolei Claude Adrian Helwecjusz (1715–1771) wyśmiewał pobożność starych kobiet, będącą wynikiem nudy i samotności. Z pogardą opisywał starość także Sébastien-Roch Nicolas de Chamfort (1741–1794), uważając, że nie warto jej dożyć. Bardziej przyrodniczy opis starości zaprezentował George-Louis Leclerc Buffon (1707–1788), który w roku swej śmierci opublikował *Epoki natury*. Zdaniem Buffona okres degeneracji rozpoczyna się między 35. a 40. r.ż., kiedy to zanikają zdolności rozrodcze – od tej pory ciało zaczyna się kurczyć, wysychać i chylić ku ziemi. Początkowo proces ten jest powolny, po 60. r.ż. przyspiesza, po siedemdziesiątce zaś staje się gwałtowny; wtedy dopada nas zgrzybiałość i zniedołężnienie, czego przejawem jest stępienie zmysłów i trudności z trawieniem. Oprócz fizjologicznych opisów starzenia, Buffon starał się też ustalić prawdopodobieństwo przeżycia dla różnych grup ludzi. Wg jego wyliczeń 50-latek może liczyć na 16 lat i 7 miesięcy życia, 60-latek na 11 lat i 1 miesiąc, 70-latek na 6 lat i 2 miesiące zaś 85-latek – na 3 lata. Buffon ustalił jednak, że 2/3 ludzi umiera przed ukończeniem 39 lat życia. Tym naturalistycznym badaniom Buffona towarzyszyły inne wątki. Chociaż za niedorzeczny – a przynajmniej nieprawdopodobny – uznał pomysł wiecznego przedłużania życia, to jednak podał wiele przykładów długowiecznych starców – dożywających 110, 120 czy nawet 144 bądź 165 lat. Byli to w większości wieśniacy i myśliwi, przyzwyczajeni do ciężkiej pracy. Zdaniem Buffona należy także uwzględnić wpływ klimatu; w krajach wyżej położonych (Szkocja, Walia, Szwajcaria) jest więcej ludzi starych niż na nizinach (Polska, Niemcy). Buffon nie miał też wątpliwości, że w przeszłości ludzie żyli nawet 900 lat (o czym świadczy Biblia), odżywiali się jednak innymi płodami ziemi. Podobnie ich rozwój fizyczny przebiegał wolniej, układ kostny bowiem czy mięśniowy kształtował się dopiero po 120 lub 130 latach. O ile okres Oświecenia zasadniczo sprzyjał starości, o tyle Romantyzm był kultem młodości. Przykładem może być François-René de Chateaubriand (1768–1848) nienawidzący starości, która obrzydza człowiekowi wszelką przyjemność. Bardziej wyważony obraz nakreślił Johann Wolfgang Goethe (1749–1832) – z jednej strony (czego świadectwem *Faust*) jest ona stagnacją, twórcza bowiem może być tylko młodość, z dru-

giej jednak – stanowi zwieńczenie życia i odpoczynek. O ile zatem aktywność jest cechą młodości, o tyle starość to czas rozmyślań, wspomnień, zadumy, religijności a nawet mistycyzmu. W tym okresie człowiek wyzbywa się złudzeń, zyskując mądrość i duchową równowagę – nie znaczy jednak, że staje się lepszy, nadal bowiem może popełniać błędy młodości. Bardziej pesymistyczny pogląd głosił Artur Schopenhauer (1788–1860), zdaniem którego życie – będące cierpieniem – nie jest dane po to, aby być szczęśliwym, lecz po to, aby je przetrwać. Mimo to osiągnięty wiek nie jest powodem do szacunku, nawet, jeśli odczuwamy instynktowny respekt przed siwym włosem. W gruncie rzeczy bowiem starości nie szanujemy, czego przykładem odraza do zmarszczek, których nie nazywamy czcigodnymi – w przeciwieństwie do czcigodnej siwizny. Świadczy to, zdaniem Schopenhauera, że starców otaczamy raczej opieką niż szacunkiem. Człowiek wkracza w starość ok. 40. r.ż. Od tej pory staje się melancholijny i rozczarowany, wyzbywa się ambicji i złudzeń, trzeźwiej oceniając swój los. Żadna rzecz nie jest odtąd w stanie wywrzeć na nim silnego wrażenia, im bowiem dłużej żyje, tym mniej spraw wydaje mu się ważnych. W starości znikają iluzje trzymające przy życiu, człowiek odkrywa bowiem, że bogactwo świata jest pozorem. W młodości widzimy świat z daleka, uznając go za pełen uroku – w starości widzimy go z bliska, dostrzegając wszystkie niedoskonałości. O ile zatem młodość jest właściwym czasem na poezję, wyrażającą zachwyt nad światem, o tyle starość jest czasem filozofii – kontemplacji i dystansu do świata, ponieważ jednak kontemplacja jest bezbolesna, przynosi człowiekowi spokój. W młodości człowiek sądzi, że wszystko wie, w starości zaś rzeczywiście zna prawdę, dzięki temu, że wnika głębiej w naturę rzeczy, nie zatrzymując się na pozorach – przede wszystkim jednak potrafi objąć swym oglądem całość życia, a nie tylko jego wąski wycinek. Człowiek młody zna życie jedynie od strony wejściowej, wobec czego świat jawi mu się jako raj, a stary zna życie także od strony kresu, widząc w nim głównie cierpienia. O ile zatem pierwsza część życia jest tęsknotą za szczęściem, o tyle druga – lękiem przed nieszczęściem. Wprawdzie człowiek młody lepiej znosi niepowodzenia, o tyle starzec skuteczniej im zapobiega, wyzbyty złudzeń zaś – cieszy się każdym drobiazgiem. Inaczej też postrzega czas – w wiośnie życia widzi przed sobą nieskończoną przyszłość, w jesieni – migawkową przeszłość, która przeminęła jak efemeryda, w starości wszak życie jest równie krótkie, jak wspomnienie o nim. W młodości dni zdają się wydłużać, w starości – skracać, wobec czego godzina dziecka jest dłuższa niż doba starca. To doświadczenie ma jednak zalety, ponieważ bolesne wspomnienia mogą zostać wyparte z pamięci, pęd zaś chwil aktualnych pozwala uniknąć nudy. Poza tym, świadomy krótkości pozostałego mu czasu, starzec oszczędniej nim gospodaruje. Ostatni etap życia to koniec maskarady, kiedy człowiek odkrywa, że niewiele znaczy. Znając zaś wady innych ludzi – pragnie samotności, mimo to kocha sławę, która przypomina gruszki dojrzewające latem a spożywane zimą. Jedną z pociech starości jest bowiem to, że dzieła człowieka nie zestarzały się wraz z nim. Starość uwalnia też od silnych pragnień i namiętności, w tym od popędu płciowego, który jest rdzeniem życia i źródłem aktywności. Skoro jednak życie jest cierpieniem, to lepiej je mieć za sobą, niż przed sobą. Kto zresztą dożył wieku starczego odkrył, że dzień śmierci jest milszy od dnia narodzin, zwłaszcza, że w starości śmierć jest bezbolesna. Skoro bowiem, jak przekonuje za hinduizmem Schopenhauer, miarą ludzkiego życia jest sto lat, to śmierć po 90. r.ż. przypomina błogie zaśnięcie. Prawdziwym nieszczęściem starości jest bieda, ubytek sił fizycznych bowiem odczuwamy wszak najboleśniej wtedy, gdy nie potrafimy zapracować na swoje utrzymanie. Ponieważ właśnie u schyłku życia człowiek potrzebuje bezpieczeństwa i wygody, jego miłością są pieniądze, będące rekompensatą za ubytek sił – jeśli zaś, obok pieniędzy, człowiek ma również zdrowie, to starość może nawet być przyjemna. W największym jednak stopniu kształt starości zależy od tego, kim sami jesteśmy, ponieważ osobowość towarzyszy nam zawsze, w każdych okolicznościach życia, zabarwiając wszystkie doznania. O szczęściu i nieszczęściu zatem decyduje nie tyle wiek, ile stan ducha – kto jest z natury wesoły, to nawet starość nie będzie mu przykra, kto jest ponury, to nawet młodością nie będzie się cieszyć. Możliwe też, że przemiły młodzieniec w starości traci wszystkie zalety. Są jednak również ludzie, którzy – dzięki swej łagodności – najlepiej prezentują się w starości. Bardziej optymistyczną wizję starości zaprezentowała myślicielka z Rosji, Zofia Simono-Swieczina (1782–1857), autorka wydanego po jej śmierci *Traktatu o starości*. Broniąc chrześcijańskiej wizji życia przekonywała, że każdy okres ma swoją istotną cechę – w przypadku starości, która oznacza wieniec i koronę życia, jest nią dostojeństwo, starzec bowiem to kapłan przeszłości i prorok przyszłości. Jeszcze wyraźniejszą pochwałę starości głosił Ralph Waldo Emerson (1803–1882), starając się (wzorem Cycerona) obalić argumenty, które dowodziły, że jest ona złem. Zdaniem Emersona starzec jest szczęśliwy, ponieważ uniknął wielu niebez-

pieczeństw, które na niego czyhały. Nikt też nie jest mu w stanie odebrać tego, co przeżył, dzięki zaś skutecznemu pokonaniu trudów życia zyskał prawo do spokoju i odpoczynku. Optymistyczny głos Emersona (zob. fot. 1) można zatem potraktować jako symboliczne podsumowanie zarówno wieku XVIII, jak i XIX. Ta pogodna wizja wiązała się nie tylko z regulacjami prawnymi, dotyczącymi ludzi starych, lecz wpisywała się także w dominującą ówcześnie wiarę w postęp. Filozoficzną refleksję o starości w XX stuleciu rozpoczął Émile Faquet (1847–1916), autor traktatu *De la vieillesse* (1910). Jego naczelnym postulatem było zastąpienie filozofii jako sztuki umierania – filozofią jako sztuką starzenia się. Starość oznacza odrętwienie ciała i umysłu, wymaga zatem pomocy innych. Niestety, właśnie w starości człowiek stanowi zawadę dla innych, nie umiejąc z nimi nawiązać dobrych relacji – w gruncie rzeczy staje się ludzką małpą, która usiłuje jeszcze udawać, że jest człowiekiem, nieudolnie naśladując młodych. Starość zatem, to komedia, w której na każdym kroku demonstrujemy swoje nieprzystosowanie do zmieniającego się świata. Niezależnie od tych wad, starość ma też dobre strony, człowiek bowiem może usunąć z pamięci wszystko, co było przykre i pamiętać tylko rzeczy dobre, nade wszystko zaś – poddać się spokojnej rezygnacji. Nie powinien jednak ani ukrywać swej starości, ani się z nią obnosić czy oczekiwać od innych współczucia dla swych cierpień. Powinien raczej żyć w samotności, nie obciążając innych. Zarazem jednak ludzie młodsi mają obowiązek wspierać starych, zajmując się nimi tak, jak zajmujemy się dzieckiem. Z tego powodu należy cierpliwie wysłuchiwać rad udzielanych przez starszych, chociaż nie należy się do nich stosować. Nie należy też starszych pouczać ani narzucać im swej woli – przeciwnie, należy raczej stwarzać pozory, że zachowali władzę.

Szerzej problem ludzi starych potraktowała Simone de Beauvoir (1908–1986), autorka najważniejszej filozoficznej książki na ten temat w wieku XX, zatytułowanej *La vieillesse* (1970) [*Starość* (2011)]. *Starość* (2011). Podważyła w niej przekonanie, że istnieje jedna starość, taka sama w przypadku wszystkich ludzi, niezależnie od kultury, płci czy warunków ekonomicznych, w jakich żyją. Tak bowiem, jak nie istnieje człowiek w ogóle, tak nie ma starości w ogóle, lecz zawsze tylko starość konkretna, przeżywana subiektywnie w określonej sytuacji. Na starość wpływają także czynniki zewnętrzne, jak: zdrowie lub choroba, rodzina lub jej brak, przede wszystkim zaś stan posiadania, czyli przynależność do jednej z dwu warstw – bogatych bądź biednych. Starość zatem to przede wszystkim kategoria społeczna, nie zaś biologiczna czy metafizyczna – człowiek nie żyje bowiem w stanie czystej natury, lecz w określonych warunkach kulturowych. Nie ma zatem starości naturalnej, lecz ta, która przypada nam w udziale z racji pozycji społecznej, którą zajmujemy i środków ekonomicznych, którymi dysponujemy. Nawet degradacja biologiczna zależy od stopnia zamożności, wiążąc się z koniecznością wyniszczającej pracy, brakiem odpoczynku oraz czasu i środków na leczenie. Z tego powodu właśnie starość ukazuje najwyraźniej istniejące przepaści społeczne a nawet je pogłębia. Chociaż zatem nie ma starości szczęśliwej, to jednak można było ją uczynić znośną (mniej uciążliwą) dzięki środkom pieniężnym. Ostatecznie bowiem, zdaniem Simone de Beauvoir, istnieją tylko dwie grupy ludzi starych – nieliczni, którzy należą do wyzyskujących oraz rzesze tych, którzy należą do wyzyskiwanych. Los człowieka w każdym okresie życia (zwłaszcza w starości) zależy od tego, do której miał szczęście (lub nieszczęście) należeć. Wszelkie zatem ogólne pochwały wieku starczego należy odrzucić jako próby zamaskowania tej fundamentalnej przepaści. Ludzie chcieliby widzieć starców szczęśliwymi, aby uspokoić sumienie i nie musieć się nimi zajmować – postawa ta pogłębia samotność i izolację starych, dla których jedynym lekarstwem staje się zapomnienie o sobie. Nie pasujący do świata, za którym już nie nadążają stają się społecznymi wyrzutkami. Te udręki starości nie powodują jednak, że starcowi łatwiej pogodzić się ze śmiercią. Przeciwnie, buntuje się przeciw niej tak samo, jak młody. Wprawdzie zdarzają się starcy przyjmujący śmierć spokojnie i bez lęku (widząc w niej wyzwolenie z bólu), to jednak postawa ta nie jest regułą – szczególną udręką starości jest bowiem to, że odbiera nadzieję na poprawę losu. W młodości uciekamy przed myślą o starości jako czymś budzącym odrazę, kiedy zaś sami stajemy się starzy nie umiemy sobie z tym poradzić. Zdani na łaskę młodych, starzy są bezbronni – postrzegani jako ci, którzy blokują miejsce innym, niemal we wszystkich społeczeństwach są traktowani jak śmieci. Wprawdzie zepchnięcie na margines może wydawać się zjawiskiem pozytywnym, w ten sposób bowiem społeczeństwo zwalnia człowieka z obowiązków, dając mu → czas wolny i pozwalając robić, co chce, to jednak brak sił i środków nie pozwala z tej wolności korzystać. Zdany na łaskę innych, stary musi raczej przypodobać się społeczeństwu, a nawet uzasadnić to, że nadal żyje. Paradoksalnie zatem, w czasie, kiedy człowiek mógłby być w pełni sobą i wyzwolić się z wszelkiej hipokryzji, nie musząc siebie definiować przez społeczne role, odczuwa większą potrzebę przynależności do spo-

łeczeństwa, niż wcześniej. Postawa ta wiąże się również z poszukiwaniem utraconej tożsamości – ten bowiem, kto istnieje poza społeczeństwem, nie wie, kim jest. Usunięcie na margines, często zaś także brak środków do życia świadczy, zdaniem Simone de Beauvoir, że społeczeństwo nie kieruje się wobec starych zasadą sprawiedliwości. Pomoc im niesiona nie jest bowiem filantropią, lecz spłaceniem długu za wcześniejszą pracę – powinna też wyrastać ze zwykłego egoizmu młodych, którzy niebawem również staną się starzy. Troska o starych jest zatem inwestycją we własną przyszłość i leży w interesie wszystkich, większość z nas bowiem – biorąc pod uwagę średnią życia – starości doczeka. Niestety, w społeczeństwach nastawionych na zysk, starzec – jako istota nieproduktywna, niezdolna do konkurencji i kosztowna w utrzymaniu – ma niską wartość ekonomiczną. W tym sensie wszelkie wzniosłe słowa o humanizmie mają jedynie ukryć nieludzkie oblicze cywilizacji. Sytuacja starców bywa niekiedy gorsza niż niewolników czy kobiet, podobnie bowiem, jak chorzy, nie są w stanie walczyć o swe prawa. Mimo to Simone de Beauvoir widzi możliwość poprawy losu starych – powodem jest konsumpcjonizm społeczeństw zachodnich. Chociaż bowiem starzec nie jest producentem dóbr, to jednak może być ich konsumentem bądź nawet towarem przynoszącym zyski. Na poprawę jego losu może też wpłynąć system demokratyczny, w wyborach wszak każdy głos jest bezcenny – skoro zaś wiek życia się wydłuża a przyrost naturalny w niektórych krajach maleje, ludzie starzy mogą stać się silnym i wpływowym lobby. Poza wspomnianymi autorami, filozofowie XX wieku raczej problemu starości nie podejmowali, pisząc o niej jedynie incydentalnie i najczęściej w kontraście do młodości, czego przykładem Leszek Kołakowski (1927–2009), bądź też w kontekście śmierci i absurdu istnienia – co było charakterystyczne dla filozofów egzystencji. Powodem takiej postawy nie było lekceważenie kategorii starości jako filozoficznie mało ważnej, lecz dramatyczne doświadczenia XX wieku, które w równej mierze dotknęły ludzi starych, jak i młodych. Nie ma zaś wątpliwości, że – z oczywistych względów – na frontach obu światowych wojen zginęło więcej ludzi znajdujących się na progu życia. Innym powodem pomijania problematyki starości przez filozofów było to, że stała się ona przedmiotem osobnej dyscypliny, jaką jest → gerontologia, oraz specjalistycznych badań w takich dziedzinach, jak: → demografia, medycyna, psychologia, prawo czy socjologia. Ich celem jest nie tylko zdiagnozowanie przyczyn i przebiegu procesu starzenia się, lecz także niesienie pomocy ludziom starym. W tej sytuacji refleksja filozoficzna nad starością nie ma tak wielkiego znaczenia, jak w przeszłości.

Uwagi końcowe

Podsumowując czteroczęściowy przegląd filozoficznych ujęć starości należy stwierdzić, że opis nie jest pełny, ponieważ wiele tekstów o starości zaginęło. Poza tym, zwłaszcza w epokach wcześniejszych, pisano głównie o starości mężczyzn; starość kobiet była ignorowana lub uznawana za szczególnie odrażającą (Erazm). Nie ma też wątpliwości, że poszczególne teorie starości były wyznaczone osobistymi doświadczeniami filozofa (Platon, Hieronim), kulturowym kontekstem, w którym żył (Jan Chryzostom) oraz celami, które chciał osiągnąć (Cyceron, Plutarch). Wprawdzie filozofowie dążą do ujęcia istoty badanego zjawiska, to jednak ich teksty są także dialogiem ze światem, stanowiąc cenne źródła historyczne. Idealizacja starości (Platon) czy jej krytyka (Jan Chryzostom) są nie tylko zapisem poglądów ich autorów, lecz ukazują także, jak wówczas wyglądało życie ludzi starych, które autorzy ci chcieli zmienić. Krytyka starości mogła też pełnić funkcje konsolacyjne, przekonując tych, którzy umierają młodo, że nie powinni z tego powodu rozpaczać. Z pewnością starość nie jest istotnym i koniecznym etapem życia, ponieważ wielu ludzi umiera wcześniej. Jej sens zależy od tego, co kończy (życie doczesne) i ku czemu prowadzi (śmierć, nicość, życie wieczne). W zależności od jej miejsca w ogólnym planie egzystencji, filozofowie dawali różne rady, jak się do niej przygotować. Zwykle była postrzegana jako zjawisko dwuznaczne; z jednej strony widziano w niej naturalny finał życia, charakterystyczny dla wszystkich organizmów (nie tylko dla człowieka), z drugiej – chorobę lub nawet skutek ludzkiego grzechu. Potwierdzają to także najczęstsze metafory używane do jej opisu – z jednej strony podkreśla się, że jest ona okresem prawdziwego owocowania życia (odpowiadającego jesieni) lub dobijaniem do zbawiennego portu po burzach życia, z drugiej – że jest ostatecznym kresem życia, przypominającym chłód zimy. Częściej jednak podkreślano jej aspekty negatywne, chociaż bowiem wielu filozofów upatrywało w niej symbolu mądrości i cnoty, to jednak dostrzegali oni równocześnie jej trudne do uniesienia udręki. Chociaż bowiem człowiek chce żyć jak najdłużej, to jednak starość nie jest rzeczą upragnioną – marzymy raczej o wiecznej młodości. Mimo jednak wszystkich przewag młodości, na początku życia nikt nie ma pewności, że dożyje wieku starczego. Przewagą starca jest zatem to, że minionego życia nikt nie jest mu w stanie odebrać. Starość jest też dwuznaczna moralnie – wprawdzie oznacza uspokoje-

nie namiętności i wygaszenie rozmaitych pokus (stanowiąc okazję do poprawy), to jednak rodzi pokusy nowe, którym łatwo ulec. Starość jest także moralnym wyzwaniem dla innych – podobnie bowiem, jak chorzy – starzy są zdani na pomoc społeczeństwa, obciążając jego budżet. Ponieważ jednak są bezbronni, to dobro im wyświadczone ma charakter szczególny – jest nie tylko spłatą długu wdzięczności za ich pracę, lecz także przejawem bezinteresowności. Filozofowie podkreślali także obowiązki ludzi starych, związane z wychowaniem kolejnych pokoleń, którym powinni przekazać mądrość i doświadczenie. Pełna ocena starości zależy od tego, jaki jest jej konkretny przebieg a także, jak wyglądało życie, którego jest finałem i ewentualnie – jakie będzie to, do którego prowadzi. Oceniamy ja także w świetle dominującego w danej epoce ideału, którego urzeczywistnienia oczekujemy. Ponieważ jednak ideał jest zwykle abstrakcyjny, można wątpić, czy komukolwiek uda się do niego zbliżyć w konkretnych warunkach życia. Można zatem stwierdzić, że – niezależnie od wielowiekowych wysiłków filozofów, usiłujących ustalić istotę starości – jest ona zjawiskiem, które nie poddaje się uogólnieniom.

IZ

B: Arystoteles, 1982, 1988 a, 1988 b, 2005; Beauvoir, 2011; Boecjusz, 2003; Bois, 1996; Campanella, 1955; Cyceron, 2010; Czyżewski, 2011; Descartes, 1989; Diogenes Laertios, 1984; Doni, 2003; Drączkowski, 2011; Eckmann, 2011; Erazm z Rotterdamu, 1970, 2001; Figiel, 2011; Jaeger, 2001; Komeński, 1973; Kowalski, 2011; Kumaniecki, 1989; Machiavelli, 2008 a, 2008 b; Majeran, 2011; Majkrzak, 2002; Marek Aureliusz, 1984; Minois, 1995; Montaigne, 2002; Monteskiusz, 2002; More, 2001; Naumowicz, 2011; Osek, 2011; Ożóg, 2011; *Pismo Święte…*, 2013; Platon, 1960; Plutarch, 1998; Przyszychowska, 2011; Schopenhauer, 2002; Seneka, 1998; Siwicka, 2011; Sowa, 2011; Suchodolski, 1967; Swift, 1978; Szczur, 2011; Szram, 2011; Vinci, 2002; Widok, 2011;Wolter, 1985; Wysocki, 2011; Zamorzanka, 2011; Ziemiński, 2007.
O: Arystoteles, Cyceron, filozofia starzenia się, nauczanie św. Bazylego wielkiego na temat starości, starość w Biblii, starość w filozofii i filozofia starości, starość w nauce Jana Pawła II.
TK: ang. *old age in philosophy – historical background*, fr. *la vieillesse dans la philosophie – point de vue historique*, hiszp. *la viejaz en la filosofía – vision histórica*, niem. *Alter in der Philosophie – historische Ansicht*, ros. *старость в философии – исторический взгляд*.

starość w islamie

Podejście do → starości i osób starszych w islamie wyznaczone jest przede wszystkim przez treść tekstów źródłowych tejże religii, tj. uważanego za Księgę zawierającą niezmienione, objawione słowo Boże Koranu, a także hadisów, tj. relacji o czynach i nauczaniu proroka islamu, Muhammada (Mahometa, ok. 570–632). Warto podkreślić, że hadisy określają tzw. Sunnę, czyli właściwy sposób postępowania, polegający na naśladowaniu Proroka przez wiernych, stanowią zatem swego rodzaju uzupełnienie treści świętej Księgi, zarówno w odniesieniu do treści wiary, jak i zasad praktykowania religii.

Islam stanowi swego rodzaju skończony, zamknięty system wiary i praktyki religijnej, i żaden z jego elementów nie powinien być traktowany w oderwaniu od całości, a także w oderwaniu od pewnych fundamentalnych prawd wiary. Stwierdzenie to jest prawdziwe również w odniesieniu do muzułmańskiego ujęcia starości. Wspominając o fundamentach wiary w islamie należy zaznaczyć, że absolutny fundament islamu stanowi wiara w Jednego i Jedynego Boga (arab. *Allah*). W islamie oznacza to uznanie całkowitej zależności człowieka od Boga – wymagającego od swego stworzenia posłuszeństwa, co wyraża się poprzez praktykowanie religii. Innymi słowy, w islamie człowiek traktowany jest jako sługa, czy wręcz „niewolnik" (arab. *'abd*) Boga. [Zastosowano uproszczone zasady transliteracji z jęz. arab., przyjęte w pol. orientalistyce – przyp. aut.]. To Stwórca sprawił, że świat w ogóle zaistniał i że zamieszkują go żywe istoty, wśród których wyjątkowe miejsce zajmuje człowiek. Człowiek odpowiada za swe wybory i czyny, i powinien dążyć do udoskonalenia swego postępowania dla zadowolenia Boga. Uwagi te pozwalają lepiej zrozumieć znaczenie słowa *islam*, zgodnie z treścią Koranu i hadisów: całkowite posłuszeństwo wobec Boga, „rezygnacja", czy też „poddanie się" Bogu.

Wszelkie kwestie związane ze starością w islamie należy poza tym powiązać z muzułmańską antropologią religijną, eschatologią i soteriologią. Według źródeł muzułmańskich Bóg decyduje o narodzinach i → śmierci każdego człowieka. Islam mówi przy tym o dwu → życiach i dwu śmierciach każdego człowieka (przy czym śmierć rozumiana jest tutaj jako niebycie żywym, a zatem jest to stan bezpośrednio przed naszymi narodzinami i bezpośrednio po odejściu z tego świata). Dwukrotne obdarzenie każdego człowieka życiem wiąże się z niezmiernie istotnymi w muzułmańskiej teologii, a szczególnie eschatologii i soteriologii, pojęciami: *hajat ad-dunja*, czyli życie doczesne, które kończy śmierć, a które stanowi jedynie etap w drodze do życia ostatecznego; oraz życie ostateczne, po którym nie ma już śmierci (arab. *hajat al-ahi-*

ra). Starość jest zatem, w tym ujęciu, jedynie pewnym etapem w pierwszym (i tylko tym) życiu – etapem, dodajmy, nie będącym doświadczeniem wszystkich ludzi, bo przecież można umrzeć będąc młodym człowiekiem. Człowiek żyjący już swym *hajat al-ahira* nie doświadczy, według tekstów źródłowych islamu, ani starości, ani → umierania, ani śmierci. Po śmierci każdego – niezależnie od tego, czy doczeka starości, czy też nie – czeka zmartwychwstanie (arab. *al-qijama*) i Dzień Sądu (arab. *jaum ad-din*), o czym wersety Koranu wspominają wielokrotnie. Ostatecznie każdy otrzyma od swego Stwórcy – który jest jednocześnie Sprawiedliwym Sędzią – to, na co swymi czynami i swoją wiarą, bądź też jej brakiem, zasłużył, tj. niekończące się życie w raju (arab. *dżenna*) lub w Gehennie (arab. *dżehennam*). Jak nietrudno zauważyć, najwyższe i nieprzemijalne szczęście człowieka nie jest zatem w islamie wiązane z otaczającym nas światem, czy też z którymkolwiek etapem życia doczesnego (np. z młodością), lecz z rzeczywistością, która dopiero ma nadejść. Analogicznie, starość czy śmierć nie są tym, czego wierny powinien się najbardziej obawiać; czymś znacznie istotniejszym jest „zdanie ostatecznego testu" z życia doczesnego, tzn. bycie zaakceptowanym i przyjętym przez Boga w Dniu Rozliczenia (Dniu Sądu).

Koran to Księga, która – oczywiście zgodnie z ujęciem muzułmańskim – przekazuje Boże nakazy. Jednym z nich jest nakaz opiekowania się osobami starszymi, a szczególnie starymi rodzicami. Święta Księga muzułmanów kilkukrotnie wspomina rodziców, zalecając wiernym dobro wobec nich, np. w czwartej surze (rozdz.) Koranu czytamy m.in. „Czcijcie Boga i nie dodawajcie Mu współtowarzyszy! A rodzicom okażcie dobro [arab. *ła bi-l-łalidajni ihsana*] […]" (Koran 4:36). W podobny sposób wypowiadają się również inne wersety Koranu, wzywając do okazywania dobra rodzicom – szczególnie starszym – zaraz po nakazaniu monoteizmu (będącego w islamie absolutnie najważniejszym elementem wiary religijnej). W Koranie czytamy np. „Nie umieszczaj razem z Bogiem żadnego innego boga, abyś nie został poniżonym i opuszczonym! I postanowił twój Pan, abyście nie czcili nikogo innego, jak tylko Jego; i dla rodziców – dobroć! A jeśli jedno z nich lub oboje osiągną przy tobie starość, to nie mów im: »precz!« i nie popychaj ich, lecz mów do nich słowami pełnymi szacunku! Pochylaj ku nim skrzydło łagodności, przez miłosierdzie, i mów: »Panie mój, bądź dla nich miłosierny, tak jak oni byli, wychowując mnie, kiedy byłem mały«" (Koran 17:22–24). Z kolei w innym fragmencie czytamy: „I nakazaliśmy człowiekowi wobec jego rodziców: […] »Bądź wdzięczny Mnie i twoim rodzicom [arab. *ani-szkur li ła li-łalidajk*]! Do Mnie zmierza wędrowanie!«" (Koran 31:14). W kolejnym fragmencie – nakazującym jednocześnie monoteizm oraz właściwe traktowanie rodziców – przypominane jest, że prawo Boże nie ulega zasadniczym zmianom, i że podobne nakazy objawione zostały już wcześniej religijnej wspólnocie Żydów. Jak czytamy w Koranie: „Oto zawarliśmy przymierze z synami Izraela: »Nie będziecie czcić nikogo innego, jak tylko Boga; rodzicom okazujcie dobroć i bliskim krewnym, i sierotom, i biednym. Przemawiajcie do ludzi uprzejmie! Odprawiajcie modlitwę i dawajcie jałmużnę!«" (Koran 2:83). Należy przy tym być posłusznym wobec własnych rodziców, o ile nie wzywają oni do łamania przykazań Bożych. Z drugiej jednak strony jeżeli jednak życzenia i oczekiwania rodziców nie stoją w sprzeczności z prawem Bożym, dziecko ma obowiązek doprowadzić do ich realizacji, właśnie ze względu na posłuszeństwo Bogu. Oprócz spełniania próśb i życzeń rodziców islam nakazuje po prostu bycie dla nich dobrym, co powinno się przejawiać m.in. w dotrzymywaniu im towarzystwa w sposób odpowiedni i uprzejmy, byciem pokornym wobec nich, modleniem się o przebaczenie dla nich, a nawet utrzymywaniem więzi z osobami darzonymi sympatią przez własnych rodziców. Wspomina o tym w swoim *tafsirze* – tj. w ogólnym komentarzu do Koranu – m.in. Al-Qurtubi (1214–1273). Wedle wspomnianego komentatora nakaz *tałhidu* – tj. ścisłego monoteizmu, wyrażającego się poprzez czczenie tylko Boga i zanoszenie swoich próśb i modlitw wyłącznie do Niego (zob. ilustr. 1) – oraz nakaz bycia dobrym dla rodziców wymienione są w Koranie razem w związku z tym, że początkowy rozwój człowieka dokonał się z rozkazu Boga w łonie matki, zaś w kolejnym etapie za rozwój młodego człowieka odpowiedzialni są właśnie rodzice. Niejako na marginesie warto nadmienić, że islam niezwykle silnie podkreśla znaczenie macierzyństwa, do czego odnosi się wiele fragmentów Koranu, nie wspominając o licznych hadisach. W Koranie czytamy np. „I poleciliśmy człowiekowi dobroć względem jego rodziców. Matka nosiła go w trudzie i urodziła go w trudzie […]" (Koran 46:15). Właściwe traktowanie rodziców, zwłaszcza starszych, odnajdujemy wielokrotnie w tekstach źródłowych islamu – wspominających m.in. historie proroków, których wierni powinni naśladować (por. Koran 19:14).

Wg wersetów Koranu Bóg jest Miłosierny i nakazuje swoim sługom, czyli wierzącym weń ludziom, miłosierdzie. Muzułmanie powinni być zatem miłosierni nie tylko dla siebie nawzajem, lecz dla wszystkich lu-

dzi, w tym szczególnie wobec osób starszych – a spośród osób starszych szczególnie wobec swoich rodziców. W hadisie ze zbiorów At-Tirmiziego i Ahmada Ibn Hanbala dowiadujemy się, że prorok Muhammad nauczał, że „nie należy do nas ten, kto nie okazuje miłosierdzia naszym dzieciom i kto nie darzy szacunkiem naszych starców". W podobny tonie Prorok wypowiada się w kolejnym hadisie, przekonując, że szacunek wobec „białobrodych" (tj. starszych) muzułmanów wynika z szacunku wobec samego Boga. Nie należy przy tym sądzić, że teksty źródłowe islamu nakazują szanować wyłącznie własnych rodziców oraz starszych członków wspólnoty [arab. *umma*] muzułmańskiej. W hadisie relacjonowanym przez Anasa Ibn Malika (711–795) czytamy, że jeżeli młodzieniec okazuje szacunek starszej osobie, dlatego że jest to ktoś starszy, Bóg wyznaczy kogoś, kto okaże szacunek jemu, kiedy on sam będzie stary. Muzułmańscy komentatorzy tego hadisu podkreślają, że nie chodzi tutaj wyłącznie o starszych muzułmanów, lecz o starszych ludzi w ogóle.

Islam nie tylko wzywa do szacunku wobec osób ludziom starszych, lecz również przyznaje starszym ma pewne przysługujące im prawa, które winny być respektowane w praktyce życia codziennego wiernych. W tej perspektywie interesujące są zwłaszcza muzułmańska etykieta oraz uznane przez szariat (tj. muzułmańskie prawo religijne) ułatwienia dotyczącego praktykowania islamu przez ludzi starszych.

Etykieta muzułmańska (arab. *adab*), opierająca się na autorytecie Koranu i Sunny, nakazuje m.in. to, aby młodsza osoba jako pierwsza przywitała się ze starszym. Młodsi powinni także pozwolić najpierw wypowiedzieć się starszym. Poza tym podając jedzenie, napoje etc. należy również rozpoczynać od osób starszych. Analogiczna zasada dotyczy bycia imamem, tzn. osobą prowadzącą muzułmańską modlitwę. Prowadzić ją powinien ten, kto najlepiej zna Koran, a jeżeli jest kilka osób równie dobrze znających Księgę, to winna to być najstarsza z nich. Zgodnie z muzułmańską tradycją zasady muzułmańskiej etykiety najwspanialej realizował sam Prorok. Jak dowiadujemy się z jego biografii, jeden z jego towarzyszy, Abu Bakr, przyprowadził do niego swego starego ojca, gdyż ten ostatni zapragnął przyjąć islam. Prorok spytał, dlaczego Abu Bakr nie powiedział mu o tym, bo przecież on sam mógłby udać się do niego w odwiedziny.

Jak już zostało zaznaczone, islam dopuszcza, aby osoby starsze korzystały z pewnych przysługujących im ułatwień w odniesieniu do praktykowania religii (sprawowania kultu religijnego). Specjalne zasady muzułmańskiego prawa religijnego, dotyczące osób starszych, związane są m.in. z postem – pojmowanym i definiowanym w islamie jako zupełne powstrzymywanie od przyjmowania pożywienia i napoju (a także od współżycia małżeńskiego), w okresie od brzasku (arab. *fadżr*) do zachodu słońca (arab. *maghrib*). Stanowiący obowiązkową dla dorosłych muzułmanów praktykę religijną post w miesiącu ramadanie trwa 29 lub 30 dni, w zależności od tego, jak długo trwa miesiąc ramadan. Poszczenie może się okazać zbyt dużym wysiłkiem dla osoby chorej lub starszej. Zgodnie z szariatem, jeżeli post jest dla takiej osoby zbyt ciężki, może ona sama zadecydować, czy w ogóle będzie pościć. Jeżeli starsza osoba zdecyduje się nie pościć, to powinna wówczas karmić ubogich (ewentualnie przekazać żywność ubogim, czy tez przekazać środki na zakup żywności dla ubogich) zgodnie z zasadą: za jeden dzień niepraktykowanego postu nakarmiony będzie jeden ubogi (zob. Koran 2:183–184).

Ułatwienia dotyczą również modlitwy. Jeżeli osoba starsza nie może modlić się oddając Bogu pokłony, może czynić to np. siedząc na krześle, a nawet – jeśli uzasadnia to stan zdrowia – leżąc. Ponadto z hadisów dowiadujemy się, że Prorok nakazywał imamowi prowadzącemu modlitwę, aby – jeżeli w modłach uczestniczą osoby starsze – recytować krótsze fragmenty Koranu i niepotrzebnie nie męczyć praktykujących modlitwę [arab. *salat]* ludzi. Ułatwienia w praktykowaniu religii dotyczą również kolejnego z tzw. filarów islamu, tj. obowiązkowej pielgrzymki do Mekki, *hadżdżu*. Pielgrzymka taka, co warto podkreślić, stanowi – podobnie jak monoteizm, modlitwa *salat*, post w ramadanie oraz dawanie *zakatu*, tj. obowiązkowej jałmużny – jeden z pięciu filarów islamu. *Hadżdż* nakazany jest każdemu wiernemu przynajmniej raz w życiu, o ile dysponuje się niezbędnymi środkami finansowymi, a także możliwością bezpiecznego podróżowania. Ze zbioru hadisów Muslima dowiadujemy się, że Prorok islamu zezwolił pewnemu muzułmaninowi wykonać pielgrzymkę w imieniu swego ojca, który będąc osobą starszą miał kłopoty z przemieszczaniem się. Jak można zauważyć, osoby starsze nie są w islamie zupełnie zwolnione z praktyk religijnych, takich jak: modlitwa, post czy pielgrzymka, jednakże islam zwraca uwagę na możliwości tych wiernych, którzy nie są już w pełni sprawni i silni. Mogą oni praktykować mniej, bądź też w nieco innej formie, w nieco łatwiejszy sposób, zaś w niektórych szczególnych sytuacjach ciężar praktykowania – jak to ukazuje wspomniany hadis – mogą wziąć na siebie ich dzieci.

TS

B: Abdul-Malik al-Qasim, 2004; Bewley , 2003; Danecki, 2007; Koran, 1986; Mawlawi, 2003; Stefaniuk, 2015.
N: Abu Daud – Internet: http://www.hadithcollection.com; An-Nasa'i – Internet: http://sunnah.com; Muhammad Mus'ad Yaqut – Internet: http://www.onislam.net…; *Quran Tafsir Ibn Kathir* – Internet: http://www.qtafsir.com.
O: gerontologia biblijna, starość w Biblii, starość w islamie, starość w judaizmie, starość w kulturach Wschodu i Zachodu, starość w nauce Jana Pawła II.
TK: ang. old age in Islam, fr. *la vieillesse dans l'Islam*, hiszp. *vejez en el Islam*, niem. *das Alter im Islam*, ros. *старость в Исламе/ старость в иудейской религии*.

starość w judaizmie

Zarys religii

Judaizm sięga korzeniami czasów Abrahama, który jako pierwszy zawarł z Bogiem przymierze, w zamian za co Bóg obiecał mu ziemię Kanaan. Oparta jest ona na kulcie jednego Boga – Jahwe, który jest stworzycielem całego świata, wierze w przyjście Mesjasza i uznaniu Żydów za naród wybrany. Wiara opiera się na Torze i sformułowanym później Talmudzie czyli zbiorze tradycyjnych praw judaizmu, które stanowią uzupełnienie Tory i zawierają obszerne komentarze i wypowiedzi rabinów od III w. p.n.e. do VI w. n.e.

Terminologia

W Biblii (zob. *Pismo Święte*…, 2013) istnieje wiele terminów używanych na określenie osób starszych takich jak: *szeiva*, *jaszisz*, które znaczą tyle co sędziwy. Literatura talmudyczna dodaje również inne, takie jak: *kaszisz* na określenie człowieka starszego wiekiem oraz *nemusza* na określenie bardzo starego mężczyzny. Najpopularniejszym jednak i najczęściej występującym, używanym do dnia dzisiejszego terminem jest *zaken,* który oznacza starca. W czasach kształtowania się judaizmu jak i w późniejszym okresie *zkanim* (lm.) byli niewątpliwie największym autorytetem w społeczeństwie, to oni ze względu na swoją → mądrość życiową rządzili narodem, jak również i całym krajem. Początkowo termin ten odnosił się tylko i wyłącznie do osób w zaawansowanym wieku.
W czasach talmudycznych, czyli w okresie powstawania Talmudu zmieniło się jego znaczenie. Oznaczał osobę, która „nabyła mądrość" (Kiddushin 32 b) oraz odnosił się on do uczonych, w szczególności zaś do członków Sanhedrynu albo bet Din. Tytuł ten był utożsamiany z mądrością, niekoniecznie zaś – jak miało to miejsce wcześniej – z wiekiem. *Zakenem* zatem mogła być osoba trzydziestoletnia posiadająca ogromną mądrość w zakresie interpretacji Tory i innych tekstów religijnych, która swoją wiedzą dzieliła się z innymi.
Jeden z traktatów Talmudycznych – Pirke Awot – podaje, że mężczyzna w wieku 50 lat jest zdolny do udzielania rad. W wieku 60 lat dochodzi do → starości. Wiek 70 lat to → starość sędziwa (wiek sędziwości). W wieku 80 lat człowiek jest najbardziej odważny. Kolejna dziesiątka natomiast prowadzi człowieka do schyłku → życia (Pirke Awot 5,25). Literatura kabalistyczna natomiast podkreśla, że w wieku 50 lat człowiek osiąga starość (Tikunei Zohar, Tikun 421).
Wedle Majmonidesa (1135–1204) – wybitnego średniowiecznego teologa, filozofa i lekarza –starość jest czymś pomiędzy → zdrowiem a → chorobą.

Starość w literaturze talmudycznej

Twierdzono, że przyczynami szybkiego starzenia się są: strach, okazywanie złości, zwłaszcza w stosunku do dzieci, zła żona, wojny (Tanchuma, Chayei Sarah 2), złośliwość jednego z synów (Agadat Bereshit 41:2), troski (Ben Sirah 30:24), nadmierna pobłażliwość w kontaktach seksualnych (Shabbath 152 a). Starość miała dotykać także częściej osoby mieszkające na poddaszu, głuche oraz te, które hodowały w domu kurczaki (Eruvin 56 a).
Literatura talmudyczna wskazywała także zmiany w wyglądzie człowieka, które są oznakami nadchodzącej starości. Należały do nich: wypadające zęby, słabnący głos, płytki sen, problemy z układem pokarmowym, wypadanie włosów, problemy z przeżuwaniem i rozróżnianiem smaków, drżenie rąk, słabsze funkcjonowanie układu krążenia oraz problemy ze słyszeniem. Sądzono również, że krew człowieka starszego jest zimna i płynie wolniej niż u osoby młodszej, a uraz szyi może doprowadzić do → śmierci osoby. Uważano także, że popęd seksualny zanika wraz z wiekiem a mężczyzna staje się bezpłodny.
Chociaż rabini zwracali także uwagę na negatywne konsekwencje starości do których należy zaliczyć pogorszenie się stanu fizycznego oraz czasem i intelektualnego, i nazywali nawet ten okres życia człowieka koroną z cierni (Shabbat 152 a), to jednak zdecydowana większość wskazywała na ich pozytywne cechy, takie jak: mądrość czy też dojrzałość życiowa. Podkreślano nawet, że Izrael nie może przetrwać bez starszyzny (Tanchuma, Shemot 29). Osobę, która pobierała nauki u osoby starszej często porównywano do mężczyzny, który spożywa dojrzałe winogrona i pije dojrzałe wino (Avot 4:20). Talmud również zauważał, że osoby starsze wolą żyć i starzeć się w miejscu im znanym niż zupełnie nowym, pomimo że to drugie byłoby dla nich lepsze (Shabbath 151–152).

Literatura talmudyczna traktuje → długowieczność [ludzką] jako nagrodę dla tego kto: akceptuje cierpienie (Berakhot 5a), wcześnie przychodzi do synagogi i późno z niej wychodzi (Berakhot, 8a), recytuje fragmenty Tory razem ze zgromadzeniem (Berakhot 8b), przedłuża słowo *echad*, czyli jeden w modlitwie Szema – najważniejszej żydowskiej modlitwie (Berakhot 13b), przerywa recytację modlitwy Szema w brudnym korytarzu bądź w brudnym przejściu (Berakhot 24b), wydłuża wymawianie słowa Amen (Berakhot 47 b). Wśród innych rzeczy, które sprzyjają długowieczności należy wymienić: skruchę (Yoma 86 b), zakładanie tefilin, czyli skórzanych pojemników podczas modlitwy (Menachot 54 a), uczestniczenie w pogrzebie (Tora Shelemah, Genesis 24:1), powstrzymywanie się od spożywania wina (Mechilta of Rabbi Simeon Ben Yochai, Yitro 27), okazywanie dobroci (Rosh Hashanah 18 a), mówienie prawdy (Reishit Chochma, Sha'ar Ha'kedushah 12:51).

Starość w Biblii

Biblia podaje sposoby na zachowanie długowieczności. Są nimi: studiowanie Tory, umieszczenie na odrzwiach mezuzy, czyli pojemnika zawierającego fragmenty z Księgi Powtórzonego Prawa (por. Pwp 11:21) czy też uczciwe postępowanie w handlu (por. Pwp). Wielokrotnie na kartach Biblii czytamy o przypadkach długowieczności: Adam – żył 930 lat, Metuszelach – 969, Henoch – 365 czy też bardziej znane, jak: Abraham i Sara, Izaak, Jakub, Dawid czy też Salomon. Prawdopodobnie owa → długość życia nie jest długością rzeczywistą a jedynie symboliczną, bowiem w Księdze Rodzaju czytamy, że człowiek jest tylko istotą cielesną i może żyć maksymalnie sto dwadzieścia lat (por. Rdz 6:3).

Osoby starsze w społeczeństwie

W starożytnym Izraelu wszystkie najważniejsze decyzje dotyczące poszczególnych mieszkańców miasta, jak również całego kraju, pozostawione zostały osobom starszym. Wchodzili oni w skład czegoś, co można byłoby określić radą miejską. Wszelkie działania, które podejmowali miały na celu przede wszystkim ochronę → rodziny jak również ochronę interesów większej społeczności. I tak do ich obowiązków należało m.in. wydawanie wyroku ukamienowania dziecka, które był nieposłuszne wobec swoich rodziców (por. Pwp 21:18–21) czy też rozstrzyganie spraw dotyczących lewiratu [poślubienia wdowy przez brata jej zmarłego męża] (Pwp 25: 9).

W starożytności – ze względu na trudne warunki życia, brak odpowiednich warunków higienicznych, niewłaściwe odżywianie czy też brak odpowiedniej → opieki medycznej – niewiele osób osiągało sędziwy wiek. Osoby, które dożyły → starości sędziwej były traktowane przez lud z ogromnym szacunkiem i uznaniem. Długowieczność była uznawana za ogromne błogosławieństwo i nagrodę od Jahwe za wypełnianie przykazań. Nagrodę podwójną, gdyż jednostka mogła dłużej służyć Bogu i studiować księgi święte, aby dojść do jeszcze większego zbliżenia z Nim. Po drugie mogła dłużej w porównaniu z innymi cieszyć się życiem rodzinnym i obserwować jak dorastają dzieci i wnuki oraz przekazywać im mądrość. Nade wszystko w każdym swoim działaniu była wspierana przez Boga.

Szacunek jaki człowiek okazuje osobie starszej jest także szacunkiem okazywanym najwyższemu Bogu o czym świadczy fragment z Księgi Kapłańskiej: „Przed siwizną wstaniesz, będziesz szanował oblicze starca, w ten sposób okażesz bojaźń Bożą. Ja jestem Pan!" (Kpł 19:32).

Judaizm wielokrotnie wspomina o szacunku jaki należy okazywać osobom starszym, niezależnie od zajmowanej przez nich pozycji społecznej. Dodatkowa micwa, czyli żydowskie przykazanie względem osób starszych dotyczy dzieci. Według halachy czyli żydowskiego prawa religijnego, dziecko nie powinno sprzeciwiać się poglądom rodziców, zwracać się do nich po imieniu, zawstydzać ich jeśli w miejscu publicznym źle zwracają się do swoich dzieci, nie tracić panowania w ich obecności. Obowiązkiem, które ciąży na dziecku jest także zapewnienie posiłku i ubrania rodzicom. Wyrażaniem szacunku jest także wstawanie z miejsca kiedy wchodzą i wychodzą. Wyjątek od tej ostatniej reguły stanowi sytuacja kiedy osoba jest zajęta studiowaniem Tory a powstanie z miejsca spowodowałoby przerwanie czytania (Responsa, Tzitz Eliezer, cz. 18, 68:1). Do obowiązków dzieci należy także opieka nad rodzicem w zaawansowanej starości. Żydzi wierzą, że właściwa i pełna miłości opieka nad rodzicami również może zapewnić długowieczność. W przypadku, kiedy nie jest to możliwe np. ze względu na odległość, dziecko jest zobowiązane zapewnić mu należytą opiekę świadczoną przez inną osobę czy też instytucję jak również wyprawić pogrzeb. Wyjątek od powyższej reguły stanowi sytuacja kiedy dziecko zostało porzucone przez rodziców czy też zaniedbywane. Wtedy jest on zwolniony z obowiązku opieki nad rodzicem.

W judaizmie starość ma charakter wyjątkowy wiąże się nie tylko z mądrością życiową ale także a może i przede wszystkim z mądrością w "wymiarze religijnym" (zob. ilustr. 1). Judaizm, w szczególności orto-

doksyjny, czyli ten, sięgający do samych korzeni religii opiera się w znacznej mierze na studiowaniu tekstów religijnych, takich jak: Biblia czy też Talmud. Ich czytanie i interpretacja przybliżają człowieka do Boga i są jednym z głównych nakazów judaizmu. Osoby starsze zatem były i nadal są uważane za religijnych przewodników, którzy mają pomóc młodszym pokoleniom we właściwym zrozumieniu tekstu religijnego.

W ostatnich latach, nie tylko w Izraelu, ale i wszędzie tam gdzie znajdują się gminy żydowskie, powstają stowarzyszenia działające na rzecz osób starszych oraz ogromna ilość tzw. *btei awot*, czyli domów starców (fot. 1). Te ostatnie oprócz zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgniarsko-medycznej bardzo często oferują również dodatkowe udogodnienia takie jak: kosmetyczka, fryzjer, basen czy też fakultatywne wycieczki. Coraz częściej ludzie jeszcze w pełni sił odkładają pieniądze i wybierają ośrodek, w którym chcą spędzić starość aby nie być ciężarem dla swoich najbliższych.

Z uwagi na wydłużenie długości życia coraz więcej uwagi poświęca się osobom starszym. Rabin Zalman Schachter-Shalomi (1924–2014) stworzył program zwany duchowym starzeniem się. Zainicjował on serię wykładów oraz ćwiczeń praktycznych dla osób starszych, które wprowadzają w tajniki medytacji, które zgodnie z założeniami mają wpływać nie tylko na utrzymanie sprawności fizycznej. Prowadził również zajęcia dla młodych wprowadzające w tematykę starości i pracy z osobami starszymi.

W izraelskich szkołach powstają specjalne programy, których celem jest zbliżenie tych dwóch pokoleń, które tak naprawdę więcej łączy aniżeli dzieli. Uczniowie dostają pod opiekę jedną osobę ocalałą z obozu koncentracyjnego, która wyemigrowała do Izraela. Oprócz pomocy w codziennych obowiązkach osobie starszej uczniowie spisują wspomnienia i przeżycia tych osób w postaci pamiętnika i przedstawiają je pozostałym uczniom w klasie i w szkole. [Właśnie na pograniczu sędziwej starości i wczesnej młodości, zapominanej historii i aktualizującej się współczesności, powstają trwałe więzi międzypokoleniowe, co dokumentuje najnowszy film pt. *Skrzypce Joego* (2016) – przyp. red.].

HG

B: Balke, 2005; Friedman , 2008; Grzesiak, 2011; Habib, Tamir, 1994; Levitan, 1998; Milewski, 2015; Patai, 1959; Paul, 1997; *Pismo Święte*…, 2013; Robinson, 2001; *The Talmud*…, 1965; Unterman, 2002; Vaux, 2005.

F: *Skrzypce Joego*, 2016.

N: http://www.eleven.co…; http://www.jewishjournal.com…

O: gerontologia biblijna, starość w Biblii, starość w islamie, starość w kulturach Wschodu i Zachodu, starość w nauce Jana Pawła II.

TK: ang. old age in Judaism, fr. *la vieillesse dans le judaïsme*, hiszp. *vejez en el judaismo*, niem. *das Alter im Judentum*, ros. *старость в Иудаизме*/*старость в иудейской религии*.

starość w kulturach Wschodu i Zachodu

→ Starość – to słowo które często wymawiamy z obawą, budzącą w nas niejasne poczucie ostateczności. Czy jest to stan uzasadniony? Czy lęk przed byciem starym kojarzy się nam zwykle pejoratywnie? Jak → starzenie się jest postrzegane na przestrzeni → czasu i w różnych społecznościach, pochodzących zarówno ze wschodniego, jak i zachodniego kręgu cywilizacyjnego? Próbą odpowiedzi na tak postawione pytania jest niniejsze opracowanie, w którym skoncentruję się przede wszystkim na udowodnieniu tezy, że to jak odbierana jest starość determinują dwie zmienne – kultura i czas.

Przystępując do historyczno-kulturowej analizy zjawiska starości warto podkreślić, że znaczące odmienności w jego „wschodnim" i „zachodnim" postrzeganiu dotyczą nie tylko samej starości, ale znajdują swoje odzwierciedlenie w praktycznie każdym aspekcie → życia cywilizacji stanowiąc zróżnicowanie na poziomie paradygmatów pojmowania rzeczywistości.

Korzystając z analizy dokonanej przez Richarda E. Nisbetta (1941–) możemy dostrzec wspomniane różnice na przykładzie klasycznych, starożytnych kultur – greckiej i chińskiej. Starożytni Grecy postrzegali rzeczywistość, jako usystematyzowany zbiór kategorii rzeczy i zjawisk. Podstawą swojej epistemologii uczynili kategoryzację stałych atrybutów i cech elementów rzeczywistości wikłając je dodatkowo w reguły logiki formalnej. Starość była więc traktowana jak jedno ze skategoryzowanych zjawisk naturalnych, i jako taka podlegała analizie jej fizycznych przyczyn i konsekwencji. Niekiedy traktowana jako śmiertelną → chorobę, innym razem jako zjawisko chorobom sprzyjające, np. wg koncepcji → Hipokratesa za proces starzenia odpowiadała utrata z wiekiem ciepła i wilgoci. Uważał on, że z chwilą narodzin otrzymujemy pewną zindywidualizowaną „dozę" energii i/lub ciepła życiowego, która wraz z postępującym czasem zimniejsza się nieodwracalnie prowadząc do → śmierci. Żyjąc wg zasad etycznych i medycznych zaleceń można proces utraty energii spowolnić, ale nie sposób go zatrzymać czy wyeliminować. Hipokrates tłumaczy, że to ile posiadamy energii bądź ciepła w punkcie natalnym naszego

życia determinuje jak długo będziemy żyć. Mniejszy zasób energii życiowej u starców powoduje też większą skłonność do zapadania na różnorakie choroby i jest przyczyną charakterystycznych dla starych ludzi ułomności cielesnych i psychicznych. Podobne poglądy reprezentuje → Arystoteles, który dodatkowo do pojęcia ciepła wprowadza pojecie duszy, mającej swój dom w sercu człowieka. Ciepło jest paliwem dla duszy, a gdy ono się wyczerpuje człowiek starzeje się i nieuchronnie umiera.

Grecy postrzegali rzeczywistość jako byt niezmienny i składający się z odróżnialnych elementów fizycznych. Przeciwstawienie tego, co zewnętrzne i obiektywne, temu, co wewnętrzne i subiektywne, pozwoliło rozróżnić przyrodę od człowieka i kultury. To brak akceptacji dla sprzeczności doprowadziła też do opracowania przez Arystotelesa podstawowych zasad logiki.

Podsumowując, starość dla Greków to nieuchronny naturalny proces skutkujący osłabieniem fizycznych i psychicznych właściwości, tak ważnego dla nich sprawnego ciała powodujący dodatkowo drażniące poczucie ostateczności.

Starożytni Chińczycy – w odróżnieniu od Greków – nie interesowali się kategoryzowaniem rzeczywistości, koncentrując się przede wszystkim na zmianach i obserwowaniu, w jaki sposób otoczenie wpływa na zachowania obiektów fizycznych i zjawisk. Świat postrzegali jako składający się z ciągłych substancji, przenikających się wzajemnie, zmieniających się i uzupełniających się we współzależnościach. Starość i związane z nią zmiany traktowano jako kwestie zachowania równowagi w ciele i relacji między poszczególnymi jego częściami . Największe nurty filozoficzne, jak: taoizm, konfucjanizm, a później buddyzm, zwracały uwagę na harmonię i odrzucały abstrakcyjne spekulacje na temat niezmienności natury ludzkiej, która jest według Chińczyków plastyczna i zmienna. Wierzyli, że rzeczywistość i człowieka przenika jednolita siła Dao, której dwa przeciwstawne aspekty: twórczy, męski Yang, i przyjmujący, żeński Yin, będące w stałym napięciu kreują całość istnienia. Stosowali konfucjańska zasadę złotego środka, uznając buddyjską współzależność wszystkich elementów rzeczywistości i reinkarnację.

Chińczycy twierdzą, że → wiek podeszły jest czymś naturalnym i nieuniknionym, lecz nie jest on usprawiedliwieniem starości. Wiek zaawansowany i starość traktują jako zupełnie odmienne zagadnienia. Choroby kojarzą ze starością, ale nigdy nie z podeszłym wiekiem. Chińczycy nie traktują starości jako czegoś szczególnego we wszechświecie. Idealny jest bowiem wobec mędrców chińskich każdy detal Uniwersum, gdyż każdy posiada wewnętrzny stabilizator reagujący na wielość i różnorodność zmian. Każdy człowiek jest właścicielem owego regulatora, który daje możliwość korzystania z tego co dała Natura. Dlatego jedno z chińskich przysłów głosi, że wartość budyniu sprawdza się w jedzeniu, a nie w klasyfikowaniu go.

Kolejną istotna różnica pomiędzy zachodnim a wschodnim rozumieniem zjawiska starości jest sama ontologiczna koncepcja człowieka i jego roli, zarówno w epistemologicznym, jak i aksjologicznym wymiarze. Zachodnie przekonanie, o uniwersalności natury ludzkiej, o potrzebie wyróżniania się, osiągania partykularnych sukcesów, czy przekonania że wszystkich powinny obowiązywać te same zasady byłyby nie do przyjęcia na Wschodzie.

Chińczycy nie są zainteresowani wyróżnianiem się. Ważniejsze jest dla nich osiąganie celów grupowych, niż osobistych, do czego prowadzi skoordynowane działanie, a nie rywalizacja. Zasady obowiązujące w relacjach międzyludzkich nie są przy tym postrzegane jako uniwersalne a raczej jako związane z rolą i kontekstem – dopiero w ich ramach konkretne i jasno określone. Nadrzędnymi regułami postępowania jest utrzymanie dobrych relacji z innymi ludźmi oraz Xiao – szacunku do starszych rodziców – należący do fundamentalnych cnót w cywilizacji chińskiej. Jego początki sięgają archaicznego kultu przodków i do dziś stanowi powszechnie akceptowaną wartość. Konfucjanizm, taoizm i chiński buddyzm czyniły z niego jeden z najważniejszych fundamentów rozwoju duchowego i prawa i moralności.

Xiao – rozumiana także jako miłość synowska – to nie tylko uczucie, to przede wszystkim obowiązek, z niego biorą początek wszystkie inne obowiązki społeczne Chin. Władca jest według tradycji ojcem dla swego ludu, tak więc należy mu się miłość swoich poddanych, dzieje się tak ponieważ według naturalnego prawa obowiązki wobec państwa są rozwinięciem obowiązków rodzinnych. Ojciec ucząc synów miłości do siebie, wpajał im równocześnie poczucie obowiązku lojalności wobec suwerena. W rodzinie chińskiej stosunek ojca do swych synów według tradycji miał przede wszystkim wymiar prawny, a dopiero później rodzinny. Ojciec stawał się dla syna krewnym dopiero wtedy, kiedy ten uznał w nim swego pana. Szacunek dominuje nad miłością, ład domowy całkowicie zależy od władzy ojca, panuje w nim etykieta, nie ciepło rodzinne. Zarówno syn jak i jego małżonka są wasalami rodziców, syn wasalem ojca synowa wasalką swej teściowej. W stosunku do starych rodziców obowiązu-

ją ścisłe zasady zachowania dotyczące w szczególności, czystości ciała i schludności stroju. Przy rodzicach obowiązuje powaga. Prowadząc konwersację z ojcem syn powinien jest stać prosto, patrzeć w oczy i przemawiać pokornie. Syn powinien być permanentnie gotowy do zaspokajania potrzeb swojego rodzica. Nie ma opcji nie wypełnienia polecenia przez syna, może jedynie wyrazić swoje zdanie zgodnie z obowiązkiem udzielanie ojcu rad. Posłuszeństwo ma wymiar absolutny, a wpływ ojca bezdyskusyjny nawet na małżeństwo syna, który będzie faworyzował tę ze swoich żon, która cieszy się względami ojca a nie jego własnymi. Odnawianie hołdu następuje poprzez szereg drobnych przysług jak np. naprawa ubrania czy sprzątanie nieczystości po toalecie ojca. Najważniejszym obowiązkiem dzieci wobec rodziców wg filozofii Li Ki jest zapewnienie im obfitego i właściwego pożywienia. Dobry syn „zabiega o to, by niczego nie zabrakło w sypialnym pokoju rodziców (przede wszystkim, gdy są oni starzy i wrażliwi na zimno tak, że nie mogą spać), i dostarcza im pożywienia i napojów ze szczerym uczuciem". Przygotowywane potrawy powinny być odpowiednio doprawione i o odpowiedniej temperaturze, przystosowane do danej pory roku i wieku rodziców (zob. ilustr. 1). Szczególnie istotna jest zasada mówiąca, że im rodzice starsi tym należy dostarczać im coraz bardziej wyszukane pożywienie. Według Li Ki, gdy osiągną wiek lat siedemdziesięciu potrzebują stale potraw delikatnych, gdy zaś przekroczą osiemdziesiątkę powinni otrzymywać same łakocie. Syn razem z żoną zobowiązani są nie tylko do przygotowania posiłku, lecz również do podania go i odpowiedniego ustawienia i zaprezentowania. Towarzyszą rodzicom przy porannym i wieczornym posiłku usługując im i zachęcając do jedzenia. Resztki, jakie zostają po posiłku przeznaczone są dla nich, wyjątek stanowią łakocie i dania wyjątkowo smaczne, te starzy rodzice przeznaczają dla swoich wnuków, z którymi są na ogół w doskonałych stosunkach opartych o więź uczuciową. Ostatnimi w kolejce do posiłku są młodsi synowie i ich żony. Widać stąd wyraźnie, że także w hierarchii materialnej dominującą pozycje zajmują najstarsi. Szczególnym wyzwaniem dla syna jest czas kiedy ojciec umiera, przystępując to tak zwanej „śmiertelnej próby". Począwszy od 70. roku życia ojciec rodziny przechodzi na rodzaj → emerytury, wyzbywając się zarówno pełnienia funkcji publicznych jak i domowych w tym małżeńskich. W interesie syna i rodziny jest to aby ojciec żył jak najdłużej. Najlepiej jeśli uda mu się dożyć stu lat, bowiem zgodnie z chińską tradycją optymalny czas na przygotowanie się do śmiertelnej próby to trzydzieści lat. W tym okresie syn powinien umilać życie ojca wspierać go i dostarczać rozrywki (Wasiliew, 1974). Dokonując dalszej analizy porównawczej wschodniego i zachodniego podejścia do zjawisk starzenia się i starości nie sposób pominąć starożytnego Rzymu, nie stanowiącego co prawda bezpośredniej kontynuacji egzemplifikacji stosowanej przez Nisbetta, koncentrującego się na kulturze greckiej, przykładu tym bardziej cennego zwłaszcza z uwagi na fakt, że w przeciwieństwie do starożytnych Chin, gdzie stosunek do starszych był niezmienny, nacechowany szacunkiem i czcią, rozwój historii politycznej Rzymu szedł w kierunku ograniczenia władzy starych ludzi. Ich złotym wiekiem był okres republiki: starcy, którzy w tym arystokratycznym ustroju skupiali w swoich rękach bogactwa i władzę, rządzili zarówno w → rodzinie, jak i w państwie. Jednak nadmierna koncentracja władzy sprawiła, że stali się bardzo niepopularni, a w swych rodzinach byli obdarzani wielką nienawiścią. Po okresie wojen domowych i za cesarstwa ich sytuacja zmieniła się radykalnie. Stracili władzę polityczną i swą dominującą pozycję w rodzinie, i tak było praktycznie aż do upadku imperium rzymskiego. Dla prześledzenia owej ewolucji przytoczę kilka faktów dotyczących roli i pozycji ludzi starych w ustroju politycznym i społecznym od jego początków poprzez okres republiki i cesarstwa, aż do ostatecznego upadku. Rzym już od swych wczesnych początków ufał starości. Najważniejszy z organów rzymskiej władzy senat wziął swą nazwę od łac. słowa *senex*, co znaczy dosłownie starzec. Tytus Liwiusz (59 p.n.e. –17 n.e.) pisząc o początkach Rzymu opisuje jego powstanie jeszcze za czasów na poły mitycznych, to jest za panowania legendarnego Romulusa, jednego z bliźniaków wychowanych przez wilczycę: „Gdy Romulus był już z sił zadowolony, pomyślał o radzie dla nich: wybrał stu senatorów, czy to dlatego, że ta liczba wystarczała, czy też, że tylko stu było takich, których można było mianować ojcami" (Tytus Liwiusz, 1968). W czasach Republiki liczba senatorów wzrosła do trzystu. Każdy z nich był głową jednego z rzymskich rodów patrycjuszowskich – potomków pierwszych ojców miasta. Wszyscy oni byli mężczyznami w wieku podeszłym, zapewniali zatem ciągłość polityki i szacunek dla tradycji. Senat, choć teoretycznie pełnił tylko rolę doradczą, był w rzeczywistości najwyższą instancją władzy w Republice. Jednak już począwszy od I wieku przed Chrystusem, i za cesarstwa, władza Senatu została całkowicie ograniczona . Choć wielu starców odgrywało pewną rolę, zwłaszcza w charakterze doradców czy nauczycieli. Podobną ewolucję od wielkości do całko-

witej utraty znaczenia obserwujemy w przypadku władzy starców nad własną rodziną. W okresie Republiki prawo rzymskie nadawało wielkie uprawnienia ojcu – głowie rodziny (łac. *pater familias*). Począwszy od IV wieku w wyniku postępującego rozpadu rodu powstały autonomiczne *familiae*, których członków łączyły więzy prawne, a nie naturalne: podlegali tej samej władzy ojcowskiej jako dzieci jednego ojca albo dzieci adoptowane czy też współmałżonkowie członków rodziny. Członkowie rodziny dzielili się na dwa rodzaje: *sui iuris* i *alieni iuris*. Ci pierwsi nie podlegali władzy żadnej innej osoby prywatnej, i byli panami samych siebie. W rodzinie rzymskiej był tylko jeden *sui iuris*, a był nim *pater familias* . Na resztę rodziny składali się *alieni iuris*, którzy nie mogli rozporządzać własną osobą, zarówno z rodzinnego, jak i z prawnego punktu widzenia. Nic więc dziwnego, że starcy rozporządzający tak wielką władzą budzili lęk i nienawiść. Taka sytuacja nie mogła jednak trwać wiecznie i już w początkowym okresie cesarstwa starcy zostali pozbawieni pozycji *pater familias*, a ich pozycja w rodzinie uległa diametralnemu odwróceniu, od strachu i nienawiści do pogardy i lekceważenia (zob. Minois, 1995). Analizując zróżnicowanie kulturowe pomiędzy Starożytnym Rzymem a Chinami dochodzimy do wniosku, że zachodni indywidualizm i partykularyzm nie sprzyjały starości, tak jak wschodni kolektywizm i holistyczne pojmowanie rzeczywistości. Starcy w Państwie Środka posiadali niezaprzeczalny szacunek wynikający ze sposobu myślenia i filozofii życiowej Chińczyków, a nie jak w przypadku rzymskiego *pater familias*, narzucanych odgórnie regulacji w postaci restrykcyjnego prawa.

Wschodni krąg cywilizacyjny to jednak nie tylko Chiny. Dla pogłębienia moich rozważań posłużę się przykładem społeczności starożytnych Indii. Ta niezwykła cywilizacja, to wynik największej w dziejach ekspansji lingwistyczno-kulturalnej, dokonana przez migrację, podbój nowych terytoriów, podporządkowanie, a następnie asymilację rdzennej ludności przez Ariów, ludu indoeuropejskiego, który podbił Indie w okresie 2300–1900 p.n.e, warto dodać, że wspomniana ekspansja zakończyła się dopiero pod koniec XIX stulecia naszej ery (Eliade, 2007). Wiele przemawia za faktem, że możemy się doszukiwać u Ariów odległych, ale wspólnych korzeni z zachodnim kręgiem kulturowym. Jednak mimo tych powiązań cywilizacja starożytnych Indii wykształciła własny niepowtarzalny profil cywilizacyjny, odbiegający znacznie od prezentowanych wcześniej kultur grecko-rzymskiej czy kultury chińskiej. Wszystkim nam Indie kojarzą się niewątpliwie z hinduizmem, barwnymi tradycjami, asce-

tami i kastowym podziałem społeczeństwa. Nie każdy jednak wie, że wraz z podziałem na cztery kasty – warny struktury społecznej starożytnych Indii – ukształtował się podział na cztery etapy życia człowieka – rodziny, z których dwa ostatnie powinny modelowo przypadać na wiek starczy. Proces ten był odpowiedzią na rozpowszechniający się szeroko w 5 wieku p.n.e. ascetyzm, i znaczny wzrost liczby młodych ludzi, którzy wyrzekali się świata, aby szukać wyzwolenia od wędrówki dusz, przez osiągnięcie statusu bezpieczeństwa psychicznego. Innymi słowy asceza jest wskazana ale w odpowiednim wieku. Tak więc począwszy od wieku dziecięcego, człowiek stawał się kolejno brahmaczarinem (przez okres 24 lat), wiodąc surowe życie w celibacie u boku swojego mistrza duchowego. Potem, opanowawszy wedy albo część z nich, wracał do domu i zawierał związek małżeński zostając grihastą. Gdy doczekał się wnuków, szczęśliwy z zachowania rodu, opuszczał dom, żyjąc w lesie jako wanaprastha. Będąc już starcem stawał się wędrującym sannjasinem, wolnym od wszelkich materialnych więzów (zob. ilustr. 2). Powyższy model idealnego życia człowieka dotyczył przede wszystkim przedstawicieli wyższych Warn/Kast. Wielu młodzieńców nigdy nie przeszło okresu brahmaczarij, a nieliczni mieszkańcy starożytnych Indii porzucali grihasta–aśram. Co więcej częstokroć spotykani w czasach wedyjskich wanaprasthowie czy sannjasini bynajmniej nie byli ludźmi starymi, co oznacza że albo skrócili albo wręcz ominęli okres życia grihastha. Jednak zgodnie z źródłową literaturą wedyjską trzeci i czwarty okres życia człowieka powinien przypadać na lata starości, zatrzymajmy się więc przy nich na dłużej. Trzecim etapem życia jest wanaprastha czyli życie pustelnicze. Nawet jeśli grihastha miał idealną rodzinę otrzymuje on radę świętych pism, aby ukończywszy 50 lat uwolnić się od wszelkich związków rodzinnych i przygotować się do następnego życia. Stan ten jest etapem przejściowym między życiem rodzinnym a całkowitym wyrzeczeniem. Wanaprasthowie zrywali swoje związki seksualne, ale mogli przez pewien czas pozostawać ze swoimi towarzyszkami, zabrać je ze sobą lub zostawić pod → opieką dzieci. Przeważnie kobieta była o wiele młodsza od współmałżonka. Dla kobiet idealnym wiekiem do zamążpójścia było 8 lat, z pewnością zaś wiek przed okresem dojrzewania. Istniały również wskazania pozwalające na małżeństwo kobiecie nawet do trzech lat po zakończeniu pokwitania, z tym, że mąż powinien być od niej starszy (Jaźwiński, 1997). Dla mężczyzny najodpowiedniejszym wiekiem na założenie rodziny był wiek 25 lat niezwłocznie po zakończeniu na-

uki, czyli okresu brahmaczarji. Tak wiec kobieta była średnio 17 lat młodsza od swojego małżonka, gdy ten, zgodnie z zaleceniem świętych ksiąg, gdy posiwieją jego włosy i ujrzy przed swoimi oczyma synów swych synów, powinien zacząć żywot pustelniczy. Prawo sakralne zaleca aby zamieszkał w małej chatynce w głębi boru i utrzymywać się z jałmużny zbieranej w najbliższym osiedlu lub żywić się owocami leśnymi. Powinien regularnie odprawić obrzędy przy świętym ognisku i studiować wnikliwie upaniszady. „Jedynie po to, by przechowywać święty ogień, wanaprastha powinien zbudować chatkę pokrytą strzechą lub przyjąć schronienie w jaskini w górach" (Śrimad-Bhagavatam, canto siódme, 12.20), ponadto Śrimad Bhagavatam zaleca Wanaprasthcie, „[…] powinien mieć splątane włosy na głowie i pozwolić swoim włosom na ciele, paznokciom i wąsom. Nie powinien oczyszczać swego ciała z brudu. Powinien mieć naczynie na wodę, skórę jelenia i kij, powinien używać kory z drzewa jako okrycie, a jego szaty powinny być koloru ognia" (Śrimad-Bhagavatam, canto siódme, 12.21). Może, jeśli czuje się na siłach, powiększyć swe szanse na zbawienie umyślnymi umartwieniami – święte pisma zalecają aby latem siedział wystawiony na żar pięciu ognisk, w porze deszczowej niech przebywa pod gołym niebem, a zimą niech nosi mokre szaty. Śrimad Bhagavatam, określa ściśle ile starzec powinien pozostawać wanaprasthą, „Będąc bardzo rozważnym, wanaprastha powinien pozostać w lesie przez lat dwanaście, osiem, cztery, dwa, lub przynajmniej przez jeden rok. Powinien postępować w taki sposób, aby nie był zaniepokojony czy kłopotanym z powodu zbyt wielkiej ilości wyrzeczenia" (Śrimad-Bhagavatam, canto siódme, 12.22). Celem takiego życia było – poza ascezą – pielgrzymowanie do świętych miejsc, takich jak: Hardwar, Hriszikesa, Wrindawana i Puri, a w końcu uwolnienie się od przywiązania do swojego domu, rodziny, interesów, i przygotowanie się do ostatecznego zerwania związków rodzinnych oraz przyjęcia wyrzeczonego porządku życia (Satsvarupa dasa Gosvami, 1986). Tak więc w wieku ok. 60 lat człowiek zgodnie z świętymi księgami powinien być gotowy do zostania sanniasinem. Nasuwa się pytanie: co ma zrobić wanaprastha w sytuacji gdy asceza trwa dłużej lub gdy stała się przyczyną choroby, o którą nie trudno w podeszłym wieku? Również i na taką ewentualność znajdziemy receptę w świętych księgach: „Kiedy z powodu choroby lub starości nie jest w stanie spełniać swych przypisanych obowiązków dla postępu w świadomości duchowej lub studiowania Wed, powinien pościć nie przyjmując żadnego pożywienia" (Śrimad-Bhagavatam, canto siódme, 12.23). Zapewne jak nietrudno się domyśleć, tylko niewielka część starszych ludzi decydowała się na taką drogę osiągnięcia zbawienia. Wielu z nich zadowalało się utrzymaniem pozycji gospodarza, mając nadzieję na pomyślność przyszłego życia zapewnioną przykładnym wypełnianiem obowiązków jako grihastha. Niestety wielu starców wybierało drogę ascezy ze względu na żonatych i dorosłych synów, pragnących jak najszybciej zawładnąć majątkami rodziców (Basham, 1964). Ostatni etap życia człowieka to sannjasa, okres tuż przed samą śmiercią, gdy wanaprastha zrywa ostanie więzy łączące go z życiem doczesnym, opuszcza swą pustelnię i zaprzestaje odprawiania wszelkich obrzędów, staje się mistrzem duchowym dla wszystkich Warn i aśramów, któremu wszyscy Ariowie zobowiązani byli okazywać szacunek. „Spróbuj poznać prawdę przez zbliżenie się do mistrza duchowego. Zadawaj mu pokorne pytania i służ mu z oddaniem. Samozrealizowana dusza może udzielić ci wiedzy, gdyż ona ujrzała prawdę" (Bhagavad-Gita 4.34). Sannjasin będąc uosobieniem wyrzeczenia cieszył się największym poważaniem. Aby przyjąć wyrzeczony porządek życia należało udać się do innego sannjasina i poprosić o przyznanie go poprzez odpowiednią ceremonię. Wówczas należało zgolić głowę, nałożyć proste, szafranowe szaty i nosić kij (dandę), będący oznaką bycia sannjasinem. Osobę taką traktowano jako zmarłego, zaś jego żonę pozostającą pod opieką dorosłych dzieci, oficjalnie traktowano jako wdowę. Wtedy sannjasin może wg prawa sakralnego, radować się sprawami ducha, cichy, nie troszcząc się już o nic, odrzucając rozkosze zmysłów, sam dla siebie jedynym będąc pomocnikiem, może żyć dalej w świecie, wiecznego oczekując szczęścia nie pragnąc ni śmierci ni życia czekając na czas wyznaczony jak służebnik czeka zapłaty.

Życie w tym ostatnim wyrzeczonym stadium dzieliło się na cztery podokresy (Satsvarupa dasa Gosvami, 1986, s. 108–109): 1) kuticzaka – oznaczający tego, ,który mieszka w chatce w pewnej odległości od swojego domu, 2) bahudaka – oznaczająca tego, kto nie przyjmuje już pożywienia z domu, udaje się nauczać do sąsiedniej wioski i zdobywa pożywienie chodząc po prośbie od drzwi do drzwi, 3) pariwradżakaczarja – oznaczające tego, który całkowicie poddaje się łasce Najwyższego i podróżuje szeroko udzielając duchowych instrukcji każdemu, kogokolwiek spotka, 4) paramahamsa – oznaczające sannjasina, który osiągnął najwyższy stopień realizacji duchowej i zdolny był instruować innych na ich ścieżce ku Bogu.

Nasuwa się pytanie: co działo się z starym człowiekiem ojcem rodziny, który nie zdecydował się – nawet

mimo presji otoczenia – na pójście drogą ascezy? Aby uzyskać odpowiedź na to pytanie musimy bliżej przyjrzeć się strukturze rodziny w starożytnych Indiach. Rodzina hinduska miała charakter patriarchalny i patrilinearny, innymi słowy oznacza to, że ojciec decydował o domu i innych członkach rodziny a dziedziczyło się w linii męskiej. W skład rodziny wchodzili rodzice, dzieci, wnuki i wujowie oraz ich potomkowie. Rodzina stanowiła podstawę systemu społecznego: ludność danego regionu określano liczbą rodzin. a nie poszczególnych jednostek. Rodziny hinduskie z uwagi na ich poligamiczny charakter były rodzinami dużymi (pod względem liczebności ich członków) i wielopokoleniowymi. Ojciec rodziny był postacią centralną w domu, dysponował absolutną władzą nad dziećmi, choć nigdzie nie znajdziemy stwierdzenia, że był panem ich życia i śmierci, co więcej Arthasiastra traktuje zabicie syna jako najohydniejsza ze zbrodni, chyba że dziecko przeznaczy jako ofiarę bogom. Potwierdzenia takiego stanu rzeczy możemy uzyskać analizując treść niektórych znanych legend hinduskich jak na przykład opowieść o Siunahsiepie, która przypomina bardzo, biblijną przypowieść o ofiarowaniu Jahwe przez Abrahama jego syna Izaaka. Głowa rodziny – ojciec w starożytnych Indiach, pomimo mieszaniny grozy, czci i szacunku otaczającej jego osobę, rzadko kiedy był domowym tyranem. Zresztą prawo sakralne zalecało ojcowi rodziny aby ten raczej „[…] nieustannie obcował ze świętymi osobami i z wielkim szacunkiem słuchać nektaru o czynnościach najwyższego pana i jego inkarnacji, tak jak są one zapisane w Śrimad Bhagavatam i w innych Puranach. W ten sposób powinien stopniowo z wiekiem rozwinąć obojętność wobec uczucia dla swej żony i dzieci, dokładnie niczym człowiek budzący się ze snu" (Śrimad-Bhagavatam, canto siódme, 14.3). Nawet jeśli do śmierci pozostawał grihastą i nie wybierał drogi ascezy, ojciec rodziny powinien raczej zwracać się ku samodoskonaleniu, a nie na rzeczach materialnych, gdyż głównym celem naszego ziemskiego życia jest uwolnienie się z niewoli narodzin, śmierci i starości. Koncentrując się na zapewnianiu materialnego bytu rodzinie jej głowa zaprzecza podstawowej zasadzie cywilizacji wedyjskiej – uzyskaniu wolności ducha. Wynajdywanie zaś zbędnych potrzeb przyczynia się do krepującego sposobu życia, który coraz bardziej wikła ludzi w cykl samsary. Podobnie jak władzę królewska, władzę ojca rodziny pod wieloma względami ograniczało prawo i obyczaj. W przeciwieństwie do rzymskiego *pater familias*, który decydował o „wszystkim" aż do swojej śmierci. W Indiach nawet podział majątku czy władzy mógł zostać dokonany za życia ojca. Dokonywano go w przypadku, gdy zdecydował się on wstąpić na drogę ascezy, zszedł na złą drogę lub pozostawał grihastą i stał się zbyt stary i niedołężny aby kierować sprawami rodziny czy królestwa – jak to miało miejsce w Mahabharacie, gdy Dasiaratha doszedł do lat starości, i wyznaczył Ramę jako swojego następcę. Oczywiście w dalszym ciągu rodzina zobligowana była do okazywania mu czci i szacunku nawet po jego śmierci. Podobnie jak w przypadku chińskiego kultu przodków tak i w Indiach jednym z najważniejszych elementów integrujących rodzinę i jej życie był szacunek okazywany zmarłym członkom rodziny. Kulminującym elementem życia rodziny związanym z przodkami była śraddha – uroczystość na ich cześć. Podczas rytuału składano w ofierze kuleczki ryżowe, tzw. pinda. Uczestnikami uroczystości byli synowie wnuki i prawnuki zmarłych, zgodnie bowiem z wiarą trzy pokolenia korzystały z dobrodziejstw tej ceremonii razem ze zmarłymi. Mamy tu wiec do czynienia z umarłym – żywym przodkiem, z jednoczeniem się życia i śmierci, żywych i umarłych, młodości i starości.Widać więc wyraźnie jak doniosłe znaczenie wśród członków rodziny mieli starcy, którzy nawet po śmierci integrowali, wpływali na kształt i jej funkcjonowanie. Myślę, że przykład cywilizacji Indyjskiej – podobnie jak uprzednio prezentowane kultury – potwierdza początkowe założenie o znacznym zróżnicowaniu podejścia do zjawiska starości i znaczenia starych ludzi w zależności od tego w jakiej kulturze i w jakich czasach przyszło im żyć. Niewątpliwie największa ciągłością w podejściu do starości charakteryzują się kultury wschodniego kręgu – szczególnie kultura Chińska. Zachodni krąg kulturowy był za to bardziej podatny na zmiany i silniej uzależniony od zmiennej czasowej, na co miał niewątpliwie wpływ inny sposób pojmowania rzeczywistości oraz dynamiczniejsze i częstsze zmiany geopolityczne dotykające tą część świata.

MKIS

B: Basham, 1964; Eliade, 2007; Granet, 1995; Minois, 1995; Satsvarupa dasa Gosvami, 1986; Szmyt, 2006; Śrimad-Bhagavatam, 2000; Tytus Liwiusz, 1968; Wasiliew, 1974; Zalewska, 2009.

O: starość, starość w islamie, starość w judaizmie, starość w kulturze współczesnej.

TK: ang. *old age in Eastern and Western cultures*, fr. *la vieillesse dans les cultures orientale et occidentale*, hiszp. *la vejez en las culturas orientales y occidentales*, niem. *Alter in östliche und westliche Kulturen*, ros. *старость в восточной и западной культуре*.

starość w mitologii

Mitologia oznacza zbiór opowieści o stałej treści zdarzeniowej, przekazujących wyobrażenia danej zbiorowości o świecie i człowieku, przekazywanych w formie ustnej bądź spisanych na podstawie ustnych przekazów. W mitologiach rozmaitych ludów i narodów obecne są mity o różnych porach → życia bogów i człowieka, w tym również mity o → starości. Wystarczy wspomnieć grecką boginię rozpoczynającego się dnia – Eos, która poprosiła bogów o nieśmiertelność dla swego męża – ukochanego Titonosa, lecz zapomniała zapewnić mu wieczną młodość. W konsekwencji niedołężna starość Titonosa stała się tak uciążliwa dla obojga małżonków, że Zeus z litości zamienił go w cykadę. W mitologii greckiej personifikacją starości były Trzy Graje – Enyo, Dejno i Pamfredo, zwane Forkidami, przedstawiane jako stare kobiety. Mimo młodego wieku i zgrabnych sylwetek, wszystkie były siwiusieńkie niczym gołąbki, a ponadto miały tylko jedno oko i jeden ząb, którymi wymieniały się w razie potrzeby. Mieszkały w wielkiej jaskini, do której udał się Perseusz. Po cichu podkradł się i zabrał starkom jedyne oko oraz ząb. W zamian za oddanie oka i zęba, Graje powiedziały, gdzie Perseusz może znaleźć potworne siostry Gorgony (zob. ilustr. 1). Inny grecki mit opowiada o Elizjum, czyli krainie wiecznej wiosny i szczęścia – tam, daleko od Atlantyku, na Wyspach Szczęśliwych mieszkają ludzie, którzy niczym biblijni Adam i Matuzalem dożywają nawet tysiąca lat. Grecki poeta Pindar (ok. 518–ok. 438 p.n.e.) pisał o nich tak: „Włosy mieli w złotych wieńcach laurowych, świętowali radośnie, a na starość nie znali → choroby ani niemocy". Współcześnie mit ten powrócił na nowo w opowiadaniu: → *Śmierć Matuzalema* (1988) Isaaca Bashevisa Singera (1904–1991) oraz *Wiek biblijny i śmierć* (2007) Gustawa Herlinga-Grudzińskiego (1919–2000). Uosobieniem i bogiem starości w mitologii greckiej był Geras, a w rzymskiej Senectus, przedstawiany jako mały, wysuszony i okrutny starzec. Starożytni autorzy podkreślali jego bezwzględność, jako że tylko bogowie byli wolni od jego niszczycielskiej mocy. W historii Grecji, od najdawniejszych czasów, w których powstawała mitologia, starość była zawsze uważana za przekleństwo. Wedle poety Hezjoda z Askry „Smutna Starość" – była córką Nocy, bogini ciemności i wnuczką Chaosu, a jej rodzeństwem były Przeznaczenie, Śmierć, Nędza, Sen i Pożądliwość. Sąsiadowała w przedsionku piekieł z Trwogą, Głodem, Chorobą, Nędzą, Znużeniem i Śmiercią. Zeus, chcąc się zemścić na ludziach, którym Prometeusz podarował ogień, posłał Pandorę, która zasiała pomiędzy nimi wiele „chorób bolesnych, co w śmierci prowadzą nas progi […]. Szybko ludzi niedola do granic starości prowadzi" (Hezjod, 1952). W mitologii sumeryjskiej odnajdujemy historię Gilgamesza, który miał znaleźć czarodziejskie ziele zapewniające wieczną młodość i nieśmiertelność, ale je utracił, nim zdążył je wypróbować. W mitologiach greckiej i hebrajskiej można odszukać również nie tylko mity o walce z upływającym czasem i pragnieniu zachowania wiecznej młodości, ale też opowieści o zaciętych bojach ze śmiercią, jak np. mit o Syzyfie, który dwukrotnie przechytrza boga śmierci Tanatosa, wysłanego przez rozgniewanego Zeusa, by zabrać jego duszę, czy mit o śmierci Abrahama, który umarł, mając 175 lat. Jak pisze angielski poeta i prozaik Robert Graves (1895–1985): „Niektórzy jednak powiadają, że Abraham walczył ze Śmiercią z nie mniejszą zaciętością, niż czynił to później Mojżesz […]. Abraham stawia opór Śmierci, lecz jej nie oszukuje, zaś jego dusza wędruje do raju, nie do miejsca potępienia w Tartarze". W mitologii greckiej odnajdujemy też postać Charona – przewoźnika na drugą stronę życia. Zdaniem Władysława Kopalińskiego (1907–2007): był to „ponury starzec ze szczeciniastą siwą brodą, w stroju niewolnika i okrągłym kapeluszu, przewożący dusze zmarłych przez rzeki Hadesu – Styks i Acheron", tak więc mitologia grecka ubiera starca Charona w szaty posłańca, a może Anioła Śmierci. Bywa, że współczesny poeta „[…] wciela się w kształt Charona/który Matkę na rękach niesie/w tę podróż trudną/bo ostatnią…" (2005). Mity hebrajskie przynoszą też opowieść o obronie pięknej i cnotliwej Zuzanny przez Daniela, występującego przeciw kłamliwym starcom (Dn 13, 45), dotkniętym odhamowaniem seksualnym, których po procesie stracono, a Zuzannę uniewinniono (ilustr. 2). I wreszcie grecki mit o Eurydyce i Orfeuszu, o miłości, która pokonuje śmierć, a której w końcu ulega. Jest to historia wielokrotnie powracająca w baśni, dramacie, malarstwie i operze, i wreszcie w poemacie Czesława Miłosza (1911–2004) *Orfeusz i Eurydyka* (2002), gdy oto sędziwy poeta przybiera postać Orfeusza po śmierci swojej żony Carol Marie Thigpen-Miłosz (1944–2002). Odwieczny jest też mit starca pragnącego odzyskać utraconą młodość, najpiękniej przedstawiony w dramacie Johanna Wolfganga Goethego (1749–1832) *Faust*. Tytułowy bohater, stojąc nad grobem, woła do mijającej chwili radości: „Wstrzymaj się – jesteś tak piękną, tak cudną".

AAZ

B: Cotterell, 2006; Graves, 2002, 2009; Hezjod, 1952; Kerényi, 2002;Kopaliński, 2006; Kubiak, 2013; Marciniak, 2010.

N: http://bdemauge.free.fr/…
O: starość, starość w kulturze współczesnej, starość w literaturze pięknej, starość w poezji, starość w sztuce.
TK: ang. *old age in mythology*, fr. *la vieillesse dans la mythologie*, hiszp. *la vejez en la mitología*, niem. *Mythologie und Alter*, ros. *старость в мифологии*.

starość w nauce Jana Pawła II

W ciągu swego pontyfikatu Jan Paweł II (1920–2005) wygłosił bardzo wiele przemówień do osób starszych i cierpiących, zarówno w Rzymie, jak też przy okazji podróży apostolskich. W roku 1987 Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) podjęła decyzję, że rok 1999 będzie rokiem osób w podeszłym wieku. Do tej inicjatywy ONZ dołączył się Kościół [Papieska Rada ds. Świeckich ogłosiła w 1998 dokument *Godność i posłannictwo ludzi starszych w Kościele i w świecie* – przyp. aut.], a szczególnie osobiście Jan Paweł II, ogłaszając *List do osób w podeszłym wieku* (1999). Od początku pontyfikatu papież zwracał uwagę współczesnego świata na dwie kategorie ludzi, którzy są często lekceważeni i pogardzani – dzieci i starsi. „Od chwili narodzin" – stwierdzał Ojciec Święty (Jan Paweł II, 2002, s. 41) – „podążamy w stronę → śmierci, w okresie → starości zaś stajemy się świadkami zbliżającego się kresu – o ile siłą nie tłumimy myśli i uczuć. Stwórca tak rozporządził, że w starości człowiek przygotowuje się do śmierci. Wyrabia w sobie zdolność zaakceptowania jej i przyjęcia. Starość jest stopniowym rozstaniem z nieprzerwaną pełnią → życia, z bezpośrednim kontaktem ze światem"

Centralną myślą w nauczaniu Jana Pawła II odnośnie roli ludzi starszych jest teza, że s. jest wartością, jest darem Bożym dla poszczególnego człowieka, dla rodziny i społeczności. Niestety, dzisiejsze społeczeństwo usiłuje się oddalić od siebie starość, → chorobę, rzeczywistość śmierci, obarczając ludzi starszych i umierających winą za trudności, jakie przysparzają → rodzinie i społeczności. Zdaniem Jana Pawła II częściową winę za taki stan ponoszą środki społecznego przekazu, które propagują kult młodości, → zdrowia i siły. Pracownicy środków społecznego przekazu winni mówić o starym człowieku, ale z całą świadomością, że starość jest wartością, a ludzie w → wieku podeszłym mogą wnieść cenny wkład w rozwój rodziny i społeczeństwa, zwłaszcza w przekazywaniu kultury i tradycji.

Przedłużenie ludzkiego życia, a także dramatyczny spadek urodzeń – szczególnie w krajach europejskich – spowodowały skok demograficzny, który odwrócił wiekową → piramidę ludności i sprawił, że wzrasta systematycznie liczba ludzi starszych, a liczba młodych nieustannie spada. Stwarza to problemy natury społecznej, kulturowej, psychologicznej i duchowej. Podobne problemy stwarza struktura rodziny, która z formy patriarchalnej i wielopokoleniowej przekształciła się na ogół w małą wspólnotę – niestabilną i często rozbitą. Przyczyniły się do tego: ogromna migracja ze wsi do miast połączona z pogonią za dobrobytem i konsumpcyjny → styl życia. Spowodowało to zachwianie się pozycji ludzi starszych w społeczeństwie i rodzinie. „Wynikają stąd poważne trudności – pisał Jan Paweł II – które zbyt często przygniatają ludzi starszych od najskromniejszej nędzy, przede wszystkim w krajach gdzie nie ma jeszcze żadnego → zabezpieczenia społecznego na starość, do przymusowej bezczynności emerytów […] i do gorzkiej samotności ludzi odczuwających brak przyjaźni i pozbawionych prawdziwego ciepła rodzinnego. Gdy z przybywaniem lat ubywa sił i gdy jeszcze dołączy się jakaś choroba, coraz bardziej daje się we znaki słabość fizyczna, a przede wszystkim ciężar życia" (Jan Paweł II, 1988, s. 25). Przeżywanie starości zależy od tego, jak człowiek potrafi odkryć jej sens i wartość, zarówno na płaszczyźnie czysto ludzkiej, jak i w świetle wiary.

W świetle wiary starość jest etapem na drodze prowadzącej do domu Boga, który jest Ojcem. Jest ona darem i zadaniem. W swoim orędziu, skierowanym do uczestników światowego sympozjum na temat problemu starzenia się ludności Jan Paweł II stwierdził: „Życie jest darem, jakiego Bóg udziela ludziom, których z miłości stworzył na swój obraz i podobieństwo. Takie pojmowanie wzniosłej godności ludzkiej osoby prowadzi do uznania waloru każdego etapu życia. Jest to kwestia logiki i sprawiedliwości. Nie można dostrzec wartości życia osoby podeszłej w latach, jeśli się nie uzna waloru życia dziecka od momentu jego poczęcia. Nikt nie wie, dokąd byśmy zaszli, gdyby życie nie zostało uszanowane jako dobro niezbywalne i święte" (*Insegnamenti*…, 1982, s. 125).

Obecność ludzi starszych w świecie jest darem i duchownym bogactwem, swoistym znakiem czasu. Jeśli zostanie właściwie odczytany może dopomóc współczesnemu człowiekowi w odnalezieniu → [poczucia] sensu życia, który to sens wykracza poza doczesność. Oznacza to, że obecność ludzi starszych może wzbogacić proces humanizacji społeczeństwa i kultury. Starość bowiem, właściwie przeżywana, niesie ze sobą istotne wartości tak bardzo potrzebne w życiu rodzinnym i społecznym. Do takich wartości należy bezinteresowność. W obecnej kulturze wartość człowieka i jego czynów mierzy się kryteriami skuteczności i uży-

teczności. Tymczasem człowiek starszy bardziej nastawiony jest na gotowość służby i postawy altruistycznej, przez co może wspomagać społeczeństwo w przełamywaniu barier obojętności i znieczulenia.

Obok bezinteresowności starszy człowiek wnosi w życie społeczne swoje bogate doświadczenie. W erze rozwoju nauki i techniki doświadczenie pokoleń zdaje się nie liczyć. Tymczasem człowiekowi nie wystarczy sama wiedza, potrzebna jest → mądrość [życiowa]. To ona pozwala widzieć życie ludzkie bardziej całościowo i dać odpowiedź na fundamentalne pytanie dotyczące powołania, godności i przeznaczenia człowieka. Duchowe, moralne i religijne wartości, jakimi żyją ludzie starsi, stanowią niezastąpione źródła równowagi społeczeństwa, rodzin, jednostek. Rodzą one takie postawy, jak: poczucie odpowiedzialności, przyjaźń, roztropność, cierpliwość, mądrość, duchowa głębia, szacunek dla przyrody i postawę pokojowego rozwiązywania konfliktów. Starość jest niejako ukoronowaniem poprzednich etapów życia. Niesie ze sobą plon tego, co się człowiek nauczył i co przeżył. Ludzie starzy są niezwykle cenni dla rodziny i społeczeństwa. Papież nazywa ich „strażnikami pamięci zbiorowej". Ludzie starzy „pomagają mądrzej patrzeć na ziemskie wydarzenia, ponieważ życiowym doświadczeniem zyskali wiedzę i dojrzałość. […] mają szczególny tytuł, aby być wyrazicielami wspólnych ideałów i wartości, które są podstawą i regułą życia społecznego" (Jan Paweł II, 1999). Ludzie starsi mogą być i są czynnikiem równowagi we współżyciu społecznym, które powinno rozwijać się nie na drodze rujnujących doświadczeń, ale na mądrych i stopniowych przekształceniach. A to jest możliwe tylko przy zaangażowaniu osób starszych i doświadczonych. Dzięki mądrości, jaką zdobyli w ciągu lat życia małżeńskiego, są dla swoich dzieci oparciem, a dla wnuków świadectwem trwałości rodziny, a często także pierwszymi osobami, które mówią im o Bogu i o Chrystusie. Dialog i bliska więź między pokoleniami to ważne aspekty życia rodzinnego. Dzięki ludziom starszym nawiązywana jest więź międzypokoleniowa w rodzinie. „Wy dziadkowie, którzy wraz z innymi krewnymi jesteście w rodzinie znakiem nieodzownej i cennej więzi między pokoleniami, dzielcie się wielkodusznie tym doświadczeniem i świadectwem, aby zespolić przeszłość w teraźniejszość zbudowaną na pokoju" […]. „Wszyscy znamy ludzi starych, którzy mogą być wymownym przykładem zdumiewającej młodości i żywotności ducha. Tych, którzy się z nimi stykają, potrafią słowem pobudzać do działania, dodając otuchy własnym przykładem. Oby społeczeństwo umiało w pełni docenić ludzi starych, którzy w pewnych częściach świata – mam na myśli zwłaszcza Afrykę – słusznie są darzeni szacunkiem jako »żywe biblioteki« mądrości, strażnicy bezcennego dziedzictwa ludzkiego i duchowego. Choć to prawda, iż w wymiarze fizycznym zazwyczaj potrzebują pomocy, prawdą jest też, że nawet w podeszłym wieku mogą być oparciem dla młodych, którzy stawiają pierwsze kroki w życiu i szukają swojej drogi" . Zarówno starość, jak i młodość, posiadają wartości, które uzupełniają się wzajemnie. Młodzi potrzebują mądrych rad i rozważnego kierownictwa, starzy zaś pomocy i opieki. Toteż rozwaga i harmonijna współpraca konieczne są dla społecznego dobra. Zdaniem papieża obecność ludzi starszych w świecie jest darem i duchowym bogactwem. Jest swoistym znakiem czasu. Ojciec Święty nauczał, że tzw. → trzeci wiek jest przede wszystkim wartością samoistną, ponieważ stanowi przedłużenie życia, a życie to dar Boży. Wiek ten niesie też z sobą szczególne talenty, ponieważ człowiek starszy posiada bogaty zasób doświadczeń i wiedzy, której jest strażnikiem. W Orędziu na Światową Konferencję ONZ na temat starzenia się ludności w Wiedniu (1982), powiedział: „Starość jest czasem, w którym ludzie mogą zbierać żniwo doświadczeń całego swego życia, dokonywać rozróżnienia między tym, co istotne, a co jest przypadłościowe i osiągać poziom wielkiej mądrości i głębokiej pogody ducha. Nadchodzi czas, że mogą dysponować wielką ilością czasu, a nawet całym swoim czasem, aby móc wyrazić swoją miłość ludziom, aby móc się ustosunkować do nich z cierpliwością i dyskretną życzliwością. Nastaje także dla ludzi wierzących błogosławiony czas do rozmyślań nad wspaniałymi prawdami wiary oraz przede wszystkim czas na modlitwę".

Wejście w trzeci wiek jest zatem szansą na reorganizację własnego życia i korzystania ze zdobytego doświadczenia i umiejętności. Starsi mogą służyć ludziom, nie tylko swym najbliższym, swoją dyskretną i bezinteresowną życzliwością, wyrozumiałością, cierpliwością, dobrą radą, a przede wszystkim swoją wiarą i modlitwą, które są najczęstszymi formami wsparcia, właściwymi dla wieczoru życia ludzkiego.

„Życie osób starszych ułatwia nam zdanie sobie sprawy z hierarchii wartości ludzkich, ukazuje ciągłość pokoleń i wspaniale przedstawia wzajemną zależność Ludu Bożego. Osoby starsze ponadto mają charyzmat przekraczania → barier między → generacjami zanim one zaistnieją. Ileż dzieci znalazło zrozumienie i miłość w oczach, słowach i pieszczotach osób starszych! Ileż osób starszych podpisuje się pod natchnionymi słowami biblijnymi, że koroną starców są synowie synów" (Jan Paweł II, 1981).

We współczesnej cywilizacji ustosunkowanie się do starości, jej znaczenia i roli w społeczeństwie, jest różne i wynika z ogólnie przyjętej hierarchii wartości. Tam, gdzie wysoko stawia się doświadczenie i mądrość, jest ceniona i szanowana. Tam zaś, gdzie dużą wagę przywiązuje się do wartości materialnych i cielesnych, starość będzie wzbudzać u ludzi niechęć i lęk, a u ludzi szlachetnych najwyżej współczucie. Wielką rolę w odkrywaniu sensu i wartości starości odgrywa religia. Nakazuje ona miłość bliźniego, → opiekę nad słabszym i szacunek dla doświadczenia i mądrości ludzi starszych. „Starość" – mówił papież w Monachium (1980) – „wieńczy życie. Jest czasem żniw, żniw tego, czego się nauczyliśmy, co przeżyliśmy, żniw tego co zdziałaliśmy i osiągnęliśmy a także tego, co wycierpieliśmy i wytrzymaliśmy. Jak w końcowej partii wielkiej symfonii, te wielkie tematy życia współbrzmią potężnie. Owo współbrzmienie użycza mądrości, mądrości o jaką modlił się król Salomon, gdyż była dlań ważniejsza od władzy i bogactwa, ważniejsza od urody i zdrowia […]. Wy, bracia i siostry ze starszego pokolenia, Wy jesteście skarbem Kościoła, Wy jesteście błogosławieństwem świata. Jakże często musicie odciążać młodych rodziców, jak umiejętnie wprowadzacie dzieci w historię Waszej Rodziny i Waszej Ojczyzny, w baśnie Waszego narodu i w świat wiary! Młodzież często chętniej zwraca się do Was ze swoimi problemami niż do pokolenia swoich rodziców. Jesteście bezcennym oparciem dla Waszych synów i córek w trudnych chwilach" (Jan Paweł II, 2002, s. 36).

Jan Paweł II, zwracając się do osób starszych i do całego społeczeństwa, wielokrotnie podkreślał, że ludzie starsi są błogosławieństwem dla świata, potrzebnym uzupełnieniem w świecie. Z racji tej pozycji, osoby w podeszłym wieku mają do wykonania wiele ważnych zadań. A co za tym idzie, nieuzasadnione jest twierdzenie społeczności nastawionej na zyski materialne i wydajność, że są oni tylko ciężarem dla świata, ciężarem, który już nic nie może dać. Na każdym etapie życia, człowiek ma do odegrania swoją rolę, ma do wykonania zadania właściwe okresowi życia, w którym się znajduje. W mentalności nadmiernego konsumizmu i materializmu, ludzie w → wieku podeszłym mogą i powinni stać się sprawcami odrodzenia, przyczynić się do odwrócenia negatywnych tendencji występujących w rodzinie i w społeczeństwie.

Papież wielokrotnie podkreślał, że osoba starsza często może potrzebować opieki ze strony innych ludzi. Jednak nie z mniejszą mocą głosił, że świat też potrzebuje ludzi starszych. Do przedstawicieli trzeciego wieku mówił: „Potrzebujecie naszej pomocy, ale jesteście także tymi, którzy obdarowują. Na waszej pracy, na waszym dorobku, na tym coście niejako w nas zainwestowali, my budujemy dalej. Potrzebujemy waszego doświadczenia i waszego osądu. Potrzebujemy doświadczenia waszej wiary i waszego przykładu. Nie możecie się od nas odgradzać. Nie wolno wam zatrzymywać się na zewnątrz, przed drzwiami naszych mieszkań, przed bramami naszego świata. Należycie do nas!" (Jan Paweł II, 1983, s. 206). Podstawowe zadanie ludzi starszych polega na umiejętności dzielenia się swoim doświadczeniem z młodszym pokoleniem. Jest to ważne zadanie i dar bardzo cenny, ponieważ często oczyszczony i wzbogacony przez cierpliwość i miłość, te cechy, którymi ludzie starsi są napełnieni, kiedy złączeni są z Chrystusem.

W *Liście do osób w podeszłym wieku*, papież podkreślił, że ludzie starsi pomagają młodszym patrzeć mądrzej na ziemskie wydarzenia. Tę wiedzę i dojrzałość zyskali oni dzięki życiowemu doświadczeniu. Jednym z zadań stojących przed ludźmi starszymi jest bycie strażnikami pamięci zbiorowej. Pełniąc tę funkcję, „mają szczególny tytuł, aby być wyrazicielami wspólnych ideałów i wartości, które są podstawą i regułą życia społecznego" (Jan Paweł II, 1999, s. 8). Ponadto w procesie koniecznych reform, jakie często są przeprowadzane w społecznościach cywilnych, „ludzie starsi mogą stanowić element wprowadzający równowagę w życie społeczne tak, aby postęp dokonywał się nie poprzez burzliwe eksperymenty, lecz w sposób roztropny i stopniowy" (Jan Paweł II, 1986, s. 670). W swoich przemówieniach, Jan Paweł II często akcentował, że ludzie starsi powinni stać się aktywnymi członkami życia społecznego. Zadaniem, jakie stoi przed człowiekiem starym jest także ubogacanie świata przez świadectwo wiary i modlitwy, służenie radą, a przede wszystkim wyjątkowa zdolność ewangelizowania poprzez słowo, a zwłaszcza przez przykład własnego życia. Szczególnie ważnym zadaniem osób starszych jest przekazywanie swym dzieciom i wnukom wartości kulturowych i wzorów życia. Utrzymując więź z członkami rodziny przekazują określone wartości duchowe i postawy, które uważają za dobre, a które służą młodym w budowaniu przyszłego życia rodzinnego, stosunku do innych ludzi, do życia społecznego. Ten przekaz wartości kulturowych ma ogromne znaczenie dla ludzi młodych w ich prawidłowym przebiegu procesu socjalizacji. Z przekazem wartości kulturowych łączy się wychowanie młodego pokolenia do miłości ojczyzny przez przekazanie mu narodowej tradycji i historii. Rola ludzi starszych jest tu niezastąpiona. Przez swoją właściwą postawę mogą uwrażliwić

młode pokolenie na wartości narodowej kultury, tradycji, historii, literatury, czyli na duchowe bogactwo Ojczyzny.

Obok dziedzictwa kulturowego ludzie starsi mogą przekazywać wartości religijno-moralne. Często w przypadku niewierzących i niepraktykujących rodziców ich dzieci – dzięki dobrym kontaktom z dziadkami – deklarują swą wiarę w Boga i przystępują do sakramentów świętych. Człowiek starszy jest w stanie ubogacić świat modlitwą i wiarą. Posiada wyjątkowe zdolności ewangelizowania, zwłaszcza w sytuacjach tłumionych swobód obywatelskich czy religijnych. Odnosi się to szczególnie do krajów byłego obozu socjalistycznego, gdzie dzięki dziadkom i babciom, którzy odważnie uczyli swoje wnuki prawd wiary, pokolenie średnie jest wierzące (por. Zych, 2012, s. 167). Przypomniał o tym Jan Paweł II w Budapeszcie (1991): „Czyż nie jest prawdą, że w Waszym Kraju wielu zachowało lub odzyskało wiarę dzięki świadectwu starszych lub chorych członków rodziny, którzy od dzieciństwa byli wychowywani po chrześcijańsku, a w trudnych doświadczeniach pogłębili swoją więź z Bogiem? Dzięki świadectwu ludzi starszych i cierpiących wielu zrozumiało, że wiara – jeśli jest przekonaniem, a nie tylko sentymentalnym nawykiem – staje się niewyczerpalnym źródłem siły i pociechy" (Jan Paweł II, 2002, s. 176).

Człowiek starszy zwykle objawia większą religijność. Religia pomaga mu pełniej wykorzystać wartości wcześniej nagromadzone, pozwala łatwiej znosić dolegliwości i cierpienia, głębiej i twórczo przeżywać stan samotności i przez to go przezwyciężać. Religia pomaga odnaleźć sens własnego życia a także zaakceptować śmierć i widzieć w niej swoistą wartość. To budzi i utrwala postawę życiowego optymizmu, wzmacnia poczucie własnej wartości i godności. Nawet ludzie obojętni religijnie, często na starość zbliżają się do wiary, lepiej ją rozumieją i czują jej potrzebę, zaś naturalne zadania starości wyrażające się w umacnianiu porządku moralnego i rozumnej opiece nad młodzieżą są swej istocie działaniami dla realizacji Królestwa Bożego.

Jan Paweł II był świadom, że starość jakże często jest związana z doświadczeniem cierpienia. „Kościół nie może również nie pamiętać znaczenia lat starości, z tym wszystkim co one przynoszą pozytywnego i negatywnego, a więc możliwości pogłębienia miłości małżeńskiej, coraz bardziej oczyszczonej i uszlachetnionej. Przez długoletnią i nieprzerwaną wierność, z ich gotowością służenia innym w nowy sposób dobrocią, mądrością i pozostałą energią; z ciężarem samotności częściej psychicznej i uczuciowej aniżeli fizycznej, wynikającej z ewentualnego opuszczenia, czy niedostatecznego zainteresowania ze strony dzieci i krewnych; cierpieniem związanym z chorobą, stopniowym ubytkiem sił, upokorzeniem z powodu zależności od innych, goryczą poczucia, że jest się może ciężarem dla najbliższych zbliżaniem się do końca życia" (Jan Paweł II, 1981). Istotne znaczenie ma to, w jaki sposób człowiek podchodzi do cierpienia, które go dotyka. Chrześcijanin widzi sens w cierpieniu. Staje się ono dla wierzącego apelem do „odczytania" tej trudnej sytuacji wedle optyki, która jest właściwa wierze. Mówi ona, że cierpienie człowieka, w jakiejkolwiek formie by się przejawiało, ma sens, a to za sprawą Chrystusa. „Wraz z męką Chrystusa całe cierpienie ludzkie znalazło się w nowej sytuacji… W Krzyżu Chrystusa nie tylko Odkupienie dokonało się przez cierpienie, ale samo cierpienie ludzkie zostało też odkupione" (Jan Paweł II, 1984, nr 19). Ten fakt sprawił, że również starość z towarzyszącym jej często cierpieniem, czy to fizycznym, czy psychicznym, może być postrzegana w innym świetle. O ile człowiek przeżywa ją w postawie wiary i ufności wobec Boga, może ona służyć dopełnieniu jego ziemskiego życia.

Wiara pozwala dostrzec perspektywę zmartwychwstania na końcu czasów. „Chociaż życie ludzkie poddane jest rygorom czasu, to jednak Chrystus otwiera przed nim horyzont nieśmiertelności" (Jan Paweł II, 1999, s. 4). A ponadto od Chrystusa można się uczyć, jak czynić cierpienie owocnym i znaczącym dla zbawienia świata. Sposób podejścia do własnego cierpienia, może służyć nie tylko dopełnieniu życia konkretnego chorego człowieka, lecz także może ono stać się źródłem służącym umocnieniu innych ludzi. Świadczenie cierpieniem jest niewątpliwie jednym z zadań starości. Może się ono przejawiać w różny sposób. „Jako starsi" – mówił Jan Paweł II, 1994, s. 39) – „powinniśmy pamiętać, że wraz z pogarszaniem się zdrowia i osłabianiem się sił fizycznych, w sposób szczególny zbliżamy się do Chrystusa cierpiącego i przybitego do krzyża. Możemy więc coraz głębiej wnikać w tajemnicę odkupieńczej ofiary i dawać świadectwo wiary w tę tajemnicę, odwagi oraz nadziei rodzącej się z niej pośród różnych trudów i doświadczeń starości".

Osoba posunięta w latach, często przejawia większą religijność. To właśnie wiara pozwala dostrzec sens cierpienia, które często dotyka człowieka starego, pozwala mu uznać, że wszystko jest łaską, także cierpienie. Chrystus umierając na Krzyżu sprawił, że cierpienie ma wartość odkupieńczą. Chrystus posłużył się cierpieniem i śmiercią, aby wyrazić w najpełniejszy sposób swo-

je posłuszeństwo miłości Ojcu. Ilekroć człowiek znosi swoje cierpienie w jedności z Chrystusem, zawsze wtedy może ono stać się „aktem miłości dla Ojca, miłującym aktem poddania się Opatrzności Bożej" (1984).
Zakłócenia zdrowia wywołane chorobą mogą wyrażać się w różnych reakcjach, jak: w krytyce otoczenia, wygórowanych wymaganiach stawianych otoczeniu, w poczuciu krzywdy społecznej, a nawet niechęcią dla każdej formy pomocy ze strony innych. W sferze duchowej choroba i cierpienie prowadzi nieraz do zagubienia sensu życia i celowości cierpienia, a nawet do ucieczki od Boga. Ojciec Święty często apelował, aby ludzie zdrowi i młodzi okazywali troskę ludziom starszym i chorym. W liście *Salvifici doloris* (1984) przypominał, że w stosunku do chorych winniśmy przyjmować postawę samarytanina. Miłosiernym Samarytaninem jest każdy człowiek, który zatrzymuje się przy cierpieniu drugiego człowieka, jakiekolwiek by ono nie było. Takie zatrzymanie się nie oznacza ciekawości, ale gotowość mającą również swój uczuciowy wyraz. Papież jest świadom, że dzisiejsze społeczeństwo często nie zauważa roli starszych i chorych. W Salzburgu (1988) zwracając się do starszych mówił: „Zapewne spotykacie ludzi, którzy przechodzą obok Was nieuważnie i obojętnie, wzbudzając w Was poczucie, że jesteście zbędni i niepotrzebni. Bądźcie jednak pewni, że Was potrzebujemy! Całe społeczeństwo Was potrzebuje! Pobudzacie swoich bliźnich do refleksji nad głębszymi wartościami życia ludzkiego, do solidarności, wystawiacie na próbę ich zdolność do miłości. Szczególnie dla ludzi młodych jesteście wyzwaniem, aby rozwijali w sobie to co najlepsze! Solidarność i gotowość pomocy tym, którzy w sposób szczególny są na nią zdani. Tam gdzie ta solidarność zanika, zaczyna w społeczeństwie brakować ludzkiego ciepła. Otuchą napawa jednak fakt, że tak wielu młodych ludzi angażuje się dziś w służbę dla bliźnich w podeszłym wieku, chorych i niepełnosprawnych" (Jan Paweł II, 2002, s. 57].
Obecność człowieka starego, a zwłaszcza jego choroba, ukazują obecnym przy nim, jak bardzo życie ludzkie jest kruche, zagrożone i ograniczone. Ludzie starzy i chorzy lepiej widzą to, co w życiu naprawdę się liczy i tą swoją życiową mądrość – oczyszczoną i uszlachetnioną przez cierpienie – przekazują poprzez słowa, przez to co przeżywają i jak to znoszą. Ludzie starzy i chorzy są potrzebni, aby człowiek młody i zdrowy odzyskał świadomość tego, co najważniejsze: sensu życia, bezinteresownej miłości i dawania siebie. „Choroba, ułomność i dolegliwości podeszłego wieku" – jak mówił Jan Paweł II (2002, s. 107) – „nie są nigdy dla wierzącego chrześcijanina jedynie tragicznym zrządzeniem losu, lecz zawsze stanowią również posłannictwo i wezwanie skierowane przez Bożą Opatrzność. Są one także wezwaniem Boga skierowanym do innych ludzi, aby w duchu miłości zapewnili cierpiącym pomoc oraz opiekę i aby wszelkimi środkami sztuki lekarskiej łagodzili i w miarę możliwości usuwali ich dolegliwości. Są też posłannictwem chorych i ułomnych, polegającym na tym, by przeżywać konkretną sytuację zgodnie z chrześcijańskim powołaniem i w ten sposób osiągnąć osobiste zbawienie […]. Zwłaszcza tam gdzie zawodzi sztuka lekarska jedynie wiara chrześcijańska może rozjaśnić drogę do mrocznej tajemnicy cierpienia". Dla Jana Pawła II cierpienie przeżywane z Chrystusem jest najcenniejszym darem i najskuteczniejszą formą apostolstwa. Na spotkaniu z osobami starszymi i chorymi w Wiedniu (1983), powiedział: „Potrzebujemy Waszego doświadczenia Waszej wiary i waszego przykładu. Nie możecie się od nas odgradzać. Nie wolno Wam zatrzymywać się na zewnątrz przed drzwiami naszych mieszkań, przed bramami naszego świata. Należycie do nas! Społeczeństwo, które wyrzekłoby się ludzi starych, zaparłoby się nie tylko własnego pochodzenia, ale okradałoby samo siebie z własnej przeszłości. Ani ludzie starzy, ani chorzy nie stanowią marginesu społeczeństwa. Wszyscy mamy wobec Was moralny dług" (Jan Paweł II, 2002, s. 229).
Ludzie starsi, których dotyka stygmat cierpienia, mogą umacniać tych, którzy wątpią i błądzą w swoim życiu, mogą przywrócić im pogodę i radość, wreszcie świadectwem własnego cierpienia mają oni szansę przywracać im wiarę w jego wartość. Kiedy cierpienie jest połączone z męką i odkupieńczą śmiercią Chrystusa, zawsze wtedy nabiera wielkiej wartości dla pojedynczej osoby, dla społeczeństwa i dla Kościoła.

AZW

B: M. Brzeziński, 2012; *Insegnamenti*…, 1982; Jan Paweł II, 1981, 1983, 1984, 1986, 1988, 1994,1999, 2002; Kiciński, 2014; Weron, 2000; Zych, 2012.

O: nauczanie św. Bazylego Wielkiego na temat starości, starość.

TK: ang. *old age in the teaching of* [*St.*] *John Paul II*, fr. *vieillesse en enseignement de* [*St,*] *Jaen Paul II*, hiszp. *vejez en la enseñanza del papa* [*San*] *Juan Pablo II*, niem. *das Alter im Lehre* [*Heiliger*] *Johannes Paul II*, ros. *старость в учении папы* [*Св.*] *Иоанна Павла II*.

starość w poezji

Nieprzypadkowo esej ten rozpoczynam fragmentem wiersza *Piękna starość* (we własnym przekładzie), Davida Herberta Lawrence'a (1885–1930): „To powin-

no być piękne, być starym/w pełni spokoju, który pochodzi z doświadczenia,/mając pomarszczone dojrzałe spełnienie", któż bowiem z nas nie marzy i/lub nie pragnął, by → czas jego → starości był nie mniej pięknym okresem → życia, jak wiek dojrzały czy młodość. Lawrence pisząc ten utwór miał niespełna 44 lata, czyli mówiąc słowami wieszcza Adama osiągnął „wiek męski, wiek klęski"…

Ta przedziwna, niełatwa pora jesieni istnienia ludzkiego, jaką jest starość, bywa nader częstym tematem w literaturze pięknej. Niezwykle trafne i dojmujące obrazy człowieka starego, procesu → starzenia się i starości odnajdziemy zarówno w epice, jak i dramacie, a zwłaszcza w poezji – począwszy od twórczości filozoficzno-poetyckiej Grzegorza z Nazjanzu (ok. 330–ok. 390), poprzez sonety i utwory dramatyczne, np. *Henryk IV* – z postacią Falstaffa, *Król Lear* czy *Jak wam się podoba*, Williama Szekspira (1564–1616), klasyczną już dziś poezję Johanna Wolfganga Goethego (1749–1832), Samuela Taylora Coleridge'a (1772–1834), Roberta Browninga (1812–1889) czy Walta Whitmana (1819–1892), aż do poetów naszego czasu (zob. Zych, 2010).

Starość obecna jest także w literaturze filozoficznej i moralizatorskiej, wystarczy wspomnieć *Retorykę* → Arystotelesa, traktat *Tithonós, czyli o starości* Aristona z Chios (III wiek p.n.e.) oraz najsłynniejszą rozprawę *O starości* → Cycerona, by dojść do moralistyki francuskiego pisarza Jeana de La Bruyère'a (1645–1696), który w *Charakterach* (1688) pisał: „Wszyscy chcą żyć długo, ale nikt nie chce być starym", zaś Pierre Corneille (1606–1684) w swych dramatach pokazywał starość, jako „wiek zgniły, który nie dozwala pomścić zniewagi". Motyw niezmiernie trudnej, osamotnionej starości odnajdziemy w dramaturgii polskiej, przykładowo w dramatach: *Most* (1933) Jerzego Szaniawskiego (1886–1970), *Chłopcy* (1964) Stanisława Grochowiaka (1934–1976), *Stara kobieta wysiaduje* (1968) Tadeusza Różewicza (1921–2014), *Aktorka* (przed 1982) Helmuta Kajzara (1941–1982) czy też w adaptacjach – teatralnej (*Jutro*) i filmowej (*Smuga cienia*) prozy Josepha Conrada, właśc. Józefa Konrada Korzeniowskiego (1857–1924). Marzenie o wiecznej młodości obecne jest m.in. w dramacie *Faust* (1808, wyd. pol. 1844) Goethego, w symbolistycznej powieści *Portret Doriana Graya* (1890) Oskara Wilde'a (1854–1900), a współcześnie w hymnie „Piwnicy pod Baranami", ze słowami Tadeusza Śliwiaka (1928–1994) i muzyką Zygmunta Koniecznego (1937–): *Ta nasza młodość* „co z czasu kpi/Co nie ustoi w miejscu zbyt długo/Ona co pierwszą jest potem drugą/Ta nasza młodość ten szczęsny czas".

Stary człowiek od dawna ma należne miejsce w epice światowej, począwszy od dzieła *Chłopi* (1904–1909) Władysława Stanisława Reymonta (1867–1925), poprzez opowieść *Starucha* (1939) Daniła Charmsa, właśc. Daniła I. Juwaczowa (1905–1942), opowiadanie *Stary człowiek i morze* (1952) amerykańskieg pisarza, noblisty Ernesta Hemingwaya (1899–1961) i niedokończone, autobiograficzne opowiadanie *Wiek biblijny i śmierć* Gustawa Herlinga Grudzińskiego (1919–2000), do takich powieści, jak: *Słoneczne wino* (1957) Raya Douglasa Bradbury'ego (1920–2012), *Sto lat samotności* (1967), *Jesień patriarchy* (1975) i *Miłość w czasach zarazy* (1985) Gabriela Garcíi Márqueza (1927–2014), *Stary* (1978) Jurija W. Trifonowa (1925–1981), *Tato* (1981) Williama Whartona, właśc. Alberta Du Aimé (1925–2008), *Stary gringo* (1986) Carlosa Fuentesa (1928–2012), czy też *Lala* Jacka Dehnela (1980–). We współczesnej prozie kobiecej można odnaleźć – odwołujący się do archetypów i mitów – interesujący motyw starej kobiety-wiedźmy, np. w powieściach: *Tarot paryski* (2001) Manueli Gretkowskiej (1964–), *Lustra* (1997) Małgorzaty Saramonowicz (1964–) czy *Dom dzienny, dom nocny* (1999) oraz *Prawiek i inne czasy* (2000) Olgi Tokarczuk (1962–). Aktywną, krzepką starość – na przykładzie starzejącego się orła – opisał jako pierwszy Terencjusz (ok. 190–ok. 159 p.n.e.) w komedii *Samoudręczyciel*, podobny obraz odnajdujemy w epopei *Pan Tadeusz* (1834) Adama Mickiewicza (1798–1855), z kolei zieloną starość, jarą, zdrową i czerstwą ukazali: Homer (VIII wiek p.n.e.) w *Iliadzie* oraz Wergiliusz (70–19 p.n.e.) na przykładzie Charona, natomiast realizm w postrzeganiu starości obecny jest w liryce Horacego (65–8 p.n.e.), który pisał: „[…] uchodzą lata/pobożne modlitwy/nie zetrą z czoła mnożących się zmarszczek/i nie wykupią nas w godzinie → śmierci" (przekład Adama Ważyka). Najtrafniej jednak o starzeniu się, starości i człowieku starym wypowiadają się współcześni poeci, bo „piszą sercem. Najgłębiej czują rzeczywistość – trafiają do jej sedna" (Rusiecki, 2000, s. XXXV), tak jak znamienity poeta Zbigniew Jankowski (1931–), który przekraczając 80. rok życia (fot. 1) w tomie: *Zaraz przyjdzie* (2011), pisał: „Nie ma większego szczęściarza,/niż osiemdziesięcioletni człowiek,/który idzie brzegiem morza do ulubionego kościoła,/w którym widzi i słyszy" (zob. Babuchowski, 2013 – Internet: http://gosc.pl/doc/…).

Wspomniany Śliwiak – poeta tragiczny w tym znaczeniu, że u schyłku swego życia zapadł na → chorobę Alzheimera, która też stała się przyczyną jego dramatycznego odejścia grudniową nocą na jed-

nej z ulic Krakowa, w pięknym wierszu *Dom starego Poety* (1976) napisał: „Od kilku lat/jego sublokatorką/ jest Śmierć/ale cóż ona/wraca do domu po całodziennej harówce/ani z nią pogadać/wypija filiżankę czarnej kawy/i idzie spać/do skrzypiącej szafy". Do utworu tego wyraźnie nawiązał Jarosław Mikołajewski (1960–) w wierszach: *Szedłem na spotkanie z bardzo starym poetą* oraz *Poezja czasu przekwitania*, w którym pisze: „Poeta, gdy przekwita, modli się o starość" (2005). Ten lęk przed starością, w istocie przed przedsionkiem śmierci, widoczny jest u ludzi → późnej dorosłości, takich jak *Gerontion* Thomasa Stearnsa Eliota (1888–1965), który powiada: „Znikła moja namiętność; […] Straciłem wzrok i dotyk, słuch, smak, powonienie./ Jakże mi więc ich użyć do zbliżenia z tobą? (przekład Miłosza), bądź *Stary człowiek* Konstandinosa Kawafisa (1863–1933), który „[…] w tej ponurej pustelni starości/myśli, jak marnie wykorzystał czas,/kiedy był silny, bystry i przystojny./Teraz jest już za późno. Czuje to./A przecież tamte lata zdają mu się,/Jakby minęły nie dalej niż wczoraj (przekład Antoniego Libery).

Wejdźmy zatem do domu starego Poety, w którym wisi portret jego jeszcze pięknej żony i pachnie walerianą (zob. lustr. 1). Rozgośćmy się i czytając urywki pięknych, choć niekiedy gorzkich niczym piołun wierszy, przeżyjmy chwilę zadumy nad czasem, który w nas przepływa, a jedynym ratunkiem może być *Miłość usypiająca czas*…

Psychologiczną analizę pragnień i potrzeb, wieloletnich doświadczeń i → mądrości życiowej starego człowieka odnajdujemy w wielu utworach poetyckich, przykładowo u Teresy Ferenc (1934–) w utworze: *Piękne są dusze starców*, w cyklu wierszy: *Podstarzałość* (1982) Mirona Białoszewskiego (1922–1983), u Małgorzaty Hillar (1926–1995) w strofie: „Dziękuję Ci Panie że dałeś mi na stare lata dar zdumiewania się", u ks. Janusza Pasierba (1929–1993), który w wierszu *Stare kobiety w kościele*, napisał: „One wiedzą, że miłość to czekanie", u ks. Bonifacego Miązka (1935–), który poetyckim słowem kreśli taki oto *Obrazek*: „Ulicą idzie kobieta/stara/brzydka kobieta/wlokąc zgarbiony cień/ domu i uśmiechu/– ten ciężar po tym co odeszło". Gorycz starzenia się oraz obawa przed bezradną, bezbronną starością widoczne są w *Traktatach o pewnym wieku* Urszuli Kozioł (1931–), gdzie czytamy: „W pewnym wieku już się niedowidzi niedosłyszy niedomaga nie dojada nie dożywia nie dosypia […] W pewnym wieku bywają chwile, w których bezwzględnie czujesz się beznadziejny bezradny bezbronny beznamiętny bezbożny bezdomny". Nieprzypadkowo autorka nadała swej książce tytuł *Supliki* (2005) – w trudnym czasie, gdy „twarz moja nie ta sama/co była wczoraj", poetka błagalnie pyta samą siebie: „czyżby już koniec drogi? […] uwierzyć wprost nie mogę" (ilustr. 2).

Te niepokoje odnajdziemy również w refleksyjnym utworze Czesława Miłosza (1911–2004) *W pewnym wieku*, gdzie czytamy: „Może kościoły. Ale wyjawić tam co?/Że wydawaliśmy się sobie piękni i szlachetni,/A później na tym miejscu szkaradna ropucha/ Półotwiera grube powieki/I już wiadomo: »To ja«". czy w przejmującej *Modlitwie starców* Zbigniewa Herberta (1924–1998), ze znamiennym „ale": „ale potem potem/czy nas nie odtrącisz/kiedy już odejdą dzieci kobiety cierpliwe zwierzęta/bo nie mogą znieść woskowych dłoni/ruchów niepewnych jak lot motyla/upartego milczenia i mowy naszej kaszlu/i bliska będzie chwila gdy świat skurczony w oku/obejmą jak łzę od oka i stłuką jak szkło/gdy otworzy się nagle szuflada → pamięci […]".

Te dramatyczne fragmenty wielkiej poezji wydają się potwierdzać pogląd Piotra Szukalskiego (1969–): „Pokutuje u nas schemat odziedziczony po przodkach, jasny i zwięzły, ale archaiczny. Starość? To czas dla Boga i rodziny. A gdy człowiek w życiu nagrzeszył, jest także porą odkupienia win. »Miły staruszek« ogląda telewizję, a jeśli gdzieś chodzi, to głównie do kościoła" (zob. Pietryga, 2015, s. 5).

Inna wspaniała kobieta-poetessa, Maria Pawlikowska-Jasnorzewska (1891–1945), stworzyła w pełni oryginalny styl w liryce miłosnej, przechodząc w swej twórczości od żywiołowej pochwały radości życia do sceptycznej i gorzkiej refleksji nad przemijaniem czasu. Celowała w artystycznej miniaturze poetyckiej. Jedną z takich perełek jest wiersz *Starość*, z którego wyłania się lęk przed skutkami upływu czasu: „[…] Jestem sama,/Babcia mi na imię –/czuję się jak czarna plama/ na tęczowym świata kilimie". Wyjątkowy polski poeta Leopold Staff (1878–1957), mając 75 lat, w wierszu *List* pisał: „Pytasz mnie, jak się czuję. Tak, jak czuć się może/Człowiek dość pełnoletni w końcu listopada […]". Podobną refleksję wyraziła nestorka polskiej poezji kobiecej, Julia Hartwig (1921–) w *Chwili postoju*: „Zaczynamy się starzeć i każdy z nas przypomina sobie teraz,/że miał matkę, ojca i rodzeństwo. […] i umysł na miarę tego, czego dokonał, talent na/miarę tego, co roztrwonił". Godna uwagi jest również miniatura: → *Senior*, której autorem jest nestor włoskich poetów Mario Luzi (1914–2005). Uważał on, że starość należy dostrzegać znacznie wcześniej, już w wieku dojrzałym, a dla seniorów – ludzi doświadczonych, mądrych, ale i sędziwych – „wszystkiego za wiele […], o niewiele proszą, mówią cicho […]. „Ale my, w peł-

ni wieku,/w palenisku czasów, my?/Pomyśl" (przekład Mikołajewskiego). Z kolei rumuński poeta Geo Bogza (1908–1993) w krótkim, refleksyjnym liryku: *Opcja* podkreślał, że przekraczając *smugę cienia* i wchodząc w wiek męski, niekiedy czas klęski, zawieszeni jesteśmy niczym Chrystus nad wodami – „pomiędzy starością a śmiercią", pisząc: „Śmierci,/Biegnę ku tobie z otwartymi ramionami,/Żeby mnie nie dopędziła/Starość" (przekład Danuty Bieńkowskiej). Podobne ujęcie upływu czasu odnajdziemy w jednym z *Psalmów emigracyjnych* (1992) Adama A. Zycha (1945–): „zmarszczki jak dorzecza/na mapie twej twarzy/a uśmiech/w grymas starczy/zbyt szybko się zmienia/świat w miejscu jakby się zatrzymał/a ty mijasz czas, przestrzeń,/przemijasz jak cień…". Pobrzmiewa w tym wierszu echo wspaniałej poezji Josifa Aleksandrowicza Brodskiego (1940–1996), laureata literackiej Nagrody Nobla, który w poemacie *Rok 1972* pisał: „Starzeję się! Nadchodzi czas wyznania/prawdy. Wyzwania wobec niej. Wygnania./Czas wygrywania – ale do wygrania/jest tylko ból. Trzeba cierpieć,/przyjąć ból, skoro jest. Krzyknę dopiero,/gdy ponad miarę zacznie doskwierać" (przekład Stanisława Barańczaka).

Starość niejedno ma imię, bywa czasem upragnionym i oczekiwanym, gdy końcowe lata życia spędza człowiek stary w otoczeniu kochających go, bliskich jego sercu osób – dzieci, wnuków, a często i prawnuków. Czasami jednak ten okres bywa trudny, gdy niesprzyjające okoliczności życiowe zmuszają starszego człowieka do zamieszkania w domu pogodnej jesieni, częściej określanego jako dom starców. To współczesne schronienie i miejsce bezpiecznego pobytu człowieka starego, jakim może być → dom pomocy społecznej, także opisują poeci, przykładowo: Ewa Lipska (1945–) w utworze *Dom Spokojnej Starości*, gdy „Słychać z głośnika dźwięki marsza weselnego./Marsza żałobnego. A nawet/pojedyncze kroki […]", Andrzej Lenartowski (1948–) w *Domu starców* czy Edward Hirsch (1950–) w wierszu *W polskim domu starców* (*Chicago 1983*), odczytując te oto wersy: „Teraz budzę się w tych samych czterech ścianach wpatrujących się/We mnie, i pod tym samym pustym sufitem./Nijako ranek rozpoczyna się w domu:/Ktoś kaszel w holu; ktoś wywołuje/Nazwisko nieznane, nazwisko, którego nie pamiętam […]" (przekład własny). Warto jeszcze wspomnieć pieśni polskiego poety i barda „Solidarności" Jacka Kaczmarskiego (1957–2004). Nie doczekał starości, o której przecież potrafił tak pięknie śpiewać (np. o *Starych ludziach w autobusie* czy o *Starości Tezeusza*). We współczesnej poezji pojawia się motyw zmagania ze starością, jak w poemacie przewrotnym Grochowiaka *Zuzanna i starcy*, o starcach, którzy „Dźwigali starość na różne sposoby,/Lecz każda z metod równie nieugięta".

O starości można pisać nie zawsze ze śmiertelną powagą, o czym przekonuje niecodzienny utwór poetycki Bohdana Zadury (1945–) *Test na starość*: „jeśli na dwadzieścia filmów które przypadkowo/więc przeważnie nie od początku/oglądasz w telewizji/osiemnaście razy uświadamiasz sobie/– wcześniej czy później – czasem tuż przed/finałową sceną –/że już je widziałeś/to to jest właśnie to" (Zadura, 2014, s. 65), czy *Późna starość* (2003) przywołanego wcześniej Miłosza (ilustr. 3) – utwór rubaszny, z tęsknotą za dawną witalnością i wigorem męskim: „Skończone budzenia się rano/ze stojącą pytą/która prowadzi i wskazuje drogę./Ukazuje się Ja, i jest to/przepaść zupełnie czarna […]", oraz wyjątkowej urody poemat *Stary poeta i Zuzanna* Jana Rybowicza (1949–1990), zapomnianego nieco poety, który na nowo jakby odczytał przypowieść o Zuzannie i starcach, inspirującej od wieków malarzy, grafików i pisarzy (por. Dziedzic, 2015), kreśląc słowem obraz starego poety, przekomarzającego się z całą plejadą dziewcząt: „[…] chciałbym cię teraz, Marysiu, zobaczyć/w twojej całej pięknej nagości! Nic/ci nie zrobię, Danusiu, jestem już na to za/stary, więc się nie lękaj./Dobrze – powiedziała Zuzanna/i zdjęła z siebie wszystko./Wtedy stary poeta zrozumiał,/że jest trochę mniej stary,/niż mu się to dotychczas wydawało…/Wybacz mi Czerwony Kapturku/– powiedział potem stary poeta/nasycony, wciąż jeszcze obejmując/mocnym uściskiem rozedrganą Zuzannę./Chciałam tego, ty Stary Wilku/– zaśmiała się Zuzanna –/tylko nie śmiałam ci zaproponować/tego sama, mistrzu".

Starzenie się to trudny czas skumulowanego doświadczania utraty najważniejszych wartości (Zych, 2013): utraty → zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej, spowodowane stopniowym słabnięciem funkcji niemal wszystkich narządów organizmu i tzw. mnogą patologią, tj. współwystępowaniem kilku dolegliwości, utraty bliskich osób – małżonka, krewnych, przyjaciół, co trafnie ujął stary poeta Jarosław Iwaszkiewicz (1894–1980): „Wielką boleścią wieku podeszłego jest żegnanie tych, którzy na zawsze odchodzą", i w końcu utraty statusu społecznego i ekonomicznego w wyniku przejścia na emeryturę oraz utraty przydatności i prestiżu, na co nakłada się wizja zbliżającej się śmierci.

Inaczej niż wiekowi poeci, tę tęsknotę za młodością która przeminęła z wiatrem, wyrażają dojrzałe poetki. Już w XIX stuleciu Maria Mirosława Bartusówna (1854–1885), pytała samą siebie, nie znajdując odpowiedzi: „Czemu młodości nie dał mi Bóg, tej płochej, lekkiej,

swawolnej?". Tę porę utraty młodości, i czas kobiecości przechodzącej w nicość, opisują i współczesne poetki: Kystyna Miłobędzka (1932–), która „dziś dziwi się sobie całym starym ciałem" (Legeżyńska, 2011), gdy jedynie „zostaje rozbieranie/smugi zrzucanych ubrań/lekkie ruchy, nic więcej". Ludmiła Maria Marjańska (1923–2005), która tę kwestię tak oto ujęła: „Kobieta we mnie/płacze/nad utraconą miłością/Kobieta we mnie/czeka/na nową miłość/Wierzy/że jej serce nie umarło/I patrzy z niedowierzaniem". W tym tonie utrzymany jest krótki wiersz – noszący znamienny tytuł: *Największa miłość*, wspaniałej poetki Anny Świrszczyńskiej (1909–1984): „Ma sześćdziesiąt lat./Przeżywa największą miłość swojego życia./Chodzi z miłym pod rękę, wiatr rozwiewa ich siwe włosy./Jej miły mówi: – masz włosy jak perły./Jej dzieci mówią: – stara wariatka".

Bywa, że czas starzenia się to również pora utraty – zdrowia i sprawności, przejmujących lęków przed utratą pamięci, związaną z niedokrwiennym → udarem mózgu i/lub zespołami otępiennymi, gdy oto → Alzheimer z → Parkinsonem wkraczają na salony poetyckie. Tę *wspólnotę lęków* trafnie opisał znany poeta Harry Duda (1944–): „– *Parkinson to nic jeszcze, jakoś pożyć da się* […] – *Gorszy jest ten, no jak mu, alhaimer, co Basię,/moją sąsiadkę chwycił. Potem poznawała/już tylko mnie, wie pani. Gadała o Janku,/któren zmarł lat dwadzieścia temu i uciekać/chciała co chwilę z domu. – A ja w lęku cała* […].

Temat ten od wieków obecny jest w literaturze pięknej, by przypomnieć tragedię *Król Lear* (1603–06) Szekspira, a ze współczesnej dramaturgii sztukę Victora Lanoux, właśc. Victora Roberta Natafa (1936–) *Dawno temu, dziś* (2010), groteskę Doroty Masłowskiej (1983–) pt. *Między nami dobrze jest* (2008), dramat Zyty Rudzkiej (1964–) *Zimny bufet* (2012), spektakl Petra Zelenki (1967–) *Skutki uboczne* (2013), nie mówiąc o prozie biograficznej i wspomnieniowej, przykładem mądra, poruszająca książka Arno Geigera (1968–) pt. *Stary król na wygnaniu* (2013), wyraźnie nawiązująca w tytule do Szekspira, bajka dla dzieci *Dziadek jest chory* (2009), autorką której jest Silvia Roncaglia (1955–), opowieść *Powrót na* Route 66 Michaela Zadooriana (2011), czy też znakomity debiut literacki Lisy Genova (1970–) w postaci powieści *Motyl* (2014), będącej zarazem dziennikiem rozwoju choroby Alzheimera. Wspomnieć należy również o pięknej, niełatwej opowieści pt. *Opiekunka. Życie z Nancy. Podróż w świat alzheimera* (2012), pióra Andrei Gillies (1961–), by dojść do najnowszego zbioru wierszy Hjörtura Marteinssona (1957–) pod oryginalnym tytułem: *Wariacje o chorobie Alzheimera*. (2014).

W tym miejscu przypomnieć trzeba Stanisława Barańczaka (1946–2014), poetę który przez pół życia cierpliwie znosił → chorobę Parkinsona, buntując się najpierw, gdy pisał: „Nie wchodź łagodnie do tej dobrej nocy,/Starość u kresu dnia niech płonie, krwawi;/Buntuj się, buntuj, gdy światło się mroczy […], by w *Podróży zimowej…* przyjąć i los życiowy, i swą starość naznaczoną chorobą: „Stojąc przed witryną, w jej lustrzanym tle/widzę kątem oka kubek w kubek mnie./Wielkie podobieństwo, do złudzenia aż,/Gdyby nie ta zmięta, postarzała twarz;/*na wkroczeniu w starość przyłapana twarz* […]".

Wnikliwej analizy wątków starzenia się i starości, → umierania i śmierci w poezji Michała Anioła (1475–1564), w olśniewającym monologu *Gerontion* (1920) Eliota, w tomach poetyckich Iwaszkiewicza i Różewicza dokonał w swojej *Baśni zimowej* (1998) Ryszard → Przybylski. Podobnych analiz *poezji jako hermeneutyki → „trzeciego" wieku* dokonały Anna Legeżyńska (1951–), Joanna Hobot-Marcinek (1969–) i Marek Bernacki (1965–), zaś pierwszą antologię poezji polskiej pt. *U brzegów jesieni*, w wyborze i opracowaniu Zofii Korzeńskiej (1931–), ogłoszono drukiem w roku 2000. Ukazały się też interesujące prace zbiorowe: *Dojrzewanie do pełni. Starość w literaturze polskiej i obcej* (2006), *Egzystencjalne doświadczenie starości w literaturze* (2008) i *Starość jako wyobrażenie kulturowe* (2013).

AAZ

B: Bernacki, 2006; Cyceron, 2010, Dziedzic, 2015; Geiger, 2013; Genova, 2014; Gillies, 2012; Gleń, Jokiel, Szladowski, 2008; Gomóła, Rygielska, 2013; Hobot-Marcinek, 2012; Korzeńska, 2000; Kruk, Flis-Czerniak, 2006; Legeżyńska, 2011; Marteinsson, 2014; Masłowska, 2008; Pietryga, 2015; Przybylski, 1998; Roncaglia, 2009; Rudzka, 2012; Rusiecki, 2000; Shakerspeare, 2004; 2007; Zadoorian, 2011; Zadura, 2014; Zelenka, 2013; Zych, 2010, 2013.

N: Babuchowski, 2013 – Internet: http://gosc.pl/doc/…; http://www.myjapanesehanga.com…; http://www.wnstamps**…;** Lanoux, 2010 – Internet: http://www.dziennikteatralny.pl…

O: starość, starość w kulturze współczesnej, starość w literaturze pięknej, starość w sztuce.

TK: ang. *old age in poetry*, fr. *la vieillesse dans la poésie*, hiszp. *la vejez en la poesía*, niem. *Alter in der Poesie*, ros. *старость в поэзии*.

starość w religiach Wschodu

Wszystkie znaczące religie mają rodowód wschodni, łącznie z chrześcijaństwem. Wiąże się to z chronologią rozwoju cywilizacji, wszak Azja cieszyła się cywi-

lizacyjnym rozkwitem już w czasach, gdy Europa pozostawała na rubieżach światowej kultury (zob. ilustr. 1). Skromne możliwości organizacyjne w porównaniu z rozmachem wschodnich potęg sprawiły, że ludowe wierzenia Europy ustąpiły miejsca religiom abrahamowym i dharmicznym. Religie te ukształtowały od podstaw Europę, zmieniły jej sposób postrzegania świata, a wreszcie ją samą.

Nie obyło się bez znaczących przeinaczeń, szczególnie, że religie Wschodu bywały niejednoznaczne w określaniu zasad organizacji życia społecznego. Jedną z istotnych kontrowersji jest kwestia → starości. Religie abrahamowe (judaizm, chrześcijaństwo, islam) i dharmiczne (hinduizm i buddyzm z jego licznymi odmianami) różnią się tu tak znacznie, że właściwie ich poglądy w tym zakresie są niemożliwe do pogodzenia.

Religie abrahamowe uznają bowiem → starość za jedną z podstawowych wartości społecznych, głosząc doń szacunek. Idealistyczny judaizm, chrześcijaństwo i islam oceniają starość miarą idei, duchowej głębi i → mądrości [życiowej], religie dharmiczne – miarą fizyki i materii. Dla religii abrahamowych starość jest więc niemal synonimem mądrości i rozsądku, stanem błogosławionym, nagrodą za trudy → życia, dla religii dharmicznych – wstydem i cierpieniem, marnością tego świata. Różnice te widać nie tylko w pouczeniach świętych, ale nawet w sposobie przedstawiania Bogów, religie abrahamowe – odwołują się do widoku sędziwego, doświadczonego starca, religie dharmiczne – głównie płodnych młodzieńców i kobiet. Nie bez znaczenia jest też fakt, że religie abrahamowe opierają się na pojęciu → czasu linearnego, dharmiczne – kołowego. Dla religii abrahamowych, starość jest więc kresem życia na ziemi, dla religii dharmicznych – jedynie kolejną formą nieskończonego cyklu narodzin i → śmierci, końcem pewnej fazy, lecz nie ziemskiej drogi.

Religie abrahamowe

Trzy wielkie, wschodnie religie abrahamowe: judaizm, chrześcijaństwo oraz islam (wymieniam w chronologii historycznej) odwołują się do starości jako stanu błogosławieństwa. Ich wspólnym rdzeniem są historie opisane w Starym Testamencie, przy czym judaizm szczególnie czci pierwszych pięć ksiąg Starego Testatmentu (tzw. Pięcioksiąg Mojżeszowy, zwany Torą), uzupełniony księgami mądrościowymi, proroczymi oraz księgami proroków mniejszych (dla znacznej większości Żydów spis ten uzupełnia Talmud), katolicyzm – Stary Testament uzupełnia Nowym, zaś islam uznaje, że wydarzenia opisane w Starym Testamencie są zniekształcone, a ich rzeczywisty obraz przedstawia Koran (zob. *Pismo Święte*…, 2013, *Koran*, 1986). Religie te uwierzytelniają – w różnym kontekście – wydarzenia dotyczące stworzenia świata i dziejów praojców. Bóg jest tu rozumiany jako praistota, oczekująca od ludzi moralnego postępowania, będąca bytem zewnętrznym, najdoskonalszym, wszechmocnym i bezcielesnym. Motyw relacji do starości pojawia się więc już na etapie definiowania bóstwa, które jest odwieczne, mądre i posiada wpływ na aktualną rzeczywistość. Szczególnym tego wyrazem jest pojęcie Boga–Ojca. Bóg–Ojciec zawiera kolejno przymierza z Noem (ojcem całej ludzkości), Abrahamem (ojcem narodów) i Mojżeszem (ojcem Izraela), tworząc zręby społecznej solidarności, gdzie starość otoczona jest aurą szacunku, godności i zachęty do naśladownictwa (*Kto szanuje ojca, długo żyć będzie* – Syr. 3,6). Nie dziwi więc, że Halacha, będąca wykładnią Tory zawiera zapis o powinności szacunku wobec rodziców i ludzi po 70. roku życia (zob. Rosik, Rapoprt, 2009, s. 318), zakazując m.in. zwracania się do starszych po imieniu, zawstydzania ich i denerwowania. Nie jedyny to dowód na postfiguratywny charakter judaizmu, w którym osoby starsze stanowią pomost między przeszłością a teraźniejszością.

Wielki wpływ miała tu też sama historia judaizmu. Po upadku Świątyni Salomona i rozproszeniu Żydów, rabini stali się – by tak rzec – jednoosobowymi świątyniami, strażnikami i krzewicielami wiary. Jako ludzie dojrzali wzmacniali w społeczeństwie przekonanie o mędrczym charakterze starości. Religijni Żydzi identyfikowali więc starość nie tylko z koniecznym jej szacunkiem, ale przede wszystkim z mądrością, którą należy się dzielić i której należy się podporządkować (*Jak sąd przystoi siwym włosom, tak starszym umieć doradzać* (Syr. 25, 4). Widać to również w wielu innych odmianach rabinizmu: karaimizmie, chasydyzmie, frankizmie gdzie kult religijny dotykał niemal samego kapłana.

Ten sposób definiowania starości przyjmuje i twórczo rozwija chrześcijaństwo. Dla chrześcijaństwa starość jest bowiem okresem pełni życia, życia świadomego i pożytecznego, wyrazem Bożej bojaźni. Jest osiąganiem celu, zrozumieniem swego sensu na Ziemi. Sednem tego sposobu definiowania starości jest bez wątpienia czwarte przykazanie Dekalogu: *czcij ojca twego i matkę twoją, abyś długo żył na ziemi, którą Pan, Bóg twój, da tobie* (Wj 20,12, Pwt 27,16).

Równie często starość identyfikowana jest z władzą. Stanowi to odwołanie do organizacji życia żydowskiego, którym kierowała plemienna Rada Starszych (Sanhedryn). Czytamy więc w Biblii, że Bóg wysyła

Mojżesza do starszych Izraela (por. Wj 3,16), że Dawid zawierał przymierze ze starszymi ludu (por. 2 Sm 5,3). Wreszcie, to właśnie Sanhedryn zadecydował o zabiciu Chrystusa (por. Mt 26,3–4). Ten sposób rozumienia starości jako źródła władzy doprowadziło niemal do unifikacji pojęcia Bóg i Pan. Chrześcijaństwo europejskie przedstawiało więc Boga jako potrójnie ukoronowanego starca, na złotym tronie, klękano przed Nim, bito pokłony, rozciągają nieświadomie – wraz z tym – Jego obraz na wszystkich, starszych ludzi jako czcigodnych, wartych szacunku i oddania. Z drugiej strony – pamiętajmy – do świadomości europejskiej przebijała się tradycja plemion germańskich, protoplastów ludów zachodniej Europy, gdzie nie poważano starości. Starców wyganiano z domostw ilekroć zima pustoszyła zapasy żywności (tradycja ta sięga nawet XIX wieku). Honorem Germanów było umierać młodo z mieczem w dłoni, a nie dogorywać w starości. Dodajmy więc, że reformacja, zarówno luterańska, jak i kalwińska, odrzuciła sakrament chorych i cierpiących.

Ostatnia z religii abrahamowych, islam, traktuje opiekę nad starszymi, szczególnie rodzicami jako błogosławieństwo. Czyn ten pozwala osiągnąć wyższy etap rozwoju duchowego. Usługiwanie rodzicom jest dla muzułmanów drugim obowiązkiem po modlitwie. Koran (1986) mówi: „I postanowił twój Pan, abyście nie czcili nikogo innego, jak tylko Jego i dla rodziców dobroć! A jeśli jedno z nich lub oboje osiągną przy tobie starość, to nie mów im precz i nie popychaj ich, lecz mów do nich słowami pełnymi szacunku. Pochylaj ku nim skrzydło łagodności przez miłosierdzie i mów: Panie mój bądź dla nich miłosierny, tak jak oni byli, wychowując mnie, kiedy byłem mały" (Koran, 17:23–24). Islam nakazuje szacunek do obojga rodziców, choć część hadisów odnosi się oddzielnie do więzi z matką i z ojcem. Należy jednak pamiętać, że nadrzędnymi prawami muzułmanów są nakazy i zakazy Allacha. Posłuszeństwo względem rodziców ma więc kres, jeżeli skutkiem miałoby być przekroczenie zasad Islamu. Ale nawet wówczas należy postępować ostrożnie, nie napominać rodziców, a jedynie delikatnie i z troską naprowadzać ich na „właściwą" drogę. Ibn Abbas głosił, że łagodne traktowanie matki przybliża człowieka do Allacha. Matka – wedle islamu – zasługuje na trzykrotnie większy respekt od ojca, albowiem „jest istotą słabszą, ponosi samotnie ciężary: ciąży – nosząc w łonie dziecko przez dziewięć miesięcy, połogu – wydając je na świat w przeogromnym bólu, oraz karmienia – przez dwa lata przerywając sen, nadwerężając → zdrowie".

Podobnie rzecz się ma w sufizmie, najbardziej mistycznym odłamie islamu, choć tutaj droga do szacunku wobec starości wiedzie bardziej poprzez tradycję i obrzędy. Sufizm jest zresztą tak szczególny, że można go traktować niemal jako odrębną religię.

Sufizm jest mistyką, zrozumieniem wyższego rzędu, tak jak etyka może być subiektywna bądź obiektywna. W strukturze tej dużą rolę odgrywają bractwa, którym przewodniczy muršid, prowadzący, wskazujący [tytułowany jako šayh – pan, mistrz, starszy – przyp. aut.]. Wedle sufizmu jest on mistrzem obdarzonym przez Boga mocą duchową, nadzwyczajną wiedzą i darem leczenia duszy. Z tej właśnie relacji między mistrzem a uczniami rodzi się suficki sposób rozumienia i definiowania starości. Uczeń rozpoczynał naukę od złożenia muršidowi hołdu. Potem, w okresie próbnym, muršid udzielał uczniom codziennych nauk, tłumaczył ich sny, obserwował postępy. Na koniec uczeń otrzymywał strój, co było dowodem przyjęcia go do bractwa i tworzyło szczególną więź z mistrzem. Więź tę wzmacniają ceremonie. Każdy sufi odbywa wspólne ceremonie, choć przeżywa je wewnętrznie, samotnie krocząc ścieżką do Allacha. Ten sposób obrządku pochodzi z bractwa qādiriyya (od Abd al-Qādira al-Ǧīlānī, zm. 1166), którego wyznawcy kontemplują nad tekstami koranicznymi w towarzystwie muzyki sprzyjającej koncentracji umysłu. Przejęła to kuntachadżiya, czeczeńska odmiana qādiriyyi, której członkowie wykonują słynny *Zikr* [bieg po okręgu ze słowami: *La ilaha illa 'llah – nie ma Boga poza Bogiem Jedynym* – przyp. aut.]. Powierzchownie *Zikr* przypomina taniec pierwotny, z lotu ptaka zaś żywe mandale. *Zikr* to bowiem kult duchowości, braterskie przeżycie podróży do Boga i powrotu z niej. Dlatego bractwa sufickie są bodaj najsilniejszą więzią międzypokoleniową ze wszystkich instytucji, znanych pośród religii abrahamowych.

Religie dharmiczne

W hinduizmie starość jest źródłem wstydu. Jest samotna, głodna i porzucona. Prawie 90% osób starszych w Indiach pracuje, by przeżyć. Ludzie starsi doświadczają przemocy, są maltretowani, ignorowani i zapominani. Rodziny często podają im duże ilości zimnego mleka kokosowego, powodując niewydolność nerek, gorączkę i śmierć. Hinduizm jest okrutny dla starości, a płodny i kolorowy wobec młodości. Wszystko jest tu bowiem jedynie apoteozą życia, dynamiką, nawet historia [wbrew innym religiom, wedle których, to, co ważne, zdarzyło się już w czasach pradawnych, w hinduizmie wciąż pojawiają się nowi mędrcy – przyp. aut.]. Celem jest rozkosz zmysłowa (Karma), zdobywanie dóbr ma-

terialnych (Arta), wypełnianie obowiązków wobec religii i państwa (Dharma) a w wyniku tego: uzyskanie wewnętrznego wyzwolenia (Moksza). Hinduizm jest religią cierpienia i cierpiętnictwa. Ma akcenty masochistyczne. Widać to choćby po hinduskiej architekturze, najeżonej przytłaczającą ilością detali, opowiadającej baśnie z tysiąca i jednej nocy, mknącej w przestworza wyobraźni niczym dywan Alibaby. Brak normatywnej wiedzy wiąże się zaś z dążeniem Hindusów do nirwany, do próżni, do – jakby nie patrzeć – niewiedzy. Kultura hinduska stanowi odbicie ich masochistycznej religii i historii, wypełnionej rzeszą kaleczących się mędrców, sypiających na gwoździach, obwieszających się jadowitymi wężami i błądzących bosymi stopami po rozpalonych węglach. Jej wyrazem jest równie masochistyczna etyka, w której system kastowy wyprodukował encyklopedyczny, wielotomowy regulamin życia. Etyka jest tu czymś na kształt księgi wcieleń, zbiorem niekończących się etycznych awatarów, zwielokrotnionych, wielopostaciowych norm, reinkarnujących się prawideł, które osaczają człowieka i wypełniają całą jego rzeczywistość niczym masochistyczny ból. Hinduizm jest ksobny, jego istotą jest wewnętrzna, egocentryczna kontemplacja. Dlatego nikogo nie interesuje okrutny los starości.

Hinduim jest wiarą monoteistyczną, uznającą, że istnieje absolutny duch, niepodzielny, lecz w wielu postaciach. Mamy tu Trójcę Świętą: Brahma (stwórca, powstały z kwiatu lotosu wyrosłego z pępka Wisznu), Wisznu (zachowawca, posiadający dziesięć wcieleń, w tym Kryszna, Budda i Rama) oraz Śiwa (niszczyciel, którego pierwowzorem był Rudra, asceta; postać męska ale też żeńska, m.in. bogini Kali, a nawet androgyniczna, Nataradża, przedstawiany w tańcu). Przede wszystkim jednak hinduizm, podobnie jak wyrosły z niego buddyzm, nie tylko uznaje metempsychozę i zasadę czasu kołowego, ale głosi również szczególną definicję człowieka.

W religiach abrahamowych człowiek jest zespoleniem duszy i ciała, dwóch różnych pierwiastków, z których jeden – ciało, jest zniszczalny, ma swój początek i koniec, zaś drugi – dusza, niezniszczalny. Niezniszczalność w religiach abrahowych jest jednak rozumiana inaczej, niż w starożytnych systemach filozoficznych, dla których to, co ma początek ma również koniec, to zaś co nie ma końca, nie może mieć początku. Religie abrahamowe twierdzą zaś, że dusza ma swój początek, jest dziełem Boga, nie ma zaś końca i nie umiera wraz z ciałem.

W buddyzmie, osobę ludzką traktuje się zaś jako *nie-**ja***, coś pozbawionego duszy i bytu. Duszę i byt posiada dopiero ***ja***, do którego należy dążyć. Czynniki bytu to: ciało (zmysły), uczucia, postrzeżenia (wyobrażenia), siły życiowe i świadomość. Człowiek nie jest więc indywidualnością, nie ma kategorii *jestem*, w jej miejsce możemy powiedzieć: *w pięciu czynnikach jest proces bycia*. Nie ma więc nieśmiertelnej duszy, bo dusza to tylko jeden element, który przechodzi z ciała do ciała i różnorako się łączy. Trwa nieustanny proces łączenia i rozłączania się czynników. Ciała to więc tylko naczynia, do których wchodzą dusze, a gdy naczynie staje się bezużyteczne – przechodzą do kolejnych.

Sednem religii dharmicznych – szczególnie buddyzmu – jest więc cierpienie nieskończonej wędrówki. Jak głosi podanie, Siddhartha Gautama (Budda) zaczął medytować pod drzewem Bodhi, by rozwiązać zagadkę cierpienia. Tak powstały tzw. Cztery Szlachetne Prawdy: pierwsza – o tym, że powodem cierpienia jest brak trwałości na ziemi, druga – że powodem cierpienia jest chciwość i pożądanie, trzecia – że ustanie cierpienia jest możliwe wskutek wewnętrznego zaniknięcia, czwarta – że do stanu wolności można dochodzić wskutek określonych praktyk.

Dla buddystów, starość, która jest tylko jedną z kolejnych form przejściowych stanowi więc czynnik negatywny, cierpienie. Starość to bolesność, brak zadowolenia, dyskomfort. Jest dowodem nietrwałości i przemijalności, czasem przygotowania się do opuszczenia dotychczasowej formy doczesności. Jest czymś koniecznym, lecz niepożądanym i wstydliwym.

Buddyzm nie jest również skłonny równoważyć starości z mądrością, albowiem każdy ma własną, wewnętrzną *drogę Buddy*. Buddyzm nie kształci więc wartości teoretycznych, a jedynie praktyczne, wspomagające osiąganie mistycznej ekstazy (joga, zen). Sednem jest wewnętrzna nicość. Szczególnie dotyczy to zen, które propaguje zasadę bezpośredniego doświadczenia (eksperymentu, stąd japońska predylekcja do samookaleczeń itd.). Zen to poznawanie własnej natury. Widać to również w buddyzmie tybetańskim, który kładzie nacisk na kwestię reinkarnacji. Nauki teoretyczne nie służą więc odkrywaniu mądrości, lecz przypominaniu sobie zdobytej wcześniej wiedzy przez zreinkarnowaną duszę. Są trzy możliwości linii reinkarnacyjnych: na zasadzie tulku, na zasadzie uczniów (Guru Rinpocze) i na zasadzie linii rodzinnej. Z tego powodu stosunek do starości wiąże się w buddyzmie tybetańskim raczej nie z tym, jakim jest się człowiekiem, ale z tym czyją jest się reinkarnacją.

Nieco inaczej rzecz ma się w buddyzmie chińskim, zwłaszcza w uniwersalizmie, stanowiącym synkre-

tyzm buddyzmu, konfucjanizmu, taoizmu z chińskimi kultami cesarza i przodków, gdzie pojęciem naczelnym jest dobroć. Wspólny buddyzmowi jest aspekt niedziałania, nieangażowanie się, różny zaś jest kult przodków. Dlatego buddyzm chiński głosi szacunek do starości, choć tao jest tylko twórczą bezczynnością – odpowiednikiem buddyjskiej nirwany.

Z kolei konfucjanizm to etyka dzieląca ludzi na szlachetnych (*jünzi*) i prostaków (*xiaoren*). Pierwsi są wzorem do naśladowania, ludźmi cnotliwymi, drudzy – prostaczkami wymagającymi edukacji. Konfucjanizm ma obojętny stosunek do starości, darzy szacunkiem wyłącznie ludzi wybranych przez los. Inaczej – shintoizm, gdzie występują antropomorficzne bóstwa, będące uosobieniem sił natury (słońca, księżyca, gór, wody czy drzew). Często są ubóstwionymi przodkami. Shintoizm kształci postawę szacunku szczególnie do zmarłych przodków przypisując im nadprzyrodzone moce. Przodkowie, poprzez śmierć stają się bowiem bliżsi bogom, tym samym ich orędownictwo może być bliższe i skuteczniejsze. Wątki shintoistyczne spotykamy też w koreańskim amidyzmie, choć amidyzm jest religią niemoralną. Najważniejsza jest tam wiara w Amidę, gwarantująca wstęp do raju, moralność ma więc tu żadnego znaczenia.

Konkludując, różnice między religiami Wschodu, szczególnie abrahamowymi a dharmicznymi w definiowaniu starości i budowaniu relacji z nią, wiążą się z krańcowo różnym sposobem pojmowania rzeczywistości. Dla religii abrahamowych, idealistycznych – liczy się przede wszystkim jakość duchowa. Dla religii dharmicznych, materialistycznych – jakość fizyczna. Paradygmat jakości duchowej wiedzie nas do przekonania, że starość jest okresem prawdziwiej mądrości, owocem całego życia, ziszczeniem naszej drogi na Ziemi. Dla religii dharmicznych starość jest tym, czym nasze ciało, niedołężnością, problematycznością, złem koniecznym.

Analizując paradygmaty obu systemów można zauważyć, że religie abrahamowe mają – co oczywiste – charakter teistyczny i starość jest okresem powierzanym Bogu. Religie dharmiczne, oparte na materializmie, odwołują się do awatarów bóstw, bądź negują nadprzyrodzony istnienie (buddyzm). Odwołują się więc do samego człowieka, który nie jest przecież w stanie przezwyciężyć swojej starości, swojego czasu i tego, co nieuchronne.

JS-C

B: Baier, Winter, 2013; Charbonnier, 2014; Koran, 1986; *Pismo Święte*…, 2013; Rosik, Rapoport, 2009; Shankarananda, 2004; Stelcer, 2010.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Sikhism.

O: starość, starość w Biblii, starość w islamie, starość w judaizmie, starość w kulturach Wschodu i Zachodu, starość w nauce Jana Pawła II.

TK: ang. old age in Eastern religions, fr. *la vieillesse dans les religions orientales*, hiszp. *vejez en las religiones orientales*, niem. *Altern in den östliche Religionen*, ros. *старость в восточных религиях*.

starość w sztuce

Sztukę można rozumieć jako artystyczny zapis osobistych doświadczeń, utrwalonych w dziełach literackich, plastycznych, muzycznych itp., w celu podzielenia się nimi z innymi ludźmi, w wyniku czego następuje wzbogacenie doświadczenia życiowego kumulowanego w danej cywilizacji. Źródła podejmowania twórczości artystycznej mogą być zróżnicowane. Nie mniej powszechnie przyjmuje się, że niezbędnym impulsem do powstania wytworu artystycznego musi być silne przeżycie jego twórcy. Psychoanalitycy przyjmują, że twórczość artystyczna związana jest z → życiem popędowym – sztuka staje się w tym ujęciu alternatywnym sposobem obniżenia napięcia psychicznego, powstającego w wyniku niezaspokojonego *libido* (mechanizm sublimacji). Psycholodzy humanistyczni dostrzegają bardziej złożone mechanizmy, prowadzące do powstawania sztuki. Ich zdaniem, twórczość artystyczna jest procesem, który umożliwia psychiczny → rozwój człowieka. Artyści to osoby, które z większą intensywnością doświadczają rzeczywistości i samych siebie. Zapamiętane przeżycia są przez nich przetwarzane w taki sposób, że ich ekspresja wyrażająca się w dziele sztuki, pozwala również odbiorcom sztuki spostrzegać rzeczywistość pełniej i inaczej. Przyjęcie nowego punktu widzenia na rzeczywistość, pozwala zdystansować się w stosunku do wcześniejszych doświadczeń i je zmodyfikować w taki sposób, aby uzyskać wyższy poziom integracji psychicznej (funkcja terapeutyczna sztuki). Poza tym, kontakt ze sztuką jako składnikiem kultury, wspiera tendencje wspólnotowe – ludzie pogłębiają więzi społeczne, tworzą wspólnotę znaczeń, silniej utożsamiają się ze sobą – na tym polega socjalizacyjna funkcja sztuki (Kowalik 2008).

→ Starość jako impuls dla twórczości artystycznej jest wykorzystywana ze względu na pełnione przez nią funkcje. Wstyd wywołany starzejącym się ciałem, lęk przed starością, obawy związane z przewidywaną bezradnością życiową, → depresja pojawiająca się w wyniku poczucia coraz większej niepełnowartościowości, są takimi przeżyciami, które skłaniają do utrwalenia

ich w wytworach artystycznych. Twórcy – pod wpływem takich doświadczeń – często podejmowali ten temat w poezji, dramatach, filmie, malarstwie a nawet w muzyce. Wydaje się, że w wielu odbiorcach sztuki tematyka starzenia i starości wzbudza szczególne zainteresowanie.

Temat starości wielokrotnie pojawiał się w mitologiach wielu kultur. Wystarczy tu wspomnieć o greckim micie odwiedzin staruszków Baucis i Filemona przez Zeusa i Hermesa. Mimo ubóstwa w jakim żyli, tylko oni przyjęli i ugościli swoich bogów. Ich dobroć została sowicie nagrodzona, a skąpstwo i egoizm innych mieszkańców Frygii zostały okrutnie ukarane. Starszym człowiekiem jest doświadczony podróżami, powracający do domu mądry Odyseusz. W wielu religiach także bogowie występują w postaci starszych osób. W chrześcijaństwie taką postać przyjmuje Bóg Ojciec, Mojżesz i Abraham a szczególnie przejmująco charakteryzowana jest starość w wielu obrazach przedstawiających św. Hieronima (zob. Ghirlandaio, Dürer – ilustr. 1 i 2). W religii celtyckiej świętymi starcami są druidzi, nawet bóg Wisznu w religii hinduistycznej upostaciowiony jest jak siwy, brodaty, pochylony starzec (*Mitologia*…, 2009). Analizując szczegółowo Stary Testament można odnieść wrażenie, że starość zawsze musiała budzić ambiwalentne uczucia. Z jednej strony łączono ją z trudnościami życiowymi, cierpieniem, bólem, a z drugiej strony obdarzano ten okres życia → mądrością [życiową], dobrocią a nawet charyzmą. Można zaryzykować tezę, że wraz ze starzejącym się ciałem, człowiek stary nabierał większej wartości pod względem umysłowym i społecznym. Typowym zjawiskiem jest to, że zdecydowanie częściej obiektem refleksji artystycznej są starzejący się mężczyzna. Czasem kontrastuje się ze sobą młodość kobiecą ze starzejącą się męskością fizyczną, aby uwypuklić dramatyzm starości (wiele obrazów przedstawiających Matkę Boską i św. Józefa) lub ukazuje się starość jako końcową fazę rozwoju człowieka po dzieciństwie, adolescencji i dorosłości, przykładem obraz „Cztery postacie na schodku" Bartolomea Estabana Murilla (1618–1682).

Twórczość artystyczna inspirowana religią albo mitologiami różnych kultur z pewnością kształtuje pozytywny stosunek do osób w starszym wieku (uwypukla dostojeństwo starości – zob. Rubens – ilustr. 3), cała złożoność przemiany kondycji ludzkiej sprowadzana jest do zasady „coś za coś", czyli ponoszone straty kompensowane są przez wzbogacanie się o nowe wartości. Ta zasada w mniejszym stopniu jest stosowana przez artystów współczesnych. Wydaje się jednak, że zerwanie z klasyczną kulturą sprawia, że doświadczanie starości wyzwala w artystach coraz więcej niepewności, a jej wizerunek w sztuce traci dawne dostojeństwo, np. August Rodin (1840–1917) rzeźba „Ta, która była piękną płatnerzową" (zob. ilustr. 4). Zachwyt budzi bardziej sposób artystycznego ujęcia tematu starości, a nie przypisane jej własności. Znakomitym przykładem takiego podejścia do starości może być seria namalowanych przez Leona Wyczółkowskiego (1852–1936) starych dębów rogalińskich. Można je traktować jako metaforę → długowieczności [ludzkiej], ale też samotnie spędzanej starości.

Starość we współczesnej kulturze nie pojawia się tak często jak to było dawniej. Poza tym przedstawia się ją w sposób bardziej zróżnicowany. Każdy więc może odnaleźć takie jej interpretacje, jakich potrzebuje. Przykładem mogą być wiersze nawiązujące do tego problemu. Irena Conti (właśc. Irena Gelblum, 1923–2009) swój stosunek do starości wyraża tak:

„Nikt jeszcze nie wygrał/I nie wygra wyścigu z czasem/A te zawody trwają nieprzerwanie /
Od samego początku świata/Jak przegrać je godnie/I z należytą pokorą/W niej przecież ukryty głęboko/Tkwi zalążek przyszłego zwycięstwa" (Conti, 2002, s. 83).

Na pytanie zadane w powyższym wierszu Leopold Staff (1878–1957) odpowiada posępnie:

„Kości rzucone/Skóra i kości,/Przekraczam siebie,/Poza mną przeszłość:/Dzwonnica bez głosu/Przede mną ogród:/Woń jest konaniem kwiatów" (Staff, 1967, s. 954).

Jednak Tadeusz Boy-Żeleński (1874–1941) robi to zupełnie inaczej:

„Marzę często o tym wieku,/Gdy zwierzę ginie w człowieku;/Gdy już żadna z ziemskich chuci/Władzy Ducha nie zakłóci" (Stomma, 1995, s. 322).

Starzejący się człowiek znajduje w sztuce nie tylko możliwość pogłębienia i wzbogacenia własnego myślenia o własnym życiu. Pod wpływem przeżywania przemiany jaka w nim zachodzi, może sam skorzystać z tej formy ekspresji. Aktywna działalność artystyczna polegająca na malowaniu, muzykowaniu, rzeźbieniu, tańcu, pisaniu wspomnień lub wierszy jest dobrym sposobem dowartościowywania siebie a także zapobiega przedwczesnemu wycofaniu się z życia społecznego (Camic, 2010, Killin, 2013).

SZK

B: Camic, 2010, Conti, 2002; Killin, 2013; Kowalik, 2008; *Mitologie*…, 2009; Staff, 1967; Stomma, 1995.

O: starość, starość w kulturze współczesnej, starość w literaturze pięknej, starość w poezji.

TK: ang. *old age in art*, fr. *la vieillesse dans l'art*, hiszp. *la vejez en el arte*, niem. *Alter in der Kunst*, ros. *старость в искусстве,*

starość w środkach masowego przekazu (starość w mediach)

Współczesny człowiek żyjący w zmediatyzowanym środowisku obsesyjnie obawia się → starości jeszcze zanim wejdzie w wiek średni. Wypadkową tych obaw jest maniakalna dbałość o urodę i tężyznę fizyczną. Koncentracja na własnym wyglądzie fizycznym, urodzie, samym sobie i przesadne podkreślanie osiągnięć, to jednak nie wskaźniki wysokiej samooceny, a wręcz przeciwnie wskaźniki niewiary we własne możliwości, poczucia beznadziejności i nienawiści wobec siebie. Coraz więcej osób nie potrafi starzeć się z godnością, a każdą oznakę starości pieczołowicie kamufluje, starając się za wszelką cenę wyprzeć myślenie o sobie w kategoriach osoby nie tyle starej, co dojrzałej. Dojrzałość i przychodzące z nią doświadczenie i → mądrość życiowa przestały być – tak jak w społeczeństwach pierwotnych – gwarantem statusu społecznego i poważania. Wręcz przeciwnie, stają się one zbędnym balastem, nad którym starają się zapanować, skrzętnie ukrywając przed innymi swój wiek. Relatywizm moralny sprawia, że nie posiadająca żadnych drogowskazów jednostka żyje pod dyktat haseł reklamowych i trendów rodem z kolorowych czasopism.

Koniec XX wieku przyniósł ze sobą zogniskowanie na własnym wyglądzie i młodości, co wzmacnia centralna rola środków masowego przekazu w naszym → życiu, które to narzucają swoim odbiorcom imperatyw bycia młodym i atrakcyjnym fizycznie. Cała sfera popkultury z mediami na czele wmawia swoim odbiorcom, że atrakcyjna i pożądana społecznie jest jedynie młodość. Starość, → choroba, → niepełnosprawność, niedołęstwo stanowią w mediach obszary tabu. Dla osoby zogniskowanej na własnym wyglądzie i opierającej swój → dobrostan psychiczny wyłącznie o własną fizyczność, wejście w wiek dojrzały może stanowić przyczynę prawdziwej życiowej klęski. Zwraca się uwagę, że we współczesnym świecie docenia się jedynie człowieka sprawnego i pięknego, co sprzyja kultowi młodości, generując irracjonalny lęk przed starością. Co oczywiste, równość i dostępność do wymarzonego ciała jest jedynie popkulturowym mirażem. Operacje plastyczne, liczne zabiegi kosmetyczne mają stanowić potężny oręż walki z upływającym nieubłaganie czasem (rys. 1). Nie chodzi tutaj o racjonalną dbałość o swoją kondycję fizyczną, a o karykaturalne gonienie własnej, uciekającej młodości. Ciało staje się obiektem nie tyle pracy, a obsesji, by utrzymać go w jak najlepszej formie. Dbałość o ciało nie jest bynajmniej czymś zdrożnym, mowa tutaj o sytuacji, w której staje się ono dla jednostki podstawowym wyznacznikiem jej dobrostanu.

Kultura amerykańska, w której ogromne znaczenie odgrywają media podstawowe znaczenie przypisuje młodemu ciału, a starość jest etapem życia, który budzi lęk. Choć zawsze w przeszłości starość i → śmierć wywoływały obawy, to w społeczeństwach pozbawionych sfery *sacrum*, ów lęk przybrał rozmiary monstrualne, przybierając postać neurotycznego wręcz pragnienia pozostania młodym. Trudno jednak od społeczeństwa nastawionego na przyszłość oczekiwać afirmacji dla przeszłości. Christopher Lasch (1932–1994) uważał, że obecnie kurczowo trzymamy się młodości, aż do momentu, kiedy to, tego statusu dłużej potrzymać się nie da. Po etapie wyparcia własnej starości, następuje akceptacja swego statusu jako osoby zbędnej lub – jak to określił Lasch (1979, 2015) –zatopienia się w „głuchej rozpaczy".

MS

B: Bauman, 1995; Bojańczyk, 2015; Lasch, 1979, 2015; Schilling, 2010; Szpunar, 2014.

N: http://www.wysokieobcasy.pl/…

O: kultura medialna seniorów, kultura wizualna starości, medialny obraz starości i osób starszych, przestrzeń medialna, starość w kulturze współczesnej, starość w popkulturze.

S: starość w publikatorach.

TK: ang. *old age in mass media/representation of old age in mass media*, fr. *le vieillesse dans les médias de masse/images de la vieillesse dans les médias*, hiszp. *la vejez en los medios de comunicación s personas mayores*, niem. *das Alter in den Medien/das Alter in Masenmedien*, ros. *старость в средствах массовой информации/старость в средствах массовой коммуниации.*

starość w mediach → starość w środkach masowego przekazu

starość w teorii rozwoju psychospołecznego Eriksona

Podstawą teorii rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona (1902–1994) jest zasada epigenezy. Autor ten identyfikuje osiem faz → rozwoju [człowieka], które charakteryzują się określonym kryzysem psychospołecznym: począwszy od okresu niemowlęctwa, z konfliktem pomiędzy poczuciem ufności i poczuciem nie-

ufności a skończywszy na późnym okresie dorosłości, w którym osiągnięcie integralności *ego* przeciwstawia się rozpaczy (E. H. Erikson, 1963). Przejście pomiędzy poszczególnymi fazami ma charakter kryzysu, przy czym każda kolejna faza oznacza kolejną wersję poziomu wcześniejszego, a nie jej utracenie, a pozytywne rozwiązanie konfliktu w kolejnych fazach, w przeciwieństwie do niezdolności ich rozwiązania, zwiększa poczucie wewnętrznej jedności, ułatwiając dalszy rozwój tożsamości.

W każdej z faz → życia odczucia pozytywne konfrontują się z odczuciami negatywnymi – swoim dynamicznym przeciwieństwem. E. H. Erikson (ilustr. 1) ostrzegał przed ideologią sukcesu i pewnego rodzaju zapatrzeniem w tylko pozytywne bieguny konfliktów, podkreślał dynamiczną relację zachodzącą pomiędzy syntonicznymi a dystonicznymi tendencjami charakterystycznymi dla danej fazy. Nie są to cechy wykluczające się, lecz dwa przeciwne bieguny jednego kontinuum, które walczą ze sobą o sensowne życie w obliczu kolejnych konfliktów wewnętrznych i zmiennych warunków otoczenia. W wyniku walki pomiędzy nimi tworzy się trwały rezultat „korzystnych proporcji", czyli tzw. siły, czy też cnoty podstawowe (E. H. Erikson, 1963). Począwszy od okresu niemowlęctwa, w którym z walki pomiędzy poczuciem ufności a poczuciem nieufności wyłania się nadzieja, i skończywszy na okresie → starości, gdzie w wyniku zmagania integralności z rozpaczą człowiek staje przed szansą osiągnięcia → mądrości [życiowej]. E. H. Erikson w pracy *Childhood and society* (1963) integralność definiuje jako utwierdzenie się *ego* w skłonności do porządku i sensu; ponarcystyczną miłość do człowieczego *ego*, a nie do jednostkowej jaźni; doświadczenie, które przekazuje porządek świata i poczucie duchowości, bez względu na poniesione koszty. Integralność to akceptacja własnego życia takim jakie było, jako coś, co musiało się dokonać. W książce pt. *Identity and the life cycle* (1980) definiując integralność, dodaje jeszcze akceptację odpowiedzialności za własne życie. Człowiek, który uzyskał integralność jest świadomy relatywizmu różnych → stylów życia i równocześnie gotowy do obrony swojego stylu życia przed wszystkimi fizycznymi i ekonomicznymi zagrożeniami. → Lęk przed śmiercią, jak również brak akceptacji dla końca własnej egzystencji, świadczy o braku lub utracie integralności *ego* (E. H. Erikson, 1963). Rozpacz natomiast wyraża się w poczuciu, że pozostało zbyt mało czasu, aby rozpocząć nowe życie i próbować dojść do integralności, wybierając alternatywne drogi. Jej przejawem może być rozgoryczenie, mizantropia, chroniczne pogardliwe niezadowolenie z określonych instytucji i osób a nawet pogarda dla samego siebie. W książce pt. *The life cycle completed* (E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998) ostatnia faza życia człowieka zostaje poddana przez E. H. Eriksona głębszej refleksji. Zwraca uwagę na potrzebę redefinicji roli osób starszych w czasach, w których dożycie starości nikogo nie dziwi a starość staje się „przeciętnym, spodziewanym doświadczeniem" (E. H. Erikson, 1982). Integralność definiuje bardziej syntetycznie jako poczucie spójności i kompletności, równocześnie zwracając uwagę na jej zagrożenie utratą połączenia w trzech istotnych procesach (*soma, psyche, ethos*) w warunkach terminalnych. Nie definiuje specjalnie rozpaczy, jak to czynił we wcześniejszych pozycjach, chociaż zwraca uwagę na to, że element dystoniczny (rozpacz) w obliczu kresu życia wydawać się może bardziej przekonywujący. Mądrość zdefiniuował jako „dobrze poinformowane i zdystansowane zainteresowanie życiem w obliczu nadchodzącej śmierci" (E. H. Eriksen, 1982). Kwestię tożsamości człowieka starego oddał w formule przypisanej ósmej fazie życia: „Jestem tym, co przetrwa ze mnie" (E. H. Erikson, 1994).

Początkowo E. H. Erikson (1963) uważał, że pozytywne rozwiązanie wcześniejszych etapów życia jest niezbędne dla rozwoju integralności *ego*. W późniejszych pracach jego stanowisko nie wydaje się już tak radykalne. Uznaje, że rezultat wyjścia z kryzysu zależy od osobistych zapasów energii witalnej jednostki, jakie zgromadziła wcześniej, jak również od okoliczności i możliwości aktualnie dostępnych w jej sytuacji społecznej (zob. Brown, Lowis, 2003). Okres powstania teorii E. H. Eriksona, zakładającej występowanie ośmiu kryzysów, w tym ostatniego zachodzącego w starości, w pewnym zakresie wykluczał głębszy wgląd w starość chociażby z tego powodu, że starość nie była zjawiskiem tak masowym, jak współcześnie, ludzie żyli zdecydowanie krócej. E. H. Erikson, zwracał uwagę na to, że konieczne jest ponowne zdefiniowanie, przemyślenie, poddanie obserwacjom roli → wieku podeszłego, gdyż stale rosnąca liczba osób starszych sprawiła, że starość przestała być elitarna, a stała się zjawiskiem masowym, przewiduje nadawanie nowego znaczenia życiu i „bardziej aktywne oczekiwanie śmierci". W książce pt. *Vital involvement in old age* (E.H. Erikson, J. M Erikson, Kivnick, 1986), autorzy dokonali ważnego rozróżnienia pomiędzy psychospołecznym doświadczaniem starości w → trzecim [wieku] i → „czwartym wieku", stawiają pytanie o uniwersalność starości, sugerując potrzebę dodania do cyklu życia dziewiątej fazy. Charakterystyki fazy dziewiątej

dokonała, po śmierci E. H. Eriksona, jego żona – Joan Mowat Erikson (1902– 1997).W rozszerzonym wydaniu *The life cycle completed* (E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998) przedstawiła rozumienie dziewiątej fazy życia (oparte jak wyjaśniła we wstępie na notatkach sporządzonych przez E. H. Eriksona). J. M. Erikson dołożyła kolejną fazę i scharakteryzowała ją jako ostatnią, po kryzysie fazy ósmej.

Zdaniem Beaty Ewy Bugajskiej (2015), rozszerzenie cyklu życia o drugą fazę starości odpowiada uznanemu przez badaczy rozróżnieniu pomiędzy trzecim a czwartym wiekiem. Uważa jednak, że „integralność" *versus* „rozpacz", to nadal kryzys ostatniej fazy życia – czyli przy zastosowanym rozszerzeniu – dziewiątej fazy, której cnotą jest mądrość. Kryzys fazy ósmej, jej zdaniem rozgrywa się na kontinuum *zaangażowanie – rezygnacja*, a jego siłą możliwą do zdobycia jest *odwaga*.

BBU

B: Brown, Lowis, 2003; Bugajska, 2015; E. H. Erikson, 1963, 1980, 1982, 1994, 2002; E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998; E. H. Erikson, J. M. Erikson, Kivnick, 1986.

N: http://www.intropsych.com…

O: perspektywa biegu życia w rozwoju dorosłych, psychologia rozwojowa późnej dorosłości, rozwojowa teoria starzenia się, rozwój człowieka, starzenie się a rozwój, zadania rozwojowe, zadania rozwojowe późnej dorosłości.

TK: ang. *old age in Erikson's stages of psychosocial development*, fr. *la vieillesse dans stades du développement psychosocial d'Erikson*, hiszp. *la vejez en la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson*, niem. *Alter in das Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung des Erikson*, ros. *старость в теории психосоциального развития личности Эриксона*.

starość w ujęciu etymologicznym

Współczesne znaczenia słów nie muszą się pokrywać z wcześniejszymi, a sięgnięcie do etymologii i historii danego wyrazu pozwala nie tylko zrekonstruować dawne rozumienie i jego przemiany, ale także uświadamia znaczeniowe uwikłanie danej kategorii. Przydatne bywają odwołania nie tylko do danego języka, ale także do innych, należących do tej samej grupy językowej. Aleksandra Niewiara (2000, s. 103) zaproponowała sięgnięcie do innych języków indoeuropejskich, by ustalić, czy w obrębie tej grupy wypracowane zostały zbliżone do siebie obrazy świata. W badaniach skupiła się na trzech parach antonimów, m.in. na opozycji *stary – młody*. W językach indoeuropejskich znaczenie „młody", „niedorosły" etymologicznie związane jest z: ₪ *yeu* – „młody", np. fr. *jeune*, ang. *young,* scs. [staro-cerkiewno-słowiański] *junъ*, ₪ *mel* – „miękki", „drobny", „delikatny", np. pol. *młody*, łac. *mollis* – „miękki", „łagodny", st.-ang. [staroangielski] *meltan* – „roztapiać". Natomiast „stary", „dawny" z: ₪ *vet* – „rok", np. fr. *vieux*, łac. *vetus*, grec. *étos* [*ἔτος*] – „rok", scs. *vetъchъ* – „stary", st.-pol. [staropolski] *wiotech* – „księżyc w ostatniej i pierwszej kwadrze", ₪ *al* – „rosnąć", „wyżywić", np. ang. *old*, niem. *alt*, goc. [gocki] *alan* – „wyżywić", łac. *alere* – „żywić" i *altus* – „wysoki", ₪ *stha-ros* – „gruby", „pewnie stojący", „stały", np. pol. *stary*, litew. *storas* – „tęgi", „mocny", st.-nord. [staro nordycki] – „duży", „wielki", grec. *staurós* [*σταυρός*] – „gruby".

Badania etymologiczne, zdaniem Niewiary (2000), nie tylko pozwalają na uświadomienie sobie językowej wspólnoty indoeuropejskiej, ale także wskazują na powstawanie, z powodu rozluźniania się wzajemnych kontaktów, nowych sposobów językowego interpretowania zjawisk świata. Przyjęcie nowego leksemu wynikało z potrzeby nazwania nowego doświadczenia. [Leksem oznacza element leksykalny języka, zwykle wyraz – przyp. red.]. „Tak pewnie doszło w językach słowiańskich do porzucenia nazwy *junъ* (choć pozostały po niej ślady, por. ros. *junosza* [*юноша*]i po pewnej zmianie znaczeniowej pol. *junak*) i przyjęcia nazwy *młody* wywodzącej się ze znaczenia »małe zwierzę« lub »miękki, drobny, delikatny«. Taka zmiana – zwłaszcza w skojarzeniu z równie nowym w słowiańszczyźnie autonomicznym przymiotnikiem *stary* pochodzącym z rdzenia o znaczeniu »gruby, pewnie stojący«, mającym raczej konotację siły – mogła wynikać z postrzegania osoby młodej jako słabej, narażonej na niebezpieczeństwa wynikające z ciężkich warunków → życia" (Niewiara, 2000, s. 103).

Prasłowiański przymiotnik ₪ *starъ* (od tego samego rdzenia co ₪ *stati* – „stać") oznaczający także „stały", „silny", „mocny", „będący w pełni sił", „krzepki", wyparł odziedziczony z praindoeuropejskiego przymiotnik ₪ *vetъchъ*, którego ślady znajdziemy obecnie w przymiotniku *wiotkość* – okres XV–XVIII w.: *wiotchy*, czyli „stary", „dawny", „zmurszały", „zużyty"; od XVIII stulecia: *wietki* lub *więtki*, czyli „zwiotczały", „bez jędrności", „cienki", „szczupły"; *wiotesz* – „starzyzna" (Boryś, 2005, s. 575–576 i s. 702, Brückner, 1927, s. 514). W *Słowniku staropolskim* (Urbańczyk, 1977–1981, s. 421–427) znajdziemy pięć podstawowych znaczeń leksemu *stary*: „istniejący w przeszłości, dawniej, poprzedni, dawny"; „istniejący od odległej przeszłości, od dawna, od dłuższego czasu"; „taki, co przeżył

dużo lat, co się dawno urodził, mający wiele lat, nie młody", pl. *starszy*: „rodzice"; *starszy*, *starzejszy*, *nastarszy*: „wyższy stanowiskiem od innych, godniejszy, znaczniejszy, dostojniejszy, przełożony, zwierzchnik". Obecnie przymiotnik *stary* oznacza: „mający wiele lat", „świadczący o długim życiu", „taki, który się czymś od dawna zajmuje", „pochodzący z dawnych czasów", „dawny poprzedni nieaktualny", „znany, trwający od dawna", o produktach żywnościowych: „nieświeży", „czerstwy"; natomiast *starość* oznacza: „okres życia następujący po wieku dojrzałym, okres, kiedy się jest starym, stare lata, sędziwy wiek" lub „stan rzeczy długo istniejącej" (Szymczak, 1984, s. 322–324). Jako synonimiczne w stosunku do starości podaje się: „*sędziwy wiek* sędziwość, jesień/wieczór/zmierzch życia, matuzalemowe/późne/stare lata, emerytalny/matuzalemowy/podeszły/poważny/późny/trzeci/złoty wiek" (Broniarek, 2005, s. 800) lub „piękny wiek, poważny wiek, późne lata, późny wiek, sędziwość, stare lata, jesień życia *euf*., → trzeci wiek *euf*. […], wiek matuzalemowy, zgrzybiałość" (Bańko, 2005, s. 755). Pewien obraz znaczenia dają również antonimy, tu widać wyraźnie, że leksemy *stary* i *starość* odwołują się do wielu różnych skojarzeń. [Antonim to jeden z pary wyrazów mających znaczenie przeciwstawne – przyp. red.]. Znane są pary opozycji (Dąbrówka, Geller, 1995, s. 702): *młodość* (wiek młodzieńczy, okres dojrzewania, pokwitanie, młode lata, szczenięce lata, dorastanie, adolescencja, wchodzenie w życie, głupi wiek, wiek niepokojów, dzieciństwo) i *starość* (jesień życia, wiek emerytalny, → wiek podeszły, wiek późny, → długowieczność [ludzka], matuzalemowe lata, → starzenie się, przekwitanie, dorosłość) oraz *młody* (niedojrzały, smarkaty, niepoważny, szczeniacki, gówniarski, młodzieńczy, chłopięcy, chłopczykowaty, dziewczęcy, panieński, dziewiczy, niedojrzały) i *stary* (dojrzały, poważny, leciwy, sędziwy, wiekowy, zgrzybiały, zdziadziały, stetryczały, zramolały, strupieszały, starszawy, starawy, podstarzały, niemłody, podtatusiały, długowieczny, zaawansowany, podeszły, matuzalemowy, matuzalowy). W procesie historycznym kategoria *starość* straciła nacechowanie pozytywne i została obarczona nowymi sensami, ale nie jest neutralna emocjonalnie – dlatego nie spełnia warunków bycia naukową. Ewokuje koniec, schyłek, zamieranie, słabość (zob. fot. 1), a nie tylko dużą liczbę przeżytych lat czy „długowieczność". W znaczenie tego wyrazu może być wpisane nacechowanie negatywnie emocjonalne (np. smutek, nostalgia) – ta kwestia wymaga jednakże szczegółowych badań. Neutralizacja znaczenia leksemu bywa dokonywana przez użycie dookreśleń (np. złota, pogodna) lub metaforyzację (np. jesień życia). Wyrazy mają swoją historię, a ich znaczenie z czasem ulega modyfikacji. Kategorie przejęte z języka naturalnego są obciążone kontekstami tego języka, a zatem ich tłumaczenie na inne języki może sprawiać kłopoty. Jest to ważne, zwłaszcza w odniesieniu do kategorii „starość", albowiem w pracach wielu demografów pojawia się przekonanie, że konsekwentne wyznaczenie → progów starości pozwoli na porównywanie tego zjawiska w różnych kulturach. Trzeba jednakże zdać sobie sprawę, że przekład wypracowanej kulturowo kategorii, nie jest prostym tłumaczeniem wyrazu – to skomplikowany proces przekładania historycznie zakorzenionych wyobrażeń.

AGO

B: Bańko, 2005; Boryś, 2005; Broniarek, 2005; Brückner, 1927; Dąbrówka, Geller, 1995; Niewiara, 2000; Szymczak, 1984; Urbańczyk, 1977–1981.

O: starość, starość jako kategoria naukowa, starość jako wyobrażenie kulturowe, starość w kulturze współczesnej, symbolika starości, starzenie się.

TK: ang. *etymological meaning of old age*, fr. *sens étymologique de la vieillesse*, hiszp. *significado etimológico de la vejez*, niem. *etymologosche Bedeutung des Alters*, ros. *этимологический смысл старости*.

starość we fraszkach

Fraszka – bagatela, drobiazg, drobnostka, błahostka, a zarazem [wywodzący się z włosk. *frasca*] krótki utwór poetycki, najczęściej żartobliwy, humorystyczny bądź ironiczny. O ile tak poważne kwestie, jak → starzenie się i → starość dość wnikliwie zostały przeanalizowane zarówno w prozie, jak i w poezji (zob. Gleń, Jokiel, Szladowski, 2008, Kruk, Flis-Czerniak, 2006, Hobot-Marcinek, 2012, Przybylski, 1998), o tyle – korzeniami swoimi sięgająca epigramatu – fraszka pozostaje na uboczu analiz gerontologicznych. Do literatury polskiej ten drobiazg liryczny, jakim jest fraszka, wprowadził Jan Kochanowski (1530–1584), i obok fraszek autobiograficznych, biesiadnych i obyczajowych, pojawiają się filozoficzno-refleksyjne, w których poeta – niczym → Arystotekles w *Retoryce* – zestawia → czas młodości z trudną porą starości, pisząc: „Jakoby też rok bez wiosny mieć chcieli,/Którzy chcą, żeby młodzi nie szaleli" (fraszka *Na młodość*), „Biedna starości! wszyscy cię żądamy,/A kiedy przyjdziesz, to zaś narzekamy" (fraszka *Na starość*), zaś we fraszce *Na starą* nie ukrywa goryczy: „Teraz byś ze mną zigrywać się chciała,/Kiedyś niebogo! sobie pod-

starzała./Daj pokój, prze Bóg! sama baczysz snadnie,/Że nic po cierniu, kiedy róża spadnie", dochodząc do smutnej konkluzji: „U → śmierci w tejże cenie młody, co i stary,/Napadnieli jej na raz, nie da dorość miary" (Kochanowski, 1883 – Internet: https://pl.wikisource.org/wiki/Fraszki…). Satryryczne motywy gerontoerotyzmu i miłości starca odnajdujemy w *Ogrodzie fraszek* Wacława Potockiego (1621–1698), wystarczy wspomnieć fraszki: *Starego wdowca komplementy* czy *Z młodą Maryną mąż stary*. Natomiast pochwałę starości, ale i wstrzemięźliwości, znajduję u znamienitego poety czasu oświecenia bpa Ignacego Krasickiego (1735–1801), gdy pisał: „Czerstwa starość poważne ich zmarszczki wdzięczyła,/Było → zdrowie, bo święta wstrzemięźliwość była./Lepsza ona od siarki i skuteczniej zdrowi,/Niż co kreślą lekarze i starsi i nowi […]". Na uwagę zasługuje również fraszka Józefa Zawadzkiego (1781–1838), w której autor przeczuwa tylko → inwolucję i → zespół słabości, pisząc (Zawadzki, 1841): „Ludzie nawet, starością mienią się co chwila,/Tak słabi, tak znikomi, jak pyłek z motyla!…/Ich uczucia niepewne jak tęczy odcienia,/Rozum zmienia ich serca, złoto rozum zmienia […]". Niezmiernie trafne jest spojrzenie na młodość i starość ks. Wincentego Kraińskiego (1786–1882), który w swoich „fraszkach uciskowych" (1856) pisał: „Śmiej się ze starości, że niedołężna,/Bądź w wyszydzaniu onej potężna;/Gdyż ty z przeczucia na nią narzekasz,/Bo się starości już nie doczekasz!/Jeśliś kalectwo w niej wyśmiewała,/Ty już za młody będziesz kulała" (fraszka *Młodość*). „Trza, byś młodzieży tak pobłażała,/By ci na głowie kołki ciosała; […] Teraz cię młodzież za nos prowadzi/Cirepieć za grzechy sama ci radzi!" (fraszka *Starość*). We fraszkach Kraińskiego *Starzy i młodzi* oraz *Świat nowy*, pobrzmiewają → ageizm i dyskryminacja, obecne wcześniej w *Odzie do młodości* Adama Mickiewicza (1798–1855), gdy oto czytamy (Kraiński, 1856): „O cóż starym i młodym tu na świecie chodzi?/Starzy są do niczego, a do głupstwa młodzi!/Świat wiekiem jest stary,/Co idzie na mary!" (fraszka *Starzy i młodzi*), „Precz ze starym teraz światem,/Nowe wszystko zrobią młodzi; /A wiesz o co im dziś chodzi?/By syn mógł bić ojca batem!" (fraszka *Świat nowy*). → Lęki egzystencjalne w starości ukazał Aleksander Fredro (1793–1876) w zbiorze pod znamiennym tytułem: *Zapiski starucha*, gdzie czytamy: „Już teraz nie śmierci/– ale lękam się → życia" (Fredro, 1880). Znany poeta Julian Tuwim (1894–1953) o tym życiu i czasie starości, tak oto pisał: „Życie – to okres czasu,/którego jedną połowę zatruwają nam rodzice, a drugą dzieci"; „Życie: dożywotnia kara śmierci"; „W młodości dni są krótkie, a lata długie./Na starość odwrotnie", „[…] Żyjemy sobie jak Bóg zdarzy/Zrywamy kartki z kalendarzy" (fragment lapidarnego utworu *Staruszkowie*). Refleksje nad życiem, starzeniem się, starością i śmiercią nie bez trudu odnaleźć można w krótkich, refleksyjnych tekstach poetyckich mniej i bardziej znanych pisarzy i poetów. Oto parę przykładów: fragment „faszki frasującej" *Na starość* Romana Makarewicza (1905–1998): „Temat niewyczerpany ale niewdzięczny jak odbicie starości w lustrze […] z drugiej strony człowiek w moim wieku ma taką twarz na jaką zasługuje" (Makarewicz, 1988); „*Smuga cienia* to jeszcze nie *memento mori*…" – Stanisław Lem (1921–2006); „Bóg się zlitował nad taternikiem z urodzenia/– sklerozę mózgu mu w granit, a nie w wapń przemienia" – Andrzej Ziemilski (1923–2003); fraszka *O pewnym procesie* Jana Grossa (1934–2010): „I porządnego człowieka/proces starzenia czeka" oraz fraszka *Eureka staruszka* Romana Gorzelskiego (1934–2010): „Jeszcze/pieszczę". W mojej ocenie mistrzem krótkiej formy poetyckiej był znamienity fraszkopis Jan Sztaudynder (1904–1970), który pozostawił ponad dwa tysiące tych lapidarnych utworów, wiele z nich dotyka rozlicznych problemów starzenia się i starości ujmowanych z ogromnym poczuciem humoru. Przykładem niechaj będą następujące fraszki Szaudyngera (2007): *Rześki staruszek* – „Na stare lata/Na młode lata"; *Zuzanna i starcy* (zob. lustr. 1) – „Dwaj starcy ujrzeli/Zuzannę w kąpieli,/Chcieli postraszyć, Ale czym nie mieli…"; *Minęła młodość…* – „Minęła młodość chmurna i górna,/Została starość jasna i durna"; *Niewygodna młodość* – „I na cóż nam ta młodość cała/I cała nasza nad nią praca?/Za młodu od niej się ucieka,/Na starość do niej się powraca"; *Trzeba mieć odwagę się starzeć* – „Po drabinie degrengolady/Dostojnie schodzę na dziady"; *Coraz jesteśmy* – „Coraz jesteśmy ozdobniejsi… srebrni…/I na tym świecie coraz mniej – potrzebni!". W posłowiu do najobszerniejszego zbioru fraszek Sztaydyngera (2007) Tadeusz Nyczek (1946–) pisał: „W wielu późnych fraszkach – o grzechach i śmieszności wciąż niesytej starości – Sztaudynger okazuje się nie tylko frywolnym ironistą, ale i odważnym autoironistą. Starość z jej dwuznacznymi porywami więdnącego ciała i ochoczego ducha jest wszak czymś wspólnym zarówno dla podtatusiałym bohaterów tych tekstów, jak ich autora". Na koniec dodam od siebie: być może o cieniach starości łatwiej pisać za pomocą iskrzącyech się blaskiem uśmiechu fraszek–igraszek, aniżeli tworząc przyciężki i poważny zarazem traktat filozoficzny…

AAZ

B: Arystoteles, 1988 b; Fredro, 1880; Gleń, Jokiel, Szladowski, 2008; Kraiński, 1856; Kruk, Flis-Czerniak, 2006; Makarewicz, 1988; Przybylski, 1988; Sztaudynger, 2007; Zwadzki, 1841.
N: Kochanowski, 1883 – Internet: https://pl.wikisource. org/wiki/Fraszki…
O: starość, starość w literaturze pięknej, starość w poezji, starość w sztuce.
TK: ang. *old age in epigrams*, fr. *la vieillesse dans la épigrammes*, hiszp. *la vejez en epigramas*, niem. *Alter in Kleinigkeiten*, ros. *старость в эпиграммах*.

starzejące się miasta europejskie

Komisja Europejska podaje w swoich raportach, że do roku 2060 liczba osób mających ponad 65 lat zwiększy się niemal dwukrotnie – z obecnych 87 mln do 153 mln za niespełna pół wieku. Jeszcze bardziej wzrośnie grupa najstarszych Europejczyków w wieku 80+, która prawie się potroi, rosnąc z 23 mln do 62 mln osób. Jednocześnie kurczyć będzie się grupa osób zdolnych do pracy mających od 15 do 64 lat. W nadchodzących pięciu dekadach zmniejszy się z 67% do 56% wszystkich. Nie zmieni się jedynie odsetek ludzi młodych w europejskim społeczeństwie. W 2060 nadal będzie wynosił ok. 15%, co oznacza, że osób młodych będzie niemal tyle samo, co ludzi mających ponad 80 lat. W 2004 do najszybciej starzejących się społeczeństw europejskich można było zaliczyć Włochów, Niemców i Hiszpanów (zob. tab. 1).

Za ok. 50 lat według prognoz demograficznych do najbardziej starzejących się państw europejskich będzie można zaliczyć: Niemcy (21,7 mln), Włochy (20,5 mln), Francję (19,6 mln), Hiszpanię (16,4 mln), Wielką Brytanie (19,4 mln) i Polskę (11,3 mln). W 2012 na jednego emeryta w Europie przypadało cztery osoby w wieku produkcyjnym, za 50 lat wg prognoz będą dwie. W 2060 w żadnym z krajów należących do Unii Europejskiej wskaźnik dzietności nie przekroczy 2,1 (wskaźnik odnowy pokoleń). Mniej dzieci będzie się rodziło w 2060 w niemal wszystkich krajach europejskich, za wyjątkiem: Irlandii, Francji, Szwecji i Wielkiej Brytanii. [Wskaźnik dzietności w wymienionych państwach będzie wynosił około 1,9 – przyp. aut.]. W Belgii, Danii i Finlandii wskaźnik odnowy pokoleń pozostanie na tym samym poziomie.

W Polsce sytuacja w niewielkim stopniu poprawi się, na jedną Polkę będzie przypadało 1,6 dziecka, obecnie wskaźnik ten wynosi 1,4 (w 2060 średnia unijna wyniesie 1,7). Istotną tendencją jest także **wydłużenie się → życia ludzkiego**, wynikające z postępów w medycynie i z promocji zdrowego → stylu życia. Jak wynika z raportu *Population Ageing and Development* (2012) w Europie ludność będzie żyła coraz dłużej. → Średnia długość życia mężczyzn wydłuży się o prawie osiem lat, do 84,6, a kobiety będą żyły o 6,5 roku dłużej aż do 89 lat. W związku z tym przybędzie ludzi w wieku 90 lat i powyżej, którzy będą potrzebowali specyficznych form → opieki i dostosowania do ich potrzeb środowiska miejskiego. W Polsce obecnie średnia długości życia dla mężczyzn wynosiła w 2012 ok. 73 lat, a dla kobiet 81 lat (*Rocznik Statystyczny*…, 2013). W 2060 średnia długość życia mężczyzn przekroczy 82 lata, a kobiet osiągnie niemal 88 lat. Oznacza to, że zarówno Polacy, jak i Polki będą żyli o 17–18 lat dłużej niż jeszcze w latach 60. ubiegłego stulecia (zob. Zych, 2015).

Kolejną tendencją jest **wzrost liczby ludności i napływ imigrantów**. Obecnie w Europie jest około 501 mln ludzi, za 30 lat ich liczba wzrośnie do 526 mln. Następnie zacznie ubywać mieszkańców Europy, mimo to prognozy pokazują, że w 2060 na tym obszarze mieszkać będzie około 517 mln ludności. Największy przyrost ludności zaobserwuje się w Irlandii (o 46%) oraz w małych państwach, takich jak: Luksemburg i Cypr. Wzrost ludności zaobserwują także Wielka Brytania, Belgia, Szwecja (ok. 25%). Raport podaje, że w prawie połowie krajów europejskich ubędzie mieszkańców, szczególnie w Bułgarii, Litwie i Łotwie, także w Polsce (w 2060 spadnie liczba Polaków o ok. 6 mln) i w Niemczech (obecnie najliczniejsze państwo Europy, mieszka tam około 82 mln mieszkańców, w 2060 będzie 66 mln). W 2060 roku najludniejszym państwem Unii Europejskiej (UE) wg prognoz ma być Wielka Brytania (przybędzie 17 mln mieszkańców). Napływ imigrantów przyczyni się do wystąpienia nowych problemów w miastach europejskich związanych m.in. z **segregacją przestrzenną, wykluczeniem społecznym oraz różnorodnością kulturową**. Wedle scenariuszy związanych z prognozami demograficznymi migranci mogą przyczynić się do równoważenia spadku ludności aktywnej zawodowo, a także wpływać na aspekt kulturowo-przestrzenny miast europejskich, przenosząc swoje tradycje, przyzwyczajenia i kulturę do nowych miejsc zamieszkania. Może to wymagać zmian kierunków polityki miejskiej i tworzenia nowych koncepcji odnowy miejskiej (zob. tab. 2).

Proces → starzenia się ludności, jak wspomniano powyżej, jest coraz bardziej zauważalny ze względu na wydłużoną → długość życia oraz spadek ilości narodzin. Generalnie w większym stopniu dotknięte starzeniem się populacji będą obszary miejskie w po-

równaniu z wiejskimi. Miasta przechodzą przez ten proces w różnorodny sposób. W tym celu istnieje potrzeba usystematyzowania i dokonania podziału miast europejskich w kontekście zmian demograficznych. Istniejące publikacje naukowe i dokumenty europejskie podkreślające, że zmiany demograficzne są często powiązane z rozwojem gospodarczym i społecznym (zob. Zborowski, Soja 2009, s. 25, *Miasta przyszłości…*, 2011, s. 16 – Internet: http://ec.europa.eu/ regional_ policy/sources/docgener/studies/…). Na przykładzie sprawozdania *Miasta przyszłości. Wyzwania, wizje, perspektywy* (2011), biorąc pod uwagę stopień postępujących zmian demograficznych i pozycję gospodarczą, wyróżniono trzy typy miast:

- ***Miasta dynamiczne pod względem gospodarczym, charakteryzujące się znacznym wzrostem ludności w drodze napływu migrantów o zarówno wysokich, jak i niskich kwalifikacjach***, przyciągniętych stabilną siłą gospodarczą i zasobnością miast. Są to głównie duże miasta Europy Zachodniej (Barcelona, Londyn, Paryż, Hamburg), ściśle powiązane z gospodarką światową, zapewniające przyjazne otoczenie dla innowacji i działalności gospodarczej oraz atrakcyjne warunki życia. Miasta te mają korzystną pozycję ekonomiczną, z dobrymi połączeniami do rynków światowych, europejskich, krajowych. Mają dodatnie saldo migracji, stosunkowo wysoki wskaźnik napływu młodzieży, przy jednoczesnym starzeniu się populacji.
- ***Miasta o silnym zapleczu gospodarczym i nierosnącej lub stopniowo rosnącej lub malejącej populacji***. Są to głównie średnie i małe miasta europejskie (Wenecja, Tallin) mające relatywnie silne zaplecze gospodarcze i najbardziej niejednorodną strukturę demograficzną, która może obejmować imigracje i/ lub emigracje, oraz stosunkowo wysoki lub niski poziom płodności. Główną cechą tych obszarów miejskich jest stabilny rozwój gospodarczy oraz stopniowa zmiana liczby mieszkańców. Miasta należące do tej kategorii znajdują się w całej Europie. Proces starzenia się społeczeństwa utrzymuje się w tych miastach w miarę na stabilnym poziomie. W tym przypadku stopniowe kurczenie się miasta nie musi prowadzić do poważnych trudności, a nawet może się okazać korzystne ze względu na malejącą gęstość zaludnienia w środowisku miejskim.
- ***Miasta charakteryzujące się złożonymi tendencjami malejącymi, w których możliwe jest wystąpienie spadków demograficznych i spowolnienie gospodarcze***, czyli „kurczące się". Są to obszary miejskie zazwyczaj zlokalizowane w środkowej i wschodniej części UE, wschodnia część Niemiec (Magdeburg, Halle), Rumunia (Arad), w niektórych peryferyjnych obszarach Europy Zachodniej (płd. część Włoch, płn. Anglia, płn. Skandynawia), a także wschodnie regiony Polski i rejon Łodzi oraz miasta województwa śląskiego (Ruda Śląska,

Tabela 1. Zestawienie starzejących się miast europejskich w 2004 wg Eurostatu

Ranga	Starzejące się społeczeństwa Europy	% osób w wieku 60+
1	Triest (Włochy)	27,0
2	Genua (Włochy)	26,7
3	Bolonia (Włochy)	26,7
4	Florencja (Włochy)	25,8
5	Wenecja (Włochy)	24,8
8	Ankona (Włochy)	24,1
10	Mediolan (Włochy)	23,3
12	Mülheim an der Ruhr (Niemcy)	22,6
18	Bilbao (Hiszpania)	21,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Eurostat. Statistic in Focus*, 2008 – Internet: www.eurosat.europa.eu.

Tabela 2. Kierunki polityki miejskiej i koncepcje odnowy miejskiej ze względu na starzenie się mieszkańców miast europejskich

Typy miast	Proces starzenia się mieszkańców i wpływ migracji	Kierunki polityki miejskiej	Koncepcje odnowy miejskiej
dynamiczne	spowolniony	zmiana sposoby myślenia o mieście	integracja
stabilne	stabilny	elastyczne podejście do środowiska miejskiego	elastyczność
kurczące się	szybki	osiągnięcie nowej równowagi na mniejsza skalę	przedefiniowanie

Źródło: A. Labus, *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*. Gliwice: Wyd. Polit. Śl., 2014.

Bytom). Możliwe jest wówczas wystąpienie spadków demograficznych i spowolnienie gospodarcze. Tendencje malejące mogą spowodować wystąpienie negatywnej spirali zmniejszających się przychodów z lokalnych podatków, malejącego popytu na towary i usługi, likwidację miejsc pracy, zmniejszonej podaży pracy i ograniczenia inwestycji, co może przynieść ogólny spadek ich atrakcyjności. Dodatkowo spadek populacji przyczynia się do większej liczby pustostanów, likwidacji sklepów i biur, co z kolei obniża wartość kapitałową budynków. Mniejsza liczba użytkowników infrastruktury publicznej może spowodować wzrost kosztów w przeliczeniu na jednego mieszkańca, możliwe jest nawet zamykanie szkół, bibliotek i inne tego rodzaju działania. [Konkludując, powierdza się zatem trafna diagnoza Afreda → Sauvy'ego: „Europa zaczyna stawać się kontynentem starych ludzi, w starych domach i ze starymi ideami (zob. fot. 1) – przyp. red.].

AML

B: Labus, 2014; *Rocznik Statystyczny*…, 2013; Zbrojowski, Soja, 2009; Zych, 2015.

N: *Eurostat*…, 2008 – Internet: www.eurosat.europa.eu; *Miasta przyszłości*…, 2011 – Internet: http://ec.europa.eu/ regional_ policy/sources/docgener/ studies/…; *Population Ageing and Development*, 2012– Internet: http://www.un.org/esa…

O: geografia starzenia się, miasta przyjazne osobom starszym, odnowa miejska w kontekście starzenia się społeczeństwa, starzenie się w miejscu, starzejące się społeczeństwo.

TK: am. *the aging European cities*, ang. *the ageing European cities*, fr. *les villes européennes vieillissantes*, hiszp. *las ciudades europeas envejecimiento*, niem. *die Alterung der europäischen Städte*, ros. *стареющие европейские города*.

starzejące się społeczeństwo

Terminami określającymi starzejące się społeczeństwo są: „siwienie społeczeństwa", „siwiejąca ludzkość", „srebrne tsunami" i in. (zob. fot. 1) Intensywny proces → demograficznego starzenia się występuje we wszystkich krajach rozwiniętych. → Starzenie się społeczeństw polega na wzroście udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności jest konsekwencją wydłużania się trwania → życia, przy równoczesnej malejącej liczbie urodzeń. Postęp wiedzy medycznej może przyczynić się do szybszego tempa procesu starzenia się ludności. W Europie prognozuje się ponad 70-milionowy przyrost ludności w wieku 60 lat i więcej do roku 2050. Nastąpi także przyrost w starszych grupach wiekowych, tj. powyżej 80 lat (Frąckiewicz, 2002).

Proces starzenia się ludności nie jest zjawiskiem nowym. Po raz pierwszy zwrócono na niego uwagę w drugiej połowie XIX wieku. Starzenie się społeczeństw zostało zaobserwowane w krajach Europy Zachodniej. W Polsce zjawisko zaobserwowano po raz pierwszy na przełomie lat 50. XX wieku (Mielczarek, 2010). Jako przyczynę starzenia się ludności → Rosset wskazywał przeobrażenia ilościowe i jakościowe zachodzące w relacjach pomiędzy poszczególnymi → grupami wieku ludności, co było uwarunkowane wieloma czynnikami demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi. Wśród nich wymienił spadek liczby urodzeń i wzrost udziału roczników najstarszych (Rosset, 1967). Pierwsza debata na temat procesu starzenia się społeczeństw odbyła się tuż po II wojnie światowej w roku 1948 na forum Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) z inicjatywy Argentyny. W 1969 z podobnym wnioskiem wystąpiła Malta. W 1982 w Wiedniu odbyło się Światowe Zgromadzenie na temat → starości, wskazywano na → długowieczność [ludzką] jako jedno z największych wyzwań XX wieku. Rok 1999 został przez ONZ ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Ludzi Starszych (Frąckiewicz 2002).

Wszystkie kraje Unii Europejskiej znajdują się wśród 50 najstarszych demograficznie państw świata. Polska zajmuje 31 miejsce. Najwyższy na świecie wskaźnik osób w wieku 65 lat i więcej odnotowuje się w Japonii – 21,5%. Biorąc pod uwagę samą Europę najstarszym demograficznie krajem są Włochy, gdzie wskaźnik ten wynosi 19,9%. Wskaźnik starości demograficznej dla Polski wynosi 13,4%, zaś średnia dla państw Unii Europejskiej wynosi 17%. Zaledwie cztery państwa europejskie mają jednocyfrowe → wskaźniki [starzenia się], tj. Turcja (6%), Kosowo (6,2%), Azerbejdżan (7,1%) i Albania (8,8%). Prognozuje się, że w 2030 kraje rozwijające się będą skupiać 2/3 światowej subpopulacji osób w → wieku podeszłym. W połowie XXI wieku liczba 60-latków i starszych przewyższy liczbę dzieci w wieku do lat 14 i będzie stanowić 22% ogółu mieszkańców Ziemi (Szarota, 2010). Z prognoz demograficznych wynika, że w 2050 będzie żyło na Ziemi ponad 9 mld ludzi, z których co piąty będzie miał ukończone 60 lat (Mielczarek, 2010, Szarota, 2010). Szacuje się, że w 2050 połowa ludności naszego kontynentu osiągnie → wiek emerytalny, co spowoduje, że na rynku pracy zabraknie ponad 160 mln pracowników. Z prognoz demograficznych wynika, że w 2020 w Polsce będzie 9 mln emerytów (Cieślik, Bogusz, 2004).

Dane statystyczne nie pozostawiają wątpliwości, że w Polsce wzrasta liczba ludzi, którzy są w → wieku po-

produkcyjnym. W ciągu niespełna dekady liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym wzrosła o ponad 1 mln. I tak w 2005 było 5 mln 888 tys. ludzi w wieku poprodukcyjnym, zaś w 2013 subpopulacja ta wynosiła już 7 mln 78 tys. osób. Prognozuje się gwałtowny przyrost ludzi w wieku poprodukcyjnym w Polsce. W połowie XXI wieku liczba ta wyniesie prawdopodobnie 12 mln 404 tys., przy czym liczba kobiet tej subpopulacji wyniesie 7 mln 529 tys. i będzie niemal dwukrotnie wyższa od liczby mężczyzn, których szacuje się na 4 mln 876 tys. (*Rocznik Statystyczny*. 2014).

Wzrost odsetka ludzi starych stawia przed społeczeństwem nowe wyzwania. Anthony Giddens (1938−) uważa, że wraz ze wzrostem subpopulacji → seniorów wzrośnie współczynnik zależności międzypokoleniowej, tj. → systemowy współczynnik obciążenia, czyli stosunek liczby osób niesamodzielnych do liczby osób w wieku produkcyjnym. W miarę wzrostu odsetka ludzi starych będzie rosło zapotrzebowanie na → pomoc społeczną, emerytury i pomoc medyczną, ale będzie też coraz mniej ludzi pracujących, którzy będą mogli utrzymać takie programy (Giddens, 2004). Prognozuje się, że do 2030 wzrośnie zapotrzebowanie na → domy pomocy społecznej (DPS) dla osób w wieku powyżej 75 lat. Podstawą opracowania niniejszej prognozy jest proces starzenia się Polski, jak i fakt, że po 75 roku życia wzrasta niesamodzielność seniorów. Wg prognoz w 2020 udział ludności w wieku 75 lat i więcej wyniesie 6,9%, zaś w 2030 – 11,6%. Dla porównania w 2005 udział osób w wieku 75 lat i więcej wynosił 5,6%, co oznacza, że do 2030 podwoi się. Wzrost zapotrzebowania na DPS będzie zróżnicowany regionalnie, co stanowi wypadkową zarówno subpopulacji osób starszych, jak i przygotowanej liczby miejsc w DPS. Ponadto trzeba liczyć się z tym, że kurczyć się będzie potencjał pielęgnacyjny → rodzin, co zwiększy zapotrzebowanie na usługi instytucjonalnej pomocy (Szweda-Lewandowska, 2008).

W ostatnich latach ludzie starsi zaczęli domagać się uznania ich potrzeb i interesów. Istnieje ogromne zapotrzebowanie na usługi nie tylko opiekuńcze, co jak oceniają specjaliści może okazać się dobrym biznesem. Zapotrzebowanie jest np. w sektorze spożywczym – chodzi o specjalną ofertę żywieniową z daniami dietetycznymi dla osób starszych. Istnieje także zapotrzebowanie na prace sezonowe, np. odgarnianie śniegu przed domem i z chodnika (Szyperska, 2015). Abstrahując od konkretnych usług, potencjał ekonomiczny seniorów na całym świecie ocenia się na 20 bilionów dolarów. W Stanach Zjednoczonych osoby po 65. r.ż. stanowią 30% konsumentów kosmetyków oraz 30% klientów biur podróży. Emeryci są najważniejszą grupą konsumentów i najważniejszą grupą wyborców – w wyborach w USA bierze udział 88% tej subpopulacji. Ocenia się, że przemysł ludzi starych będzie przynosił wyższe dochody aniżeli technologie. Z prognoz wynika, że najszybciej będzie rozwijał się rynek pracy nastawiony na obsługę osób starszych (medycyna, farmacja, chirurgia plastyczna, → rehabilitacja, → fizjoterapia, kosmetyka i dietetyka). Wielu producentów już uznaje seniorów za najważniejszych konsumentów. W Niemczech powstają supermarkety Senior oferujące produkty dla seniorów, np. artykuły optyczne, akcesoria przeznaczone do bezpiecznej kąpieli czy telefony z większą klawiaturą. We Francji co drugi emeryt kupuje nowy samochód. Ponadto 1/3 lokat bankowych należy do emerytów. W najbliższych latach „siwe pieniądze" będą trafiały na rynek nieruchomości. Dużym zainteresowaniem cieszą się mieszkania na małych osiedlach przeznaczonych dla seniorów (Cieślik, Bogusz, 2004). „Biznes senioralny" w Polsce najbardziej rozwija się na Opolszczyźnie, co jest wynikiem dużego zainteresowania obywateli Niemiec. Chodzi tu o prywatne domy seniora, w których ceny konkurują z zachodnimi, np. w Niemczech koszt miesięczny pobytu wynosi 3 250 €, dla porównania w Polsce koszt pobytu w domu o takim samym standardzie wynosi ok. 4 tys. zł. Na rynku nieruchomości powstają też oferty dla seniorów milionerów. W podwarszawskim Otwocku ruszyła budowa Domu Seniora Vivante, gdzie szacuje się koszt pobytu za miesiąc od 15 tys. zł (http://www.rynekseniora.pl…, Szyperska, 2015).

→ Polityka społeczna wobec osób starszych przyczyniła się m.in. do wzrostu świadomości praw tej subpopulacji. Ważna stała się walka z → dyskryminacją z powodu wieku. Symbolem owej walki stał się termin → ageizm [i dyskryminacja], wprowadzony przez → Butlera (1969), a który „przejawia się w systematycznym tworzeniu stereotypów i dyskryminowaniu ludzi z tego powodu, że już weszli w fazę starości" (Zawada, 2011). Starzejące się społeczeństwa wyzwalać będą wiele problemów dla państwa, zarówno gospodarczych, jak i ekonomicznych. Wzrastająca przeciętna → długość życia człowieka w powiązaniu z malejącym przyrostem naturalnym spowoduje zmniejszenie się liczby osób w wieku produkcyjnym. Powszechnie wiadomo, że wypłata świadczeń emerytalnych polega na solidarności międzypokoleniowej. Zbyt mała liczba pracujących wpłynie na zmniejszenie przychodów na fundusz emerytalno-rentowy, a to z kolei przełoży się na wysokość świadczeń. Starzejące się społeczeństwo wy-

maga wysokich nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej nie tylko tej podstawowej, ale także usług opiekuńczych czy utrzymanie instytucji o charakterze stacjonarnym bądź półstacjonarnym nakierowanych na zaspokajanie potrzeb osób starszych. Starzejące się społeczeństwo oznacza wzrost liczby ludzi mniej sprawnych czy niepełnosprawnych, mniej samodzielnych, zależnych od innych w różnych obszarach swojej egzystencji. Wreszcie, starzejące się społeczeństwo oznacza wyzwanie dla różnych służb społecznych i instytucji, których zadaniem będzie zaspokajanie czasami nawet bardzo specyficznych potrzeb seniorów. Pozostawienie ludzi starszych samym sobie nie jest możliwe w XXI wieku, w sytuacji rozwoju nowoczesnych technologii i przepływu informacji, które sprawiają, że ludzie są coraz bardziej otwarci na wiedzę i świadomi swoich praw.

TZ

B: Cieślik, Bogusz, 2004; Giddens, 2004; Frąckiewicz, 2002; Jakubowska, 2009; Mielczarek, 2010; *Rocznik Statystyczny*, 2014; Rosset, 1967; Szarota, 2010; Szweda-Lewandowska, 2008; Szyperska, 2015; Zawada, 2011.

O: demograficzne starzenie się, geografia starzenia się, starość, starzejące się miasta europejskie, starzenie się, starzenie się społeczne.

S: „siwiejąca ludzkość", „siwienie społeczeństwa", „srebrne tsunami".

TK: am. *aging society*, ang. *ageing society*, fr. *société vieillissante*, hiszp. *sociedad que envejece*, niem. *Alterung der Gesellschaft*, ros. *старение общества*.

starzenie się

– są to naturalne, nieodwracalne, nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów.

W znaczeniu fizjologicznym jest to proces pojawiający się wraz z wiekiem, a polegający na stałym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu, co przejawia się w mniejszej zdolności do regeneracji i adaptacji. W znaczeniu psychospołecznym starzenie się jest dynamicznym, ciągłym procesem zmian, przebiegającym w → czasie, obejmującym nie tylko przemiany fizjologiczne organizmu, ale również zmiany psychiczne i społeczne. Wreszcie w kategoriach społecznych starzenie się jest procesem przechodzenia jednostki przez kolejne stadia → cyklu życia [człowieka], z którymi łączą się specyficzne → choroby i zaburzenia życia społecznego jednostki, czyli starzenie się jest jedną z faz → życia, którą można rozpatrywać w aspektach: biologicznym, psychicznym i społecznym. Aktualnie nie ma powszechnie przyjętego wyjaśnienia procesów biologicznego starzenia się; w procesie tym mają miejsce trzy główne mechanizmy: 1) komórki nie rozmnażające się ulegają uszkodzeniu i obumarciu (dotyczy to głównie komórek nerwowych); 2) komórki rozmnażające się charakteryzują się znacznie mniejszą aktywnością biologiczną i nieprawidłowościami w funkcjonowaniu (przykładem mogą być komórki odpowiedzialne za odporność organizmu, z czym wiąże się znacznie większa częstość zachorowań na choroby zakaźne, autoalergiczne i nowotworowe); 3) zmiany w strukturze substancji międzykomórkowej np. kolagenu tkanki łącznej, co objawia się zmarszczkami, wiotką i cienką skórą i in. zmianami. O szybkości i tempie starzenia się decyduje w dużej mierze czynnik genetyczny, determinujący → długość życia. Na szybkość starzenia się mają również wpływ czynniki zewnętrzne: przebyte choroby, urazy, nieprawidłowe odżywianie się, niewłaściwy tryb i/lub → styl życia, mieszkanie na terenach ekologicznie zniszczonych, praca w szkodliwych warunkach (górnictwo, hutnictwo, rybactwo i in.), natomiast czynnikami hamującymi proces starzenia się są: aktywny – zarówno fizycznie, jak i psychicznie – tryb życia, prawidłowa dieta, wystrzeganie się nałogów. We współczesnej → gerontologii przyjmuje się wielowymiarowość procesu starzenia się, rozpatrując ten proces z trzech punktów widzenia: biologicznego, psychologicznego i społecznego. **Biologiczne starzenie się** jest – obok starzenia się psychicznego i społecznego – jednym z trzech głównych procesów starzenia się człowieka, który odnosi się do funkcjonowania ciała jednostki na przestrzeni czasu i pojawiających się zmian w funkcjonowaniu fizjologicznym (zob. fot. 1). Proces ten cechuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów, przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, które umożliwiają zachowanie homeostazy, czyli stałości środowiska wewnętrznego [→ homeostaza a starzenie się], a tym samym zachowania życia, jednakże wraz z zaawansowaniem starzenia możliwości kompensacyjne maleją, zmniejsza się prawdopodobieństwo zachowania życia, a wzrasta prawdopodobieństwo → śmierci – w późnej → starości nawet niewielkie bodźce zewnętrzne mogą doprowadzić do nieodwracalnych zaburzeń homeostazy i do śmierci, tym m.in. tłumaczy się gorsze rokowanie chorób w późnej starości. W miarę starzenia się ciało człowieka doświadcza zmian w podstawowych

układach (np. kostno-szkieletowym, oddychania, krążenia), zmniejszają się możliwości percepcji zmysłowej (wzrokowej, słuchowej), z upływem lat maleje również siła, napięcie i elastyczność mięśni, maleje wydolność układów krążenia, oddechowego, pokarmowego i wydalniczego oraz upośledzona zostaje komunikacja pomiędzy komórkami nerwowymi, zatem proces starzenia się w sensie biologicznym powoduje powolną → inwolucję i pogarszanie stanu ciała, a wynikiem łącznego wpływu zmian biologicznych związanych ze starzeniem się jest mniejsza u osób starszych odporność na → stres, słabsza odporność immunologiczna, obniżona psychologiczna zdolność do adaptacji i mniej wydolne mechanizmy regulacyjne utrzymujące równowagę wewnętrzną organizmu. Z kolei **psychiczne starzenie się** odnosi się do samoświadomości jednostki i jej zdolności przystosowania się do stopniowego starzenia się. Jest to odbiór własnych procesów starzenia się przez jednostkę, na który składają się takie elementy, jak: poznanie, samoocena, motywacja i odczucia. Inaczej mówiąc, są to reakcje w zachowaniu towarzyszące doświadczaniu starzenia się, np. amerykański pisarz William Wharton (1925–2008) odbierał własne starzenie się jako stopniowe „[…] ograniczanie możliwości korzystania z życia. Starość jest wtedy, gdy człowiek budzi się rano i stwierdza, że nic go nie boli, i zastanawia się, co musi zrobić, żeby jutro było podobnie, żeby też go nie bolało. Starzenie się to stopniowa utrata zmysłów, coraz słabszy wzrok, słuch i dotyk, coraz słabsze zęby, utrata → pamięci. Czasami człowiek już nie pamięta, które zmysły były dawniej sprawne, a nawet zapomina, że traci tę sprawność. Jest też aspekt socjologiczny. Człowiek staje się niewidzialny, zwłaszcza dla kobiet. Gdy się ma siedemdziesiąt pięć lat, wtedy żadna kobieta nie spojrzy na mężczyznę. Naprawdę" (2000). Podobnie postrzega proces starzenia się polski reżyser filmowy Janusz Majewski (1931–), mówiąc: „Człowiek zaczyna się starzeć, gdy już nic go nie interesuje, nic nie zaskakuje, gdy wydaje mu się, że już wszystko widział. Mnie jeszcze to nie dopadło" (2006). I wreszcie **społeczne starzenie się** odnosi się do tego, jak jednostka spostrzega proces starzenia się i jak odnosi się do niej dane społeczeństwo – ten rodzaj starzenia się określa związki między jednostkowym doświadczeniem starzenia się a społeczeństwem, w którym dany człowiek funkcjonuje. Analizując społeczne starzenie się należy uwzględnić oczekiwania związane z wiekiem, a odnoszące się do ról społecznych, statusu, sposobu ubierania się bądź komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Starość społeczna polega zatem na ograniczeniu się jedynie do roli człowieka starego, i jest ona uwarunkowana kulturowo oraz podlega przemianom wraz ze zmianami w obyczajowości i społecznym systemie wartości. Poza indywidualnym starzeniem się należy jeszcze wyróżnić → **demograficzne starzenie się**, czyli **starzenie się ludności** – jest to proces uznawania populacji za starszą zgodnie z określonym kryterium, takim jak: wzrost proporcji ludności starszej w całej populacji lub zwiększenie stosunku liczby osób starszych do liczby dzieci. Najwcześniej próg demograficznej starości, wyrażający się odsetkiem 7% ludzi w wieku 65 lat i więcej w stosunku do ogółu ludności (wskaźnik przyjęty przez demografów ONZ) bądź frakcją 12% osób w wieku 60 lat i więcej w stosunku do populacji (współczynnik starości zaproponowany przez polskiego demografa E. → Rosseta, przekroczyła Francja (w roku 1870), następnie Wielka Brytania (1931), Niemcy (1937), Stany Zjednoczone (1940), a w 1967 Polska. W 2013 do krajów o zaawansowanym demograficznym starzeniu się ludności, należały: Japonia (23,9% osób w wieku 65+ i 32,1% w wieku 60+), Włochy (21,2% i 27,3%), Niemcy (20,7% i 26,9%), Grecja (20,1% i 25,9%), Szwecja (19,1% i 25,2%), Portugalia (19,4% i 25,6%), Bułgaria (19,1% i 26,3%), Finlandia (18,8% i 26,0%), Austria (18,1% i 23,7%) a także Estonia (18,0% i 24,2%) – dla porównania wskaźniki te wynosiły w Polsce 14,2% (65+) i 20,8 (60+). Jako kryterium wyróżniające wiek starości demograficznej może być przyjęty wiek 60 lat, 65 lat lub też kryterium ekonomiczne, czyli wiek nabywania ogólnych uprawnień emerytalnych (67 lat), powszechnie przyjmowany jako dolna granica → wieku poprodukcyjnego. Demograficzne starzenie się, podobnie jak wszelkie przemiany demograficzne, mają charakter długofalowy, dlatego też problemy starości demograficznej będą wyraźniej odczuwalne dopiero w odległej przyszłości, przykładowo Papieska Rada ds. Rodziny uważa, że „coraz większa liczba osób starszych będzie uzależniona od świadczeń, które nie mogą być zapewnione inaczej niż przez pracę osób zawodowo czynnych. W świetle prognoz demograficznych ich liczebność będzie się nieuchronnie zmniejszać. W krajach rozwiniętych panuje »zima demograficzna«, która staje się coraz ostrzejsza. Władze zaczynają się tym zjawiskiem niepokoić: dzisiaj jest więcej trumien niż kołysek, więcej starców niż dzieci" (*Etyczny i pastoralny wymiar*…, 1994).

AAZ

B: Buliński, 2015; Chabior, Fabiś, Wawrzyniak, 2014; Coni, Davison, Webster, 1994; *Etyczny i pastoralny wymiar*…, 1994; Hayflick, 1984; Samoliński, Raciborski, 2013; Zych, 2001.

F: *Przyszłość bez starości*, 2010.

O: aktywne starzenie się, biologia starzenia się, biologiczne teorie starzenia się, biologiczne wskaźniki starzenia się, demografia starzenia się, demograficzne starzenie się, edukacja a starzenie się, ekonomia polityczna starzenia się, ekonomia starzenia się, ewolucyjne teorie starzenia się, geografia starzenia się, globalizacja starzenia się, hipokineza a starzenie się, homeostaza a starzenie się, miernik starości demograficznej, normalne starzenie się, orientacja seksualna a starzenie się, pierwotne starzenie się, podwójne starzenie się ludności, polityka aktywnego starzenia się, pomyślne starzenie się, postawy wobec starzenia się i starości, przedwczesne starzenie się, psychiczne starzenie się, psychospołeczne teorie starzenia się, robotyzacja a starzenie się, społeczne starzenie się, społeczne teorie starzenia się, teorie procesu starzenia się ustroju.

TK: am. *aging*, ang. *ageing/growing old/sensescence*, fr. *vieillessement/sénescence*, hiszp. *envejecimento/sensescencia*, niem. *Altern/Alterung/Altwerden/Seneszenz*, ros. *старение*.

starzenie się i starość w izolacji penitencjarnej

→ Starość jest ostatnim etapem rozwoju ontogenetycznego człowieka, który poprzedzają takie okresy, jak: dzieciństwo, młodość i wiek dojrzały (Olszewski, 1998). Inne określenie tłumaczy ją jako „końcowy etap procesu → starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej człowieka, bez możliwości przeciwdziałania temu" (Zych, 2001, s. 202). Olga → Czerniawska (2002) zwraca uwagę na jej statyczny charakter oraz na to, że jest ona zjawiskiem zarówno jednostkowym (starzeje się konkretny człowiek, który doświadcza uroki i wady tej fazy → życia), jak i społecznym (starzeje się bowiem konkretna społeczność lokalna, wieś, miasto, osiedle, mieszkańcy domu, kraju, kontynentu, świata).

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) starość przypada między 60. a 74. rokiem życia, późna starość między 75. a 89., a długowieczność od 90. roku życia (zob. Nowicka, 2010, s. 18). Zestawienie osób pozbawionych wolności wg wieku i płci w Polsce (dane CZSW z 31 XII 2014 r.) zamieszczamy w tabeli 1.

Uwięzionych → seniorów można podzielić na trzy podstawowe grupy:

1. Osoby, które zostały umieszczone w zakładach karnych na wieloletnie lub dożywotnie wyroki jeszcze w okresie, gdy były młode, co oznacza, że większą część życia spędzili w więzieniu, bez nawet krótkotrwałych pobytów na wolności;
2. Wielokrotnych recydywistów, których wielokrotne pobyty w więzieniu przeplatały się z krótkimi okresami wolności stanowiącymi dla nich okazję do popełniania kolejnych przestępstw;
3. Więźniów, którzy już w wieku senioralnym zostali uwięzieni po raz pierwszy – statystyki wskazują że ich zbrodnie są znacznie poważniejsze niż te, których dopuszczają się osoby młodsze, często też otrzymują dłuższe od nich wyroki (Jaworska, 2013).

Osadzeni w wieku senioralnym, tzw. „więźniowie geriatryczni" – jedna z wielu grup więźniów o specjalnych potrzebach (obok niepełnosprawnych fizycznie), np. więźniowie z upośledzonym organem wzroku, słuchu bądź narządu ruchu, więźniowie niepełnosprawni intelektualnie, chorzy psychicznie, przewlekle chorzy, uzależnieni od substancji aktywnych (psychotropowych), a także zakażeni wirusem HIV i chorzy na AIDS. Nic więc dziwnego, że jako jedna z tych grup generuje większe niż ogólna populacja skazanych zapotrzebowanie na profesjonalny personel medyczny – wykwalifikowane pielęgniarki i lekarzy, zwiększony zakres terapii medycznych, doradców psychologicznych, modernizację podstawy medycznej i/lub strukturalnej zakładów karnych oraz rozbudowanie i unowocześnienie ich wyposażenia (Jaworska, 2013).

Środowisko izolacji więziennej nie jest sytuacją naturalną (w odróżnieniu od środowiska ludzi przebywających w warunkach wolnościowych), a co za tym idzie – staje się przyczyną wielu trudności i wywołuje wiele dolegliwości u osadzonych. Są one wynikiem takich czynników, jak: sytuacja przymusu i kontroli, znacznie ograniczona przestrzeń życiowa, konieczność respektowania regulaminów czy niemożność zaspokojenia wszystkich potrzeb, które mogą spowodować zaburzenia w zachowaniu i kłopoty zdrowotne (zob. Freund, Michniewicz, 2013). Negatywnie zmodyfikowane warunki, w jakich odbywa się izolacja, mają charakter deprywacyjny. Deprywacja przybiera różne postacie: sensoryczna, informacyjna, motoryczna, deprywacja potrzeb (szczególnie biologicznych, ale także społecznych i kulturowych), co doprowadza do utrzymania stanu agresji i napięcia między osadzonymi (często także między skazanymi a służbą więzienną). Osoba skazana za popełnione przestępstwo wkracza do „innego świata", zostając tym samym pozbawiona poczucia odrębności, gdyż zachowanie ***ja*** byłoby sprzeczne z podstawowym założeniem instytucji totalnych o jednakowym traktowaniu osadzonych. Fakt pozbawienia wolności narusza status człowieka, degraduje go i stygmatyzuje, co skłania do szukania akceptacji

w środowisku przestępczym. Wytwarzają się stereotypy postrzegania więźniów jako ludzi „złych", a nacisk społeczny jest zwielokrotniony ciągłą kontrolą ze strony strażników (zob. Szczepaniak, 2003).

Człowiek pozbawiony wolności staje się często przedmiotem manipulacji, zarówno ze strony administracji, jak i silniejszych więźniów, co sprzyja procesowi degradacji i depersonalizacji jednostki. Na proces degradacji składają się sytuacje poniżenia, upokarzania i znieważania godności własnej. Proces depersonalizacji natomiast wiąże się ściśle z naznaczeniem, uniformizacją i degradacją. Postępowi procesu depersonalizacji w zakładzie karnym sprzyjają takie konsekwencje izolacji, jak zawieszenie na przyszłość planów osobistych dotyczących życia rodzinnego i zawodowego, pozbawienie możliwości podejmowania dobrowolnej decyzji i brak potrzeby planowania działań codziennych, które formułuje ściśle administracja zakładu (Freund, Michniewicz, 2013).

Izolacja więzienna człowieka starego (zob. fot. 1) niesie ze sobą ryzyko pojawienia się lub nasilenia cech zniedołężnienia czy procesów dezintegracyjnych zachodzących w organizmie seniora. Hans → Thomae podkreślał, że starość nie jest wyłącznie efektem przeżytych lat życia, lecz głównie ukształtowanym obrazem siebie, połączonym ze stanem → zdrowia, cechami osobowości i aktywnością życiową.

Istotny jest aspekt subiektywnego i obiektywnego odczucia starości. W literaturze spotyka się stanowisko, że osobowość ludzi w wieku podeszłym nie zmienia się z powodu starości. Z drugiej strony wiadomo, że apatia, obojętność, brak zainteresowania jako czynniki zewnętrzne mogą wpływać na człowieka, zmieniając jego sposób interpretowania rzeczywistości. Sytuacja izolacji więziennej, jako sytuacja trudna z natury, staje się źródłem frustracji. Dotychczasowe postrzeganie własnej sytuacji życiowej u człowieka starego ulega zmianie, ale jest to zmiana na gorsze. Nasilają się lęki, myślenie staje się pesymistyczne. Już sama bowiem świadomość końca życia budzi u jednostki poczucie zagrożenia. „Na starość zagrożone mogą zostać wartości, które mają istotne znaczenie dla istnienia jednostki, nie tylko życie fizyczne, ale sama wartość psychiczna. Oprócz wymienionych występują również lęki irracjonalne, lęki moralne z uwagi na zdawanie sobie sprawy ze zrealizowanych zadań i decyzji podejmowanych w ciągu życia. Do powyższych problemów dochodzi zmniejszone poczucie bezpieczeństwa związane z obniżeniem standardu życia, dołącza się → izolacja społeczna związana z utratą pracy, zmniejszaniem się grona znajomych" (Kowalczyk, 2013).

Kara pozbawienia wolności wiąże się z odizolowaniem jednostki od środowiska wolnościowego, otoczenia, społeczeństwa i bliskich, zwiększa się prawdopodobieństwo doświadczania samotności. Stanu, którego doświadcza oczywiście każdy człowiek na różnych etapach swojego życia, jednak okres starości jest pod tym względem szczególny. Postrzegamy bowiem ludzi starych głównie jako samotnych. Nie pracują już, a zatem ich kontakty z ludźmi są znacznie ograniczone, ich dzieci wyszły z domu i założyły swoje → rodziny, a więc kontakty z nimi są rzadsze, często doświadczają utraty współmałżonka, a do tego dochodzą jeszcze problemy zdrowotne. Wszystko to sprawia, że ludzie starsi czują się zepchnięci na margines. W sytuacji izolacji więziennej skazani seniorzy oprócz doświadczeń związanych z samym uwięzieniem, a więc ograniczeniem ich aktywności i wolności, mają również te związane z → dyskryminacją z powodu wieku. I chociaż „bierność najczęściej dotyczy ludzi starych, gdyż ich aktywność jest ograniczona przez warunki zdrowotne, finansowe, izolację społeczną" (Pawłowska, Jundziłł, 2006), to w zakładzie karnym jest ona bardziej skutkiem braku dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i zainteresowań oferty zajęciowej niż wspomnianych przyczyn natury zdrowotnej i → sprawności fizycznej.

Seniorzy są zatem „skazani" na bierność, która staje się często powodem rozgoryczenia i potęguje osamotnienie. Nie bez znaczenia dla bierności pozostaje kwestia → czasu. Inaczej bowiem odczuwany jest on na wolności, inaczej w sytuacji uwięzienia. W izolacji więziennej czas niejako zwalnia, nabiera zupełnie nowego znaczenia. Świadomość upływającego czasu w przypadku skazanych seniorów ściśle wiąże się z perspektywą dożywocia i → śmierci, wywołującą lęk, obawy niepowrotu na wolność oraz poczucie krzywdy, rozpaczy i osamotnienia (Grzesiak, 2013). Kara pozbawienia wolności u schyłku życia jest dla nich znacznie bardziej dotkliwa niż dla młodszych skazanych. Z jednej strony sprzyjać może refleksji nad własnym życiem, ale z drugiej uniemożliwia snucie planów.

Bierna postawa skazanych w wieku senioralnym wiąże się też z tym że podejmuje się wobec nich standardowe oddziaływania resocjalizacyjne, które w praktyce sprowadzają się do działań formalno-urzędowych, podczas gdy bardziej niż resocjalizacji seniorzy „wymagają podejścia pomocowo-socjalnego (→ opieki, pomocy, kompensacji) oraz szczególnego zainteresowania z uwagi na ich różnego rodzaju zdrowotne, edukacyjne, psychiczne i społeczne deficyty oraz potrzeby. Działania podejmowane wobec skazanych senio-

rów powinny mieć charakter opiekuńczo-leczniczym i readaptacyjny, uwzględniający treści z zakresu gerontologii resocjalizacyjnej. Ten obszar resocjalizacji jest nową przestrzenią eksploracji wobec wzrastającego udziału osób starzejących się i starych w jednostkach penitencjarnych" (Grzesiak, 2013, 2014).

Jednym z podstawowych warunków prawidłowego starzenie się jest zaspokajaniu potrzeb seniorów. Abraham Harold Maslow (1908–1970) zwracał uwagę na następujące grup potrzeb: fizyczne, dotyczące bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku, samorealizacji oraz estetyczne. Działania zmierzające do ich zaspokajania są niezwykle skomplikowane i wymagają dużego zaangażowania osoby zainteresowanej oraz jej otoczenia. Spełnienie tych potrzeb w izolacji penitencjarnej rzadko kiedy może być w pełni zrealizowane (zob. Witiuk-Misztalska, Misztalski, 2009).

Istotna kwestią związaną ze starością w izolacji penitencjarnej jest także zagadnienie godności człowieka, która powinna wspierać się na ontologicznym przekonaniu o wartości, jaką jest człowieczeństwo (Freund, Michniewicz, 2013). Właśnie dlatego kształcenie osób, które pracują z osobami starymi w zakładach karnych, musi zawierać zagadnienia związane z możliwościami kształtowania i rozwijania poczucia godności seniorów wychodzące poza utarte schematy. Nie sposób bowiem mówić o godności osoby, która pozostaje zależna od innych , jeśli nie uwzględni się w pracy z nią indywidualnego podejścia i zrozumienia procesu starzenia się i starości.

Literatura przedmiotu wskazuje szereg podstawowych zagadnień związanych z poczuciem godności seniorów przebywających w zakładach karnych. Należą do nich przede wszystkim: zapewnianie indywidualnej opieki i → wsparcia; poszanowanie indywidualnych wartości i przyzwyczajeń; dostosowywanie opieki do potrzeb i rytmu życia jednostki; szanowanie granic indywidualnych ograniczeń; wspieranie osób starszych w utrzymywaniu higieny i wyglądu; zapewnianie komfortu i uwagi; zaspokajanie indywidualnych potrzeb; utwierdzane w poczuciu własnej wartości; nie stawienie ludzi starych w sytuacjach, które mogą doprowadzić do ich porażki w grupie; dodawanie odwagi do uczestnictwa w codziennym życiu; promowanie osobistego wyglądu i autoprezentacji ludzi starych odpowiednio do ich potrzeb i poczucia wartości; podwyższanie zdolności ludzi starych do przeciwstawiania się środowiskowym i organizacyjnym czynnikom, które naruszają ich godność; tworzenie i podtrzymanie więzi społecznych, zapobiegających marginalizacji, izolacji społecznej i wykluczaniu (Freund, Michniewicz, 2013).

Uwzględnianie warunków psychofizycznych seniorów przebywających w więzieniach jak do tej pory wciąż jednak należy do rzadkości. Powoduje to nie tylko sprowadzanie tej grupy ludzi starych na margines społeczeństwa, ale też na margines oddziaływań penitencjarnych, powodując również ich automarginalizację.

Proces starzenia może się wiązać ze spadkiem aktywności przestępczej, ale nie powinien oznaczać końca wszelkiej aktywności. Odpowiedni i efektywny dobór metod oddziaływań resocjalizacyjnych powinien przekonać do tego starszych skazanych. Może to być dobry moment na zmianę postaw seniorów na takie, jakie byłyby zgodne z obowiązującymi standardami społecznymi. Dokonanie → bilansu życiowego jest niezbędne do „przegrania lub wygrania starości". Pozytywny bilans życia to poczucie zadowolenia z niego, zrealizowania celów, marzeń i planów, satysfakcji z życia prywatnego, z rodziny, zadowolenia z pracy zawodowej, poczucie użyteczności, miłości, bezpieczeństwa, pogodzenie się z porażkami i problemami. W negatywnym bilansie życia dominują uczucia przeciwne, rozgoryczenie, niezadowolenie, smutek (Tokaj, 2000). Wynik bilansu życiowego wpływa na przygotowanie jednostki do procesu → adaptacji do starości, procesu readaptacji społecznej byłego przestępcy oraz pogodzenia się z losem (Grzesiak, 2009).

Człowiek stary w więzieniu powinien być poddawany przede wszystkim oddziaływaniom wspomagającym.

Tabela 1. Osoby pozbawione wolności w Polsce wg wieku i płci w roku 2014 (dane CZSW)

Grupa wieku	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety		Tymczasowo aresztowani		Skazani	
	liczebn.	%	liczebn.	%	liczebn.	%	liczebn.	%	liczebn.	%
15–51	67 065	87,82	64 977	87,92	2 088	84,95	5 487	87,96	61 578	87,81
52–60	7 003	9,17	6 710	9,08	293	11,92	512	8,21	6 491	9,25
61–66	1 752	2,29	1 686	2,28	66	2,69	173	2,77	1 579	2,25
67+	543	0,71	532	0,72	11	0,45	66	1,06	477	0,68
Ogółem	76 363	≈100	73 905	100,0	2 458	100,0	6 238	100,0	70 125	≈100

Źródło: Dane Centralnego Zarządu Służby Więziennej – *Baza danych o osobach pozbawionych wolności*. Warszawa: CZSW, 2015.

Należy budzić u niego refleksję, starość jest naturalnym i nieuniknionym etapem życia, ale nie powinien jej traktować jako końca, a wręcz przeciwnie – jako drogę ku życiu. Seniorom trzeba uświadamiać, że starość jest dobrym czasem na zdobywanie wiedzy, umiejętności oraz kształtowanie nawyków, postaw i zachowań, doskonalenie się i bogacenie swojej osobowości. Zdaniem Sławomira Grzesiaka (2009) „dostępność tych obszarów dla seniorów w jednostkach penitencjarnych jest ograniczona, a i same postawy, → style życia ludzi starych nie ułatwiają pracy penitencjarnej. Dlatego rozwój gerontologii resocjalizacyjnej jako adekwatnego do warunków psychofizycznych seniorów oddziaływania penitencjarnego wydaje się uzasadniony".

BT-F

B: *Baza danych…*, 2015; Czerniawska, 2002; Freund, Michniewicz, 2013; Grzesiak, 2009, 2013, 2014; Jaworska, 2013; Kowalczyk, 2013; Nowicka, 2010; Olszewski, 1998; Pawłowska, Jundziłł, 2006; Szczepaniak, 2003; Szlęzak-Kawa, 2014; Tokaj, 2000; Witiuk-Misztalska, Misztalski, 2009; Zych, 2001.
O: izolacja społeczna, geragogika prewencyjna, geragogika resocjalizacyjna, gerontologia resocjalizacyjna, resocjalizacja osób starzejących się i starych, starzenie się, starość.
TK: am**.** *aging and old age in penitentiary isolation*, ang. *ageing and old age in penitentiary isolation*, fr. *vieillissement et la vieillisse dans l'isolement pénitentiaire*, hiszp. *el envejecimiento y la vejez en la aislamiento pénitentiaire*, niem. *Altern und Alter in der Zuchthaus Isolierung*, ros. *старение и старость в пенитенциарной изоляции.*

starzenie się komórkowe

– obserwowane jest wówczas, gdy dzielące się komórki, które weszły w stan → starości przestają reagować na czynniki wzrostowe oraz inne aktywatory podziałów komórkowych. **Starzenie się komórkowe** po raz pierwszy opisane było na początku lat 60. ubiegłego wieku przez i → Hayflicka i Paula S. Moorheada (1961) w przypadku ludzkich fibroblastów. Nazwano je starzeniem się replikacyjnym. Proces ten w hodowli przebiegał kilka m-cy i polegał na wyczerpaniu limitu podziałów komórkowych, który później nazwano limitem Hayflicka. W przypadku fibroblastów człowieka limit wynosi ok. 50–70 podziałów populacji komórek. Po odkryciu telomerów będących końcówkami chromosomów o specyficznej budowie i zawierającymi niekodujące DNA (lata 80. ubiegłego wieku) wykazano ich rolę jako licznika podziałów (zob. → telomerowa teoria starzenia się). Ze względu na naturę replikacji DNA (tzw. problem końca replikacji) oraz niską aktywność telomerazy (enzymu wydłużającego telomery) w komórkach prawidłowych, stają się one coraz krótsze z każdym podziałem komórkowym. Sygnałem do → starzenia się są krótkie telomery rozpoznawane przez komórkę jako uszkodzenia podwójnej nici DNA. Wykazano, że telomerowe DNA, w odróżnieniu od pozostałego DNA, nie ma wydajnego systemu naprawy. Nie tylko skracanie telomerów, ale też uszkodzenia zewnętrzne w telomerowym odcinku mogą zatem prowadzić do starzenia. Odbywa się to w ten sposób, że uszkodzenia DNA zapoczątkowują ścieżkę sygnałową nazwaną z angielskiego DDR (*DNA damage response*). Jednym z podstwowych elementów tej ścieżki jest białko p53 – supresor nowotworów fosforylowany przez kinazę ATM (*Ataxia Telangentasia Mutated*), enzym aktywowany przez uszkodzenia DNA. Białko p53 jest czynnikiem transkrypcyjnym, który transaktywuje gen kodujący białko p21, należące do rodziny inhibitorów cyklino-zależnych kinaz (*cyclin-dependent kinases*-Cdks). Starzenie komórkowe jest regulowane przez p53 niezależnie lub razem z innym supresorem nowotworu Rb (*retinoblastoma*), Białko p21 poprzez hamowanie kompleksu Cdk2 z cykliną E (E/Cdk2) aktywuje białko Rb, które z kolei (w formie nieufosforylowanej) pośrednio hamuje regulatory syntezy DNA. Rb może być także aktywowane przez bialko, p16, które jest inhibitorem kompleksu Cdk4,6 z cykliną D (D/Cdk4,6). Tak więc, starzenie komórkowe polega na zatrzymaniu komórek w cyklu komórkowym w fazie G1 lub G2. Zgodnie z obecną wiedzą wydaje się, że ścieżka sygnałowa prowadząca od uszkodzeń DNA stanowi jeśli nie uniwersalny, to najbardziej powszechny molekularny mechanizm starzenia komórkowego. Fibroblasty człowieka natomiast są najlepiej scharakteryzowanymi pod względem starzenia komórkami. Aczkolwiek starzeniu replikacyjnemu w hodowli ulegają także inne komórki, które mają zdolność do proliferacji. Są to keratinocyty, melanocyty, limfocyty, komórki nabłonkowe, śródbłonkowe, komórki mięśni gładkich naczyń oraz mesenchymalne komórki macierzyste. Replikacyjne starzenie komórkowe w badaniach *in vitro*, co ciekawe odzwierciedla starzenie organizmu, gdyż wykazano że fibroblasty ludzi cierpiących na syndrom przyspieszonego starzenia, tj. na tzw. → progerię Huntingtona-Gilforda, starzeją się w hodowli szybciej niż fibroblasty ludzi zdrowych. Co więcej, chociaż wiadomo, że → chorobę te wywołuje mutacja w genie laminy B, białka wchodzącego w skład otoczki jądrowej, to starzenie tych komórek również polega na uruchomieniu ścieżki DDR.

Przyspieszone starzenie indukowane → stresem

Na początku XXI wieku opisano starzenie komórkowe, które nie ma związku ze skracaniem telomerów i jest indukowane stresem genotoksycznym lub oksydacyjnym (ang. *stress-induced premature senescence* – SIPS). Szczególnym przypadkiem tego rodzaju starzenia jest starzenie indukowane onkogenami (ang. *oncogene-induced senescence* – OIS). Wirusy onkogenne poprzez aktywację podziałów komórkowych powodują tzw. stres replikacyjny, który z kolei indukuje uszkodzenia DNA i szybkie starzenie komórek, które w hodowli można obserwować w ciągu kilku dni. Nie jest to jednak jedyny mechanizm indukcji starzenia komórkowego przez wirusy onkogenne. Zależy on od typu wirusa. Tego typu starzenie się komórek wykazano w przypadku nowotworów początkowych, ale nie złośliwych. Uważa się, że podobnie jak śmierć komórkowa, czyli → apoptoza, może to być mechanizm ucieczki przed nowotworem. W mysim modelu wykazano, że stare komórki powstałe na skutek działania onkogenu są eliminowane przez komórki układu odpornościowego. Pytanie, jakie się rodzi, to dlaczego ten mechanizm ochrony przed transformacją nowotworową jest mało skuteczny, gdyż mimo obecności komórek starych w guzach pierwotnych często i tak dochodzi do rozrostu nowotworowego. Być może jest to tak, że komórki które nie uległy starzeniu, nabywają mutacje, które są odpowiedzialne za transformacje nowotworowe. Niewykluczone jednak, że proces starzenia komórek nowotworowych jest odwracalny, zwłaszcza w przypadku takich komórek, które wraz ze starzeniem ulegają poliploidyzacji.

Cechy starych komórek

Główną cechą starych komórek jest niezdolność do podziałów komórkowych. Jednakże stare komórki są żywe, aktywne metabolicznie oraz charakteryzuje je dodatkowo kilka specyficznych cech, które pozwalają na odróżnienie ich od innych nieproliferujacych komórek, tzn. tak zwanych postmitotycznych oraz spoczynkowych. Są to takie cechy jak znaczne powiększenie rozmiarów komórek, ich wokuolizacji i ziarnistości, zwiększona aktywność enzymu lizosomalnego, zwanego β-galaktozydazą związaną ze starzeniem (ang. *Senescence Associated-β-Galactosidase* – SA-β-Gal), nagromadzanie się skupisk białek towarzyszących uszkodzonemu DNA (DNA foci), tworzenie skupisk chromatyny zwanych of *Senescence-Associated Heterochromatic Foci* (SAHF), niestabilność chromosomowa oraz związany ze starzeniem tzw. fenotyp sekrecyjny (ang. *Senescence Associated Secretory Phenotype* – SASP). Są to dość uniwersalne cechy starych komórek, ale nie można zapominać o pewnych tkankowo specyficznych cechach starzenia komórkowego, jak np. zwapnienie w przypadku komórek mięśni gładkich czy też utrata koreceptora CD28 w przypadku limfocytów T CD8+. Co ciekawe, obecność komórek o cechach typowych dla starych komórek wykazano w niektórych strukturach embrionu myszy, kury i człowieka. Powstał nowy termin: starzenie programowane. Podobnie, jak programowana śmierć komórki prowadzi ono do eliminacji przez układ odpornościowy zbędnych (starych) komórek, przyczyniając się w ten sposób do prawidłowego kształtowania ciała. Terminem chronologiczne starzenie komórkowe opisuje się natomiast proces starzenia występujący w komórkach postmitotycznych, czyli takich które u człowieka po urodzeniu, zaprzestają podziałów do końca → życia. Najlepszym przykładem takich komórek są neurony. Proces ich starzenia związany jest przede wszystkim z zaburzeniami homeostazy białkowej, czyli gromadzeniu się nietrawionych białek, a także innych uszkodzonych i niepotrzebnych cząsteczek. Co ciekawe, nieliczne badania wskazują na obecność w mózgach starych myszy markera starzenia się komórek proliferujących, czyli aktywnej SA-β-Gal. Jednakże na temat starzenia się komórek niedzielących się znacznie mniej wiadomo niż na temat komórek proliferujących.

Starzenie komórkowe *in vivo*

Zasadniczym pytaniem jest, czy stare komórki, które obserwujemy *in vitro*, występują w organizmie, i na ile przyczyniają się one do starzenia całego organizmu? Stosując wybrane znaczniki starzenia, stare komórki zidentyfikowano w starzejących się organizmach człowieka, naczelnych i myszy, między innymi w skórze, mięśniach gładkich naczyń, wątrobie oraz układzie odpornościowym. Jednakże jest ich znacznie mniej, niż można by się tego spodziewać. U bardzo starych osobników szacunkowo nie przekraczają one 20% w stosunku do wszystkich komórek. Postuluje się, że podobnie jak w starzeniu programowanym są one rozpoznawane i eliminowane przez komórki układu odpornościowego, jak to ma miejsce w przypadku komórek umierających. Z drugiej strony, doświadczenia przeprowadzone na mysich modelach przyspieszonego starzenia pokazują, że usunięcie z ich organizmu starych komórek poprzez manipulacje genetyczne, przywraca normalny fenotyp myszy. Wykazano również, że wyczerpywanie się puli komórek macierzystych na skutek ich starzenia, zmniejsza

zdolności regeneracyjne organizmu. Komórki macierzyste, szczególnie w tkankach ciągle odnawiających się, przechodzą wiele podziałów komórkowych, wyczerpując ich limit. Wykazano również, że limfocyty osób starych, w tym ponad stuletnich, mają znacznie krótsze telomery niż osób młodych. Ale, są też dane które mówią, że skracanie telomerów jest spowodowane nie tyle wiekiem chronologicznym, co chorobami układu sercowo-naczyniowego, a fibroblasty stulatków nie mają znacząco krótszych telomerów w porównaniu z fibroblastami osób młodych.

Starzenie komórkowe przyczynia się do rozwoju → chorób związanych z wiekiem, co wykazano w sposób pośredni i bezpośredni. Pośrednio o roli starzenia komórkowego w patologii → wieku podeszłego świadczy fakt, że wiele chorób związanych z wiekiem, takich jak → choroby neurodegeneracyjne, w tym przede wszystkim → choroba Alzheimera, → miażdżyca, otyłość, insulinooporność i nowotwory, mają wspólny mianownik, którym jest tak zwany przewlekły stan zapalny (ang. *low grade inflammation state*). Główną przyczyną przewlekłego stanu zapalnego u ludzi w podeszłym wieku jest starzenie się układu odpornościowego (ang. *immunosenescence*), związane miedzy innymi z wydzielaniem, głównie przez komórki odporności wrodzonej, cytokin prozapalnych. Proces starzenia się skóry, nazwany inflammaging, opisał na początku XXI wieku włoski immunolog → Franceschi. Obecnie uważa się, że swój udział w powstaniu przewlekłego stanu zapalnego, mogą mieć wszystkie starzejące się komórki. Fenotyp sekrecyjny, związany ze starzeniem (SASP), polega na wydzielaniu przez stare komórki ponad 40 różnych czynników, w tym interleukin, chemokin, czynników wzrostowych, proteaz i in. Najbardziej znaczącą cytokiną, której wydzielanie wzrasta wraz z wiekiem jest interleukina-6. Chociaż, wykazano, że czynniki pro-zapalne wydzielane przez stare komórki mogą mieć pozytywny wpływ na gojenie ran, to jednak głównie przyczyniają się one do rozwoju chorób związanych z wiekiem. Przewlekły stan zapalny predestynuje do zachorowania na nowotwory, jest czynnikiem inicjującym powstanie miażdżycy. Cytokiny prozapalne wydzielane są przez adipocyty osób otyłych i mają związek z → cukrzycą typu II. Wykryto je także w starczych płytkach u zwierząt będących modelami choroby Alzheimera.

Związek starzenia komórkowego z nowotworem jest nieco bardziej skomplikowany. Mianowicie, uważa się że starzenie komórkowe stanowi barierę dla nowotworu, gdyż stare komórki jako niezdolne do podziałów nie mogą ulec transformacji nowotworowej, czyli zdolności do nieograniczonych podziałów, co charakteryzuje nowotwory. Ponadto, jak wykazano w badaniach *in vitro* oraz na myszach, starzenie indukowane onkogenami stanowi formę obrony komórek przed transformacją. Z drugiej strony, wykazano jednoznacznie, że czynniki prozapalne wydzielane przez stare komórki nie tylko wzmacniają fenotyp starzenia, ale indukują transformacje nowotworową zarówno *in vitro*, jak i u zwierząt modelowych. Ponadto, opisano zjawisko, które występuje niezmiernie rzadko, jednak prowadzi do ucieczki od starzenia. Mianowicie, skracanie telomerów, które ma miejsce w przypadku starzenia replikacyjnego, prowadzi do zlepiania i pękania chromosomów. Komórki z takimi mutacjami mogą umrzeć, aczkolwiek jedna na milion może przejść ten „kryzys" i aktywować telomerazę zapobiegającą dalszemu skracani telomerów i przywracać komórkom zdolność do podziałów. Ulegają one unieśmiertelnieniu, które przy nabyciu dodatkowych mutacji może prowadzić do pełnej transformacji nowotworowej. Ektopowa ekspresja telomerazy także powoduje unieśmiertelnienie komórek zapobiegając ich starzeniu. Co ciekawe, komórki nowotworowe, które charakteryzują się nieograniczonymi podziałami mogą jednak pod wpływem radio/chemioterapii wchodzić w przyspieszone starzenie. Co więcej proces ten zachodzi przy niższych dawkach leku czy promieniowania potrzebnych zwykle do wywołania → śmierci komórkowej. Wykazano, w mysim modelu, że indukowane starzenie komórek prowadzi do ich fagocytozy przez komórki układu odpornościowego. Nie wiadomo jednakże, na ile taki proces zachodzi w organizmie człowieka. Są dane pokazujące obecność starych komórek nowotworowych w preparatach uzyskanych od ludzi po terapii przeciwnowotworowej. Takie komórki mogą wpływać poprzez SASP na dalszy rozwój nowotworu. Na niekorzyść terapii przeciwnowotworowej indukującej starzenie wpływa również fakt, że stare komórki nowotworowe mogą jednak wznawiać podziały w sposób nietypowy poprzez pączkowanie. Szczególnie ma to miejsce w przypadku poliploidalnych komórek nowotworowych.

Jest wiele danych mówiących o roli starzenia komórkowego w powstawaniu miażdżycy. Komórki mięśni gładkich naczyń pobrane z płytek miażdżycowych ulegały szybszemu starzeniu niż komórki prawidłowych naczyń. Badania morfologiczne płytek miażdżycowych wykazały obecność starych komórek, zarówno mięśni gładkich, jak i śródbłonka. Komórki mięśni gładkich naczyń miażdżycowych wykazywały takie cechy starzenia jak aktywność SA-β-galaktozydazy, aktywację DDR oraz skrócone telomery. Również angio-

tensyna II indukuje przyspieszone starzenie, łącznie z wydzielaniem cytokin prozapalnych przez mięśnie gładkie naczyń. Podniesiony poziom receptora angiotensyny II typu 1 jest cechą charakterystyczną starych komórek mięśni gładkich. Wykazano, że losartan, który jest inhibitorem tego receptora spowalnia starzenie komórkowe. Specyficzną cechą starych komórek mięśni gładkich naczyń jest ich zwapnienie. Wiąże się to z różnicowaniem ich w osteoblasty. Wykazano obecność w starych komórkach mięśni naczyń białek charakterystycznych dla osteoblastów.

Coraz więcej danych wskazuje na fakt, ze otyłość wiąże się ze starzeniem komórek tłuszczowych i nabłonkowych oraz wzrostem poziomu cytokin prozapalnych i chemokin w tkance tłuszczowej. Liczba komórek wykazujących aktywność SA-β-Gal wzrasta w tkance tłuszczowej osób chorych na cukrzycę. Wykazano związek białka p53 w tej tkance z rozwojem insulinooporności. W modelu insulinoopornej cukrzycy myszy wykazano, że nadmiar kalorii w pożywieniu powoduje stres oksydacyjny oraz pojawianie się symptomów starzenia adipocytów, takich jak: aktywność SA-β-gal, ekspresja p53 oraz wydzielanie cytokin. Starzenie adipocytów powoduje infiltrację makrofagów do tkanki tłuszczowej, co jest dodatkowo przyczyną wzrostu stanu zapalnego zwierząt. Zaburzenie równowagi metabolizmu jakie towarzyszy otyłości powoduje dysfunkcje narządów i symptomy przyspieszonego starzenia u zwierząt przypominające te obserwowane u ludzi.

Jeśli założymy, że starzenie komórkowe i generowany przez nie przewlekły stan zapalny stanowią przyczynę starzenia się organizmu, to można sobie wyobrazić, że eliminacja starzenia komórkowego może prowadzić przynajmniej do opóźnienia procesu starzenia. Osiągnięcie tego teoretycznie jest możliwe poprzez zapobieganie starzeniu komórkowemu lub/i usuwanie starych komórek, w tym przed wszystkich adipocytów, poprzez odpowiednią dietę i zabiegi chirurgiczne, działanie odpowiednich środków przeciwzapalnych, lub nawet odwracanie procesu starzenia np. komórek mięśni gładkich naczyń. Modele zwierzęce dostarczają przykładów odmładzania metodami innymi niż manipulacje genetyczne. Znane są zawiązki, które przedłużają życie zwierząt modelowych. Są to metformina o sprawdzonym działaniu w leczeniu cukrzycy, resweratrol, który jest aktywatorem sirtuin będących deacetylazami, czy też inhibitor kinazy TOR (ang. *target of rapamycin*). Związki te opóźniają starzenie komórek w hodowli. Duże nadzieje budzi też technika odróżnicowywania komórek somatycznych do stanu embrionalnych komórek macierzystych (ang. *induced Pluripotent Stem cells* – iPS cells). Takie komórki mogłyby zastąpić w organizmie wyczerpującą się na skutek starzenia pulę komórek macierzystych i przyczyniać się do odnowy organizmu. Nie należy jednak zapominać o pozytywnej roli starzenia komórkowego. Starzenie się fibroblastów w organizmie zapobiega zwłóknieniu tkanek oraz pomaga w gojeniu ran. Z drugiej strony, korzyści wynikające z zapobiegania starzeniu komórkowemu, zwłaszcza w stanach patologicznych wieku podeszłego, mogą przeważać jego negatywne skutki.

ESI

B: Alster, Korwek, 2014; Bielak-Zmijewska, Grabowska, Przybylska , 2014; Campisi, d'Adda di Fagagna, 2007; Galluzzi i współprac., 2013; Hayflick, Moorhead, 1961; Korwek, Alster, 2014; Mosieniak, Strzeszewska, 2014; Rodier, Campisi, 2011; Sikora, 2013; Sikora, Bielak-Zmijewska, Mosieniak. 2014; Sikora i współprac., 2011.

O: biologia starzenia się, biologiczne teorie starzenia się, biologiczne uwarunkowania procesu starzenia się, biologiczne wskaźniki starzenia się, starzenie się, telomerowa teoria starzenia się, teoria kumulacji stresów.

S: starzenie się replikacyjne.

TK: ang. *cell senescence/cellular senescence*, fr. *vieillissement cellulaire*, hiszp. *senescencia cellular*, niem. *zellulären Seneszenz/ Zellseneszenz*, ros. *биологическое старение/клеточное старение.*

starzenie się mięśniowo-szkieletowe

W starzejącym się organizmie mamy do czynienia zarówno ze zmniejszaniem się masy mięśniowej, jak i siły mięśni. Spadek masy mięśniowej można wykazać zarówno za pomoca pomiarów antropometrycznych (pomiar obwodu łydki, pomiar obwodu ramienia w połowie jego długości), jak i za pomocą technik obrazowych, takich jak np. DXA (ang. *dual-energy X-ray absorptiometry*), czyli → densytometrii kostnej, która jest jedyną metodą pomiaru gęstości mineralnej kości BMD (ang. *body mineral density*).

Spadek siły mięśni można zdiagnozować mierząc siłę uścisku dłoni, czy też prędkość chodu. W większym stopniu zmiany te dotyczą dużych grup mięśniowych, takich jak prostowniki kolana, co może znacznie wpływać na sprawność ruchową pacjenta (Cruz-Jentoft i współprac., 2010). Zmniejsza się i liczba, i wielkość włókien mięśniowych, szczególnie włókien typu II, szybkokurczliwych. Zmiany te mogą być skutkiem różnorodnych mechanizmów. Z wiekiem dochodzi do akumulacji zmodyfiko-

wanych i niecałkowicie metabolizowanych składników macierzy pozakomórkowej, zwiększa się liczba wiązań krzyżowych w obrębie kolagenu pod wpływem końcowych produktów zaawansowanej glikacji. Zmniejsza się liczba mezenchymalnych komórek macierzystych i zdolność do regeneracji po urazach i uszkodzeniach tkankowych. Obniża się także odpowiedź komórek na stymulacyjny wpływ czynników wzrostu (Loeser, Delbono, 2009). Ważna jest relacja → hormony a starzenie się i ich zmiany w → starości, szczególnie zmniejszenie poziomu hormonu wzrostu.

Na pogorszenie funkcji mięśni ma też wpływ wzrost ilości tkanki tłuszczowej gromadzącej się w → wieku podeszłym wokół włókien mięśniowych (Zamboni, i współprac., 2008). Obserwuje się też zmiany w układzie nerwowym − redukcji ulega liczba i wielkość neuronów motorycznych rdzenia kręgowego, maleje zdolność produkcji przez nie neurotransmiterów i liczba receptorów cholinergicznych. W konsekwencji tych zmian dochodzi do spadku czynnych jednostek nerwowo-mięśniowych (tzw. denerwacja mięśni). Mogą mieć na to wpływ również zmiany zachodzące w naczyniach zaopatrujących tkankę mięśniową.

W procesie → starzenia się dochpdzi do zmian w obrębie tkanki chrzęstnej − jest ona przede wszystkim mniej uwodniona, a zawiera więcej kryształów i zwapnień. Nie zmienia się zawartość w niej proteoglikanów, ale maleje stosunek 4-siarczanu chondroityny do 6-siarczanu chondroityny. Podobnie nie zmienia się zawartość kolagenu, ale jest on sztywniejszy z uwagi na większą ilość wiązań krzyżowych pomiędzy jego cząsteczkami. Można zaobserwować także zmniejszenie zdolności proliferacyjnej chondrocytów i ich mniejszą aktywność metaboliczną, a także większą zawartość w nich reaktywnych form tlenu (RFT lub ROS − ang. *reactive oxygen species*). Zmiany te predysponują osoby starsze do większej częstości występowania → choroby zwyrodnieniowej stawów (Loeser, Delbono, 2009).

Do zmian dochodzi też w układzie kostnym. Na skutek wielu czynników, w tym mniejszej → aktywności fizycznej, zmniejszenia poziomu witaminy D, → zaburzeń gospodarki wapniowej [w starości], oraz zmniejszenia stężenia hormonów, takich jak: hormon wzrostu, androgeny i estrogeny, zmniejsza się gęstość kości, głównie beleczkowatej. U kobiet, w związku ze zmianami hormonalnymi w przebiegu → menopauzy, proces ten jest bardziej zaznaczony i przebiega bardziej gwałtownie niż u mężczyzn. Skutkuje to zwiększonym ryzykiem → osteoporozy i → złamań kości [u osób starszych] (Duque, Troen, 2009).

Liczne → choroby przewlekłe, takie jak: → cukrzyca, niewydolność krążenia czy → choroby neurodegeneracyjne, mogą potęgować zmiany w układzie mięśniowo-szkieletowym. Wynika to bądź z samego wpływu procesów patofizjologicznych jakie mają miejsce w ich przebiegu, bądź też z objawów im towarzyszących (np. dolegliwości bólowych lub duszności ograniczających możliwość poruszania się). Nie bez znaczenia są częste w starości → depresja i zaburzenia nastroju, lub będący następstwem → upadków [w podeszłym wieku] „zespół poupadkowy", doprowadzające do ograniczenia aktywności fizycznej. Powoduje to dalszy spadek masy mięśniowej i kostnej oraz przyczynia się do powstania zaburzeń ruchomości w stawach. Tworzy się w ten sposób mechanizm błędnego koła.

Zmiany w układzie ruchu, do których dochodzi w procesie starzenia się (rys. 1), predysponują zatem do wystąpienia schorzeń przewlekłych układu kostno-stawowego i → wielkich zespołów geriatrycznych, upośledzających funkcjonowanie osób starszych w życiu czodziennym [czyli w → czynnościach życia codziennego], zwiększających ryzyko upadków, złamań i prowadzących do unieruchomienia. Uważa się, że utrata masy mięśniowej wywołana unieruchomieniem w łóżku może wynosić ok. 1,5% dziennie (Moxley, 2000), a zmniejszenie masy kostnej rozpoczyna się już po 30 godz. nieaktywności. Stąd tak ważna jest rola → rehabilitacji i usprawniania pacjentów geriatrycznych, gdyż − jak dowiedziono − ćwiczenia fizyczne mogą powstrzymać − a nawet cofnąć − sarkopenię i zapobiec → niepełnosprawności i/lub niesprawności starszej osoby (Evans, 2002).

AKA, ZBW

B: Cruz-Jentoft i współprac., 2010; Duque, Troen, 2009; Evans, 2002; Loeser, Delbono, 2009; Moxley, 2000; Zamboni i współprac., 2008.

N: Bartuzi, Roman-Liu, 2012 − Internet: archiwum.ciop.pl/…; http:// ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/…

O: aktywność fizyczna, choroby neurodegeneracyjne, cukrzyca, depresja i zaburzenia nastroju, hormony a starzenie się, menopauza, osteoporoza, sarkopenia, skład ciała w starości, starzenie się, upadki, wielkie zespoły geriatryczne, zaburzenia gospodarki wapniowej, złamania u osób starszych.

S: starzenie się układu ruchu.

TK: am. *musculoskeletal aging*, ang. *musculoskeletal ageing*, fr. *musculo-squeletique vieillissement/vieillissement de l'appareil locomoteur*, hiszp. *envejecimient sistema musculoesquelético/ envejecimiento musculoesqueléticos*, niem. *Muskel-Skelett-Alterung/Altern der muskuloskelettales System*, ros. *старение опорно-двигательного аппарата*.

starzenie się układu kostno-szkieletowego

Kość jest tkanką żywą, w której przez całe → życie człowieka toczą się procesy związane z przebudową kości (ang. *remodelling*). Obrót kostny, w warunkach → zdrowia, pozostaje w równowadze przez wiele lat. Dopiero ok. 40. roku życia zaczynają przeważać procesy kościogubne – proces ten ma inne natężenie u kobiet i inne u mężczyzn. W wieku 80 lat u kobiet obserwuje się utratę 40% szczytowej masy kostnej, podczas gdy u mężczyzn utrata ta wynosi około 25% (zob. Niedźwiecki, 2012). Prawdopodobnie jest to związane z czynnikami genetycznymi, czynnikami hormonalnymi i → stylem życia, np. odpowiednia dieta, dostępność i przyswajalność witaminy D, białka i wapnia, → aktywność fizyczna w ciągu całego życia, stosowanie używek. Nie bez znaczenia są również choroby, np. → reumatoidalne zapalenie stawów, nadczynność tarczycy, oraz stosowane leki. Jeżeli w badaniu gęstości mineralnej kości (ang. *body mineral density* – BMD) wynik wynosi poniżej –2,5 , to stan taki określa się jako → osteoporozę, co oznacza, iż u takiej osoby znacząco wzrasta ryzyko złamania. Natomiast jeżeli wynik BMD wynosi od –1 do –2,5, to określa się to jako → osteopenię. Ryzyko złamania nie jest tutaj wysokie. Do określenia ryzyka złamania można skryningowo [w → badaniu przesiewowym] wykorzystać wskaźnik FRAX63.

AMB

B: Niedźwiecki, 2013.

O: densytometria kostna, osteoartroza, osteomalacja, osteopenia, osteoporoza, osteoporoza starcza, starzenie się mięśniowo-szkieletowe.

TK: am. *aging of the skeletal system/aging of supporting-motor system*, ang. *ageing of the skeletal system*, fr. *le vieillissement du système squelettique*, hiszp. *envejecimiento de sistema esquelétiquo*, niem. *Alterung der Skelett-Systems*, ros. *старение опорно-двигательной системы*.

starzenie się układu mięśniowego

Poszczególne mięśnie odpowiadają za wykonywanie ruchów w poszczególnych stawach, a także za utrzymanie napięcia mięśniowego pozwalającego na utrzymanie pozycji statycznych odpowiednich części ciała, np. w pozycji stojącej (stabilność posturalna) lub utrzymanie postawy ciała podczas wykonywania różnych czynności (nakładanie się mobilności, czyli ruchu, na stabilność). Jest to szczególnie ważne podczas wykonywania → czynności życia codziennego, którym towarzyszą zachwiania równowagi. Doherty (2013) uważa, że już od 40. roku życia, rozpoczyna się zanik poszczególnych włókien mięśniowych, w tempie wynoszącym około 1% rocznie biorąc pod uwagę całą masę mięśniową. Istnieją różne teorie związane z procesem atrofii mięśni na skutek procesu → starzenia się. Wśród potencjalnych czynników, które mogą wywołać spadek masy i siły mięśniowej można wyróżnić: → apoptozę, → stres oksydacyjny, stan zapalny, zaburzenia funkcjonowania mitochondriów i in. (Fiatarone i współprac., 1990). Wyniki badań dowodzą, że u osób starszych, nawet po 90 roku życia, jest możliwy przyrost masy mięśniowej, jeśli zastosuje się trening oporowy (zob. Melov i współprac., 2007).

AMB

B: Doherty, 2013; Fiatarone i współprac., 1990; Melov i współprac., 2007.

O: starzenie się, starzenie się mięśniowo-szkieletowe, starzenie się układu kostno-szkieletowego.

S: starzenie się aparatu ruchowego, starzenie się układu kostno-mięśniowego.

TK: am. *aging of the muscular system*, ang. *ageing of the muscular system*, fr. *le vieillissement de l'appareil locomoteur/le vieillissement du système musculaire*, hiszp. *envejecimiento del sistema muscular*, niem. *Alterung der Musculatur*, ros. *старение мышечной системы/старение костно-мышечной системы*.

starzenie się w miejscu – koncepcja Unii Europejskiej

– wywodzący się z jęz. ang. termin *ageing in place* stał się od roku 1980 częścią słownika → geografii starzenia się, czyli geografii gerontologicznej oraz geografii społecznej, i odnosi się do osób starszych pozostających w ich własnym domu lub pozostając w tej samej społeczności. Dla około 90% seniorów, najbardziej rozpowszechnioną formą mieszkania jest pozostanie w swoich domach, dostosowując pomieszczenia do nowych potrzeb, np. w łazienkach, poręcze przy toalecie, prysznicu, wannie, itp. (Colangeli, 2010).

Rekomendowana przez Unię Europejską (UE) idea **starzenia się w miejscu** jest wielokrotnie podejmowana w literaturze wielu dziedzin dotyczącej problematyki osób starszych (*Ageing, housing…*, 2003, Szukalski, 2009, Zrałek, 2012). Projekt ten postuluje pozostanie osób starszych w środowiskach zamieszkania jak najdłużej, bez konieczności przenoszenia się do ośrodków → opieki. Pierwszorzędną rolę pełnią w tej koncepcji: poprawa warunków zamieszkania, projektowanie i wzornictwo (ang. *design*), dostępność usług, które związane są z → mobilnością osób starszych oraz utrzymaniem ich stopnia sprawności, a także wzrostem → jakości życia.

Koncepcja starzenia się w miejscu znacznie różni się od tradycyjnej polityki, gdzie → starzenie się i mieszkalnictwo były zazwyczaj traktowane w kategorii sektorowej, z pominięciem ważnych spraw przestrzennych. Obecnie kraje Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w swojej polityce ukierunkowane są na wszechstronne spojrzenie na zjawisko starzenia się, identyfikowane, jako powiązania pomiędzy mieszkalnictwem, świadczeniem usług i dostępem do obiektów miejskich przystosowanych dla tej grupy społecznej. Uwzględniając ekonomiczne i kulturalne możliwości osób starszych oraz traktowanie ich jako istotnego partnera w społeczeństwie, co wpływa na przekształcenie miasta, w szczególności poprzez integrację systemu usług oraz skrócenie dystansów przestrzennych, przyczyniając się do powstawania bardziej zwartej i gęstej tkanki urbanistycznej w rozwoju przyszłych miast, wspierając tym samym wzrost gospodarczy i odnowę obszarów miejskich (*Ageing, housing*…, 2003).

W koncepcji starzenia się w miejscu zawiera się oprócz idei miasta zwartego (ang. *compact city*, zob. rys. 1), pomysł miasta wrażliwego bądź delikatnego (ang. *gentle city*), czyli miasta dostosowanego do potrzeb słabszych grup społecznych, które zdefiniowane zostało w 2003 na konferencji OECD nt. *Women in the City*. Osoby starsze i niepełnosprawne mają ograniczoną sprawność fizyczną w porównaniu z innymi grupami społecznymi, dlatego miasta muszą być wrażliwe na ich potrzeby. Wrażliwe miasta mogą stać się bardziej atrakcyjne dla wszystkich mieszkańców dzięki szerokiej ofercie różnych typów zabudowy mieszkaniowej oraz zapewnieniu możliwości odpowiedniej opieki dla mieszkańców na każdym etapie ich życia, np. → domy międzypokoleniowe, mieszkania z dochodząca opieką medyczną, mieszkania z usługami, domy spokojnej starości, → mieszkania wspomagane, mieszkania wraz z → opieką pielęgniarską itp., (Strabel, Włodarczyk, 1991). Miasta mogą być bardziej atrakcyjne dla mieszkańców poprzez adaptację środowiska miejskiego na potrzeby osób starszych w wyniku planowania nowych form przestrzennych, np. w postaci placów zabaw dla seniorów, przestrzeni integracyjnych w mieście, także nowych funkcji (specjalne lokalizacje pod usługi skierowane głównie do osób starszych) czy też nowego wzornictwa, przyczyniających się do tworzenia bardziej dostępnej, zintegrowanej przestrzeni miejskiej, przy jednoczesnym poszanowaniu środowiska naturalnego – idee *Design for All* oraz *Universal Design* [*Projektowanie dla wszystkich* oraz *Uniwersalne projektowanie* – przyp. red.].

Koncepcja starzenia się w miejscu wymusza prowadzenie polityki ukierunkowanej na odpowiednie dostosowanie miast dla przyszłych mieszkańców starszej → generacji, przy czym istotne znaczenie ma fakt, że powstawanie miast zwartych oraz wrażliwych na potrzeby mieszkańców przyczynia się do powstania środowiska → życia przyjaznego dla wszystkich mieszkańców, niezależnie od wieku. Ponadto omawiana koncepcj ma bezpośredni wpływ na kształtowanie miast, przyczynia się do określonych działań przestrzennych, do tworzenia zwartej i kompleksowej tkanki miejskiej, czyli miasta zwartego (ang. *compact city*), gdzie większość funkcji zlokalizowanych jest w pobliżu miejsca zamieszkania, bez konieczności tworzenia rozbudowanej infrastruktury.

AML

B: *Ageing, housing*…, 2003; Colangeli, 2010; Kurek, 2008; Jazłowiecka, 2012; Labus, 2012; Szukalski, 2009, Zrałek, 2012.

N: *Checklist of essentials*…, 2014 – Internet: http://www.who.int/ageing…; http://bettercitiesnow…; *Miasta Przyjazne*… – Internet: http://publica.pl/teksty…

O: geografia starzenia się, miasta przyjazne osobom starszym, odnowa miejska w kontekście starzenia się społeczeństwa, starzejące się społeczeństwo.

TK: ang. *ageing in place*, fr. *le villessement en place*, hiszp. *envejecimiento en el lugar*, niem. *Alterung zu Statt*, ros. *старение в месте*.

Rys. 1. Koncepcja miasta zwartego w odniesieniu do starzenia się współczesnego społeczeństwa. Źródło: A. Labus, *Miasto XXI wieku w obliczu starzenia się społeczeństwa*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012, s. 348.

stenokardia

– łac. *stenocardia* – określenie pierwotnie pochodzące z jęz. greckiego: *στενός* [stenos] – wąski, ciasny,

καρδιά [kardia] – serce. Stenokardia zwana jest również dławicą piersiową lub dusznicą bolesną (łac. *angina pectoris*) lub potocznie bólem wieńcowym. Jest to podstawowy objaw → choroby niedokrwiennej serca, a w niej – choroby wieńcowej.

Typowa stenokardia ma trzy charakterystyczne cechy. Przede wszystkim jest ona rozlanym bólem o charakterze ucisku, dławienia, rozpierania, ciężaru, rzadziej pieczenia, zlokalizowanym za mostkiem. Często ból ten promieniuje do gardła, żuchwy, pleców w okolicy międzyłopatkowej, do obydwu ramion lub tylko jednego – najczęściej lewego. Kolejną typową cechą stanokardii jest to, że jej objawy występują najczęściej w czasie wysiłku fizycznego lub → stresu emocjonalnego. Częściej także pojawiają się w godzinach rannych, po wyjściu na zimne powietrze lub spożyciu obfitego posiłku. Trzecią charakterystyczną cechą jest to, że ból ustępuje po zaprzestaniu wysiłku lub po przyjęciu azotanów, np. nitrogliceryny.

Wymienione cechy stały się podstawą klasyfikacji klinicznej bólu w klatce piersiowej wg George'a A. Diamonda (1942–):

- dławica piersiowa typowa (pewna) – obecne wszystkie trzy spośród wyżej wymienionych cechy bólu,
- dławica piersiowa nietypowa (prawdopodobna) – obecne dwie cechy,
- niedławicowy (niewieńcowy) ból w klatce piersiowej.

Inne objawy stenokardii – czyli tak zwane „maski" lub „równoważniki" dławicy piersiowej (objawy mogące sugerować inne schorzenia, a w rzeczywistości będące objawami choroby wieńcowej) – częściej występują u osób starszych i chorujących na → cukrzycę. Należą do nich: duszność wysiłkowa, zmęczenie, ból brzucha czy nudności.

Do oceny nasilenia stenokardii powszechnie używana jest czterostopniowa skala CCS [*Canadian Cardiovascular Society* – Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego]. Skala ta służy do ilościowej oceny progu aktywności fizycznej, przy którym pojawiają się objawy (zob. *Wytyczne ESC…*, 2013):

- Stopień I – obejmuje chorych bez ograniczenia codziennej aktywności; stenokardia występuje u nich jedynie w czasie ciężkich lub gwałtowniejszych wysiłków.
- Stopień II – stenokardia występuje podczas zwykłych czynności, np. przy wchodzeniu pod górę, po przejściu więcej niż 200 m po równym terenie, po wejściu po schodach więcej niż jedno piętro.
- Stopień III – stenokardia znacznie ogranicza zwykłą aktywność pacjentów, np. występuje po przejściu 100–200 m po płaskim terenie lub wejściu na jedno piętro.
- Stopień IV– dławica występuje przy najmniejszym wysiłku, może występować w spoczynku.

MC, ZBW

A: AP.

B: Kurpesa, Krzemińska-Pakuła, 2009; Szczeklik, 2010; *Wytyczne ESC…*, 2013.

N: http://pl.wikipedia.org/wiki/B%C3%B3l…

O: choroba niedokrwienna serca, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego.

S: ból dławicowy, ból w klatce piersiowej, ból wieńcowy, dławica piersiowa, dusznica bolesna.

TK: ang. *angina pectoris*, fr. *sténocardie/l'anginde de poitrine/angor*, hiszp. *la angina de pecho*, niem. *Stenokardie/Angina pectoris*, ros. *стенокардия/грудная ангина/грудная жаба*.

stereotyp wiekowy

– to zbiór uogólnionych przekonań funkcjonujących w danej społeczności, odnoszących się do określonej → grupy wieku. Termin „stereotyp" do socjologii wprowadził w roku 1922 amer. pisarz i dziennikarz Walter Lippman (1889–1974). Obecnie w naukach społecznych termin ten oznacza „zbiór stałych, uproszczonych i nieuprawnionych, zabarwionych wartościująco uogólnień dotyczących pewnej grupy, klasy osób, sytuacji lub instytucji, często opartych na fałszywej lub niepełnej wiedzy, utrwalonych przez tradycję i trudno podlegającym zmianom" (Zych, 2010, s. 169). Stereotyp składa się z trzech elementów: przekonania, emocje negatywne lub pozytywne i zachowania, które implikują kształtowanie się wyobrażenia o jednostkach, grupach społecznych, zjawiskach czy też procesach. Stałość stereotypów powoduje, że są one obecne w życiu społecznym przez wiele lat, zakorzenione w społecznym przeświadczeniu, przez co trudno całkowicie je wyeliminować. Stereotypy mogą przybierać formę niekorzystnych opinii (przeważająca część stereotypów ma wydźwięk negatywny) oraz przekazów wartościujących pozytywnie. W Polsce funkcjonuje wiele, w większości negatywnych, przekonań na temat → starości i → starzenia się. Stereotypy te odnoszą się m.in. do stanu → zdrowia fizycznego, → dobrostanu psychicznego, sytuacji społecznej i/lub sposobu funkcjonowania → seniorów w otoczeniu. Zdaniem Jerzego Piotrowskiego (1907–1983) „społeczny stereotyp człowieka starego jest jedną z przyczyn traktowania starzenia się społeczeństwa jako klęski". Zgodnie z tym stereotypowym wyobrażeniem starość utożsamiana

bywa z czasem bólu, cierpienia, bezsilności, niedołęstwem, utratą sił seksualnych, uzależnieniem od osób trzecich, samotnością, wycofaniem, brakiem perspektyw, biedą, brzydotą, malkontenctwem, staniem w kolejkach do lekarzy, przesiadywaniem w domu przed telewizorem lub przy oknie, nadmierną religijnością, nieumiejętnym przystosowaniem się do zmian technologicznych i społecznych. Zniekształcony obraz panujących realiów z łatwością utrwala się w społecznym odbiorze poprzez środki masowego przekazu. Reklamy, serwisy informacyjne, programy telewizyjne, artykuły prasowe w znacznej większości ukazują problemy zdrowotne, finansowe czy też rodzinne najstarszej → generacji. Senior w społecznej percepcji odbierany jest jako „istota schorowana i niedołężna, niemogąca pracować, pozbawiona środków utrzymania, wymagająca zatem stałej pomocy i pielęgnacji. Zarazem ludzi starych często postrzega się jako społecznie izolowanych i dystansujących się od rodziny, życia społecznego i/lub najbliższej społeczności, wreszcie o osobach starszych powiada się, że są ciężarem dla najbliższych i państwa, jednostkami niezdolnymi do prowadzenia samodzielnego i sensownego życia" (Zych, 2010, s. 169).

Mimo że świadomość na temat → aktywnego starzenia się i aktywnej starości wzrasta, to przeobrażenia społeczne i dominujące nurty kulturowe prezentują starość w sposób negatywny. Zdaniem współczesnych gerontologów, negatywny stereotyp starości można zaprezentować następująco:

- starość nie jest okresem rozwojowym, lecz czasem regresu;
- starsi pracownicy nie są wydajni, ciężko adaptują się do zachodzących zmian w technologii, czy tez zmieniających się wymogów rynku pracy (Szukalski, b.r., – Internet: http://dspace.uni.lodz…).

Na negatywne postrzeganie starości wpływa wiele czynników, do których m.in. należą: braki w szeroko rozumianej edukacji społeczeństwa, uwarunkowania historyczne, opiniotwórcza rola środków masowego komunikowania, kult młodości i/lub ograniczony profesjonalizm osób wspomagających ludzi starych, takich jak: lekarze, pielęgniarki, psychologowie i → pracownicy socjalni (Czekanowski, 2012, s. 144–158).

Rozpowszechnianie się negatywnych stereotypów może przyczyniać się do → ageizmu i dyskryminacji, jak również do → dyskryminacji społecznej i → dyskryminacji z powodu wieku (zob. ilustr. 1). Badacze zajmujący się tematyką stereotypów uważają, że terminy „stereotyp", „dyskryminacja", „uprzedzenie" powinno traktować się jako synonimy (Gulin, 2013, s. 100–101).

Mimo że znacząca część stereotypów ma wydźwięk negatywny, to polscy badacze wskazują również na pozytywne obrazy starości i ludzi starszych, które dość mocno utrwalone są w świadomości Polaków. Wśród dodatnio wartościujących stereotypów można wymienić: dobroć, spokój, uczciwość, → mądrość życiową ludzi starszych. Przekonań pozytywnych o starości jest zdecydowanie mniej niż tych negatywnych. Afirmacja starości odbywa się poprzez postrzeganie osób starszych jako sędziwych mędrców, dobrych dziadków, którzy chętnie spędzają czas z wnukami, dzieląc się doświadczeniem, są wyrozumiali, uśmiechnięci, opowiadający bajki siedząc w bujanym fotelu (stereotyp „wzorowego dziadka" i „wspaniałej babci"). W takiej pojmowaniu starość kojarzy się z czasem ciepła, spokoju, rodzinnej sielanki. Stereotypy zarówno negatywne, jak i pozytywne, mogą wywierać znaczący wpływ na postrzeganie starości oraz ludzi starszych. Postawy młodszych generacji wobec najstarszego pokolenia zależne są od przyswojonych obrazów starzenia i ludzi starszych. Należy dodać, że bardzo silne zakorzenienie, negatywnych stereotypów, może prowadzić do sytuacji, w której to jednostki kształtują postawy tożsame z pejoratywnymi opiniami na temat określonej grupy wiekowej.

KB

B: Czekanowski, 2012; Gulin, 2013; Piotrowski, 1973, Szukalski, 2012; Zych, 2010.
N: Szukalski, b.r., – Internet: http://dspace.uni.lodz…
O: ateizm i dyskryminacja, dyskryminacja społeczna, dyskryminacja z powodu wieku, medialny obraz starości i osób starszych, stereotypy starzenia się, starości i osób starszych.
TK: ang. *the stereotype of age*/*age stereotype*/*age-based stereotype*, fr. *le stereotype de l'âge*, hiszp. el esterotipo de edad, niem. *Altersstereotype*/*Stereotype zu Alter*/*Altersklischees*, ros. *стереотип возраста*.

stereotypy starzenia się, starości i ludzi starych

Stereotypy – służą orientacji w otoczeniu społecznym – *t*o schematy reprezentujące grupę lub rodzaj osób wyodrębnionych ze względu na łatwo zauważalną cechę (np. wiek) określającą ich społeczną tożsamość. Schemat taki jest zwykle nadmiernie uproszczony, uogólniony, niepodatny na zmiany oraz społecznie podzielany (Wojciszke, 2006, s. 68).

Stereotyp tworzy się na podstawie jednostkowych doświadczeń, które następnie zostają uogólnione w sposób nieuprawniony na całą zbiorowość i na każdego

jej członka z osobna. Szczególne niebezpieczeństwo stereotypów bierze się z implikowania wyraźnie negatywnej oceny opisywanej grupy, zwłaszcza gdy traktują takie negatywne cechy jako nieusuwalne i nienaprawialne, bo związane z naturą grupy (Sztompke, 2009, s. 30). Pojęciem pokrewnym jest **uprzedzenie**, czyli negatywny (rzadziej pozytywny) stosunek do kogoś ze względu na jego przynależność do jakiejś grupy. Innym pokrewnym pojęciem jest **dyskryminacja**, która oznacza wrogie i/lub niesprawiedliwe zachowania wobec osób ze stereotypizowanej grupy na podstawie samej tylko przynależności, a nie indywidualnych cech tego człowieka. Wszystkie trzy zjawiska najczęściej współwystępują ze sobą, lecz ich związek jest na tyle słaby, że możne je rozpatrywać oddzielnie, nie utożsamiając ich (Sztompke, 2009, s. 30).

Stereotypy starzenia się, starości i ludzi starych istnieją w życiu społecznym już od starożytności, a ich wydźwięk jest w większości negatywny. We wszystkich trzech kategoriach stereotypizacji podlegają przede wszystkim:

- funkcjonowanie społeczne (interakcje, relacje społeczne, aktywność, praca zawodowa),
- sprawność intelektualna (elastyczność poglądów, zdolność uczenia się, modyfikacji zachowań i postaw, rozwój mentalny),
- uroda i → zdrowie (wizerunek fizyczny względem współczesnego kanonu piękna i sprawności).

→ Starzenie się to w powszechnej, stereotypowej, opinii proces kojarzony z zanikaniem, → inwolucją umiejętności, wiedzy, aktywności oraz atrakcyjności. To proces, podczas którego doświadcza się sytuacji „bycia za starym" na różnego rodzaju działania i role, a ich zakres systematycznie się poszerza. „Bycie za starym" oznacza, że tożsamość wiekowa człowieka – stan będący ważną cechą – jest deprecjonowana (Zebrowitz, Montepare, 2008, s. 307–308). Funkcjonowaniu stereotypu → starości sprzyja społeczny stosunek do niej – oczekiwanie od ludzi w tej fazie określonego → stylu życia. Ważny jest tu stopień identyfikacji z rolą człowieka starego – rolą, którą narzuca → seniorowi jego otoczenie za pomocą opinii w rodzaju: „to nie wypada w twoim wieku", „co ludzie pomyślą", „jesteś już za stary, zostaw to młodym".

Starość jako faza → życia i zjawisko społeczne przeciwstawiana jest wyraźnie młodości, a biegunowość tych zjawisk skutkuje antagonizmami w większości sfer życia społecznego. Utrwalony, najczęściej niekorzystny, wizerunek starości i ludzi starych funkcjonujący w społeczeństwie, implikowany → gerontofobią, stał się kwestią na tyle znaczącą, że opisane zostało pojęcie → ageizmu i dyskryminacji (ze względu na wiek) przez analogię do rasizmu (zob. Fennell, Philipson, Evers, 1988).

Tradycyjne pojmowanie ról społecznych osób starszych oraz wysoka wartość przypisywana pracy zawodowej kreują wizerunek starości jako fazy życia pozbawionej zalet, a człowieka starszego jako osoby bezużytecznej, biernej, zależnej od innych. W stereotypowym odbiorze starości – co istotne i charakterystyczne dla funkcjonowania stereotypu – nie uwzględniany jest heterogeniczny charakter starości, wieloznaczność jej ujmowania. Starość bowiem w przypadku każdego człowieka ma odmienne cechy, inaczej przebiega i różni się postawami oraz sposobem jej spędzania, na co wpływ ma przede wszystkim biografia (doświadczenia, przeżycia i środowisko) człowieka. Indywidualny charakter starości to cecha zupełnie pomijana w stereotypizacji tego zjawiska.

Współcześnie, kiedy dominuje kult młodości, urody i sukcesu, starość pojmowana jest jako przeciwieństwo pożądanych społecznie cech. Ze względu na swój mniej korzystny wygląd (np. siwe włosy, zmarszczki, mniej pewną → motoryczność), rolę biorcy (→ emerytura) i konsumenta → czasu wolnego (brak stałych i „obowiązkowych" zajęć) osoby starsze postrzegane są jako „inne" – odstające, mniej sprawne, mniej pożyteczne, jednym słowem – gorsze. Przeradza się to w stereotypowe określanie seniorów jako biernych, samotnych, nieatrakcyjnych, niesprawnych, uciążliwych w kontakcie, wymagających → opieki. Ludzie po przekroczeniu określonego progu wiekowego (60–70 lat) traktowani są jako nie w pełni wydolni fizycznie i intelektualnie, a przez to mniej elastyczni w przystosowaniu się do zmian. W powszechnym przekonaniu należy zatem odsunąć ich na margines życia społecznego, by nie przeszkadzali i nie zajmowali miejsca młodszym. W tym kontekście stereotyp ludzi starych, jaki jest rozpowszechniany w społeczeństwie, można traktować jako samospełniające się proroctwo: zawężane są w społecznym uznaniu role seniorów do ról rodzinnych (najczęściej babci, dziadka), wskazywane jako najodpowiedniejsze dla emerytów. Oni zaś chętnie je przyjmują i czują się w nich najbezpieczniej, gdyż odpowiada to społecznemu oczekiwaniu i wizerunkowi „pożytecznego" seniora. Taki stereotyp jednocześnie staje się podstawą do społecznych zarzutów braku szerszej użyteczności oraz bierności w sprawach zawodowych i społecznych, gdzie z kolei dyskredytowani są jako „zbyt starzy".

Błędne koło stereotypizacji wiąże się także z ambiwalentnym charakterem stereotypu starości.

Społeczeństwo przypisuje co prawda ludziom starszym takie atrybuty, jak: wiedza, → mądrość życiowa, cierpliwość, doświadczenie, ale nie jest skłonne przyznawać seniorom uprzywilejowanych miejsc w swoim gronie, a raczej wypiera ich istnienie kierując się kultem młodości i przyjętymi kanonami piękna. Nie różnicujemy członków subpopulacji seniorów na zdrowych, aktywnych, samodzielnych, niezależnych i tych biernych, czy schorowanych. Wszystkim jednakowo przyczepiamy etykietkę starych, czyli: chorych, biernych, zależnych, samotnych, wymagających → opieki i pomocy.

Stereotypowe przekonania o ludziach starych niosą przesłanie, że niczego się już oni nie nauczą, nie zmodyfikują swoich zachowań, przez co są nieodpowiednimi osobami w obszarze działań społecznych, w tym np. w pracy zawodowej. Stereotyp ten jest negatywny, ponieważ podkreśla braki i gorszą pozycję społeczną seniorów w porównaniu z innymi grupami demograficznymi, a obraz, jaki się z nich wyłania określany jest najczęściej przez niesprawność fizyczną, poznawczą i interpersonalną (Zebrowitz, Montepare, 2008, s. 311–312). Z wizerunkiem seniora kojarzymy również dewocję, poglądy konserwatywne oraz zacofanie, niechęć do nowoczesności i zmian (Bąk, 2006, s. 255–261 – zob. ilustr. 1). Członków tej grupy umiejscawiamy w kościołach i wspólnotach religijnych. Aktywność w tych strukturach spotyka się z krytyką młodszej części społeczeństwa, piętnującej paradoksalnie te cechy, które stereotypowo i chętnie przypisuje osobom starszym (dewocja, nietolerancja, hipokryzja, zamknięcie na nowości).

Stereotyp osób starych oparty jest zatem o oczekiwania społeczne wobec tej → grupy [wieku]. Dotyczą one najczęściej stylu życia, ról społecznych, jakie seniorzy powinni w opinii społecznej pełnić oraz wymagań co do sposobu zachowania się i aktywności. Oczekujemy od ludzi starszych odpowiedniego zachowania: statecznego, zgodnego z tzw. obyczajem. Stąd istnieją obszary aktywności i rodzaje zachowań niemal wyłączone w swojej dostępności dla seniorów. Za nieodpowiednie aktywności i zachowania uznaje się m.in. aktywność rozrywkową, np. w klubach muzycznych, kawiarniach, pubach, na koncertach i imprezach tanecznych, sporty ekstremalne i wyczynowe, konkurowanie z młodszymi w dziedzinach uznawanych za domenę młodych (oprócz sportów także rywalizację w umiejętnościach artystycznych, zawodowych), wchodzenie w związki partnerskie, aktywność seksualną, a także towarzyską rozumianą jako regularne spotkania w celu rozrywki. Natomiast zaangażowanie, jakie spotyka się z akceptacją, to przede wszystkim aktywność religijna, rodzinna i domocentryczna oraz hobbystyczna – najczęściej uprawianie działki, wędkowanie, majsterkowanie w zaciszu domowym.

W naszym kręgu kulturowym bowiem, nie było do tej pory zjawiska rozwoju ludzi starszych, realizacji ich indywidualnych potrzeb, spełniania marzeń. Patrzymy na ludzi przez pryzmat ich użyteczności, dlatego skłonni jesteśmy akceptować pracę zawodową – przynoszącą dochód, ale rzadziej pracę społeczną – przynoszącą „jedynie" satysfakcję. Z tego powodu również w sferze działań kulturalnych i kulturotwórczych, animacyjnych ludzie starsi występują rzadko. Brak społecznej akceptacji dla szerokiej aktywności seniorów wyzwala zjawisko autostereotypizacji, czyli w tym przypadku utożsamianie się z stereotypizowaną grupą i zgodę na przypisywane jej atrybuty. Seniorzy uznają siebie za „za starych" na pracę i naukę, „nieodpowiednich" do aktywności społecznej i przyjmują postawę opisywaną przez stereotyp osoby w tym wieku.

Nośnikiem stereotypów jest język, jako wspólny kulturowo kod i w jego codziennej, potocznej wersji posługujemy się takimi określeniami, jak: ramol, dziad, wapniak, zgred, wiedźma, stara baba, podkreślającymi negatywny ładunek emocjonalny zawarty w społecznym wizerunku seniorów.

Mimo że stereotyp starości jako schyłkowej fazy życia jest zasadniczo negatywny, pojawiają się pozytywne aspekty ujmowania tego okresu życia, głównie w kontekście wolności od obowiązków i dużej ilości czasu wolnego. Ten wymiar starości jednak jest przysłaniany przez opinię okresu nudnego, pozbawionego radości czy pozytywnych emocji, braku sił i chęci do angażowania się oraz zdominowanego chorobami.

Ze względu na swoją powszechność, stereotypy stają się podstawą budowania mitów, w tym także mitów na temat starości. Badania wyróżniły siedem funkcjonujących w społeczeństwie tego rodzaju mitów (zob. Zych, 1999, s. 139): opuszczenia i osamotnienia, pogłębiania się postaw i poglądów konserwatywnych, utraty możliwości osiągnięć, pogarszania się stanu zdrowia, utraty umiejętności podejmowania trafnych decyzji i rozwiązywania problemów, zahamowania możliwości rozwojowych oraz aseksualności. Mity te są w znacznej mierze odzwierciedleniem oczekiwań i wyobrażeń społeczeństwa wobec starości. Społeczeństwo bowiem narzuca ludziom w → wieku podeszłym swój własny sposób myślenia o starości, a zawarty w stereotypie model starości każe traktować jako obowiązujący. Unifikuje wzorce zachowania i normy wbrew temu,

że nie ma jednolitego typu człowieka starego. Taki powierzchowny sposób postrzegania starości przejawia się w sprowadzaniu jej do dwóch rodzajów stereotypów: negatywnego i pozytywnego.

Negatywny prezentuje seniora jako zaniedbanego, zgorzkniałego i zamkniętego w sobie człowieka odrzuconego przez najbliższych, nieufnego, żyjącego z upokarzająco niskiej emerytury, klienta pomocy społecznej i służby zdrowia. Pozytywny zaś to sielankowy wizerunek radosnego emeryta na rowerze z telewizyjnych reklam, beztroskiego dziadka w otoczeniu gromadki wnucząt, dobrotliwego hojnego seniora celebrującego rodzinne uroczystości.

Badania przeprowadzone przez Daniela F. Schmidta i Susan M. Boland (1986, s. 255–260) wśród amerykańskich studentów natomiast pozwoliły wyodrębnić trzy grupy pozytywnych stereotypów – portretów seniorów oraz osiem grup negatywnych wzorców osobowych (zob. Zych, 1989, s. 5–7, Szarota, 1998, s. 28–30).

Do pierwszej z grup należą:

- „Wzorowy dziadek" – mądry, wyrozumiały, zadowolony, potrzebny, zdrowy, aktywny, korzystający z życia, rodzinny, odważny, otwarty, pomocny;
- „Mędrzec" – interesujący, inteligentny, skoncentrowany na ważnych zadaniach, snujący plany na przyszłość, znający historię, kochający;
- „Liberalna głowa → rodziny" – dojrzały emocjonalnie i społecznie, przewodzący życiu rodzinnemu, podejmujący problemy rodziny.

Negatywnymi portretami zaś są:

- człowiek słaby – zapominający, powolny, seksualnie bierny;
- człowiek bezbronny – biedny, bojaźliwy, żyjący skromnie, ofiara oszustw;
- człowiek osamotniony – nieufny, żyjący przeszłością, zacofany, dający się łatwo wyprowadzić z równowagi;
- człowiek niezaangażowany – chory, uzależniony od rodziny, niezaradny, powolny, wymagający opieki, niezdolny do pracy;
- wścibski sąsiad – plotkarz, skąpy, chciwy, oschły, snobistyczny, naiwny;
- człowiek zniechęcony – nieszczęśliwy, oczekujący na → śmierć, hipochondryk, budzący współczucie, małoaktywny, nudny;
- żebrak i włóczęga – będący ciężarem dla społeczeństwa, pozbawiony uczuć;
- złośliwiec i sknera – zgorzkniały, ponury, egotyk, niezdolny do wchodzenia w wartościowe interakcje.

Pozytywne stereotypy osób starszych oparte są na cechach, będących wyidealizowanym wizerunkiem seniora, czyli takich jak: uprzejmy, pogodny, godny zaufania, o wysokim statusie społecznym, szanowany autorytet o pozytywnym nastawieniu do własnego wieku i otoczenia. Negatywny zaś, to przeciwieństwo tego wizerunku, powodujące chęć unikania wszelkich kontaktów ze strony innych ludzi. Pozytywnym odbiorem w społeczeństwie cieszą się kobiety postrzegane jako „opiekuńcze babcie" lub mężczyźni oceniani jako „dystyngowani nestorzy".

W amerykańskich badaniach na temat stereotypów związanych z wiekiem realizowanych w trzech populacjach wiekowych – osób młodych, dorosłych i starszych, wyróżniono następujące zakresy funkcjonowania, w których osoby starsze uznawane były za najniżej usytuowane (zob. Zebrowitz, Montepare, 2008, s. 313–315):

- autonomiczność (posiadana niezależność),
- instrumentalność (możliwość osiągnięcia zakładanego celu),
- protekcjonalizm (traktowanie „z góry", z lekceważeniem),

oraz sfery, w których seniorzy byli najgorzej traktowani przez przedstawicieli pozostałych populacji lub profesjonalne służby w przypadkach wymagających takiego samego postępowania fachowego:

- zdrowie – mniej ujmujący sposób rozmowy, mniej wnikliwe prowadzenie badań lekarskich,
- opieka – bardziej protekcjonalny ton w komunikacji personelu z seniorami,
- ocena psychiatryczna – rzadsze kierowanie seniorów, niż osób młodszych,
- praca – niechętne, dyskryminujące podejście pracodawców i młodszych współpracowników,
- media – nieobecność lub tendencyjne prezentowanie (fizycznej, poznawczej i seksualnej bezradności).

Stereotypowe podejście do osób starszych przejawia się w protekcjonalnym sposobie komunikowania się z nimi, zwłaszcza w sytuacji zależności wykazywanej bądź domniemanej (np. w szpitalu, → domu opieki, w oczekiwaniu na pomoc i/lub poradę). Wówczas następuje rozróżnianie pomiędzy seniorami w typie „przygnębiony" w przeciwieństwie do pozytywnego stereotypu „złotego wieku" (por. Zebrowitz, Montepare, 2008, s. 320).

Protekcjonalny sposób zawracania się, a także → mowa starcza [*elderspeak* – styl wypowiedzi przeznaczony dla młodszych w komunikacji ze starszymi rozmówcami, polegający na budowaniu krótkich zdań, używaniu prostego słownictwa, powtórzeń i niepełnych wypowiedzi] i/lub tzw. *babytalk* (wypowiadanie słów i budowanie zwrotów w sposób charakterystyczny dla

komunikacji z małym dzieckiem) jest wyraźnym odzwierciedleniem działania negatywnego stereotypu osób starszych i starości w interakcjach.

Innym negatywnym zwyczajem jest zwracanie się do starszych pensjonariuszy domów opieki po imieniu, *per ty*. Ten pozornie przyjazny sposób komunikacji w istocie pojawia się w instytucjach opieki w relacjach opartych na (umownej) dominacji bądź zależności jednej ze stron. Naganną formą tego rodzaju komunikacji jest zwracanie się do osób starszych: „dziadek", „babcia", co miewa miejsce także w urzędach i ośrodkach zdrowia. Tego rodzaju zwroty mogą być efektem działania pozytywnego stereotypu osób starszych, lecz jednak przede wszystkim są dowodem na brak profesjonalizmu oraz deprecjonujące podejście zawarte w treści stereotypu.

Nadto ważną kwestią w stereotypizacji jest bardziej negatywna ocena pozycji starszych kobiet, zwana podwójnym standardem starzenia się, niż starszych mężczyzn – ze względu na obniżenie bardziej społecznie cenionej ich fizycznej atrakcyjności (por. Zebrowitz, Montepare, 2008, s. 319). Podwójne standardy starzenia się dotyczą także spraw obyczajowych: starsi mężczyźni żeniący się z młodymi kobietami są mniej negatywnie oceniani przez otoczenie, niż starsze kobiety wiążące się z młodszymi mężczyznami. [Termin podwójnych standardów starzenia się wprowadziła w 1972 amer. pisarka Susan Sontag (1933–2004) – przyp. aut.]. Podobnie mężczyzna częściej cieszy się uznaniem, kiedy urodzi się mu dziecko w późnym wieku, niż kobieta, która później, niż to zwyczajowo się przyjęło, zostaje matką (co coraz częściej możliwe jest dzięki technologii płodności).

Zagrożeniem mogą stać się stereotypy zarówno negatywne, jak i pozytywne. Negatywne mogą powodować izolację i brak indywidualnego podejścia do seniorów, a pozytywne idealizację i brak trafnego rozpoznawania ich zmieniających się potrzeb. Dominowanie stereotypów negatywnych, ale także występowanie silnych stereotypów pozytywnych zniekształca rzeczywisty obraz starości i osób starszych (Wójcik, Brzezińska, Wilowska-Sienkiewicz, 2012, s. 51 i nast.).

Przyczyną stereotypowego traktowania starości jest nieznajomość tej fazy życia, brak zainteresowania, obawa i strach przed nią (wspomniana już gerontofobia), a takie podejście rodzi się na podstawie społecznego, codziennego traktowania ludzi starszych.

Stereotypy powstają w procesie wychowania dzięki środowiskom biorącym w nich udział (rodzina, media) oraz procesom społecznym towarzyszącym wychowaniu, takim jak: kształtowanie się tożsamości społecznej oraz podleganie mechanizmom kulturowym (zob. Chodkowska, 2011, s. 17–22). W procesie wychowania pierwotny wpływ przypisać należy rodzinie, w której świadomie i nieświadomie przekazywane są normy oraz wzorce, a także informacje o stereotypowym charakterze, na podstawie których dzieci przyswajają schematy myślowe, powtarzają, naśladują. Wraz z rozwojem mowy dziecko opanowuje pojęcia i związane z nimi reakcje emocjonalne o charakterze stereotypowym (Schaff, 1981, s. 120). Stereotypowe wizerunki i sposoby traktowania starości kształtują się nie tylko w procesie przyswajania informacji napływających bezpośrednio od rodziców bądź opiekunów, lecz także poprzez obserwację i uczestniczenie w interakcjach z osobami starszymi w warunkach naturalnych (najbliższe otoczenie), jak i instytucjonalnych (służba zdrowia, instytucje użyteczności publicznej, miejsca publiczne). Stereotypizacja może też być wynikiem nawyku myślowego, spowodowanego brakiem informacji korygujących błędny stereotyp dotyczący starości. Kiedy – wraz z dorastaniem – rozszerza się zakres społecznego uczestnictwa, znaczenie zyskują inne środowiska wychowawcze, w tym media i instytucje edukacyjne. Środki masowego przekazu, zwłaszcza telewizja i codzienna prasa, przekazują często świat w sposób uproszczony i tendencyjny, a zaufanie do tego rodzaju przekazów jest duże i powszechne. Obecność osób starszych w mass mediach jest niewspółmierna do ich liczebności, a prezentowani są najczęściej w stereotypowych rolach związanych z ubóstwem, → chorobą, potrzebą pomocy i opieki, będący na utrzymaniu państwa lub innych ludzi, ofiary przemocy lub oszustw. Takie przekazy są tendencyjne, lecz wyraziste. W kolorowej prasie zdaje się nie być miejsca na wizerunki starszych kobiet, a tego typu przekazy w mediach, które cieszą się dużą popularnością, przyczyniają się do utrwalania stereotypów związanych z wiekiem i utrzymywania odbiorców w przekonaniu, że starość jest czymś złym, przed czym należy się bronić.

W telewizji i prasie powszechnym wizerunkiem są seniorzy jako (negatywni) bohaterowie reklam, których treścią i celem jest wyszydzenie ich słabości, naiwności, bezradności w codziennych lub niecodziennych sytuacjach. Nie ma bodaj lepszego przykładu (antyprzykładu) na niedostosowanie do nowoczesności i nieporadność, jak zalękniony, naiwny staruszek. Choć istnieje rosnąca grupa aktywnych i sprawnych seniorów, jest to dowód na to, jak wiele stereotypów funkcjonuje przez całe lata w niezmienionej formie. Stereotyp człowieka starego jest jednym z tych, które opierają się biegowi lat i zmianom w obyczajowości.

Drugim środowiskiem pełniącym znaczącą rolę w generowaniu stereotypów starości odgrywa system edukacyjny, kiedy posługuje się na przykład podręcznikami zawierającymi typowe przekonania na temat ról i grup społecznych (tradycyjne prezentowanie roli babci i dziadka, bez uwzględnienia różnic indywidualnych czy zmian kulturowych w ich wizerunkach – zob. ilustr. 2). Wizerunek taki może być pozytywny, gdy podkreśla doświadczenie i mądrość życiową osób starszych, którym należy się z tego powodu szacunek i uznanie. Często jest jednak negatywny, gdyż funkcjonuje w sposób nieco zakamuflowany jako obraz osób zmęczonych, słabych lub chorych, wymagających z tego powodu pomocy i opieki.

Edukacja to element przekazu kulturowego, w którym znaczną rolę odgrywa przekaz międzygeneracyjny często kształtujący i utrwalający najsilniej stereotypy, które akceptuje lub popiera (Chodkowska, 2011, s. 20). Przekaz ten wspierany jest przez inne osoby – uczestników przekazu oraz inne środowiska (w tym media), a adaptowane treści są powielane i utrwalane przez powtarzanie, naśladownictwo, uczestnictwo oraz współtworzenie wydarzeń, treści i postaw. Znaczący jest fakt, że tworząc i powielając stereotypy, uznanymi stają się zawarte w nich normy społeczne. To znaczy, że ludzie zgadzają się postępować według takich wzorów, a stereotyp ma ich dodatkowo utwierdzać w słuszności postępowania. Stereotypizacja tego rodzaju oznacza zatem konformizm względem norm społecznych (Chodkowska, 2011, s. 20).

Efektem zarówno wychowania w rodzinie, jak i w innych środowiskach, może być sztywność, którą można tłumaczyć jako niezmienność, przejawiającą się w korzystaniu ze starych reguł i nieuwzględnianie nowych warunków sytuacyjnych. Oznacza to sztywny sposób myślenia, niezmienność przekonań oraz zachowań, które przekładają się na postrzeganie osób starszych oraz na bezpośrednie z nimi relacje. Przyczyną pojawienia się sztywności są ograniczone możliwości poznawcze i emocjonalne, słaba motywacja do zrozumienia i modyfikowania swoich postaw i przekonań (Wójcik, Brzezińska, Wilowska-Sienkiewicz, 2012).

Skutki generowania i powielania stereotypów starości i ludzi starych są negatywne. Stereotyp – zwłaszcza negatywny – może modelować zachowanie jednostek i grup społecznych wobec ludzi starszych sprawiając, że będzie ono nacechowane niechęcią lub nawet wrogością.

Współcześnie, gdy panuje kult zdrowia, młodości i tężyzny fizycznej, z reklam, filmów i czasopism wyzierają wizerunki „pięknych i wiecznie młodych", nie ma miejsca na akceptowanie starych, schorowanych i brzydkich. Subpopulacja ludzi starych łatwo staje się obiektem społecznego naznaczania (stygmatyzacji), a funkcjonujący społecznie stereotyp człowieka starego jest jedną z przyczyn świadomościowej dewaluacji starości, traktowania zjawiska starzenia się jako klęski – zarówno w społecznym, jak i indywidualnym wymiarze.

Konsekwencją stereotypizacji osób starych może być – wspominane już – samospełniające się proroctwo, czyli przybranie takiej postawy lub zaistnienie zjawiska, na które powołujemy się w stereotypie. Jeśli uznajemy osoby starsze za nieodpowiednie do pracy ze względu na ich wiek i związane z nim przestarzałe poglądy, nieaktualną wiedzę, to nie będziemy zatrudniać osób starszych i wówczas rzeczywiście będą oni pozostawali bez pracy potwierdzając niejako stereotyp, że nie się do niej nie nadają. Wówczas też seniorzy będą izolowani od życia społecznego, będą samotni i ubożsi, co potwierdzać będzie stereotypową opinię o nich jako biernych, samotnych i ubogich.

Innym skutkiem stereotypizacji jest dystans społeczny, który powoduje, że nie chcemy pracować w osobami starszymi, nie chcemy być z nimi w grupie, mieszkać obok nich, co sprzyja ich segregacji, dyskryminacji, a w dalszej perspektywie także → ekskluzji społecznej osób starszych. A odsunięte od możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym przejawiają większe trudności w pogodzeniu się z nową sytuacją, z → adaptacją do starości.

Taki jednostronny, negatywny obraz osoby starszej może zniechęcać młodych do wchodzenia w bliższe relacje z osobami w podeszłym wieku, skutkiem czego młodzi i starzy izolują się wzajemnie, traktują się jako wrogie i/lub obce sobie grupy, co utrudnia, a nawet uniemożliwia komunikację i wzajemne uczenie się. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest powstanie pułapki społecznej, w której coraz trudniejsze staje się przełamywanie stereotypu.

JKW

B: Bąk, 2006; Chodkowska, 2011; Coni, Davison, Webster, 1994; Fennell, Philipson, Evers, 1988; Schaff, 1981; Schmidt, Boland, 1986; Sontag, 1979; Szarota, 1998; Sztompke, 2009; Wojciszke, 2006; Wójcik, Brzezińska, Wilowska-Sienkiewicz, 2012; Zebrowitz, Montepare, 2008; Zych, 1989, 1999.

N: Lorek, Wollman, 2014 – Internet: http://bi.gazeta.pl/im…

O: społeczny obraz starości, starość, starzenie się, stereotyp wiekowy.

TK: am. *stereotypes of aging, old age and elderly people*, ang. *stereotypes of aging, old age and elderly people*, fr. *stereotypes*

de la vieillissement, viellesse et des personnes âgées, hiszp. *los estereotipos del envejecimiento, vejez y de las personas mayores*, niem. *Stereotypen des Altern, Alter und alter Menschen*, ros. *стереотипы старения, старости и пожилых людей*.

stomatologia geriatryczna (gerostomatologia) jest interdyscyplinarnym działem medycyny obejmującym wiedzę z zakresu: 1) specjalności stomatologicznych, przede wszystkim stomatologii zachowawczej z endodoncją, periodontologii, protetyki i ortodoncji; 2) nauk medycznych – → geriatrii, → gerontologii, oraz 3) nauk humanistycznych – etyki, psychologii i socjologii (Buczkowska-Radlińska, 2014). Zasadniczą problematyką w stomatologii geriatrycznej są potrzeby lecznicze, rehabilitacyjne a zwłaszcza działania profilaktyczne u osób które przekroczyły 45. rok życia, czyli weszły – w świetle definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – w okres → starzenia się organizmu.

Zmniejszenie przyrostu naturalnego, zwłaszcza w krajach wysoko cywilizowanych oraz wydłużenie → życia przyczyniają się do zwiększenia subpopulacji w mocno zaawansowanym wieku. Ogólnoświatowe prognozy demograficzne wskazują, że w roku 2050 liczba osób powyżej 65. r.ż. będzie stanowić co najmniej 20%. W Polsce zaś, w 2030 przewiduje się, że frakcja ta osiągnie ok. 24% (Koczorowski, 2015). Należy podkreślić, że ogólny stan → zdrowia i → jakość życia osób starszych znajdują swoje odzwierciedlenie w stanie jamy ustnej (Buczkowska-Radlińska, 2014, Knychalska-Karwan, 1992).

Zarówno wiek, jak i przewlekłe choroby, upośledzają sprawność ruchową, co przekłada się na zmniejszenie dbałości o higienę jamy ustnej, co może doprowadzić do szybkiego rozwoju próchnicy oraz → chorób przyzębia, a w konsekwencji utraty zębów. Odsetek pacjentów geriatrycznych z całkowitym bezzębiem oscyluje w granicach 50%, przy czym należy zauważyć, że stan ten występuje dwukrotnie częściej u pensjonariuszy → domów pomocy społecznej niż u → seniorów pozostających w domach rodzinnych (Barczak i współprac., 2010). Uzasadnieniem tego faktu jest prawdopodobnie zróżnicowany poziom świadomości seniorów dotyczącej możliwości oraz metod leczenia a także ograniczona dostępność pensjonariuszy domów pomocy społecznej do opieki stomatologicznej. Wg Zofii Knychalskiej-Karwan (1992), potrzeby stomatologiczne osób starszych są ogromne, zwłaszcza w zakresie leczenie zachowawczego, protetycznego i periodontologicznego. Wynika to przede wszystkim ze znacznych zaniedbań higienicznych oraz długoczasowego użytkowania ruchomych uzupełnień protetycznych, które traumatyzują tkanki miękkie. Ponadto zbyt długo użytkowane protezy ruchome skutkują przebudową struktur podłoża protetycznego wywołując nieodwracalne zmiany destrukcyjne. Podkreśla się również aspekt psychologiczny gerostomatologii.

Jak zauważył Ryszard Koczorowski (2015): „wraz z wiekiem zmniejsza się zdolność przystosowawcza do zachodzących zmian, a ludzie starsi często wykazują niechęć do wprowadzania wszelkiego rodzaju nowości dotyczących ich życia i nierzadko trudno adaptują się do protez zębowych, szczególnie ruchomych, których retencja i stabilizacja jest mało skuteczna". Właściwe planowanie działań profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych w zakresie narządu żucia wymaga znajomości fizjologicznych procesów związanych z wiekiem. W zakresie wyglądu twarzy – pionowy jej wymiar oraz ciągłość łuków zębowych, w wyniku procesów kompensacyjnych są ustabilizowane do pewnego wieku. U osób starszych zmniejsza się pionowa wysokość twarzy, a zwłaszcza dolny jej odcinek, na skutek postępującego starcia zębów, braków zębowych, zaników w obrębie kości wyrostka zębodołowego oraz mięśni narządu żucia. W zakresie uzębienia, cechami jego starzenia się są zmiana kształtu oraz barwy (zob. Berdzik-Janecka, Dobrzyński, Jawor-Moczulska, 2015). Z wiekiem zęby stają się matowe i ciemnieją przyjmując odcień od żółtego, poprzez szary do zielonobrązowego. Często stwierdza się obecność przebarwień związanych z dietą, paleniem papierosów oraz depozycją w tkankach zmineralizowanych jonów metali, m.in. miedzi, cyny, żelaza czy ołowiu. Cechą charakterystyczną zębów geriatrycznych jest zażółcenie ich korzeni. Z kolei zmiana kształtu zębów wiąże się przede wszystkim z ich zużyciem, osobniczą podatnością oraz nieprawidłowymi nawykami. Nie należy zapominać o fizjologicznym ścieraniu zębów prowadzącym do skrócenia łuków zębowych. Zmiany w zakresie morfologiczno-biochemicznym tkanek twardych zęba związane z wiekiem wpływają na wzrost kruchości oraz podatności na złamania. Procesy degeneracyjne w miazdze zęba powodują obniżenie jej sprawności w odpowiedzi na uraz, podniesienie progu pobudliwości oraz obniżenie wrażliwości. Jednym z objawów starzenia się w zakresie przyzębia jest migracja przyczepu nabłonkowego w kierunku granicy szkliwa i cementu, której towarzyszy poziomy zanik kości wyrostka zębodołowego, prowadząc do obnażenia szyjek zębowych oraz korzeni. U osób starszych następuje redukcja czerwieni wargowej, a także utrata elastyczno-

ści i ścieńczenie błony śluzowej jamy ustnej prowadzące do większej jej podatności na urazy mechaniczne, przy jednoczesnej redukcji zdolności regeneracyjnych i zwiększonej przepuszczalności dla substancji szkodliwych. [Porównanie cech uzębienia w grupach osób młodych i starszych przedstawiamy w tabeli 1 – przyp. aut.]. Innymi cechami starzejącej się błony śluzowej jamy ustnej są zmniejszona zdolność samooczyszczania oraz wzrost zdolności drobnoustrojów i grzybów do jej penetracji i kolonizacji. Wraz z wiekiem włókna mięśniowe aparatu żucia stają się mniej liczne, cienkie oraz zwiotczałe. Papkowata konsystencja pokarmów oraz braki w uzębieniu warunkują mniejszy wysiłek mięśniowy w przebiegu procesów żucia. Występuje obniżenie siły mięśniowej a także objawy „zmęczenia mięśni żucia". Zmiany morfologiczne zachodzące z biegiem czasu w gruczołach ślinowych korelują ze zmniejszeniem ich czynności wydzielniczej, czemu towarzyszy obniżenie aktywności enzymatycznej śliny oraz zmniejszenie jej lepkości (Berdzik-Janecka, Dobrzyński, Jaworski 2015). Wysuszenie błony śluzowej sprzyja urazom mechanicznym oraz zakażeniom bakteryjnym i grzybiczym. Obserwowana wraz z wiekiem redukcja kubków smakowych w obrębie błony śluzowej języka przyczynia się do upośledzenia odczucia smaku słodkiego i słonego na korzyść kwaśnego i gorzkiego (Knychalska-Karwan, 1992). U osób starszych, zwłaszcza w przypadku znacznej redukcji uzębienia, dochodzi do zwiększenia rozmiarów oraz motoryki języka, który zasadniczo przejmuje funkcję żucia. W zakresie kości wyrostka zębodołowego szczęk procesy starzenia przebiegają według podobnych praw jak w pozostałej tkance kostnej. Wg Andrzeja Wojtowicza (2007) stomatologia geriatryczna różni się od ogólnej praktyki stomatologicznej w sześciu głównych aspektach: „1) dotyczy subpopulacji powyżej 65. r.ż.; 2) 83% osób w tym wieku cierpi przynajmniej na jedną → chorobę przewlekłą, taką jak np. artroza, → osteoporoza, zaburzenia oddychania, zaburzenia sercowo-naczyniowe, choroby neurologiczne, nowotworowe itp.; 3) wielu starszych ludzi cierpi z powodu utraty słuchu, ograniczenia widzenia, zaburzeń smaku itp.; 4) osoby powyżej 65. r.ż. przyjmują zazwyczaj 5 lub więcej leków dziennie, powodujących często kserostomię, prowadzącą do nasilenia próchnicy, periodontopatii i grzybic.; 5) do zaburzeń somatycznych dochodzą zaburzenia osobowości związane z → otępieniem [demencją], co wymaga rozszerzenia planu leczenia i specjalistycznej → opieki stomatologiczno-medycznej; 6) zaburzenia somatyczne, psychiczne i mentalne mogą komplikować przyjęty przez stomatologa plan leczenia, zwłaszcza gdy uwzględnimy to, że gojenie się tkanek miękkich i zmineralizowanych może być w → wieku podeszłym znacznie utrudnione".

MDOB

B: Barczak i współprac., 2010; Berdzik-Janecka, Dobrzyński, Jawor-Moczulska, 2015; Berdzik-Janecka, Dobrzyński, Jaworski, 2015; Buczkowska-Radlińska, 2014; Knychalska-Karwan, 1992, 1995; Koczorowski, 2015; Wojtowicz, 2007.

S: dentystyka geriatryczna, gerodontologia, gerodoncja, gerodontyka, odontogerontologia, odontologia geriatryczna, stomatologia dla osób starszych

TK: ang. *dental geriatrics/geriatric dentistry/gerodontia/gerodontology/gerodontics*, fr. *dentisterie gériatrique/médecine*

Tabela. 1. Porównanie cech uzębienia w grupach osób młodych i starszych

Zęby młode	Cecha	Zęby geriatryczne
biało-niebieskie, biało-żółte, transparentne	KOLOR/ODCIEŃ	matowy, żółtawy, szary
małe nasycenie	NASYCENIE/*CHROMA*	duże nasycenie
brak lub plamki fluorozowe	PRZEBARWIENIA	liczne, zewnątrz- i wewnątrzpochodne
owalny, trójkątny	KSZTAŁT	skrócenie korony, kwadratowy
obecne mamelony, czyli zaokrąglone wypukłości, które występują na krawędzi siecznej	BRZEG SIECZNY	starty, płaski
falista, mocno zaakcentowane linie wzrostu poziome i pionowe	FAKTURA	wygładzona powierzchnia
brak	PĘKNIĘCIA	Obecne
mocno zaznaczony	EFEKT *HALO* [ubytek kości przepuszczalny dla promieniowania]	brak lub słabo widoczny

Źródło: M. Berdzik-Janecka, M. Dobrzyński, N. Jawor-Moczulska, *Wybrane aspekty estetyki uzębienia u osób starszych*. „Gerontologia Współczesna" 2015, vol. 3 [4].

dentaire gériatrique/odontogérontologie/dentisterie pour les personnes âgées, hiszp. *odontología geriátrica/odontogeriatria*, niem. *Gerostomatologie/Gerodontie/Gerdontologie/Alterszahnheilkunde*, ros. *гериатрическая стоматология/геронтология болезни зубов и их лечение в старческом возрасте*.

gerostomatologia → stomatologia geriatryczna

stopnie wieku (przedziały wieku)

– termin używany głównie w literaturze antropologicznej na oznaczenie uznawanych przez społeczeństwo lub społeczność punktów, przedziałów lub „faz" w → **biegu życia**, społecznie determinowanych w zasadniczy sposób przez **wiek** mogących do nich należeć w określonym przedziale → czasu jednostek. Każdy z tych przedziałów charakteryzuje się pełnieniem właściwych funkcji społecznych i związanymi z nimi przywilejami. Określone → **grupy wieku** przechodzą więc przez kolejne stopnie wieku.

AAZ

B: M. J. S. Gibson, Nusberg, 1985; Zych, 2010.
O: grupy wieku, klasy wieku, struktura wieku.
S: etapy egzystencji, etapy wiekowe, etapy życia.
TK: ang. age grad*es*, fr. *échelon d'âge*, hiszp. *c\etapas de la existencia*, niem. *Altersstufen*, ros. *возрастные этапы*.

przedziały wieku → stopnie wieku

stowarzyszenia osób starszych i na rzecz osób starszych

Organizacje pozarządowe (ang. *non-governmental organizations*) stanowią struktury tzw. trzeciego (społecznego) sektora, lokując się pomiędzy działalnością państwa (sektor publiczny, rządowy) a działalnością rynkową (sektor prywatny). Ich wzrastającą od roku 1989 obecność w społeczeństwie polskim, można rozpatrywać w kategoriach rozwoju samorządności, aktywności obywatelskiej, kapitału społecznego, czy oddolnych tendencji i/lub zdolności samoorganizacyjnych społeczności.

Zgodnie z Ustawą z 24 IV 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, mogą one przybierać różne formy prawne i funkcjonować jako stowarzyszenia, fundacje oraz inne związki czy grupy pozostające niezależnymi w stosunku do państwa (np. komitety społeczne czy koła). Poza wspomnianą niezależnością, która przejawia się w zakładaniu organizacji pozarządowych, jak i kierowaniu nimi, istotą ich funkcjonowania jest prowadzenie działalności niedochodowej, a więc nienastawionej na zysk (Zych, 2010, s. 112).

Jak wynika z Raportu Stowarzyszenia Klon/Jawor, obecnie działa w Polsce ok. 60 tys. organizacji pozarządowych, przy czym formą dominującą pozostają stowarzyszenia (zob. *Podstawowe fakty*…, 2013, s. 6). W świetle Ustawy z 7 IV 1989 r., stowarzyszenie stanowi „dobrowolne, samorządne, trwałe zrzeszenie o celach niezarobkowych". Jako samodzielny podmiot, określa ono własną strukturę organizacyjną, cele, a także programy działania, które realizuje zgodnie z uchwalonymi aktami wewnętrznymi.

Organizacje pozarządowe w Polsce, w tym stowarzyszenia, działają na różnych polach, przy czym często nie jest to wyłącznie jeden, wyraźnie wyodrębniony profil działalności. Zgodnie z metodologią badań Stowarzyszenia Klon/Jawor, wskazać tutaj można na następujące obszary (*Podstawowe fakty*…, 2013, s. 15–16): sport, turystyka, rekreacja, hobby (55%); edukacja i wychowanie (42%); kultura i sztuka (33%); usługi socjalne i → pomoc społeczna (16%); rozwój lokalny (16%) oraz ochrona zdrowia (15%). Ze względu na rozwój struktur społeczeństwa obywatelskiego, organizacje te stają się coraz bardziej znaczącym ogniwem systemu wspomagania osób starszych, szczególnie w wymiarze lokalnym. Najogólniej ujmując, ich rola sprowadza się często do wypełnienia luk czy białych plam na mapie potrzeb → seniorów, których nie są w stanie i/lub nie mogą bądź nie potrafią zaspokoić inne podmioty, w tym → rodzina, instytucje publiczne czy rynkowe.

W literaturze gerontologicznej odnaleźć można propozycje typologizacji organizacji pozarządowych, w tym stowarzyszeń, których działalność odnosi się w różnym zakresie i wymiarze do osób starszych. Przywołując ujęcie Anny Leszczyńskiej-Rejchert (2005, s. 177), warto wskazać na: organizacje wspierające osoby starsze w sferze zdrowotnej (np. pracujące na rzecz osób niepełnosprawnych, chorych, w tym z → chorobą Alzheimera, niesłyszących); organizacje skupiające osoby starsze i działające na ich rzecz (np. zrzeszające kombatantów, emerytów, → uniwersytety trzeciego wieku (UTW), → kluby seniora, sformalizowane grupy o charakterze samopomocowym, wspólnoty kościelne); organizacje koncentrujące się na problemie ubóstwa i samotności seniorów; organizacje wypełniające funkcje świadczeniodawców instytucjonalnych usług opiekuńczych (prowadzące bądź wspie-

rające ośrodki opieki) oraz organizacje popularyzujące wiedzę gerontologiczną (np. → Polskie Towarzystwo Gerontologiczne).

Syntetyczne ujęcie organizacji pozarządowych działających w sferze gerontologicznej, przedstawiła również Paulina Sobiesiak (2011, s. 114), która wyróżniła wśród nich dwie główne grupy: podmioty partycypujące w dostarczaniu usług socjalnych i uzupełniające zadania instytucji publicznej pomocy społecznej, a także organizacje prowadzące działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym, kierujące swoją ofertę o charakterze aktywizującym, edukacyjnym, kulturalnym, głównie czy wyłącznie do osób starszych.

Przyglądając się profilom stowarzyszeń funkcjonujących w Polsce, które w gronie adresatów czy odbiorców swych działań uwzględniają seniorów, można dostrzec ich znaczącą różnorodność, która wynika przede wszystkim z heterogeniczności sytuacji egzystencjalnej ludzi starszych, również w kontekście lokalnym, oraz wynikającej z niej niejednorodności potrzeb osób w → wieku podeszłym. Działalność organizacji pozarządowych, która jak wcześniej wspomniano, stanowi swego rodzaju odpowiedź na te właśnie niezaspokojone potrzeby i oczekiwania, skupia się więc wokół redukcji deficytów socjalnych, zdrowotnych, opiekuńczych i pielęgnacyjnych, wyrównywania braków w sferze potrzeb szeroko rozumianej aktywności, uczestnictwa w życiu społecznym, przynależności, kontaktów społecznych, zarówno w gronie rówieśników, jak i w grupach o charakterze międzypokoleniowym, potrzeb uznania i/lub użyteczności, a także w sferze religijnej czy duchowej. Powyższe spostrzeżenie stanowi dobry punkt wyjścia do podjęcia próby systematyzacji istniejących stowarzyszeń właśnie ze względu na charakter dominującej potrzeby odbiorcy–seniora, którą poprzez swoją działalność organizacja stara się zaspokoić.

Zgodnie z przyjętym kryterium, pierwszą grupę stowarzyszeń stanowią podmioty o charakterze pomocowym, w tym te zaliczane do organizacji wypełniających zadania z obszaru pomocy społecznej. Ich działanie ukierunkowane jest przede wszystkim na zaspokajanie potrzeb socjalno-bytowych, zdrowotnych czy opiekuńczych seniorów będących w niekorzystnej sytuacji życiowej, a więc doświadczających ubóstwa, → choroby w sensie somatycznym bądź psychicznym, → niepełnosprawności, współwystępujących często z problemem samotności oraz braku wsparcia rodzinnego czy sąsiedzkiego. Do omawianej grupy zaliczyć można także rozliczne stowarzyszenia prowadzące ośrodki → wsparcia dziennego oraz instytucje całodobowej → opieki. Warto podkreślić, że ich rola jako świadczeniodawcy zinstytucjonalizowanych usług opiekuńczych rośnie – ponad 1/4 → domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku jest prowadzonych właśnie przez organizacje trzeciego sektora (Sobiesiak, 2011, s. 111). Przykładem organizacji mieszczących się w omawianym obszarze, są dwa ogólnopolskie stowarzyszenia charytatywne o bogatej i długiej tradycji – Polski Czerwony Krzyż (PCK) oraz Polski Komitet Pomocy Społecznej (PKPS). Obie organizacje prowadzą podobne formy działalności doraźnej na rzecz potrzebujących seniorów, m.in. takie jak: pomoc rzeczowa (dostarczanie żywności, w tym ciepłych posiłków, przygotowywanie paczek świątecznych, przekazywanie odzieży, sprzętu gospodarstwa domowego, mebli, artykułów higienicznych, sprzętu rehabilitacyjnego), wsparcie finansowe (ofiarowanie środków pochodzących z organizowanych zbiórek czy darowizn), usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne w domu podopiecznego, → poradnictwo, organizowanie spotkań okolicznościowych dla samotnych (kolacja wigilijna, śniadanie wielkanocne), prowadzenie stołówek, jadłodajni, klubów seniora, ośrodków wsparcia dziennego, placówek opiekuńczych (Chabior, 2008, s. 143).

Drugą grupę stowarzyszeń działających na rzecz osób starszych stanowią podmioty ukierunkowane na sferę pobudzania aktywności seniorów (fizycznej, intelektualnej, społecznej, kulturalnej, edukacyjnej) w ramach twórczej organizacji → czasu wolnego. Odpowiadają one również na potrzebę czynnego udziału w życiu społeczności poprzez uczestnictwo w kulturze, wykonywanie pracy społecznej (wolontariat) czy partycypowanie w podstawowych decyzjach podejmowanych na poziomie lokalnym. Dużą rolę odgrywają w tym wymiarze UTW, które mogą funkcjonować w oparciu o formę prawną stowarzyszenia. UTW ma charakter placówki oświatowej, zaś jego oferta kierowana jest do seniorów niezależnie od ich formalnego wykształcenia. Zgodnie z założeniami programowymi prowadzą one działalność w zakresie edukacji permanentnej, włączania seniorów do systemu kształcenia ustawicznego, popularyzacji wiedzy, w tym gerontologicznej, wdrażania profilaktyki → starzenia się, pobudzania aktywności społecznej, intelektualnej, artystycznej i fizycznej osób zbliżających się do granicy → wieku emerytalnego lub tych, którzy wspomnianą granicę już przekroczyli (Czerniawska, 2000, s. 182). O wielu funkcjach, jakie względem swych słuchaczy spełniają UTW pisze m.in. → Czerniawska (2011, s. 26). Poza rolą edukacyjną, organizacje tego typu dają poczu-

cie przynależności, bycia w grupie, a także stwarzają możliwość budowania lokalnego lobby na rzecz osób starszych. Obecnie UTW przeżywają prawdziwy renesans. Ich popularność rośnie nie tylko w większych miastach, bowiem coraz częściej powstają i funkcjonują również w mniejszych miejscowościach (czasem jako filie UTW wielkomiejskich, często współpracując ściśle z prywatnymi uczelniami ulokowanymi w tych miejscowościach). Optymizmem i nadzieją napawa fakt, że zjawisko to sprzyjać będzie upowszechnianiu pozytywnego wizerunku starości aktywnej, pogodnej, twórczej, a także wspieraniu osób w różnym wieku w zakresie przygotowania do finalnej fazy → życia.

Duże znaczenie dla → pomyślnego starzenia się, w tym utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej i sprawności psychofizycznej, ma prowadzenie zdrowego → stylu życia, a zwłaszcza regularne podejmowanie → aktywności fizycznej. Z tego względu warto uwypuklić rolę organizacji proseniorskich, które za główny cel swojego istnienia uznają właśnie promowanie i praktyczne wdrażanie zasad zdrowego starzenia się. Taką organizacją jest m.in. Stowarzyszenie Kreatywnych Seniorów „Ruch i Zdrowie", działające od 2012 i skupiające obecnie ponad 300 członków. Odpowiada ono za organizowanie rozmaitych form aktywności fizycznej dla osób starszych, np. zajęcia taneczne, nordic walking, rajdy piesze i rowerowe, pływanie, wycieczki, gimnastyka, spływy kajakowe.

Inną ważną funkcją stowarzyszeń osób starszych jest zaspokajanie potrzeby kontaktów społecznych. Taki profil działalności posiadają m.in. kluby seniora, które mogą przybierać formę prawną stowarzyszenia. Ukierunkowują się one zwłaszcza na takie cele, jak: niwelowanie poczucia osamotnienia osób starszych (funkcja kompensacyjna), integrowanie ze społecznością lokalną (funkcja integracyjna), stwarzanie możliwości spędzenia czasu wolnego w sposób twórczy, aktywny, rozwijający. Realizacji tych celów służą proponowane seniorom zajęcia w postaci kół zainteresowań (np. rękodzieła, muzyczne, teatralne, literackie), prelekcje i dyskusje z zaproszonymi gośćmi (np. ludźmi świata nauki, kultury, lekarzami), kursy edukacyjne, zorganizowane formy wypoczynku, rekreacji (np. wycieczki, rajdy, pikniki, wizyty w kinie lub w teatrze, spotkania towarzyskie – okolicznościowe). Należy podkreślić, że są to jedynie wybrane obszary działalności klubów, zaś o jej specyfice i rzeczywistym kształcie decydują samorządnie przynależący do nich członkowie (Szarota, 2004, s. 75, 2010, s. 154).

Specyficzną grupą organizacji seniorów, są stowarzyszenia zaspokajające szczególne poczucie przynależności do danej grupy, oparte na identyfikowaniu się z osobami o podobnych doświadczeniach życiowych, tworzących zręby wspólnej tożsamości. Przykładem mogą być organizacje kombatanckie, jak np. Związek Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych, Stowarzyszenie Żołnierzy Armii Krajowej czy Związek Sybiraków. Profil ich działalności odnosi się do trzech głównych sfer: socjalno-bytowej (np. organizowanie pomocy w różnej formie, w tym w uzyskaniu świadczeń kombatanckich), historycznej (dbanie o trwałość przekazu minionych wydarzeń, troska o miejsca pamięci narodowej) oraz patriotyczno-obywatelskiej (np. krzewienie postaw patriotycznych wśród przedstawicieli młodego pokolenia).

Kolejną z istotnych funkcji, jakie spełniają stowarzyszenia seniorów, jest rzecznictwo interesów tej → grupy wieku, w tym wywieranie nacisku na decydentów, władze lokalne, instytucje, w celu budowania rozwiązań sprzyjających zaspokojeniu potrzeb osób w podeszłym wieku. Na tym polu działa m.in. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, który poprzez koła terenowe podejmuje współpracę z samorządem lokalnym w zakresie kształtowania → polityki senioralnej, w tym rozwiązywania problemów dotykających środowiska seniorskie na danym obszarze.

Kończąc tę systematyzację stowarzyszeń osób i dla osób starszych, warto podkreślić znaczenie organizacji o charakterze kościelnym (religijnym). Jak zauważa Stella Grotowska (2011, s. 243), zaangażowanie w ich działalność, w tym włączanie się seniorów w katolicki ruch dobroczynności „jest źródłem więzi społecznej, która obejmuje najbliższe środowisko, i poczucia więzi ze współwyznawcami w dalekich krajach oraz ubogimi w najbliższym otoczeniu".

Ruch stowarzyszeniowy w Polsce nie jest wolny od → barier w zakresie funkcjonowania. Trudności stowarzyszeń działających na rzecz osób starszych odnieść można do ogólnych problemów, na jakie napotykają również inne organizacje pozarządowe. Do głównych kwestii należą: kłopoty z pozyskaniem środków (finansowych, rzeczowych); skomplikowane procedury związane z korzystaniem z grantów; biurokracja administracji publicznej utrudniająca współpracę z sektorem państwowym; i nikłe zainteresowanie bądź ograniczone możliwości angażowania się w bezinteresowne działania na rzecz innych (*Podstawowe fakty*…, 2013, s. 20). Ten ostatni czynnik wydaje się mieć szczególne znaczenie w przypadku stowarzyszeń osób w podeszłym wieku. Ogólnopolskie → badania gerontologiczne pokazują, że aktywność społeczna w ob-

rębie pokolenia obecnych seniorów (mierzona m. in. wskaźnikiem przynależności do rozmaitych organizacji i dobrowolnych ugrupowań) przybiera raczej niewielkie rozmiary. Niemniej jednak wydaje się, że sytuacja ta będzie stopniowo ulegać zmianie. Działalności prospołecznej, w tym angażowaniu się w pracę stowarzyszeń seniorskich, sprzyjać będzie zwiększenie świadomości kolejnych pokoleń osób starszych (coraz lepiej wykształconych, bardziej sprawnych, dłużej aktywnych) w zakresie potrzeb wykraczających poza sferę podstawowych, a także umiejętność skuteczniejszej artykulacji oczekiwań związanych z koniecznością ich zaspokojenia.

Raport z badań trzeciego sektora prowadzonych przez Stowarzyszenie Klon/Jawor już w tej chwili wskazuje, że w skali kraju wzrasta rola organizacji pozarządowych działających w obszarze np. kultury, w stosunku do tych, które realizują zadania z zakresu usług socjalnych, pomocy społecznej czy ochrony zdrowia (*Podstawowe fakty*…, 2013, s. 7). Kierunek ten można też zaobserwować w przypadku stowarzyszeń gerontologicznych. Nie pomijając znaczenia organizacji o profilu pomocowym i opiekuńczym, należy podkreślić rolę podmiotów, które umożliwiają seniorom podejmowanie atrakcyjnych form aktywności, rekreacji, edukacji, a tym samym pozwalają im pozostać w nurcie życia społecznego, nie zaś na jego obrzeżach.

Podsumowując, czynne uczestnictwo w ruchu stowarzyszeniowym to jedna z możliwych dróg przeciwdziałania → wykluczeniu społecznemu osób starszych. W tym kontekście słuszne okazują się spostrzeżenia Aleksandry Błachnio (1977–), że bycie z ludźmi i wśród ludzi oraz podejmowanie dobrowolnej działalności na rzecz innych (potrzebujących), to „panaceum na główną bolączkę → starości, szczególnie w naszym kraju, jaką jest odarcie jej z poczucia odpowiedzialności i sprawstwa" (A. Błachnio, 2012, s. 137)

DKR

B: A. Błachnio, 2012, Chabior, 2008; Czerniawska, 2000, 2011; Grotowska, 2011; Leszczyńska-Rejchert, 2005; *Podstawowe fakty*…, 2013; Sobiesiak, 2011; Szarota, 2004, 2010; Zych, 2010.

D: Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z 24 XII 2013 r.; Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z 24 XII 2013 r.; Ustawa z 7 IV 1989 r.; Ustawa z 24 IV 2003 r.

O: aktywizacja i aktywność w okresie późnej dorosłości, aktywizacja ludzi starszych w środowisku lokalnym, aktywizacja psychosocjalna osób starszych, aktywne starzenie się, aktywny senior, aktywny styl życia, klub ludzi starszych, klub seniora, sport i aktywność sportowa osób starszych, uniwersytet międzypokoleniowy, uniwersytet trzeciego wieku, wolontariat osób starszych.

TK: ang. *associations of the elderly and for the elderly*, fr. *associations de personnes âgées et pour les personnes âgées*, hiszp. *asociaciones de la tercera edad e para las personas mayores*, niem. *Verbände der älteren Menschen und für ältere Menschen*, ros. *ассоциации пожилых людей и для пожилых людей*.

strata bliskiej osoby i żałoba

– jest wydarzeniem nieuniknionym i nieodwracalnym, które w znaczny sposób wpływa na wiele sfer funkcjonowania człowieka. Badania pokazują, że strata bliskiej osoby zwiększa ryzyko → zawału mięśnia sercowego (Carey i wsółprac., 2013). Osobę, która utraciła kogoś bliskiego, określa się mianem żałobnika. → Żałoba [i przeżywanie żalu] jest reakcją na stratę bliskiej osoby. Podczas, gdy wielu badaczy ogranicza definicję żałoby do utraty ukochanej osoby poprzez → śmierć, wielu uważa, że żałoba może pojawić się jako skutek straty czegokolwiek dla tej osoby istotnego, w tym zwierzęcia, postaci publicznej (np. polityka lub ulubionego muzyka), nieożywionych przedmiotów (np. domu), roli lub statusu (np. małżeństwa lub pracy) i innych niematerialnych rzeczy, przykładowo nadziei lub marzeń (Kübler-Ross, Kessler, 2005). Żałoba jest nie tylko emocjonalną reakcją, ale obejmuje też zmiany w zachowaniu, zmiany w procesie myślenia i w procesach poznawczych, oraz fizyczne objawy związane z przeżywaniem żałoby, np. brak energii lub ściskanie w klatce piersiowej (Krzyżanowski i współprac., 2005).

Rozumienie żałoby w cywilizacji zachodniej zostało zdominowane przez psychologów klinicznych, pracowników społecznych i psychiatrów posługujących się modelem medycznym. To podejście doprowadziło do tego, że wielu badaczy dąży do zidentyfikowania i zmierzenia psychologicznych i fizjologicznych symptomów żałoby oraz ich powodów i konsekwencji, w celu opracowania i określenia interwencji mogącej pomóc osobie przejść i pozbyć się tego stanu.

Wczesne badania psychologiczne dotyczące żałoby opierały się na danych od osób doświadczających traumatycznej → utraty, co miało wpływ na medykalizację i patologizację żałoby (Granek, 2010). Kliniczne skupienie się na żałobie uprościło szerokie jej pojęcie jako stanu, podobnego do → choroby, wymagającego interwencji oraz doprowadziło do przekonania, że ludzie muszą wyleczyć się z niego jak najszybciej.

Żałoba uważana jest za patologiczną, jeżeli osoba w żałobie nie doświadcza lub nie okazuje normalnej reak-

cji na utratę w odpowiednim → czasie (Lindemann, 1944). Jednakże, pomimo dekad badań, nie istnieje jednomyślność na temat tego, co stanowi żałobę normalną czy „nienormalną", „skomplikowaną", „traumatyczną", „nierozwiązaną", „patologiczną" bądź→ żałobę trudną. Wiele klasyfikacji opracowuje wariacje patologicznej żałoby, w tym typy chroniczne, lękowe, opóźnione, wypaczone, ambiwalentne, maskowane, nieobecne, dewiacyjne, wydłużone oraz wyolbrzymione. Te pojęcia różnią się w zależności od odpowiedniego czasu trwania i intensywności żałoby, jak również akceptowalnych psychologicznych, fizycznych i behawioralnych jej manifestacji (zob. fot. 1).

Wielu współczesnych naukowców badających proces żałoby wciąż podchodzi do badań stosując model medyczny. To podejście pojmuje żałobę typowo jako zjawisko indywidualne, zaniedbując przy tym kontekst społeczny, kształtujący indywidualne doświadczenie żałoby. Większość społeczeństw posiada normy regulujące to, jak osoba po stracie bliskiej osoby powinna się czuć, co powinna myśleć i jak się zachowywać. Te oparte na kulturze zasady dotyczące żałoby wyznaczają także, jakie straty można opłakiwać, w jaki sposób, przez kogo i jak długo. Podczas gdy te zasady dotyczące żałoby funkcjonują typowo jako nieformalne oczekiwania, niektóre zasady funkcjonują bardziej formalnie, tak jak np. miejsce zatrudnienia reguluje to, jaka strata kwalifikuje do urlopu okolicznościowego, oraz na jak długo można go udzielić.

Biorą pod uwagę regulację społeczeństwa dotyczącą tego po kim należy przeżywać żałobę, Kenneth J. Doka (2002) wprowadził pojęcie żałoby wykluczonej (ang. *disenfranchised grief*) nawiązując do strat, gdzie według zdominowanych przez kulturę zasad przeżywania żałoby, osoba doświadczająca utraty nie posiada uznanego przez społeczeństwo prawa do opłakiwania straty. Wiele okoliczności może prowadzić do wykluczonej żałoby, w tym: 1) utracony związek jest nie uznany przez społeczeństwo za mający prawo do opłakiwania ponieważ utraciło się osobę, która nie była wystarczająco spokrewniona (np. współpracownicy) lub związek był nieuznawany społecznie (np. partnerzy seksualni); 2) utrata nie jest uważana za bycie wystarczająco ważną, np. utrata zwierzątka; 3) uważa się, że żałobnik jest niezdolny do doświadczenia żałoby, np. osoba niepełnosprawna psychicznie, oraz 4) okoliczności śmierci są piętnowane, np. samobójstwo (Doka, 2002).

Na przestrzeni ostatnich kilku dekad powstało wiele teorii na temat żałoby. Zygmunt Freud (1856–1939), pomimo że nie był pierwszym badaczem próbującym zrozumieć żałobę, był szczególnie wpływowy. Koncepcje na temat żałoby wyłaniające się z perspektywy psychoanalitycznej, której Freud był przedstawicielem, postrzegają żałobę jako konieczny proces psychologiczny mający na celu pozbawianie osoby przechodzącej żałobę jej więzi uczuciowych ze zmarłą bliską jej osobą (zob. fot. 2). Wiele teorii opisujących żałobę, podkreśla że jest ona procesem, w którym można wyszczególnić stadia. Jedna z najbardziej znanych klasyfikacji została opracowana przez Elizabeth Kübler-Ross (1926–2004), wg której osoba po stracie kogoś bliskiego przechodzi przez pięć etapów żałoby (Kübler-Ross, 1979). Pierwszym etapem jest zaprzeczanie, podczas którego osoba nie dopuszcza do świadomości tego, co się stało. Drugą fazą jest gniew. Osoba pogrążona w żałobie przeżywa złość wobec osoby którą straciła lub osób z nią związanych, może także doświadczać złości na sytuację, czy Boga. Kolejnym etapem jest targowanie się, podczas którego osoba przeżywająca żałobę wszelkimi sposobami poszukuje rozwiązania, które pomoże jej w radzeniu sobie z uczuciami towarzyszącymi stracie. Kolejną fazą jest depresja, w której człowiek uświadamia sobie, że utrata bliskiej osoby jest nieodwracalna. Końcowym etapem jest akceptacja, podczas której osoba pogrążona w żałobie na nowo uczy się funkcjonować. Żałoba jest procesem bardzo zindywidualizowanym i nie u każdej osoby można wyodrębnić wyżej wymienione etapy. Z tego powodu wielu psychologów podkreśla, że poszczególne etapy mogą się mieszać lub występować w różnej kolejności. Z kolei, zdaniem Johna Bowlby'ego (1907–1990), reakcja na stratę bliskiej osoby rozpoczyna się od stanu wstrząsu i odrętwienia, podczas którego wszystkie uczucia zostają stłumione, a osoba, która doznała straty zaprzecza jej. Natomiast w drugiej fazie, fazie tęsknoty i żalu, osoba pogrążona w żałobie poszukuje utraconej osoby. Trzecia faza to etap dezorientacji, po którym następuje etap reorganizacji i rozwiązania. Wówczas dochodzi do akceptacji straty i powrotu do równowagi. Natomiast James William Worden (1932–) spostrzega żałobę jako aktywny proces, w którym osoba musi zmagać się z określonymi zadaniami, które dotyczą przede wszystkim dopuszczenia do świadomości, że utraciło się bliską osobę. W tym czasie osoba pogrążona w żałobie musi przezwyciężyć chęć do zaprzeczania rzeczywistości i w pełni zaakceptować realność straty. Następne zadanie polega na pracy z różnorodnymi emocjami, które towarzyszą żałobnikowi. Trzecim zadaniem jest próba dostosowania się do otoczenia, w którym nie ma już utraconej osoby. Ostatnie, czwarte zadanie określa konieczność zrywania więź-

zi ze zmarłym w celu pokonania żałoby i powrotu do normalnego funkcjonowania. Wspomnienia o zmarłym są nadal ważne, ale żałobnik stara się znowu cieszyć się → życiem (Worden, 1991).

Jeszcze inną kategoryzację zaproponowała Catherine M. Sanders (2001), która w procesie żałoby wyróżniła pięć faz. Pierwszy etap żałoby to stan niedowierzania i zaprzeczania, który objawia się m.in. wewnętrznym zamętem, wzburzeniem, niedowierzaniem. Drugim etapem jest uświadomienie sobie straty, który charakteryzuje dezorganizacja emocjonalna. Kolejny etap to faza chronienia siebie, podczas którego żałobnik wycofuje się, izoluje od innych. Często etap ten przypomina → depresję [i zaburzenia nastroju]. Czwartym etapem jest powracanie do → zdrowia, czyli stopniowe przejmowanie kontroli nad własnym życiem. Odnowa jest ostatnim etapem w procesie żałoby i polega na powrocie do codzienności i nauce funkcjonowania bez utraconej bliskiej osoby.

W celu integracji wyżej wymienionych teorii, Margaret S. Stroebe i Henk Schut (2001) zaproponowali model podwójnego procesu (ang. *the dual process model*) radzenia sobie ze stratą bliskiej osoby. Model ten zakłada istnienie dwóch szeroko rozumianych typów procesów. Pierwszy, to proces zorientowany na stratę (ang. *loss oriented*), który obejmuje czynności skoncentrowane na radzeniu sobie ze stratą bliskiej osoby (np. zaprzeczanie, unikanie myślenia o śmierci bliskiej osoby, skupianie się na innych czynnościach, emocjonalne zrywanie więzi ze zmarłym). Natomiast w drugim procesie, zorientowanym na zmianę (ang. *restoriation-oriented*), żałobnik przystosowuje się do nowej rzeczywistości i na nowo uczy się życia bez utraconej osoby. Autorzy tego modelu podkreślają wielowymiarowość procesu żałoby oraz to, że żałoba jest procesem dynamicznym i żałobnik oscyluje pomiędzy tymi dwoma procesami.

Pomimo istnienia wielu teorii dotyczących żałoby, wielu badaczy podkreśla fakt, że żałobnicy w indywidualny sposób przechodzą ten proces. Również granica pomiędzy normalnym a patologicznym przeżywaniem żałoby jest bardzo trudna do określenia. Warto również podkreślić, że na przeżywanie żałoby wpływ mają takie czynniki, jak: okoliczności śmierci (śmierć oczekiwana zapewnia możliwość przedwczesnego żalu, podczas gdy śmierć z przyczyn nienaturalnych jest zazwyczaj nieoczekiwana i szczególnie traumatyczna), ciężkie doświadczenia życiowe (które wydarzyły się w niedalekiej przeszłości), wsparcie → rodziny i znajomych, osobowość żałobnika (np. załamywanie się pod wpływem → stresu), jak również stopień przywiązania do zmarłego, tak jak wartość wcześniejszych więzi, mają wpływ na naturę i przebieg żałoby (Herbert, 2005).

ML

B: Carey i współprac., 2014; Granek, 2010; Doka, 2002; Herbert, 2005; Krzyżanowski i współprac., 2005; Kübler-Ross, 1969; Kübler-Ross, Kessler, 2005; Lindemann, 1944; Sanders, 2001; Stroebe, Schut, 2001; Worden, 1991.

N: http://www.eksperciwoswiacie.pl…; http://www.torun.pl…

O: edukacja tanatologiczna, lęk przed śmiercią, lęki egzystencjalne w starości, poradnictwo dla osób pogrążonych w żałobie, śmierć, tanatopedagogika, umieranie, utrata, żałoba i przeżywanie żalu.

TK: ang. *bereavement and mourning/experience of grief and mourning*, fr. *le deuil*, hiszp. *el dueolo/el luto*, niem. *Trauerfall und Trauer*, ros. *тяжелая утрата и траур*.

stres

jest nieodzownym elementem → życia wszystkich istot żywych, funkcjonujących w złożonym, zmiennym środowisku. Stresem nazywany jest bodziec lub sytuacja wywołująca nagły wzrost napięcia nerwowego i determinująca natychmiastową reakcję, która również utożsamiana jest ze stresem. W węższym, specyficznym znaczeniu, stres jest procesem i/lub stanem napięcia nerwowego, z którym współistnieją negatywne → emocje, wywołanym przez sytuację postrzeganą jako znacznie przekraczająca możliwości adaptacyjne. Sytuacja stresogenna (stresor) w tradycyjnej psychologii definiowana jest jako rodzaj sytuacji trudnej, czyli takiej, która stawia przed jednostką wymagania niezgodne z jej zasobami, zakłóca wykonywanie ważnej czynności, dezorganizuje ją i zagraża bezpieczeństwu (fizycznemu, psychicznemu czy społecznemu). Nieznaczna trudność (np. mała trema), może sprzyjać skuteczności działania, aktywizując motywację, wzmagając czujność percepcyjną i koncentrację uwagi. Mamy wówczas do czynienia z eustresem. Po przekroczeniu pewnej optymalnej dla jednostki granicy wytrzymałości pobudzenia afektywnego, jego pozytywny efekt zmienia się w efekt negatywny, czyli dystres, który powoduje obniżenie sprawności wykonawczych lub wręcz je paraliżuje. Efekt negatywny występuje również wtedy, gdy nawet niewielka doza stresu towarzyszy jednostce w długim okresie czasu. Następuje wówczas powolne, ale systematyczne niszczenie odporności organizmu i w rezultacie wyczerpanie zasobów odpornościowych. Ten ostatni mechanizm jest typowy dla osób starszych, które z racji licznych doświadczeń zmuszo-

ne były radzić sobie z różnorodnymi sytuacjami stresowymi. Za reakcję stresową bezpośrednio odpowiedzialny jest, na poziomie organizmu, układ współczulny oraz podwzgórze, przysadka mózgowa i kora nadnerczy. Z wiekiem organy te ulegają naturalnemu osłabieniu, co skutkuje wzmożonym wydzielaniem adrenaliny i noradrenaliny oraz kortyzolu – potocznie nazywanego hormonem stresu. Do tego dołącza się słabnięcie układów serotoninergicznego i dopaminergicznego, odpowiadających za wydzielanie serotoniny i dopaminy, hormonów zawiadujących emocjami pozytywnymi, nazywanych hormonami szczęścia. Z powodu nasilania się z wiekiem podatności na stres, osoby starsze unikają sytuacji stresogennych, ale uczestnicząc w nich, odczuwają znacznie większą siłę stresu niż wtedy, gdy były młodsze. Poza tym, w → starości pojawia się nowa podatność na stres, która się wiąże nie tyle z nagłymi, trudnymi wyzwaniami, ile z codziennymi, drobnymi ograniczeniami. Stres epizodyczny ustępuje miejsca chronicznemu, który zmusza do wzmożonego wysiłku w pokonywaniu permanentnych uciążliwości. W radzeniu sobie z chronicznym stresem, czyli *de facto* z adaptacją do codziennego stresu, pomagają specyficzne zasoby, takie jak: postawa filozoficzna, afirmacja losu oraz religijność. → Seniorzy wiedzą, że silne negatywne emocje, jakich doświadczają z większą łatwością niż dawniej, utrzymują się teraz dłużej, trudniej je przezwyciężyć i pociągają za sobą większe koszty psychiczne. W związku z tym stosują rozmaite strategie obrony i radzenia sobie ze stresem. Do najczęściej stosowanych należy unikanie sytuacji trudnych. Ponadto osoby starsze często używają tzw. strategii interpretacyjnych czy negocjacyjnych, polegających na doszukiwaniu się w trudnych sytuacjach aspektów korzystnych (mechanizm racjonalizacji), odwołują się chętnie do mądrościowych sentencji i pozytywnych przykładów dystansowania się wobec trudności. Seniorzy są na ogół znacznie bardziej świadomi reakcji na stres niż osoby młode, dzięki czemu starają się unikać konfliktów, potrafią też skuteczniej niż młodzi kontrolować ekspresję emocji, przy czym kontrola emocjonalna ma u nich charakter wewnętrzny, podejmowana jest nie tyle ze względu na opinię społeczną, ile ze względu na własne potrzeby, wśród których dominuje potrzeba ochrony dobrego samopoczucia, zdrowia i unikania dyskomfortu psychicznego. Ten mechanizm uaktywnia się także podczas analizy wspomnień i dokonywaniu → bilansu życiowego. Skuteczną strategią obrony przed stresem w starości jest prosty, ustabilizowany tryb życia.

MMS-R

O: stres starości, teoria kumulacji stresów, zespół stresu pourazowego.

TK: ang. *stress*, fr. *le stress*, hiszp. *el estrés*, niem. *Stress*, ros. *cmpecc*.

struktury rodzin a pozycja społeczna osób starszych w rodzinie

Strukturę → rodziny określa liczba członków rodziny oraz ich jakość. Ważna jest liczba dzieci i/lub krewnych, układ ich pozycji i ról społecznych oraz siła więzów emocjonalnych i psychicznych łączących członków rodziny. Wewnętrzna struktura rodziny i jej spójność warunkuje wewnątrzrodzinny układ władzy i autorytetu. Łączy się również z układem pozycji wewnętrznej członków rodziny oraz z uczuciem miłości i poszanowaniem. Struktura rodziny jest uwarunkowana wieloma czynnikami wewnętrznymi rodziny i jej poszczególnych członków oraz zewnętrznymi i społecznymi. W procesie opiekuńczo-wychowawczym stanowi układ odniesienia osobowego oraz oddziaływania na osobowość młodych członków rodziny. W znacznym zakresie określa kierunki rozwoju rodziny i jej członków. Dla starszego członka rodziny najważniejszym punktem odniesienia jest rodzina. W niej osoby starsze przejawiają największą aktywność. Dopóki mają siłę i możliwości, dopóty pomagają swoim dzieciom i wnukom. Prowadzą im dom, wychowują dzieci, umożliwiają realizację ról zawodowych. Jest to ich osobisty wkład w rozwój rodziny. Czują się potrzebne i są przekonane o spełnianiu swojej roli społecznej. Świadczenie pomocy dla dzieci i wnuków daje starszym ludziom satysfakcję. Utwierdza w przekonaniu, że są potrzebni i akceptowani. W najbliższej rodzinie seniorzy znajdują potwierdzenie własnej wartości (zob. Chabior, 2000, s. 112–113).

Wobec najbliższych członków rodziny starsi ludzie wysuwają swoje oczekiwania pomocy i → opieki w czasie → choroby, w sytuacji → niepełnosprawności i/lub braku samodzielności w codziennym życiu. Współcześni → seniorzy odczuwają wobec → starości lęki i obawy, gdyż nie są przygotowani do starości. Zmieniające się struktura i funkcje współczesnej rodziny nie sprzyjają kształtowaniu się optymalnych warunków do sprawowania opieki nad osobą starszą. Wnikliwa obserwacja i częste informacje medialne informują o zmieniającej się rzeczywistości społecznej, która zmusza członków rodziny do zwiększonej aktywności i poświęcenia większej ilości czasu na realizację zadań zawodowych, dokształcanie, zdobywanie środków na utrzymanie rodziny. Nadmiar obciążenia pracą zawodową ogra-

nicza możliwości zapewnienia opieki i/lub pomocy, a przede wszystkim czasu dla starszych członków rodziny. Na skutek różnorodnych przeobrażeń strukturalnych i globalnych oraz transformacji społecznej i zaburzeń w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny, rodzina nie zawsze jest w stanie, nie zawsze ma możliwości i nie zawsze potrafi udzielić → wsparcia, pomocy i opieki dla starszych członków rodziny. Problemy te wynikają z ograniczonych możliwości oraz patologicznych zmian w funkcjonowaniu rodziny (alkoholizm, przemoc, przestępczość itp.). Przyczynami tych problemów są również różne zmiany życia rodziny, np. charakter pracy członków rodziny, jej dzietność itp.

W → życiu człowieka starszego zmieniają się role społeczne. Dominującymi rolami w życiu osoby starszej stają się tzw. role peryferyjne dotyczące wycofywania się jednostki z aktywności życiowej oraz uczestnictwa w życiu społecznym.

Człowiek starzejący się i/lub stary powoli traci pełnione wcześniej role społeczne, takie jak:

– rola rodzinna, gdy dzieci opuszczają dom,

– rola zawodowa, gdy przestaje pracować, oraz

– rola organizacyjna, gdy umiera współmałżonek (Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 59).

Wycofanie osób starszych z aktywności społecznej spowodowane jest również zmniejszoną aktywnością jednostki, zarówno w zakresie: fizycznym, psychicznym oraz liczby kontaktów społecznych z innymi osobami. Wycofywanie to wynika także z przyjęcia nowej roli – człowieka starszego, którą kształtuje istniejący w społeczeństwie stereotyp, który określa zachowania osoby starszej zgodnego z oczekiwaniami społeczeństwa. → Starzenie się człowieka jest więc losem społecznym. Sam fakt zaliczania osoby do subpopulacji osób starszych zakłada społeczne konsekwencje dla seniora (Kawczyńska-Burtym, 1999, s. 68).

W okresie starości następuje nieuchronna zmiana ról rodzinnych osób starszych w rodzinie. Z pełnionej roli ojca czy matki, wychowawcy dzieci i wnuków, żywiciela rodziny, osoby starsze z czasem stają się osobami potrzebującymi opieki swoich dzieci i wnuków. Role ludzi starszych w rodzinie zmieniają się wraz z przemianami struktury i funkcji rodziny. Zmiany te obejmują zarówno czynności konstytuujące płaszczyznę behawioralną tych ról, jak i dotyczące ich oczekiwania (Szarota, 2004, s. 30). Najstarsza → generacja wzmacnia więź rodzinną, stanowi siłę, oparcie dla rodziny, pomaga w sytuacjach kryzysowych, wspiera rodzinę. Sama obecność osób starszych w rodzinie uczy młodsze pokolenie o starzeniu się i starości. Międzypokoleniowe relacje rodzinne dają seniorom poczucie bycia potrzebnym i użytecznym oraz sprzyjają przekazywaniu wartości i umacnianiu więzi wewnątrzrodzinnych. Kontakty z dziećmi i wnukami w głównej mierze zaspokajają u osób starszych potrzeby emocjonalne. Relacje między dziadkami a wnukami dostarczają satysfakcji i zadowolenia dla obu stron, stanowiąc istotną płaszczyznę dla działań opiekuńczo-wychowawczych. Doceniając znaczenie pozytywnych relacji wzajemnych między członkami rodziny, należy dostrzegać też relacje negatywne, jakie mogą występować w rodzinach osób starszych. Seniorzy dosyć często w swych środowiskach rodzinnych doświadczają relacji negatywnych, które są działaniem dwukierunkowym w relacjach rodzinnych. Osoby starsze są ich adresatami (doświadczają ich od członków rodziny) oraz nadawcami (dostarczają ich członkom swoich rodzin).

MK

B: Chabior, 2000; Kawczyńska-Burtym, 1999; Leszczyńska-Rejchert, 2006; Szarota, 2004.

O: rodzina, rodzina a osoby starsze.

TK: ang. *structutes of families and social position elderly in the family*, fr. *structures des familles et positon sociale des personnes âgées en famille*,, hiszp. *estructuras de las familias y posición sociallas personas de edad en la familia*, niem. *Strukturen von Familien und soziale Poosition älteren Menschen in Familie*, ros. *структуры семей и социальный статус пожилых людей.*

Stryjeński Władysław (1889–1956)

polski lekarz psychiatra i prawnik, przedstawiciel ruchu higieny psychicznej. Odbył studia medyczne na Wydz. Lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie i otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich (1914), w 1911 studiował medycynę na uniw. w Edynburgu i Paryżu, równolegle podjął studia w zakresie psychologii i antropologii na Wydz. Filoz. UJ, których nie ukończył z powodu wybuchu I wojny światowej, a w latach 1931–36 studiował prawo na UJ, uzyskując tytuł magistra praw. W latach 1922–28 pracował jako lekarz w Zakładzie dla Nerwowo i Umysłowo Chorych w Kobierzynie, którego to szpitala był następnie dyrektorem (1929–39), równolegle wykładał psychopatologię dziecka w Studium Pedagogicznym UJ (1932–39), w 1938 został wybrany senatorem II Rzeczypospolitej Pol.., we wrześniu 1939 przekroczył granicę z Rumunią, został internowanych w obozie w Buzau, a w 1940 znalazł się w Szwajcarii, gdzie pracował w szpitalu psychiatrycznym w Wil (1941–46), w semestrze letnim 1941 wykładał psy-

chiatrię, psychologię i medycynę sądową w obozie uniwersyteckim w Winterthur dla internowanych polskich żołnierzy, którzy studiowali na Pol. Wydz. Lekarskim przy uniw. w Zurychu, w 1946 powrócił do Polski i zorganizował w Krakowie – w ramach Państw. Inst. Higieny Psychicznej – drugą w kraju Poradnię Zdrowia Psychicznego, którą kierował, następnie był dyrektorem Woj. Przychodni Zdrowia Psychicznego (1950–56), był również biegłym lekarzem (konsultantem neurologicznym) Ubezpieczalni Społ. (1946–48) w Krakowie, rozwinął system opieki psychiatrycznej nad dziećmi i młodzieżą w Krakowie, równolegle w 1947 podjął ponownie wykłady z psychopatologii dziecka i z psychologii na UJ. W. Stryjeński zajmował się psychiatrią sądową, psychiatrią dziecięcą, zagadnieniami opieki nad psychicznie chorymi, problematyką alkoholizmu oraz kwestiami zdrowia psychicznego i psychohigieny, interesował się również → psychogeriatrią, w szczególności inwolucyjnymi → aburzeniami psychicznymi w starszym wieku i stanami depresyjnymi → wieku podeszłego. W. Stryjeński został odznaczony Krzyżem Niepodległości (1933), dwukrotnie Złotym Krzyżem Zasługi (1938, 1939) oraz wyróżniony odznaką I Brygady „Za Wierną Służbę" i odznaką Frontu Litewsko-Białoruskiego.

AAZ

B: Stryjeński, 1938; Zych, 2013.

O: depresja i zaburzenia nastroju, inwolucja, zaburzenia psychiczne w starszym wieku.

stulatkowie w komunikacji społecznej i medialnej

Zdaniem Małgorzaty Marcjanik (1950–) na podstawie danych językowych dają się wyodrębnić następujące profile obrazu osoby „niemłodej": 1) osoby w średnim wieku (zaczynające się starzeć), nazywane *starszymi*, 2) osoby z wyraźnymi cechami → starości, nazywane *starymi*, 3) osoby bardzo stare, tzn. wykazujące cechy zniedołężnienia, nazywane różnie w zależności od stosunku mówiącego do faktu czyjejś starości: neutralnie np. *osobami w → wieku podeszłym*, pozytywnie – *staruszką/staruszkiem*, negatywnie – *staruchą/staruchem*. Każdą z tych kategorii w języku (zwłaszcza potocznym) reprezentują ponadto jeszcze inne wykładniki leksykalne (wyrazy lub związki frazeologiczne), mniej lub bardziej ściśle komunikujące stereotypowe wyobrażenia o osobach w określonym wieku (zob. Marcjanik, 2014, s. 12 i nast.). Powyższa typologia nie uwzględnia jednak kategorii osób najstarszych, tj. co najmniej stuletnich, co należy traktować jako dowód nieutrwalenia się w języku (zwłaszcza potocznym) wyrazistego obrazu ludzi zaliczających się do tego przedziału wieku. Mimo tej (być może tylko pozornej) luki w systemie językowych obrazów świata obserwacja współczesnych medialnych praktyk komunikacyjnych upoważnia do wniosku, że kategoria osób stuletnich ma jednak realne umocowanie kulturowe i że istnieje dotyczący jej silnie zestereotypizowany dyskurs, którego cechy przedstawione są poniżej.

Uwarunkowania kulturowe

W kulturze osiągnięcie stu lat życia uważane jest za jego symboliczny kres (o czym świadczą np. typowe formuły życzeniowe, np. *Sto lat niech żyje nam*), a stulecie powszechnie percypowane jest jako okres bardzo długi, przekraczający horyzont życiowy olbrzymiej większości ludzi, czego przykładem są potoczne wyrażenia: *sto lat cię nie widziałem*, *być sto lat za Murzynami*, *raz na sto lat* – „rzadko", tytuł powieści Gabriela Garcíi Marqueza (1927–2014): *Sto lat samotności*, czy cytat z klasyki literackiej: *wewnętrznego ognia sto lat nie wyziębi* – Adam Mickiewicz (1798–1855), stąd w społecznej przestrzeni pojęciowej okres stuletni bywa często pragmatycznym synonimem wieczności.

W myśleniu magicznym człowiek stuletni znajduje się na granicy transgresji – po równo w świecie żywych (jako „podmiot biologiczny", obecny w świecie *profanum* już głównie jako ciało) i w świecie zmarłych (jako „podmiot transcendentny", przynależny już duchem światu *sacrum*).

W sposób oczywisty → życie ludzkie postrzegane jest jako wartość, z czego wynika powszechne pragnienie, by trwało ono jak najdłużej, a zatem *sto lat* obecne w stereotypowych życzeniach trzeba interpretować jako wyraz potocznego wyobrażenia maksymalnej długości udanego, pomyślnego, wartościowego życia – po osiągnięciu tej granicy człowiek jest już „po drugiej stronie", istnieje już tylko jako „ciało", choć z mocy normy kulturowej wciąż jeszcze rezydualnie pozostaje „człowiekiem", ale zredukowanym wyłącznie do swojej osobliwej (bo ponadstatystycznej) starości, której w praktyce komunikacyjnej ludzi młodszych przydaje się zasadniczo (jeśli nie wyłącznie) walor normatywny (tj. postrzega się ludzi stuletnich jako tych, którzy obdarzeni są jakąś „magiczną", niedostępną młodszym pokoleniom, wiedzą o tym, jak dożyć stu lat).

W myśleniu potocznym powszechne jest też przeświadczenie, że ludzi stuletnich (czy też – szerzej – ludzi bardzo starych) cechuje wynikająca z doświadczenia → mądrość życiowa, czyli zdolność rozumie-

nia bieżących spraw w długiej perspektywie czasowej. Z tego powodu w wielu kulturach późna starość otoczona jest szacunkiem, a nawet czcią.

Nazwy osób stuletnich

W języku polskim brakuje obecnie dobrego określenia pozwalającego niewartościująco nazywać osobę stuletnią. W dyskursie publicznym najczęściej używa się określeń *stulatka/stulatek*, także *superstulatka/superstulatek*, które nie spełniają jednak w pełni warunku neutralności stylistycznej, gdyż u wielu mówiących po polsku wywołują skojarzenia z nazwami ludzi młodych lub przynajmniej niestarych (*dziesięciolatek*, *dwudziestolatek*, *czterdziestolatek*), gdyż model nazewniczy *X-latek* stosowany jest w polszczyźnie przede wszystkim do określania ludzi, o których nie myśli się zwyczajowo, że zbliżają się do końca życia. [Wniosek na podstawie danych liczbowych z korpusu nkjp.pl – przyp. aut.]. W języku angielskim istnieją analogicznie zbudowane, ale wparte na łacińskim źródłosłowie, określenia *centenarian* i *supercentenarian*, które są nienacechowane lub używane jako pojęcia demograficzne. Należy oczekiwać, że polskie formy *stulatka* i *stulatek* będą z czasem zyskiwać status określeń opisowych, a nie wartościujących.

Oprócz przywołanych wyżej wyrazów w codziennej społecznej i medialnej praktyce komunikacyjnej dla nazwania osób stuletnich używa się przede wszystkim określeń z pola osób bardzo starych, z czego płynie wniosek, że kategoria osób stuletnich wyróżniana jest głównie z powodów kulturowych, a nie na podstawie danych językowych.

Językowe tendencje obrazowania starości

Można wyróżnić cztery dominujące we współczesnej komunikacji społecznej w Polsce tendencje obrazowania starości:

a) **eufemizacyjną** (motywowaną przez społeczno-kulturowe tabu, co skutkuje językową konwencjonalizacją mówienia o starości) **w wariancie pozytywnym** (wspartym na eliminacji z pola widzenia ujemnie ocenianych aspektów starości, nie tylko stuletniej), np. *staruszka*/*staruszek*, *starsza pani/starszy pan*, *seniorka*/→ *senior*, *nestorka/nestor (rodu)*, → *trzeci wiek*, *jesień życia*, *wiek matuzalemowy*, *słuszny wiek*, *podeszły wiek*, *dojrzały wiek*, *być w pewnym wieku*, *mieć włosy przyprószone siwizną*; **jak i negatywnym** (motywowanym przez kontrastowanie starości z dodatnio postrzeganą młodością, która staje się punktem odniesienia dla pozytywnej ewaluacji osoby stuletniej), np. określenia typu: *jak na swój wiek* (*być jakimś*, *mieć coś*), *pomimo swojego wieku* (*być jakimś*, *robić coś*), *jeszcze/wciąż/do dziś* (*coś robić*, *mieć coś*, *być jakimś*), *(być jakimś*, *robić coś*) *jak za młodu*, *mimo że oczy/nogi już nie te/wzrok/słuch już nie ten*, *to*… plus nazwa działania ocenianego pozytywnie;

b) **kakofemizacyjną** (służącą wulgaryzowaniu, ośmieszaniu, deprecjonowaniu starości), np. *pudernica*, *purchawa*, *próchno*, (*stara*) *franca/jędza/klępa/prukwa/raszpla/rura*, *stare pudło*; *dziad*, *dziadyga*, *ramol*, (*stary*) *cap/grzyb/pierdoła/pierdziel/piernik/pryk*;

c) **infantylizacyjną** (wynikającą z postrzegania ludzi bardzo starych jako niedołężnych nie tylko fizycznie, ale także intelektualnie i społecznie); przejawia się ona w stosowaniu w komunikacji z osobami starymi wszelakich środków językowych typowych dla kontaktu dorosłego z małym dzieckiem lub dla języka dziecięcego (np. zdrobnień czy spieszczeń typu *babunia*, *babuleńka*, *dziadziuś*, *dziadulek*; mówienie starym ludziom per ty, używanie „matczynej" liczby mnogiej), co bywa motywowane troską, ale może być też wynikiem deprecjonującego podejścia osoby młodszej do osoby starej. [Przykładem tendencji infantylizacyjnej jest *elderspeak*, czyli → mowa starcza – przyp. red.];

d) **honoryfikacyjną** (polegającą na wyrażaniu ze względów kulturowych i etykietalnych szacunku, podziwu, a nawet na składaniu hołdu najpóźniejszej, czyli stuletniej, starości); znajduje ona wyraz głównie w aktach ceremonialnych (gratulacje, życzenia, podziękowania), nierzadko rytualnych, najczęściej przy okazji rocznic, jubileuszy, świąt, ale dostrzegalna jest także w publicznych narracjach heroicznych czy wspomnieniowych.

O stulatkach mówi się współcześnie, używając środków językowych charakterystycznych dla każdej z tych tendencji, przy czym w obszarze komunikacji publicznej (zwłaszcza medialnej) dominuje dążenie do honoryfikacji i eufemizacji.

Obrazowanie ludzi stuletnich w przekazach medialnych

Stuletni seniorzy obecni są dziś w dyskursie publicznym zasadniczo tylko z okazji obchodzenia jubileuszu swojego stulecia – tylko wtedy są zauważeni, tylko wtedy się o nich mówi i pisze, co oznacza, że w świadomości społecznej ta grupa ludzi starych jest właściwie niewidoczna.

Komunikaty medialne poświęcone ludziom stuletnim można podzielić na dwie grupy:

a) dotyczące jednostek wybitnych, znanych i zasłużonych dla historii czy tożsamości narodowej (jest ich bardzo niewiele),

b) dotyczące tzw. zwykłych ludzi, tj. osób „niewybitnych" w skali ogólnonarodowej czy ogólnospołecznej (stanowią przeważającą większość).

Sposobem obrazowania osób stuletnich w obu tych typach doniesień rządzi następująca reguła: w sylwetkach osób wybitnych dąży się do indywidualizacji ich wizerunków, tj. ukazania ich jako ludzi wyjątkowych dla pewnej większej wspólnoty (zob. fot. 1 i 2), w portretach osób „zwykłych" przeważa intencja stereotypizacyjna, wyrażająca się w tym, że eksponuje się w nich w kilku zaledwie powtarzalnych aspektach głównie życie prywatne stuletnich seniorów, a indywidualizacja wizerunku dotyczy przede wszystkim szczegółów biograficznych czy psychologicznych. W efekcie powstaje dość sztywny wzorzec (stereotyp) publicznego mówienia o osobach stuletnich – odbiorcy przekazów medialnych powinni szanować stuletnie osoby wybitne za ich zasługi dla społeczeństwa czy kraju (gdyż ich specyficzne doświadczenie życiowe czy zawodowe jest trudnym do osiągnięcia wzorem cnoty), osoby „niewybitne" zaś – za ich prywatne doświadczenie życiowe (mogące wskutek swojej typowości służyć jako parenetyczny wzór dla większości odbiorców komunikatów publicznych).

Medialne sylwetki wybitnych osób stuletnich zbliżają się zatem treściowo i formalnie do oficjalnych wystąpień okolicznościowych lub biografii. Nie zamieszcza się w nich z reguły wypowiedzi portretowanych osób ani ich bliskich, a czynnik dotyczący życia prywatnego jubilatów zredukowany jest do faktów mało znaczących.

Oto dwa przykłady:

[1] „Wczoraj […] w setną rocznicę urodzin gen. Stanisława Maczka [1892–1994] odsłonięto głaz i tablicę poświęconą legendarnemu dowódcy. Generał Stanisław Maczek, dowódca" [wielu wymienionych jednostek wojskowych – przyp. aut.] „obchodził wczoraj swoje setne urodziny. Jego żołnierze […] zebrali się na […], aby odsłonić pamiątkową płytę. Przybyli przedstawiciele" [wielu ważnych dla pamięci narodowej instytucji – przyp. aut.]. „Głaz i płytę poświęcił […]. Wieczorem w kościele […] odprawiona została uroczysta msza św. w intencji »→ zdrowia i pomyślności« dostojnego jubilata" („Gazeta Stołeczna" nr z 1.04.1992 r.).

[2] „100 lat skończy jutro prof. Henryk Kern [1903–2004], związany z Akademią Rolniczą w Lublinie. Urodził się w Wilnie, w 1929 ukończył Szkołę Główną Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Przed wojną pracował głównie w […]. Po 1945 r. był agronomem w […], potem pracował w […]. Pełnił funkcję […], współpracował z […]. W […] zajmował się badaniami związanymi z […]. W 1973 odszedł na emeryturę. Jest autorem 88 publikacji i opracowań naukowych. Mieszka w […], ale najchętniej przebywa w […]. Wczoraj gratulacje i życzenia złożyli mu jego byli wychowankowie oraz władze AR" („Gazeta Wyborcza Lublin" nr z 2–3.08.2003 r.)

Z kolei sylwetki nieznanych szerzej osób stuletnich budowane są zasadniczo z dwóch typów cech: **relacyjnych** – wartościujących pozytywnie wyłącznie ze względu na sędziwy wiek portretowanej osoby, gdyż kulturowo przypisuje się je ludziom młodym, oraz **nierelacyjnych** – kulturowo właściwych ludziom starym.

Spośród tych pierwszych najczęściej eksponuje się w tekstach publicznych: a) optymizm, b) żywotność oraz c) pasje, hobby i marzenia osób stuletnich. Motywowane są one intencją honoryfikacyjną, a w planie wyrażania – zawierają wiele wykładników eufemizacji dotyczących wieku czy bieżących aktywności stuletniego seniora. O relacyjności tych cech świadczy to, że są one w tekstach wypowiadane zazwyczaj bądź przez dziennikarza, bądź przez krewnych, bliskich czy opiekunów osób stuletnich.

Powyższe sądy można zilustrować kilkunastoma zdaniami wynotowanymi z prasowych sylwetek osób stuletnich: *Wszyscy ją chętnie odwiedzają, bo zaraża swoim optymizmem nawet największego ponuraka*; *Wszyscy zgodnie podkreślają pogodę ducha stulatki*; *Wygląda na co najmniej 30 lat mniej, tryska optymizmem i humorem*; *To pracowitość i pogoda ducha zadecydowały o jej długowieczności*; *Pan Teodor swoją świetną kondycję zawdzięcza zdrowej diecie i miejscu urodzenia*; *Nie narzeka na problemy ze zdrowiem, nie opuszcza jej poczucie humoru i lubi przyjmować gości*; *Hoży staruszek prawnuki nosiłby na rękach*; *Jest energiczna, krzepka, lubi rządzić*; *Pani Urszula jest cały czas żywotna i pełna energii*; *101-latek nie wygląda i nie zachowuje się jak na swój wiek*; *Pan Michał pomimo swojego wieku zachował świetne zdrowie i kondycję*; *Czyta, pisze i rachuje jak za młodu*; *Stulatka, która jeszcze wyszywa obrusy*; *Codziennie chodzi na spacery ze swoim psem*; *Jest bardzo samodzielna, nie lubi prosić o pomoc*; *101-latka lubi książki, politykę i remika*; *Pani Genowefa cieszy się pełnią zdrowia*; *Wędkowanie to moje hobby – przyznaje 100-latek*; *Nie kryje jednak, że wciąż marzy o kilku podróżach*; *Pani Urszula uwielbia czytać gazety*; *To właśnie długim spacerom* […] *zawdzięcza świetne jak na swój wiek zdrowie*; *Dwa lata temu odkrył* […] *nową pasję – poezję; Babcia uwielbia oglądać seriale, pasjami czyta książki, poza tym prowadzi domowe ra-*

chunki; *Zawsze musi wiedzieć, co się na świecie dzieje*; *Całą swoją energię życiową przelała na nową pasję – politykę*; *Ostatnimi czasy największym hobby stulatki jest oglądanie filmów*; *Marzy mu się nawet 120!*; *Wciąż marzy o podróży do Ameryki*.

Dzięki takiemu ukształtowaniu zespołu odniesień typu relacyjnego kreowany jest stereotypowy obraz stuletniego seniora jako człowieka spełnionego życiowo, dzielnego w pokonywaniu trudności wynikających z wieku, podejmującego działania „odmładzające", tj. aktywnego fizycznie i poznawczo (tendencja honoryfikacyjna). Eksponowanie wymienionych cech jako przymiotów ludzi stuletnich służy ponadto neutralizacji przykrych aspektów starości – bliskości → śmierci, cierpienia spowodowanego chorobami, świadomości przemijania, samotności itp. (tendencja eufemizacyjna).

Z kolei spośród cech nierelacyjnych, za pomocą których portretuje się w dyskursie publicznym stuletnich seniorów, na plan pierwszy wysuwają się następujące: a) życie w trudnych historycznie czasach (II wojna światowa, powojenne rządy partii komunistycznej), b) wynikające z tego trudności bytowe i dramaty życiowe, c) traktowanie wielopokoleniowości jako istotnej wartości.

Ten kierunek modelowania obrazu osób stuletnich w komunikacji medialnej motywowany jest już wyłącznie intencją honoryfikacyjną nadawców przekazów, co ze względu na związek historii prywatnej portretowanych osób stuletnich z historią narodową nie wymaga przestrzegania tych ograniczeń kulturowych, które wymuszają eufemizację publicznego mówienia o realiach najpóźniejszej starości. Dlatego też o tym rodzaju cech charakteryzujących stuletnią starość mówią w tekstach publicznych nie tylko podmioty ją opisujące (dziennikarze i rodzina), ale także sami seniorzy. Poniżej kilka typowych egzemplifikacji (cytaty pochodzą z codziennej prasy):

[I] „– Wybuchła wojna, pewnego dnia Sowieci zabrali mojego męża i już nigdy więcej go nie widziałam" – mówi pani Bronisława. „– Po latach dowiedziałam się, że rozstrzelali go w lesie pod Mińskiem. Do dziś nie wiem, gdzie jest jego mogiła" – przyznaje. „Rodzina […] została repatriowana do […]".

[II] „– W roku 1937 zostałam wdową, syn miał wtedy dwa lata i cztery miesiące" – wspomina. „– Czy było ciężko? Oczywiście. Ale nigdy nie załamywałam rąk. Przeżyłam jedną wojnę, pomyślałam, że przeżyję drugą. Dziecko było małe, więc musiałam pracować. Byłam księgową w niemieckiej fabryce […]" – opowiada.

[III] „– Gdy w 1944 rozpoczęła się nagonka na AK-owców, musiałem z rodziną uciekać do […]. Podczas kolejnych akcji AK wpadłem w łapy NKWD. Wsadzili mnie do więzienia, a potem na 10 lat wysłali do łagrów, gdzie pracowałem w kopalni miedzi. A potem jeszcze rok spędziłem w kołchozie" – dodaje. Dopiero po 12 latach spotkał się z żoną i synem. „– To był niewiarygodnie ciężki czas, ale dzięki głębokiej wierze w Boga udało mi się przetrwać" – uważa.

[IV] „– Mama przeżyła dwie wojny i często wspomina tamte trudne czasy. W jej opowieściach wojna to przede wszystkim ubóstwo. Jednak nawet w najcięższych chwilach zapewniła rodzinie opiekę. Pracowała zawodowo tylko w czasie okupacji, kiedy dorabiała w niemieckim tartaku" – opowiada [córka].

[V] „Pani Zenobia nie miała łatwego życia. […] W czasie II wojny światowej pracowała przymusowo dla Niemców, a jej mąż przebywał w różnych obozach hitlerowskich. Owdowiała w 1960".

[VI] „Razem z mężem szczęśliwie prowadzili gospodarstwo rolne. Wychowywali dwie córki. Rodzinną sielankę przerwała wojna. W 1945 roku […] zostali repatriowani do […], potem przewieziono ich do […]". „– Było ciężko, bo mama musiała przejść codziennie piechotą sześć kilometrów do pracy w polu" – mówi córka.

[VII] „Jubilatka doczekała się już 44 wnuków, prawnuków i praprawnuków".

[VIII] „– Cieszę się tą uroczystością, tym, że moje dzieci, wnuki i prawnuki są przy mnie" – mówił jubilat.

[IX] „Przez te sto lat dochowała się trzech córek, siedmiu wnuków i szesnastu prawnuków".

[X]„Do dziś robi dla swoich dzieci, wnuków i prawnuków obrusy zdobione haftem richelieu".

[XI] „– Była zmuszona pracować dla Niemców, ale nawet o nich nie mówi nic złego" – opowiada [syn]. „Po wojnie wyszła za mąż. Wychowała dwóch synów i córkę. Doczekała się już siedmiu wnuków i dziewięciu prawnuków".

Kolejną rzucającą się w oczy czytelnikowi prasowych portretów „zwykłych" (czyli „niewybitnych" w skali społecznej) osób stuletnich jest to, że bohaterowie tych tekstów (najstarsi seniorzy) są przez dziennikarzy opracowujących materiał proszeni o *receptę*/*przepis* (czasem też sposób) na długowieczność lub przedstawienie własnej tajemnicy/sekretu długowieczności. Składnik ten obecny jest w zdecydowanej większości badanych tekstów i wynika z przywoływanego już wcześniej potocznego poglądu, że osoby u kresu życia obdarzone są jakąś szczególną wiedzą.

Można wyróżnić dwie funkcje tego typu „rad". Pierwszą z nich jest tzw. funkcja fatyczna (polegająca na tym, że

nie mają one dla czytelnika realnej wartości informacyjnej), przejawiająca się m.in. w tym, że „rady" te nie wnoszą niczego nowego do wiedzy czytelnika o świecie, bo ich treścią jest powszechnie dostępna oczywista wiedza, której normalnie się nie komunikuje:
[A] „– Do sportu nigdy się nie paliłam, ale do alkoholu i papierosów też nie".
[B] „Alkohol pić tylko w umiarkowanych ilościach (zwłaszcza nalewki i wina)".
[C] „Żadnych diet, ale również żadnych papierosów i alkoholu" – oto przepis na długowieczność
[…] gdynianki, która wczoraj skończyła 100 lat.
Innym przykładem fatyczności tego rodzaju wypowiedzi jest brak możliwości zweryfikowania w świecie rzeczywistym skuteczności rady, co skutkuje tym, że niektóre „rady" udzielane przez stuletnich seniorów bywają ze sobą sprzeczne:
[a] „– Nigdy nie stosowała żadnej specjalnej diety […]" – mówi [wnuk].
[b] „Mojej recepty na długie lata życia nikt by nie zechciał. Skromnie jadać, nie pić alkoholu […]".
[c] „Recepty na jej długowieczność trzeba szukać w sposobie życia. […] – Jadała […] tłuste potrawy. Dotąd lubi zjeść śledzie czy bigos" – dodaje [córka].
[d] „– Warzywa i owoce z Polesia to moja recepta na długowieczność" – mówi jubilatka.
[e] „Jej sposób na długowieczność. – Jeść dużo cebuli, do każdego dania" – wyjaśnia z uśmiechem.
Zacytowane przykłady aktów rady spełniają na mocy uwarunkowań kulturowych (konieczność honoryfikacji seniora) także funkcję rytualną (polegającą na tym, że w określonych sytuacjach mówi się tylko w jeden możliwy sposób), której językowe zrealizowanie możliwe jest właśnie dzięki fatyczności treści tych aktów. Innymi słowy – mamy tu do czynienia z taką sytuacją komunikacyjną, w której z góry założony jest brak istotności informacyjnej, a zatem rola dziennikarza polega jedynie na wypełnieniu tekstem gotowego schematu. Mniej ważna jest tu jakość informacyjna wprowadzanych doń składników (np. „recepty na długowieczność"), ważniejsza okazuje się sama ich obecność. [Dodajmy jeszcze jeden przepis na długie lata życia, jaki podał ostatnio Jerzy Vetulani (1936–): *Wino, głodówka i seks…* (2015), oraz podobny przepis na długowieczność Aleksandra Krawczuka (1922–): *Seks, alkohol, książki…* (2016) – przyp. red.].

Wnioski

Z perspektywy odbiorców komunikatów medialnych doniesienia o jubileuszu czyjegoś stulecia mogą sprawiać wrażenie bardzo do siebie podobnych, co wynika z obligatoryjnego respektowania przez nadawców normy kulturowej nakazującej okazywać szacunek ludziom starym, a zwłaszcza tym najstarszym. Współcześnie, w dobie „kultu młodości", ten szacunek wynikać może także z prywatnego, indywidualnego podziwu dla ich umiejętności przezwyciężania własnej bezradności fizycznej i podejmowanych przez nich mimo to prób (względnie) sprawnego funkcjonowania w świecie nowości technologiczno-kulturowych. Jednak w większości wypowiedzi medialnych o stuletnich seniorach nie pojawiają się zasadniczo te cechy nierelacyjnie wartościujące ludzi starych, które jawnie związane są z typowymi właściwościami późnej starości (niedołężność, cierpienie, choroby, samotność, strach przed odejściem) – mówi się o nich bardzo rzadko, i to wyłącznie eufemistycznie.
W świadomości społecznej seniorzy traktowani są często jako „pokrzywdzeni wiekiem": po pierwsze – dlatego, że przetrwali bardzo niespokojne historycznie czasy, po drugie – dlatego, że nie umieją korzystać z udogodnień współczesności (ten aspekt ich egzystencji jest w komunikatach medialnych pomijany lub sygnalizowany marginalnie, głównie z powodów etykietalnych), po trzecie – dlatego, że ich życiowe doświadczenie nie może już dziś (z wyłączeniem aspektu rodzinnego i osobowościowego) służyć młodszym jako wzór do naśladowania, gdyż w porównaniu z czasami największej aktywności życiowej stuletnich seniorów dzisiejszy świat mocno zmienił się pod względem kulturowym, społecznym i ekonomicznym (czego także w dyskursie publicznym się nie uwypukla).
Trzeba zwrócić uwagę na to, że główną funkcją przekazów medialnych poświęconych osobom stuletnim jest pasywne, rytualne utrwalanie pustej już dziś normy kulturowej (rzeczywisty szacunek dla ludzi starych jest rzadkością), a nie aktywne nastawienie na jej zmianę, czyli budowanie autentycznych, szczerych postaw afirmatywnych wobec najpóźniejszej starości. A ponieważ o najstarszych seniorach mówi się dziś wyłącznie przy okazji ich jubileuszu (i to stulecia, które osiągną przecież tylko nieliczni), toteż większość tekstów publicznych na ten temat nie przedstawia najpóźniejszej starości w sposób w pełni zgodny z faktami, a tym samym nie przyczynia się znacznie do powiększenia społecznej wiedzy o starości i nie uwrażliwia na problemy z nią związane.

RZ

B: Marcjanik, 2014; Potent-Ambroziewicz, 2013; *Wino, głodówka i seks…*, 2015; Wolny, 2003; Zimny, 2009, 2010, 2011, 2014.

N: *Historia to nauczycielka*…, 2016 – Internet: http://wiadomosci.onet.pl…; http://radiopik.pl…; http://sofijon.pl…; nkjp.pl.
O: kultura medialna starości, kultura wizualna starości, medialny obraz starości i osób starszych, obecność seniorów w przekazie medialnym i reklamie.
TK: ang. *centenarians in social communication and in media communication*, fr. *centenaries dans la communication sociale et dans la communication multimedia*, hiszp. *centenaries en la communication social y en los medios de communicatión*, niem. *Hundertjährigen in der soziale Kommunikation und in der Medienkommunikation*, ros. *долгожители в социальной коммуникации и в медиакоммуникаций*.

styl życia – ujęcie medyczne

Styl to inaczej sposób postępowania, zachowania się, sposób bycia swoisty dla danego człowieka. To zespół zachowań werbalnych i niewerbalnych, informujących o jej przynależności do określonej zbiorowości. Obejmuje ogół motywów, cech, zainteresowań, wartości, sposób postrzegania świata i reagowania na niego. Styl życia bywa określany jako swoista przestrzeń, w której porusza się jednostka umieszczona na określonym szczeblu drabiny społecznej. [Pojęcie „styl życia" do socjologii wprowadził Thorsten Veblen (1857–1929), natomiast do psychologii – Alfred Adler (1870–1937), określając w ten sposób jedyny w swoim rodzaju, wywierający znaczny wpływ na otoczenie, sposób bycia danej osoby. (Zych, 2010, s. 172) – przyp. red.].

Styl życia jest definiowany w różny sposób. Można go odnieść do zespołu codziennych zachowań specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości, lub charakterystyczny „sposób bycia" odróżniający daną zbiorowość lub jednostkę od innych. Na całość jaką stanowi styl życia składają się zachowania i motywacje tych zachowań (Siciński, 1980).

Stylowi życia przypisuje się największe znaczenie wśród czynników kształtujących stan → zdrowia. **W** naukach medycznych jest on rozumiany wąsko, jako zespół zachowań związanych ze zdrowiem. Często wymienia się kilka spośród nich, które uznano za czynniki ryzyka wielu → chorób. Zachowania zdrowotne należy zatem rozumieć jako element stylu życia człowieka. Wskazane przez medycynę zachowania są tylko częścią zachowań zdrowotnych, których nie można zmienić nie modyfikując stylu życia.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje prozdrowotny styl życia na podstawie definicji Nancy Rosalie Milio (1938–), zdaniem której „styl życia to wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno- ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania na inne" (Milio,1986). Styl życia odgrywa ważną rolę w kształtowaniu zdrowia jednostki i populacji.

W podejściu behawioralnym styl życia definiuje się jako „kompleks powtarzalnych wzorów zachowań uwarunkowanych kulturą, standardem → życia i będących pod kontrolą ekonomicznych możliwości osoby lub rodziny" (Przewoźnik, 2000), natomiast w naukach społecznych styl życia jest rozumiany znacznie szerzej – jako zespół zachowań realizowanych we wszystkich aspektach życia codziennego. Zwraca się uwagę, że zachowania te są przejawem swobodnego wyboru spośród repertuaru zachowań oferowanych przez daną kulturę. Decyzje i zachowania podlegają kontroli danej osoby, są modyfikowane i ograniczane przez społeczność, → rodzinę i wartość kultury. Styl życia podejmowany przez jednostkę wskazuje kim ona jest w społeczeństwie.

Andrzeja Tyszka (1934–) zdefiniował styl życia jako kulturowo uwarunkowany stopień i sposób zaspokajania potrzeb i realizowania aspiracji związany z zajmowaną pozycją ekonomiczną i społeczną. Z pojęcia stylu życia wyprowadza pojęcie różnic społecznych, takich jak: bogactwo, poziom konsumpcji, rodzaj pracy, stopień realizacji różnych potrzeb, kultura życia codziennego, upodobania estetyczne, cechy zachowania towarzyskiego (Tyszka, 1971). Można wyróżnić wiele typologii stylów życia, formułowanych według kryteriów kulturowych, ekonomicznych, położenie jednostki w strukturze społecznej itp.

Andrzej Siciński (1924–2006) wyróżnił sześć typów stylu życia, uwzględniając mniej lub bardziej świadome wybory dokonywane w życiu codziennym przez „człowieka wybierającego" (łac. *homo eligens*):

- styl życia w sytuacji drastycznie ograniczonych możliwości dokonywania wyborów (zły stan zdrowia, kiepska sytuacja ekonomiczna, niski poziom umysłowy),
- styl życia polegający na unikaniu dokonywania wyborów,
- styl życia będący poszukiwaniem drogi życiowej,
- styl życia nastawiony na działanie,
- styl życia nastawiony na zachowawczy skutek działań, oraz
- styl życia nastawiony na działanie prowadzące do zmiany (Siciński A., 1988).

DBK

B: Milio, 1986; Przewoźnika, 2000; Siciński, 1980, 1988; Tyszka, 1971; Zych, 2010.

O: aktywny styl życia, styl starości, style życia w starości.
TK: ang. *life style/way of life*, fr. *mode de vie*, hiszp. *estilo de vida*, niem. *Lebensstil*, ros. *образ жизни*.

styl życia – ujęcie psychologiczne

Styl życia to sposób codziennego funkcjonowania, ukierunkowanego na realizację ważnych dla jednostki celów. Styl życia w → starości jest w pewnej mierze pochodną stylu życia przejawianego we wcześniejszym okresie. Niemniej, może on ulegać modyfikacji wskutek postępujących z wiekiem zmian rozwojowych. Styl życia pozostaje we wzajemnym związku z → jakością życia. Z jednej strony od niego zależy poziom → dobrostanu psychicznego, z drugiej zaś samopoczucie wpływa na poziom zaangażowania w działanie.

Ze względu na kryterium formalne, psychospołeczne, rozróżnia się dwa główne style życia w starości: styl przystosowany i nieprzystosowany (zob. Bee, 2004, Stuart-Hamilton, 2006). Styl przystosowany może mieć formę aktywną, bierną lub obronną. Styl przystosowany aktywny charakteryzuje osoby czynnie zaangażowane w realizację celów i odczuwające z tego powodu zadowolenie, satysfakcję. Są one otwarte na kontakty z otoczeniem, nie boją się nowych wyzwań, dobrze sobie radzą z codziennymi zadaniami. Przeciwieństwem stylu przystosowanego aktywnego jest styl przystosowany bierny, który charakteryzuje osoby wycofujące się z aktywnego życia społecznego i zawodowego, preferujące spokój, stabilizację, koncentrujące się na przeżyciach wewnętrznych. Akceptują one na ogół swoją sytuację życiową, czują się wolne jako emeryci, potrafią dostrzegać pozytywne aspekty starości. Trzeci styl przystosowany to styl obronny. Dotyczy on osób aktywnych, które jednak nie akceptują swojej sytuacji życiowej, a ze → stresem związanym z procesem → starzenia się radzą sobie poprzez zastępcze, czyli obronne formy zachowania, takie jak nadaktywność, rygoryzm, przesadna dbałość o przestrzeganie norm, perfekcjonizm, unikając refleksji i bezczynności. Z kolei styl nieprzystosowany, wynikający nie tylko z nieakceptacji starości, lecz przede wszystkim z nieakceptacji siebie, swojej drogi życiowej i poczucia niespełnienia, przejawia się agresją i wrogością, skierowaną bądź ku światu i innym ludziom, bądź ku sobie. Osoby o tym stylu są złośliwe, zawistne, zgorzkniałe, często autoagresywne. Nie ma jednoznacznych ustaleń, które wskazywałyby na zdecydowaną przewagę któregoś z przystosowanych stylów funkcjonowania w starości. Większość współczesnych badaczy skłania się ku opinii, że styl aktywny sprzyja dobremu samopoczuciu i → zdrowiu, chroni przed depresją, spowalnia procesy degradacji psychicznej, jednak tych efektów nie gwarantuje. Zaletą stylu biernego, wycofującego jest to, że chroni jednostkę przed stresem i negatywnymi emocjami pojawiającymi się w wyniku porównań generacyjnych. Wydaje się, że dylemat: aktywność czy wycofanie z aktywnego życia społecznego należy rozpatrywać nie tyle z punktu widzenia dynamiki czy intensywności zaangażowań, ile z punktu widzenia dostosowania rodzaju i poziomu aktywności do indywidualnych potrzeb i możliwości. Jeśli wycofanie z aktywnego życia pozostaje w zgodzie z osobowością i temperamentem osoby, wówczas może sprzyjać dobremu samopoczuciu, jeśli natomiast aktywność podejmowana jest niejako wbrew sobie, naraża osobę na stres, nadmiernie eksploatuje jej zasoby, przyczyniając się w rezultacie do wzrostu dyskomfortu psychicznego.

Ze względu na kryterium treściowe, opisujące dziedzinę zaangażowań jednostki, rozróżnia się następujące style życia w starości: styl rodzinny, domatorski, aktywny ruchowo, aktywny społecznie, pobożny i edukacyjny (Czerniawska, 2000 b, za: Steuden, 2014). Styl rodzinny przejawia się aktywnym uczestniczeniem w życiu → rodziny, pełnieniem → społecznych ról babci/dziadka, rodzica dorosłych dzieci. Styl domatorski jest pokrewny względem stylu wycofanego, biernego. Osoby reprezentujące ten styl preferują przebywanie we własnym mieszkaniu, oddawanie się ulubionym zajęciom, np. lekturze, oglądaniu programów telewizyjnych czy spotkaniom z przyjaciółmi. Do stylu aktywnego ruchowo zalicza się wykonywanie czynności wymagających wysiłku i sprawności fizycznej, takich jak np. praca w ogrodzie, naprawa sprzętu, spacery czy uprawianie sportu. Dla stylu aktywnego społecznie typowe jest częste przebywanie poza własnym miejscem zamieszkania, w środowisku innych osób, podejmowanie działań ukierunkowanych na pomaganie, bycie użytecznym itp. Styl pobożny wiąże się z zaangażowaniem religijnym, uczestniczeniem w nabożeństwach oraz podejmowaniem prywatnych form aktywności duchowej. Wreszcie styl edukacyjny, coraz częściej uwidaczniający się w życiu współczesnych seniorów, polega na aktywności mającej na celu odświeżanie nabytej wcześniej wiedzy i umiejętności, poszerzanie i pogłębianie wiedzy z interesujących osobę dziedzin nauki i kultury, poprzez uczestniczenie w spotkaniach o charakterze naukowym, prelekcjach czy studiach podyplomowych. Ważnym ośrodkiem realizacji stylu edukacyjnego jest forma dokształcania w ramach → uniwersytetu trzeciego wieku, z której to formy korzysta imponująca liczba osób starszych.

Z badań wynika, że istnieją różnice między kobietami i mężczyznami odnośnie do preferencji stylu życia w okresie starości (Steuden, 2014). Stopień aktywności obu płci jest podobny, jednak mężczyźni przedkładają styl aktywny ruchowo (zajęcia sportowe, rzemieślnicze, ogrodowe) nad styl aktywny społecznie i edukacyjny (działalność charytatywna, samokształceniowa). Widomym znakiem tych różnic jest choćby uczestniczenie w zajęciach uniwersytetu trzeciego wieku, gdzie zdecydowanie przeważają liczebnie kobiety.

MMS-R

B: Bee, 2004; Czerniawska, 2000 b; Steuden, 2014; Stuart-Hamilton, 2006.

O: aktywny styl życia, styl starości, style życia w starości.

TK: ang. *life style/way of life*, fr. *mode de vie*, hiszp. *estilo de vida*, niem. *Lebensstil*, ros. *образ жизни*.

style życia w starości

→ Starzenie się jest nieuchronnym, stale postępującym procesem od narodzin po kres → życia. Poprzedzający go ostatni okres rozwojowy określany jako → starość, jak każdy wcześniejszy etap ma swoje dobre i złe strony. Duża ilość → czasu wolnego, możliwość realizacji własnych pasji, zainteresowań, spokój, stabilizacja życiowa, zadowolenie z → rodziny i/lub z dotychczasowych osiągnięć zawodowych, to tylko niektóre zalety jesieni życia. Niestety wiele osób w podeszłym wieku źle ją znosi. Przyczyną tego bywa utrata → zdrowia, sprawności psychicznej lub fizycznej, przejawiająca się m.in. pogorszeniem funkcjonowania narządów zmysłów oraz obniżeniem zdolności poznawczych i wykonawczych. Ze starością źle radzą sobie również ludzie, którzy mimo dobrego stanu zdrowia nie potrafią pogodzić się z utratą urody, sprawności, pracy zawodowej czy bliskich osób. Percepcja własnej starości jest sprawą indywidualną. Każdy, kto ją doświadcza ma swój osobisty stosunek do łączących się z nią zmian bio-psycho-społecznych. Nie dla wszystkich pojawiające się wraz ze starością utrudnienia i problemy są powodem do narzekania czy przeżywania lęku. Nabywane przez niektórych seniorów → mądrość życiowa i odporność psychiczna pomagają dobrze je znosić, co powoduje także, że są oni pozytywnie odbierani przez społeczeństwo. Przystosowanie do starości oraz sposób spędzania wolnego czasu na → emeryturze może łączyć się, m.in. ze stylem życia przyjmowanym przez osobę starszą.

Wprowadzone do socjologii przez Thorsteina Veblena (1857–1929) pojęcie „styl życia" wedle *Słownika języka polskiego* (1981, s. 362) to „[…] sposób postępowania, zachowania się". Arthur S. Reber (1940–) podaje, że „jest to termin wprowadzony przez Alfreda Adlera [1870–1937] na określenie jedynego w swoim rodzaju, wywierającego znaczny wpływ na otoczenie sposobu bycia danej osoby; według tego autora na styl życia składa się całość motywów, cech, zainteresowań i wartości uznawanych przez daną osobę i przejawiających się w całym jej funkcjonowaniu" (Reber, 2005, zob. także Adler, 1986). Podobnie ujmuje ten termin Stanisława Steuden (1950–), która przez styl życia rozumie „indywidualny, swoisty dla danej osoby system przekonań, wartości, motywów działania, sposobów percepcji świata i reagowania" wyznaczający sposób funkcjonowania osoby (Steuden, 2014, s. 90). Zagadnienie dotyczące stylu życia obieranego w okresie → późnej dorosłości jest ściśle powiązane z problematyką potrzeb wykazywanych przez osoby w tym okresie życia i z ich aktywnością.

Potrzeba stanowi „biologiczny lub psychiczny stan braku w organizmie, który wzbudza motywację do działania zmierzającego do jego zaspokojenia" (Strelau, 2000, s. 564). Zgodnie z hierarchiczną teorią potrzeb Abrahama H. Maslowa (1908–1970) jako pierwsze domagają się zaspokojenia potrzeby niższe (podstawowe), w tym potrzeby biologiczne (np. wody, powywietrza, snu, pokarmu, aktywności), → potrzeby bezpieczeństwa [społecznego] (np. oparcia, spokoju), potrzeby przynależności i miłości (np. potrzeba afiliacji, akceptacji). Ich zapewnienie jest warunkiem wystąpienia i możliwości realizacji potrzeb wyższych, takich jak: potrzeba szacunku i uznania (np. potrzeba prestiżu, osiągnięć, potrzeba poczucia własnej wartości), potrzeby poznawcze i potrzeby estetyczne, a także potrzeba samorealizacji i potrzeba samotranscendencji (por. Reber 2005). Stąd umiejętność dostrzegania pojawiających się potrzeb jest niezbędnym warunkiem motywującym człowieka do podejmowania określonego rodzaju aktywności w celu zaspokojenia danej potrzeby. Steuden (2014, s. 82) podkreśla, że w przypadku osób starych ich aktywność łączy się zwłaszcza z potrzebami „osobistego rozwoju, poczucia własnej wartości, przynależności, realizowania planów życiowych, dostosowywania się do zmieniających się warunków otoczenia, oczekiwań społecznych a także własnych możliwości. Rodzaj aktywności uzależniony jest nie tylko od osobistych preferencji, stanu zdrowia, posiadanych umiejętności, ale także odzwierciedla kontekst społeczny (…), oczekiwania i propozycje środowiska w którym osoba przebywa". Autorka odwołując się do powszechnych przekonań

i badań naukowych podkreśla, że aktywność sprzyja, m. in. zadowoleniu i → satysfakcji życiowej, poczuciu użyteczności oraz poczuciu własnej wartości, optymizmowi, a także doświadczaniu → dobrostanu psychicznego przez osoby starsze. Pozwala ona również dłużej zachować dobrą kondycję psychiczną, łatwiej znosić porażki, bezradność, → samotność i osamotnienie w okresie starości, a także rzutuje na wydłużenie życia (por. Steuden 2014, s. 90).

Adam A. Zych (1945–) słusznie zauważa, że aktywność, zarówno fizyczna, jak i psychiczna, jest jedną z podstawowych cech wartościowego życia w okresie starości, sprzyjającą zachowaniu zdrowia a zarazem czynnikiem obniżającym tempo starzenia się (por. Zych 1999, s. 99). Ten sam autor dostrzega również pozytywne zmiany w percepcji starości – „zaczęto mówić o pomyślnym lub → optymalnym starzeniu się, określanym również jako aktywne, zdrowe, pogodne, piękne, pozytywne, produktywne, efektywne, dobre, szczęśliwe lub udane starzenie się […]" (Zych, 2015). Takiemu zaś procesowi starzenia sprzyja m.in. „pozytywna samoocena, adaptacja, czyli przystosowanie do pełnionych ról społecznych, elastyczność i kontrola nad swym życiem osobistym, autonomia i niezależność, pozytywne relacje z innymi, satysfakcjonujące i sensowne życie, możliwość osobistego rozwoju, a także wysoki poziom funkcji poznawczych i psychicznych" (Zych, 2015).

Aktywność człowieka w podeszłym wieku może przybierać różne postaci, np. formę → aktywności fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, psychicznej czy społecznej. Można także wyróżnić aktywność formalną, która przejawia się poprzez udział osób starszych w różnych organizacjach i stowarzyszeniach o charakterze politycznym czy społecznym. Innym rodzajem aktywności dostępnej seniorom jest aktywność nieformalna wynikająca z relacji nawiązywanych w kręgu rodziny, sąsiadów i przyjaciół. Wspomnieć należy również o aktywności samotniczej, którą cechuje samotne spędzanie czasu wolnego poświęcone na czytanie, realizowanie własnych pasji, hobby czy zainteresowań (por. Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006). W przypadku osób starych można też mówić o różnych rodzajach aktywności, takich jak: aktywność domowo-rodzinna, aktywność kulturalna, społeczno-edukacyjna, zawodowa, religijna i sportowo-turystyczno-rekreacyjna (por. Orzechowska, 1999). Na podejmowaną aktywność, oprócz potrzeb, wpływają różne czynniki, m.in. wykształcenie, środowisko lokalne, rodzina, stan zdrowia oraz warunki bytowo-materialne (por. Kijak, 2013, s. 93).

Omówione podejście do starości ma dość długą tradycję. Jego źródło tkwi w zaproponowanej w latach 40. minionego stulecia przez → Cavan i jej współpracowników → teorii aktywności, w myśl której „dobre samopoczucie i/lub dobrostan starszych osób jest związanie z utrzymaniem wysokiego poziomu aktywności fizycznej, emocjonalnej i/lub intelektualnej, a także z kontynuowaniem zaangażowania się w życie społeczne" stosownie do stanu zdrowia i możliwości (Zych, 2012, s. 113, zob. także Stuart-Hamilton, 2006, s. 158, Trafiałek, 2006, s. 26). W świetle tej teorii proces starzenia łączy się z powstawaniem napięć łączących się z obrazem siebie pojawiających się na podłożu zmiany pełnionych ról społecznych, zaś aktywność przejawiająca się w różnych formach stanowi podłoże udanej starości (por. Zych 2013, s. 46). Opisywana teoria znalazła kontynuację w postaci teorii optymalnej starości. Obecnie, zwłaszcza w kontekście → promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, także kładzie się nacisk na „pozytywne starzenie się", „optymalne starzenie się" lub „pomyślne starzenie się". Wspomniane koncepcje również zwracają uwagę na znaczenie aktywności podejmowanej przez osoby starsze dla szeroko ujmowanego ich → zdrowia, dobrostanu i → jakości życia (por. Hill, 2009, s. 15 i s. 43, Bielawska-Batorowicz, 2011, s. 102).

Przeciwstawne stanowisko do przedstawionego wyżej, dominującego podejścia do okresu starości, kładącego nacisk na aktywizację seniorów, przyjmuje → teoria niezaangażowania autorstwa → Cumming i → Henry'ego. Koncepcja ta podkreśla, że w miarę postępowania procesu starzenia się zmniejsza się potrzeba kontaktu osób starych ze światem, co powoduje ograniczenie przez nich wszelkiej aktywności, pozbywanie się ról społecznych i izolowanie się od społeczeństwa (por. Trafiałek, 2006, s. 27, Zych, 2013, s. 47–48). Wśród przyczyn tego zjawiska wskazuje się na pogorszenie się z wiekiem funkcjonowania psychofizycznego i stanu zdrowia, co rzutuje na ograniczenie sprawności percepcyjnej, fizycznej i relacji społecznych. Innym powodem wyłączenia się seniorów z aktywności jest utrata współmałżonka, przyjaciół, znajomych, zmiana ról społecznych oraz przejście na → emeryturę. Proces ten niejako inicjowany przez same osoby stare, przygotowujące się w ten sposób się na → śmierć, wzmacniany jest przez społeczeństwo, które odsuwa człowieka starego od ważnych funkcji, decyzji, a także pozbawia go prestiżu (por. Stuart-Hamilton, 2006, s. 158, Trafiałek, 2006, s. 27).

Ostatnia z sygnalizowanych teorii jest zaprzeczeniem zdrowego stylu życia, który promowany jest przez kon-

cepcje odwołujące się do konieczności → aktywizacji psychosocjalnej osób starszych. Ów styl sprzyja zachowaniu jak najdłużej zdrowia i sprawności psychomotorycznej oraz pozwala bardziej komfortowo przeżywać starość. Zarówno teoria wyłączania, jak i teoria aktywności mają wady i zalety. Obecnie uznaje się, że ważne jest wypracowanie konsensusu, który „polega na założeniu, że teoria wyłączania i aktywności opisują optymalne strategie dla pewnych, ale nie dla wszystkich osób starych, a która z nich jest lepsza, zależy od wielu czynników, takich jak: warunki finansowe (np. czy osobę stać na aktywny styl życia), zdrowie (np. czy osoba ma jeszcze wystarczająco dużo siły) i typ osobowości (np. introwertycy mogą nie znosić aktywnego stylu życia)" (Stuart-Hamilton, 2006, s. 158). Oprócz tego należy zaznaczyć, że większości osób w podeszłym wieku może odpowiadać połączenie stylu życia opisywanego w teorii aktywności i teorii wyłączania.

W literaturze opisywane są różne style życia przyjmowane przez osoby w okresie późnej dorosłości. Małgorzata Brzezińska wymienia kilka najbardziej znaczących podejść do tego zagadnienia. Między innymi, odwołuje się ona do typologii adaptacji do starości Caroline S. Ford (1965), która wyróżniła takie taktyki postępowania osób starszych, jak:

- „regresja (wymuszanie pomocy w życiu codziennym, choć stan zdrowia i stopień sprawności tego nie wymaga);
- ucieczka (zmiana miejsca zamieszkania, by w ten sposób wyzwolić się od kłopotów towarzyszących starzeniu się);
- dobrowolna izolacja (postawa bierności i ograniczenie do minimum kontaktów ze środowiskiem społecznym);
- przewrotne postępowanie (służy zdobyciu wyższej pozycji społecznej i zainteresowania otoczenia własną osobą);
- integracja i dostosowanie (zaangażowanie w życie społeczne, życzliwość wobec innych, traktowanie problemów zdrowotnych jako sprawy osobistej, o której nie informuje się otoczenia)" (M. Brzezińska 2011, s. 39).

M. Brzezińska przytacza również polskie koncepcje stylów życia w starości – Joanny Staręgi-Piasek (1939–) i → Czerniawskiej. Według pierwszej z wymienionych autorek można wyróżnić następujące style starzenia się:

- „aktywny-zachowawczy – osoba chce zachować styl życia z lat wcześniejszych, być w miarę swoich możliwości aktywna, samodzielna i nie korzystać z niczyjej pomocy;
- aktywny-sybaryta – chce odpocząć i zrealizować swoje wcześniejsze marzenia i plany (np. podróże), z myślą o tym oszczędzał i dbał o zdrowie;
- pasywny-sybaryta – oczekuje opieki ze strony państwa i zwolnienia ze wszystkich poważniejszych obowiązków jako nagrody za dotychczasową pracę;
- rodzinny – treść i źródło największej radości stanowi rodzina, koncentracja na pomocy swoim najbliższym;
- zagrożony – niepokój o przyszłość, lęk przed opuszczeniem, niemożnością poradzenia sobie z codziennością i stąd chęć zdania się na czyjąś opiekę" (M. Brzezińska 2011, s. 40).

Kolejną typologią stylów życia w okresie starości jest propozycja Czerniawskiej (2000). która wyróżniła następujące style: całkowicie bierny, rodzinny, ogródka działkowego, aktywny społecznie, homocentryczny, oraz styl pobożny.

Pierwszy z wymienionych stylów życia wybierany przez niektórych seniorów – styl bierny – łączy się ze znacznym lub całkowitym ograniczeniem aktywności, spędzaniem czasu w domu i opuszczaniem go w wyjątkowych sytuacjach. Wspomniany styl funkcjonowania wynika przeważnie z obniżonej sprawności motorycznej, psychicznej lub złego stanu zdrowia, a także może mieć podłoże w niechęci do wysiłku i pokonywania trudności, w tendencji uciekania przed światem i ludźmi, chęci wycofania się z relacji z nimi oraz koncentrowaniu się na własnych przeżyciach, doznaniach i wspomnieniach. Ostatnie z wymienionych przyczyn wycofywania się z aktywności mogą mieć podłoże w strukturze osobowości, zwłaszcza, gdy osoby starsze w poprzednich fazach życia zachowywały się w podobny sposób (zob. M. Brzezińska, 2011, Kijak, 2013, Steuden, 2014). W przypadku niektórych osób, sposobem przeciwdziałania negatywnym skutkom opisywanego stylu życia może być wsparcie społeczne, zachęcanie do aktywności, która może wzmocnić ich poczucie własnej wartości.

Kolejny styl życia wybierany przez osoby starsze to styl rodzinny – zogniskowany na opiece nad rodziną i wnukami lub pomocy dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Osoba starsza podejmująca taki styl życia czuje się często dowartościowana i potrzebna, realizuje w ten sposób swoje potrzeby psychiczne, np. potrzebę aktywności, miłości, uznania, niemniej jednak zbytnia koncentracja na pomocy bliskim może prowadzić do takich negatywnych konsekwencji, jak wyręczanie dzieci w ich obowiązkach rodzicielskich, czy domowych (por. M. Brzezińska, 2011, s. 40, Steuden, 2014, s. 91). Remigiusz J. Kijak

(2013, s. 94) zauważa, że taki sposób postępowania może łączyć się z brakiem wiary we własne możliwości, obawą przed odrzuceniem, brakiem zainteresowań i/lub przejawianiem osobowości zależnej. Może również być przyczyną rezygnacji z podejmowania innych form aktywności czy zobowiązań.

Innym stylem życia preferowanym przez niektórych seniorów, zwłaszcza tych, którzy mają dużą potrzebę aktywności fizycznej lub chcą się czuć potrzebni i zaradni jest styl ogródka działkowego. Jego przyjęcie może łączyć się z odczuwaniem satysfakcji i odprężenia, jak też wynikać z poczucia osamotnienia, odrzucenia lub podejmowany jest ze względów ekonomicznych w związku z niską emeryturą (por. Kijak, 2013, s. 94, Steuden, 2014, s. 91).

Czerniawska wymienia także aktywny społecznie styl życia, przejawiający się w zaangażowaniu w pracę na rzecz innych ludzi, np. pracę w towarzystwach o charakterze społecznym, religijnym, pomocowym (wolontariat), kulturalnym, politycznym. Tego rodzaju aktywność pozwala na realizację własnych możliwości, wzmacnia satysfakcję z życia i poczucie użyteczności, poczucie własnej wartości, przynależności do grupy społecznej oraz odpowiedzialności za innych (por. Steuden 2014, s. 91).

Stylem życia preferowanym przez osoby starsze niechętnie opuszczające dom, lecz mimo to aktywne fizycznie, intelektualnie i społecznie jest styl domocentryczny. Trzeba podkreślić, że wspomniana aktywność jest dość ograniczona i koncentruje się na pracach w gospodarstwie domowym, hodowaniu roślin, opiece nad zwierzęciem domowym, czytaniu książek i czasopism, rozwiazywaniu krzyżówek, oglądaniu telewizji, słuchaniu radia czy okolicznościowym podejmowaniu gości. Taki styl życia zwykle nie zawsze wypełnia życie i sprzyja poczuciu osamotnienia (por. M. Brzezińska 2011, s. 40).

Niektórzy seniorzy wybierają pobożny styl życia zogniskowany na uczestniczeniu w życiu własnej wspólnoty religijnej, codziennych modlitwach, nabożeństwach. Zazwyczaj wybór tego stylu życia jest kontynuacją stylu życia przyjętego we wcześniejszych okresach życia.

Wyżej opisaną klasyfikację stylów życia można jeszcze poszerzyć o trzy style. We wcześniejszej klasyfikacji stylów życia Czerniawska (1988) wspomina o edukacyjnym stylu życia (Kijak, 2013) dostrzega styl instytucjonalny, a Steuden (2014) pisze o stylu związanym a aktywnością ruchową.

Pierwszy z wymienionych stylów życia „umożliwia odtwarzanie i reinterpretację doświadczeń życiowych, rozszerzenie zainteresowań, nabywanie nowych umiejętności. Najwyraźniej odzwierciedla się on w uczestnictwie osób starszych w różnych formach edukacji (por. Steuden, 2014, s. 91).

Styl instytucjonalny, związany z rytmem i stylem życia seniorów organizowanym przez dzienne lub całodobowe instytucje w których przebywają w związku ze złym stanem zdrowia lub z powodu ograniczenia sprawności czy zaradności. Styl ten zwykle jest narzucony i rzadko bywa stylem z wyboru (por. Kijak, 2013, s. 95).

Trzeci z wymienionych stylów – styl związany z aktywnością ruchową jest obecnie coraz bardziej popularny wśród seniorów oraz propagowany przez środki masowego przekazu, a także zalecany w ramach profilaktyki zdrowia fizycznego i psychicznego.

Wspominając klasyfikacje stylów życia osób starszych warto również odwołać się do czterech typów emocjonalno-poznawczego ustosunkowania się do procesu starzenia się wyróżnionych na podstawie badań przez Zycha (1999), przy czym trzeba podkreślić, że dwa pierwsze wymienione poniżej świadczą o nieprzystosowaniu do starości, a dwa kolejne wskazują na nie. Są to:

- „lęk przed starością i bunt wobec starzenia się;
- rezygnacja i/lub izolacja emocjonalna i społeczna;
- rozsądna akceptacja starości jako naturalnej fazy życia ludzkiego;
- refleksją nad przebytym już odcinkiem drogi życiowej" (por. Zych 1999, s. 148–149).

Warto dodać, że w świetle badań empirycznych i potocznych obserwacji, na funkcjonowanie w okresie starości, w tym na podejmowaną aktywność, zainteresowania, preferencje i potrzeby rzutuje styl codziennego funkcjonowania, jaki osoby starsze obrały na wcześniejszych etapach życia (por. Zych 1999, s. 97–98). Osoby aktywne zwykle pozostają takimi w okresie starości, podobnie, jak osoby preferujące bardziej bierny styl życia przechodząc na emeryturę nie zmieniają zwykle swojego sposobu bycia. Należy zaznaczyć, że aktywność seniorów może przybierać różne formy – od aktywności w zaciszu domowym, polegającej na rozwijaniu własnych pasji i zainteresowań, po udział w zajęciach organizowanych dla seniorów lub w postaci ich zaangażowania w pracę na rzecz innych osób, np. w ramach różnych instytucji społecznych lub pomocowych, np. działalność w organizacjach, fundacjach, stowarzyszeniach, a także pomoc własnym dzieciom w prowadzaniu domu czy wychowywaniu wnucząt (por. Nowicka 2010, s. 21).

Bez względu na formy aktywności podejmowane przez osoby w podeszłym wieku trzeba zaznaczyć, że istot-

ną rolę w ich aktywizacji rzutującą zarazem na ich styl życia odgrywa ich stan zdrowia. Znaczna → niepełnosprawność lub doświadczanie uciążliwych → chorób przewlekłych w dużym stopniu ogranicza lub uniemożliwia wszelkie działania oraz staje się przyczyną utrudnień w realizacji różnych zadań życiowych i rozwiązywania kryzysów psychospołecznych, jednocześnie przyczyniając się do pogorszenia jakości ich życia (por. Nowicka 2010, s. 22). Nie bez znaczenia dla radzenia sobie osób starszych z własną sytuacją życiową i przyjmowaniem danego stylu życia jest również stosunek społeczeństwa do starości. Dzisiejsze społeczeństwo „które jest przesycone kultem młodości, urody i sprawności, nie potrafi znaleźć miejsca dla starości, jak i sami starzy ludzie często nie wiedzą, jak mogą przeżywać swoją jesień życia i jak odnaleźć się w nowej rzeczywistości na emeryturze" (Matejczuk, 2007, s. 112–113). Zarówno społeczny, jak i indywidualny odbiór starości rzutują zatem na aktywność seniorów. Joanna Matejczuk (2007, s. 113) słusznie zauważa, że „[…] ludzie starsi wypełniają rolę przypisywaną im przez społeczeństwo oraz realizują społeczny model starzenia się i bycia osobą starą. Niestety, łączy się to z rezygnacją z aktywności, z → izolacją społeczną, a często z bierną agresją, narzekaniem oraz postawą roszczeniową. Konsekwencją przyjęcia takiej strategii radzenia sobie jest pogarszająca się kondycja psychofizyczna, smutek, brak poczucia wpływu na własne życie, brak poczucia sprawstwa, wyuczona bezradność, obniżona samoocena, bierność. Wszystkie obserwowalne przejawy tych zachowań stają się wtórnie dowodem dla społeczeństwa, że ludzie starsi są rzeczywiście bierni, smutni, a często też uciążliwi. Dla ludzi starszych z kolei ich własne zachowanie oraz potwierdzenie stereotypu starości odbierane z otoczenia staje się dowodem, że w starości nie ma miejsca na samorealizację, korzystanie z przyjemności i poczucie bycia osobą potrzebną i wartościową. W konsekwencji przeżywanie późnej dorosłości staje się nasycone takimi uczuciami, jak: samotność, rezygnacja i rozpacz. Pojawia się ponadto poczucie izolacji społecznej, problemy ze znalezieniem sensu w życiu oraz brak wpływu na swój los. Wtórnie pojawia się poczucie zależności od innych osób, bezużyteczności, bezsilności. Przeżyciom tym towarzyszy obniżenie samooceny, poczucia atrakcyjności, przydatności społecznej, kompetencji i prestiżu". Starsi ludzie bywają dyskryminowani na rynku pracy, naznaczani przez media, a nawet marginalziowani przez instytucje społeczne (por. Bron, 2011, s. 29).

Na styl życia współczesnych seniorów silny wpływ wywierają kultura i wzory przyjmowane przez społeczeństwo. Za wartość uznaje się młode i sprawne ciało. Nie było by w tym nic złego, niemniej jednak negowanie procesu starzenia i starości, usuwanie jej oznak w wyniku agresywnych zabiegów kosmetycznych i operacji plastycznych, podejmowanie starań, by za wszelką cenę być pięknym i młodym, nie zawsze przynosi korzyści. Dla niektórych osób starszych dążenie do młodości często łączy się z przeżywaniem frustracji, ponieważ zmiany powstające w wyniku ingerencji medycznych czy kosmetycznych bywają tylko zewnętrzne. Proces starzenia się organizmu postępuje stale, a zatem mimo makijażu, stroju czy fryzury, mających odjąć lat, pojawiają się nieuchronne zmiany degeneracyjne w zakresie funkcjonowania biologicznego i/lub psychicznego, a wraz z nimi niedołężność.

Zdroworozsądkowe dbanie o zachowanie zdrowia i kondycji fizycznej do późnej starości za pośrednictwem zdrowej, odpowiednio zbilansowanej diety czy podejmowania różnych form aktywności ruchowej jest niezwykle ważne, ale powinna się z nim łączyć akceptacja pojawiających się zmian, zaś usprawnianiu ciała powinien towarzyszyć rozwój wewnętrzny. Przystosowanie do starości może w znacznym stopniu ułatwić realizacje zadań rozwojowych stojących przed osobami starymi, do których w ujęciu Erika H. Eriksona (1902–1994) „należą: akceptacja własnego życia, przekierowanie energii na nowe role i formy aktywności oraz rozwój stosunku do śmierci" (Nowicka, 2010, s. 22). Przystosowanie do starości, jej indywidualne przeżywanie zależy od różnych czynników, wśród których wymienić można za M. Brzezińską (2011, s. 38) podejmowanie działań z zakresu przygotowania do starości, subiektywną wizję starości, stan zdrowia, nawyki i zachowania zdrowotne, zainteresowania i formy aktywności, styl życia, doświadczanie życia i postawę wobec życia. W tym miejscu należy przypomnieć kryteria prawidłowego przystosowania się do starości według Dennisa B. Bromleya (1924–).Wśród nich znajdują się: „zgodność między stanem wewnętrznym człowieka a warunkami zewnętrznymi, utrzymanie ciągłości wzorców przystosowania, godzenie się ze starością i akceptacja nieuchronności śmierci, poczucie zadowolenia z życia, poczucie bezpieczeństwa […] realistyczna ocena sytuacji, dostosowanie zamiarów i oczekiwań do posiadanych możliwości, umiejętność bezkonfliktowego współżycia z innymi ludźmi, pomoc innym, dobra organizacja wolnego czasu, zachowanie zainteresowań" (Bromley, 1969, s. 94–95, zob. także M. Brzezińska 2011, s. 39). Z przejawianiem wymienionych cech ściśle łączą się adekwatna samoocena, zadowolenie z własnych osiągnięć, optymizm i do-

strzeganie walorów starości. Ujawnianie przez seniorów innych niż wyżej podane cechy może świadczyć o złym, dezadaptacyjnym przystosowaniu do starości, czego efektem jest m.in. z jednej strony bierny styl życia przejawiający się w osamotnieniu, depresyjności, bierności, roszczeniowej, wrogiej lub agresywnej postawie wobec otoczenia, egocentryzmie, uciekaniu w fantazję, trudnościach w organizacji czasu wolnego lub z drugiej strony styl, który cechuje nadmierna aktywność. Należy tu wymienić, np. ciągłe poszukiwanie towarzystwa, bez wchodzenia w głębsze relacje z innymi ludźmi czy podejmowanie się realizacji zbyt wielu zadań. Wspomniana nadaktywność wynika z obserwowanego obecnie i lansowany przez massmedia „kultu młodości", którego celem jest zaprzeczanie zmianom związanym ze starością (por. M. Brzezińska, 2011, s. 38–39, Kijak, 2013, s. 86, Nowicka, 2010, s. 23).

Podsumowując, styl życia przyjęty przez osobę starszą może w dużej mierze rzutować na jej postawę wobec własnej starości. Ta zaś, jak podkreśla Zych (1999, s. 139), jest jednym z ważniejszych zadań egzystencjalnych każdego człowieka, przy czym znaczący udział w jej tworzeniu mają doświadczenia osobiste, w tym satysfakcja z życia lub jej brak, „poczucie radości albo smutku, zmarnowane lub udane życie oraz rezygnacja bądź walka – zmaganie się z losem oraz stosunek społeczny do osób starszych". Nie każdy senior jest w stanie sam postawić przed sobą różne zadania do wykonania. Niektórym w tym zakresie mogą pomóc inni. Niekiedy „senior wymaga aktywizacji psychosocjalnej dzięki której będzie w stanie funkcjonować aktywnie, kreatywnie, odważnie, a zarazem bez popełniania starych i nowych błędów. Starość i jej konsekwencje wymagają uporządkowania życia – przynajmniej w pewnym sensie – jego przeorganizowania. To niezbędny warunek […] tego, aby senior zachował obiektywnie odczuwalną wysoką jakość życia, umiał zaadaptować się do nowych okoliczności, adekwatnie reagował na pojawiające się deficyty zdrowotne i socjalne. Innymi słowy aby pozytywnie odbierał własną starość" (Reichmann, 2012, s. 58).

AST

B: Adler, 1986; Bielawska-Batorowicz, 2011; Bromley, 1969; Bron, 2011; M. Brzezińska, 2011; Czerniawska, 1998, 2000; Ford, 1965; Hill, 2009; Kijak, 2006, 2013; Matejczuk, 2007; Nowicka, 2010; Orzechowska, 1999; Reber, 2005; Reichmann, 2012; *Słownik…*, 1983; Steuden, 2014; Strelau, 2000; Stuart-Hamilton, 2006; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006; Trafiałek, 2006; Zych, 1999, 2012, 2013, 2015.

O: styl życia.

TK: ang. *ways of life in old age*, fr. *les modes de vie un vieil homme*, hiszp. *estilos de vida del hombre viejo*, niem. *Lebensstile älterer Menschen*, ros. *образ жизни людей пенсионного возраста.*

stymulacja funkcji poznawczych

Zaburzenia funkcji poznawczych mogą mieć różną etiologię, w tym etiologię wieloczynnikową. Mogą być spowodowane procesem → starzenia się i atrofią istoty białej kory mózgowej, co powoduje zmiany w jej integralności i może powodować, że zarówno funkcje poznawcze, jak i motoryczne będą przebiegać wolniej i mniej precyzyjnie (Seidler i współprac., 2010). Na zmiany związane z fizjologicznym procesem starzenia się mózgu mogą się również nakładać zmiany patologiczne, powodując utrudnienia w jego funkcjonowaniu (np. → udar mózgu, → choroba Alzheimera).

W przypadku → łagodnych zaburzeń poznawczych (ang. *mild cognitive impairment* − MCI) u osób starszych stwierdza się: 1) skargi na upośledzenie → pamięci, 2) prawidłowe wykonywanie → czynności życia codziennego, 3) prawidłowe ogólne funkcjonowanie poznawcze, 4) nieprawidłowe wyniki pomiarów procesów poznawczych z uwzględnieniem norm związanych z wiekiem i z wykształceniem (Revaglia i współprac., 2008).

Badania Gregga A. Tkachuka i Garry'ego L. Martina (1999) wykazały, że ćwiczenia aerobowe wykonywane przez osoby, których poziom funkcji poznawczych był w granicach normy, 3 razy w tyg. przez 5 lat, przyczyniły się do tego, że u osób, które je wykonywały, funkcje poznawcze były stabilne lub poprawiły się. Oprócz tego, zaleca się osobom starszym wszelkie formy aktywizacji.

AMB

B: Revaglia i współprac., 2008; Seidler i współprac., 2010; Tkachuk, Martin, 1999.

O: łagodne zaburzenia poznawcze.

TK: ang. *stimulation of cognitive functions*, fr. *stimulation des fonctions cognitive*, hiszp. *la estimulation de las functiones cognitivas*, niem. *Stimulierung der kognitiven Funktionen*, ros. *стимуляция познавательных функции*.

subkultura starości

Zjawisko → starzenia się społeczeństwa ma wymiar nie tylko demograficzny, pociąga ono za sobą także bardzo znaczące konsekwencje ekonomiczne i społeczne. Jedną z nich jest opisane w literaturze przez Arnolda Marshalla Rose'a (1918–1968) formowanie się subkul-

tury osób starszych w społeczeństwach industrialnych i postindustrialnych (Rose, 1965). Proces ten jest efektem nierówności w sposobach społecznego traktowania subpopulacji osób starszych względem innych → grup wieku oraz niedostosowania wynikającego ze zmian demograficznych, społecznych i biologicznych. Odmienne funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie wywołane jest przede wszystkim dłuższym → życiem w lepszej kondycji umysłowej i fizycznej → seniorów oraz zmianami w obyczajowości, aktywności (w tym zawodowej) oraz z postępem w obszarze technologii użytkowej.

Zmiany te najsilniej dotykają seniorów jako grupę demograficzno-społeczną o najmniejszym doświadczeniu w tym zakresie. Tego rodzaju uwarunkowania sprzyjają powstaniu i rozwojowi subkultury osób starszych, którzy jako subpopulacja stają się coraz liczniejszą, a w społecznym funkcjonowaniu – spychaną na margines grupą.

Rose potraktował wiek jako nadrzędne kryterium demograficzno-społeczne w procesie kształtowania się tożsamości oraz zachowań społecznych, charakteryzujących i różnicujących osoby w → wieku poprodukcyjnym. Niekorzystny wizerunek subpopulacji osób starszych, jaki jest prezentowany i utrwalany w społeczeństwie, powoduje niechętne i nieczęste udostępnianie seniorom istotnych społecznie ról i funkcji. Podobne kwestie poruszał Talcott Parsons (1902–1979) mówiąc o strukturalnej izolacji osób starszych od więzi zawodowych i lokalnych jako o znaczącym problemie statusu społecznego emerytów (zob. Worach-Kardas, 1983, s. 77).

W czasach nam odległych wycofywanie się z życia społecznego również miało miejsce w XVI wieku we Francji, gdy ludzie starzy oraz biedni zostawali włóczęgami i żebrakami, bogaci natomiast, zdarzało się, że rozstawali się z rodziną i zamykali w klasztorze, by tam zasłużyć na zbawienie. Zwyczaje te zwróciły uwagę na specyfikę zachowań ludzi w → wieku podeszłym, polegającą na wycofywaniu się i zrywaniu z życiem zawodowym, a nawet rodzinnym (Minois, 1995, s. 151).

Specyfika zachowań i społecznego traktowania subpopulacji seniorów pomaga określić warunki powstania subkultury starości. Są nimi: wspomniana wyżej → marginalizacja [społeczna] osób starszych oraz istnienie intensywniejszych interakcji między rówieśnikami, niż jakąkolwiek inną subpopulacją, a zjawiska te oparte są na dwojakiej kategorii czynników: społecznych i psychospołecznych (Rose, 1965, s. 3–15). Z pierwszą z nich mamy do czynienia wówczas, kiedy osoby starsze jako grupa społeczna są wykluczani z działań i interakcji oraz dyskryminowani w rozumieniu zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym. W drugim natomiast w sytuacji istnienia więzi wspólnotowych, której podstawą jest wzajemna przyjaźń członków grupy, podobny status społeczny, zbliżone potrzeby, problemy oraz aktywność i zainteresowania wynikające z fazy życia, w której się znajdują.

Zarówno → wykluczanie społeczne osób starszych, ograniczanie im przez inne grupy dostępu do dóbr, a także poczucie wspólnoty, działania jednoczące tę grupę są obecne i zauważalne we współczesnym życiu społecznym, a są to kategorie charakterystyczne dla funkcjonowania subkultury osób starszych (Niezabitowski, 2007, s. 121–133)

→ Dyskryminacja z powodu wieku odczuwana jest jako różnica w traktowaniu, odmawianie równych praw i możliwości oraz jako rezultat powierzchownej oceny człowieka, wyłącznie na podstawie kryterium wieku. Dyskryminacja ta opiera się na stereotypowym spojrzeniu na naturę i możliwości ludzi w danym wieku. Widoczna jest ona przede wszystkim w miejscu pracy, w wysokości wynagrodzeń, w dostępie do służby zdrowia, edukacji, dóbr i usług. Dyskryminacja utrudnia udział w życiu społecznym, zawodowym i w dialogu obywatelskim, a także wpływa na sposób alokacji różnego rodzaju dóbr (Coni, Davidson, Webster, 1994).

Jednym z przykładów dyskryminacji i marginalizacji osób starszych jest ich niewielki udział w życiu społecznym i publicznym. Także w obszarze funkcjonalności technologicznej osoby starsze wypadają znacznie gorzej, niż młodsze pokolenia, co powodowane jest czynnikami zewnętrznymi i niezwiązanymi z wiekiem, jak rozwój cywilizacyjny poszczególnych regionów (wsie), dostępność technologii, dostępność finansowa sprzętu, szkoleń itd. Osoby starsze mają też gorszy od innych grup wiekowych, dostęp do informacji (ekonomicznych, handlowych, prawnych). Również nastawienie społeczeństwa wobec starszych obywateli jest niekorzystne. Niechętne postawy wobec ludzi starszych odbierane są przez nich jako przejaw odrzucenia, braku akceptacji, redukowania ich praw, zwłaszcza do funkcjonowania w roli pełnoprawnych członków społeczeństwa czy środowiska lokalnego. Osoby w starszym wieku w Polsce są grupą o najwyższym ryzyku marginalizacji spośród wszystkich grup społecznych. Z racji wieku traktowani są (zbiorowo) jako grupa niskiego statusu społecznego.

Mechanizmy subkulturogenne mają w dużym stopniu charakter typowy dla społeczeństw przemysłowych i mogą przebiegać w sposób niezauważalny dla

samych podmiotów powstawania i rozwoju podkultury. Mają na nie wpływ zjawiska i procesy o podłożu demograficznym, ekologicznym oraz społeczno-organizacyjnym (Rose, 1965, s. 4). Przemiany demograficzne są tu zjawiskiem o znaczeniu podstawowym. Systematyczne przyrastanie subpopulacji osób starszych w społeczeństwach uprzemysłowionych spowodowane jest czynnikami dwojakiego rodzaju zachodzącymi jednocześnie: dłuższym i wciąż wydłużającym się życiem oraz spadkiem przyrostu naturalnego w większości państw rozwiniętych i rozwijających się świata. Zjawisko to postępuje i powoduje, że subpopulacja osób 60+ jest grupą najszybciej zwiększającą swoją liczebność. [W 2013 osoby w wieku 60–84 lata w Polsce to grupa ok. 7,7 mln., co stanowi 19,9% ogółu ludności. Subpopulacja osób w wieku ponad 85 lat (→ „czwarty wiek") stanowi odrębną demograficznie i społecznie grupę ok. 624 tys. osób, czyli (dalsze) 1,62 % ogółu ludności Polski. W sumie seniorzy (w wieku 60+) to grupa licząca w Polsce 21,52% ogółu ludności (zob. *Rocznik Demograficzny*…, 2014, s. 140, tabl.15) – przyp. aut.].

Ekologiczne podłoże powstawania subkultury seniorów związane jest postępem medycyny i warunków życia, co przekłada się bezpośrednio na → długość życia i relatywnie dobry stan → zdrowia, warunkujący zarówno angażowanie się w aktywność typową dla wieku, tworzenie odrębnej kultury, jak i zdolność do odczuwania jedności wspólnotowej z rówieśnikami. Z jednej strony zdrowie jako wartość priorytetowa w fazie → starości jednoczy seniorów w działaniach na rzecz jego utrzymania, poprawy funkcjonalności i zwiększenia wiedzy na temat profilaktyki różnych dolegliwości. Z drugiej zaś, → wielochorobowość występująca w subpopulacji polskich seniorów implikuje wiele działań o charakterze interwencyjnym, podejmowanych przez osoby starsze w celu uzyskania lepszego dostępu do specjalistów, leków, sanatoriów. Tego rodzaju działania z kolei stają się główną przyczyną postrzegania przychodni lekarskich, kolejek w aptekach oraz pobytu w uzdrowiskach jako sfery aktywności przypisywanej niemal wyłącznie seniorom, a deficyt zdrowia oraz skupianie się na jego problemach w tej → grupie wieku jest traktowany jako czynnik subkulturotwórczy. Charakter społeczno-organizacyjny procesów prowadzących do formowania się subkultury seniorów związany jest szeroką działalnością państwa (systemu) implikowaną wieloma wyzwaniami i koniecznościami wynikającymi ze wzrastającej liczby osób w → wieku poprodukcyjnym w państwie. Jednym z głównych obszarów takich wyzwań są świadczenia zdrowotne związane z pogarszającym się stanem zdrowia, a także wielochorobowością powodującą → niepełnosprawność seniorów (Twardowska-Rajewska, 2007). Także konsekwencje opiekuńcze procesu starzenia się w dużym stopniu podlegają uregulowaniom systemowym. Placówki wsparcia, → domy opieki – czasowej i całodobowej, rekrutacja oraz kształcenie pracowników do tego rodzaju zawodu wymagają stałej modyfikacji wobec potrzeb i oczekiwań seniorów. → Polityka społeczna wobec osób starszych jest staraniem systemowym, w którym seniorzy są jednym z najliczniejszych beneficjentów. Sfera zdrowia, opieki i zabezpieczenia socjalnego subpopulacji seniorów stanowi obszar żywego zainteresowania tej grupy, jednocząc ich w staraniach i dając poczucie zarówno wspólnoty interesów, jak i losu odrębnego od reszty społeczeństwa. Pogłębianie się subkultury starości wspierane jest przez założenia → pracy socjalnej rozumianej częściej – także przez samych seniorów – jako → opieka, pielęgnacja i zabezpieczanie, niż jako wspieranie samodzielności i aktywności**.** Duże znaczenie ma tu roszczeniowość seniorów domagających się poprzez zapewnienie im systemowej opieki „zapłaty za wszystko".

Może to wzmagać tendencje segregacyjne i/lub autosegregacyjne, czego przykładem mogą być zarówno domy spokojnej starości w Polsce, jak i osiedla dla osób starszych w krajach Europy Zachodniej. Takie działania segregacyjne oparte są na wzrastającej liczbie placówek przeznaczonych dla osób starszych, domów opieki, wyspecjalizowanych ośrodków rekreacyjnych i rehabilitacyjnych jako przeznaczonych wyłącznie dla ludzi w określonym wieku, co ułatwiać może etykietowanie i wzbranianie dostępu innym, co z kolei prowadzić może do gettyzacji zjawiska. W obszarze społeczno-organizacyjnym możemy wskazać także te formy działań, które uznajemy za typowe dla seniorów ze względu na zakorzenienie w kulturze i tradycji oraz – związaną z tym faktem – częstotliwość występowania, np. aktywność religijną i rodzinną seniorów. Formy te społeczeństwo uznaje za charakterystyczne i przypisane osobom starszym, a jednocześnie za jednoczące ich w sposobie spędzania → czasu wolnego i poszukiwania → satysfakcji [życiowej] w fazie starości.

Formy te bywają także najpopularniejszymi → stylami życia w starości w naszej tradycji, a ich odzwierciedlenie znajdujemy w codziennych i/lub regularnie powtarzanych czynnościach stanowiących o treści dominujących ról realizowanych w tej fazie życia. Aktywność rodzinna oparta na tradycji wielopokole-

niowej → rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe, współcześnie przybiera kształt zależny od potrzeb młodszych → generacji, presji wczesnego usamodzielniania się dzieci i migracji zarobkowych. Taka modyfikacja prowadzi często do osamotnienia osób starszych, ich pozostawienia samym sobie i izolacji od świata, co skutkować może przeprowadzką do domu opieki. Tego rodzaju zjawiska sprzyjają uczestnictwu w subkulturze ludzi starych.

Innym ważnym elementem jednoczącym seniorów w ramach subkultury jest źródło utrzymania i jego poziom. Niskie → emerytury (w większości) stanowią nie tylko podobieństwo sytuacji oraz możliwości nabywczych, lecz także poczucie wspólnoty i celu w trosce o poprawę bytu. Ten kontekst subkultury bywa motywacją do wstępowania w szeregi organizacji lub przyłączania się do ruchów zmierzających do zmiany sytuacji emerytów, takich jak: partie polityczne, organizacje samorządowe, stowarzyszenia i organizacje społeczne o ogólnokrajowym lub lokalnym zasięgu, jak np. Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów, Związek Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych oraz różnorodne stowarzyszenia seniorów o zawodowym, społecznym lub regionalnym charakterze.

Obniżenie standardu życia, czyli mniejsze mieszkanie, niższe dochody, specyficzna dla wieku i roli emeryta grupa towarzyska, zawężanie się zakresu potrzeb adekwatnie do udostępnianych dóbr – są wzorami charakterystycznymi dla działań opisywanej subkultury. Przebywanie na emeryturze (i pobieranie jej) oraz fakt pozostawania biernym zawodowo to cechy, które sprawiają, że subkultura jest definiowana przez innych. – Uznanie kogoś za osobę starą odbywa się bowiem często bez jej udziału. Definicja starości jest zatem reprodukowana w znacznej mierze przez rynek i społeczeństwo.

Opisane powyżej zmienne socjoekonomiczne powodują, że subkultura starości płynniej i trwalej rozwija się wśród osób o niższych dochodach i wykształceniu, co zrozumiałe jest w kontekście mniejszych możliwości nabywczych, węższego zakresu potrzeb, a także związanego z nimi → stylu życia, czy kontaktów społecznych. Uboższi i słabiej wykształceni seniorzy są w mniejszym stopniu skłonni wychodzić poza swoje najbliższe otoczenie i środowisko oraz rzadziej angażują się w działania w sferze edukacji, kultury czy wolontariatu – czyli tych, które są powszechnie uznawane za typowe dla osób młodszych.

Podobnie rzecz się ma z miejscem zamieszkania – małe miejscowości (wsie, osiedla) sprzyjają wytwarzaniu własnej kultury i izolowaniu się przed szerszym społeczeństwem. Szczególnie widoczne jest to na wsi, która charakteryzuje się niejako odrębnym stylem spędzania starości ze względu na specyfikę codziennych czynności (w tym zawodowych) i słabszej dostępności dóbr cywilizacyjnych i kulturalnych, lecz także ze względu na bardziej jednolite propozycje i tradycje w spędzaniu czasu wolnego oraz pojmowanie roli człowieka starszego w (mikro)środowisku. Efekt taki może być osiągany również w sytuacji pozostawienia starszych rodziców samym sobie w najbliższej (wąskiej) społeczności, co współcześnie ma miejsce w sytuacji migracji młodszych członków rodzin. Jest to kolejny czynnik jednoczący osoby starsze, jako pokolenie najrzadziej migrujące (i podróżujące) w społeczeństwie. Seniorzy są subpopulacją nadreprezentatywną w obszarach o zwiększonej migracji (a także w obszarach o najniższym przyroście naturalnym, co często występuje jednocześnie). Dodatkowo wdowieństwo jest istotnym demograficznie zjawiskiem powodującym nadreprezentację kobiet (nadfeminizm) w populacji seniorów. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że w subkulturze seniorów istotnym procesem będzie formowanie się wewnętrznej podkultury starszych kobiet – jako dłużej żyjących w każdej kulturze – zdominowanej jednakże przez męską subpopulację – mimo że mniej liczebną, to uznawaną za istotniejszą ze względu na role społeczne i zawodowe przypisywane tej płci w naszej kulturze. Spędzanie czasu wolnego, którego budżet przyrasta wraz z wejściem w fazę emerytalną, uwarunkowane jest w większym stopniu sytuacją społeczno-kulturową, aniżeli indywidualnymi potrzebami. Najpopularniejszymi formami aktywności codziennej są formy receptywne (oglądanie telewizji, czytanie prasy i książek, słuchanie radia). Stąd można uznać te właśnie formy aktywności za „typowe dla wieku starszego" i z nim identyfikowane.

Istnienie subkultury seniorów wymusza zmiany w różnych obszarach rynku – pracy, dóbr, usług i świadczeń. Działania celowe, na jakich oparte jest tworzenie warunków trwania i rozwoju tej subkultury, zmierzają do zapewnienia optymalnej liczby i jakości placówek finansowanych zarówno przez państwo, jak i podmioty prywatne. Do usługodawców modyfikujących swoją ofertę ze względu na pojawienie się specyficznej grupy odbiorców należą np. biura podróży specjalizujące się w organizowaniu wypoczynku i rekreacji seniorom, przychodnie i zakłady opieki oferujące zgodne z potrzebami seniorów usługi opiekuńcze i lecznicze (np. w domach), placówki oferujące specyficzne for-

my kształcenia, firmy produkujące odpowiedni dla tej grupy wiekowej sprzęt domowy, urządzenia i technologie (komputery, telefony, systemy alarmowe, akcesoria łazienkowe itp.). Istnienie oraz rozwój specjalnych - modyfikowanych ze względu na możliwości i potrzeby – placówek, daje seniorom poczucie odrębności i wspólnoty, a powstaje w nich szczególny rodzaj życia społecznego, opartego na codzienności i rytuałach. W nich codzienność odgrywa ważniejszą rolę niż wyjątkowość działań. Zrutynizowane działanie jest szczególnie bliskim i budującym poczucie bezpieczeństwa zakresem funkcjonowania seniorów.

Cechą charakterystyczną subkultury seniorów są też podejmowane wobec ich działania afirmacyjne i integrujące, realizowane przez aktywność społeczną oraz przez bardzo popularną w miastach aktywność edukacyjną, głównie w ramach zajęć organizowanych w → uniwersytetach trzeciego wieku. Placówki te, ze względu na grupę docelową, stanowią swoistą segregację w celach inkluzyjnych – integracji emerytów ze społeczeństwem osób aktywnych, wykształconych, posiadających rozmaite kompetencje, znających nowe technologie.

Bardzo istotnym determinantem subkultury seniorów jest wchodzenie w kontakty z rówieśnikami, częstotliwość i jakość tych kontaktów. Interakcje te oparte są na różnych formach aktywności, które z kolei sankcjonuje i uruchamia cel – wspólny dla członków subkultury oraz uznany przez nich za istotny. Celem działań osób starszych jest optymalizacja → jakości życia często w rozumieniu subiektywnym, jak również realizacja potrzeb na poziomie indywidualnie satysfakcjonującym (zob. fot. 1 i 2). Pomimo indywidualnych różnic, członkowie subkultury jednoczą się w poczuciu celu i wspólnych problemów, wśród których rolę istotną odgrywa wspólnota doświadczeń typowa dla kolejnych → kohort wiekowych. Każde z pokoleń ma swoje wydarzenie globalne i osobiste implikacje tego zdarzenia. Pokolenie wojenne i powojenne jest szczególnie obdarzone bogactwem przeżyć obiektywnie uznanych za wyjątkowe i trwałe, znaczące. Ponadto kryzysy wynikające z → cyklu życia człowieka i momenty zwrotne w biografii są typowymi dla tej subpopulacji przeżyciami. Taka wspólnota doświadczeń jest spoiwem grupy i znaczącym składnikiem kultury.

W odniesieniu do subkultury starości panuje domniemanie homogeniczności – także z racji skonwencjonalizowania pod względem postaw i wzorów. Zwłaszcza w grupie osób tzw. „czwartego wieku" (80+) postawy retro- i prokulturowe (w odróżnieniu od pop- i kontrkulturowych działań subkultur ludzi młodych) kreowane są przez codzienne funkcjonowanie, wyznaczane przez religijne i kulturowe tradycje oraz wzory. Seniorzy są uznawani za grupę najbardziej zakorzenioną w tradycji. Duży stopień zinternalizowania wzorów postępowania i elementów tradycji w tej grupie wyróżnia tę subkulturę na tle społeczeństwa. Niewątpliwie sytuacja ta będzie ulegała zmianie na rzecz liberalizowania wzorów postępowania w starości w ciągu najbliższych dekad, ze względu na dołączanie do tej populacji kolejnych kohort wychowanych w coraz bardziej odmiennej rzeczywistości społeczno-gospodarczej i historycznej.

Traktując subkulturę seniorów jako kontrkulturową przyjmujemy i/lub zauważamy jej sprzeciw wobec kultury dominującej (młodości, aktywności, mody). Jej prokulturowość natomiast polega na przywiązaniu do (zanikającej) obyczajowości, wartości (wśród nich – patriotyzmu) i religii, w jakiej wychowywały się pokolenia dzisiejszych osób starszych.

Nietypowy w tej subkulturze jest sposób wchodzenia do grupy – nieunikniony i naturalny z powodu cyklu życia, bezdecyzyjny. Jest też jedną z nielicznych subkultur, wobec której społeczeństwo wysuwa propozycje praktycznego „zagospodarowania" w codzienności przypisując jej role społeczne oparte na tradycji z jednej strony oraz na wymogach cywilizacyjnych z drugiej.

JKW

B: Burgess, 1960; Coni, Davison, Webster, 1994; Minois, 1995; Niezabitowski, 2007; *Rocznik Demograficzny*…, Rose, 1965; 2014; Twardowska-Rajewska, 2007; Worach-Kardas, 1983.

N: http://www.mymodernmet.com/…; http://www.theguardian.com…

O: starość jako wyobrażenie w kulturze europejskiej, starość w kulturze współczesnej, starość w popkulturze.

S: subkultura osób starszych, subkultura starzenia się.

TK: ang. *old age subcultutre/subculture of older people/subculture of elderly*, fr. *sous-culture des personnes âgées*, hiszp. *sucultura de las personas mayores*, niem. *Subkultur des Alters*, ros. *субкультура старости/субкультура пожилых людей*.

symbolika starości

W ciągu całej historii ludzkości ewolucja statusu → starości nie przebiega we sposób liniowy. Miejsce, jakie przyznawano starcom, jak i sposób patrzenia na nich, zależało od wielu czynników, miedzy którymi mogły zachodzić rozmaite, mniej lub bardziej skomplikowane powiązania. Należały do nich np. strukturalny układ społeczeństwa, rola przekazu mówionego i pi-

sanego, rozmiary → rodziny – patriarchalnej lub dwupokoleniowej, akumulacja mienia ruchomego, ideał urody, czynniki religijne itp. Można jedynie wyróżnić pewną zasadniczą cechę, wspólną dla wszystkich dawnych kultur: tworzyły one pewien abstrakcyjny model starości i osądzały starych ludzi wydając wyroki na ich korzyść lub – częściej – na ich niekorzyść – w odniesieniu do owego teoretycznego wizerunku.

Najstarsze przesądy i znaczenia starości postrzegają starców, jako tych, którym można przypisać status medialności. Tracąc moce płodności wymykali sie oni bowiem podziałom rządzącym światem człowieka, tworząc nową jakościowo grupę społeczną. W pewnym sensie starcy przestają mieć znamiona kobiecości czy męskości. Starość ukazuje destrukcyjne skutki przemijającego → czasu, rozpadu i nieuniknionego zmierzania ku → śmierci. Zawieszenie seksualności przywoływał stan świata, gdy był on Rajskim Ogrodem Bezczasowej Jedności, kiedy nie nastąpiło jeszcze rozbicie świata harmonijnego. W magicznym myśleniu starzec znajduje sie blisko granicy, która rozdziela świat żywych i umarłych. Jest jak dziecko, które jeszcze nie uzyskało jednoznacznej definicji, dopiero do niej zmierza. Starzec tę określoną przez swoją aktywność rzeczywistość opuszcza, schodząc w nową, nieznaną przestrzeń. Bliskość śmierci budzi jednocześnie lęk, ale i fascynację uwolnienia się od ograniczeń związanych z kondycja ludzką. To dlatego w mitach bogów przedstawia się jako starców, którzy pozostają poza wszelka dwoistością świata zanurzonego w czasie. Uwolnienie od kolejnych funkcji życiowych, a zwłaszcza seksualnych, umieszcza starców w rzeczywistości pozbawionej dychotomiczności, poza światem. W wierzeniach wielu ludów starcy w krainie zaświatów spełniają funkcję strażników, opiekunów lub sędziów. → Mądrość [życiowa], która wiąże się ze starością, bogactwo doświadczenia życiowego, a przede wszystkim wyłączeniu z → biegu życia, umożliwia sprawiedliwe i troskliwe pełnienie przez starców tak odpowiedzialnych funkcji, które zasadniczo strzegą *sacrum* – tego, co najważniejsze dla świata. Siedzą przy wejściu do zaświatów, bo w rzeczywistości → wiek podeszły (starczy) jest w swej istocie przebywaniem na granicy świata i zaświata. Mogą sądzić sprawiedliwie, gdyż tracąc słuch i wzrok, stają sie otwarci na inne słyszenie i widzenie – uwolnieni od względności ludzkiego świata. I tak np. podwodna kraina, z której – wg wierzeń syberyjskich – przybywają wszystkie zwierzęta, jest strzeżona przez staruchę z twarzą ozdobioną przez dwa olbrzymie kły morsa. Obrzędy odprowadzenia zmarłych w zaświaty mówią, że światem dolnym także strzeże starucha. To ona wychodzi na spotkanie szamanowi i jako gospodyni tych światów decyduje, czy przywiedziona dusza zostanie do nich wpuszczona. To ona też wydaje polecenie zjawienia się jednego z przodków zmarłego, który na brzozowej łodzi zabiera go z sobą do krainy umarłych, wprowadzając w nowe → życie. Strażniczkę nazywa się „kobietą znajdującą się na środku drogi". Na brzegach Kosmicznej Rzeki, którą podróżują szamani, jest wiele staruch, które podjęły funkcję strażniczek.

Status starca, jak wszystko co znajduje się fazie przekształceń i deformacji, wiązano także z demonicznością, która budziła lęk przed utratą ładu, rozpadem wszelkich znanych form, zanurzeniem się w chaos śmierci. Ten lęk pobudzał do oskarżeń osoby starsze o czarownictwo. Demony często przyjmowały postać starych bab, często fizycznie zdeformowanych, które atakowały młode osoby (np. u Lasowiaków miały one ssać piersi młodych dziewcząt, stąd bolały je dopiero rosnące piersi, zamieniały niemowlęta – zwłaszcza jeszcze nie ochrzczone, mogły rzucać uroki czy przeklinać przyszłość ludzi, którzy ich obrażali i lekceważyli. Bardzo często samo spotkanie ze starą kobietą odczytywano przesądnie za zły znak, złą wróżbę. Dotyczyło to wyjątkowych sytuacji, np. przed wyruszeniem w podróż, czy w czasie polowania (wędkowania). Uważano, że nawet przypadkowe spotkanie z osobą, która może mieć kontakty z zaświatami, zapowiada nieszczęścia, niepowodzenia i klęskę podejmowanych działań. Wiązało sie to z potrzebą oczyszczenia po spotkaniu z osobą starszą. Niekiedy podobne rytuały przybierały radykalną formę, np. Plutarch (przed 50–po 120) odnotował zwyczaj „największego oczyszczenia" – uroczystość w Rzymie, która przypadała 14 maja, a polegała na wrzuceniu do Tybru ludzi starych, którzy ukończyli 60 lat życia, co miało uwolnić miasto od wszelkiej zarazy. Z czasem rytuał ten stał sie symbolicznym topieniem słomianych kukieł wyobrażających stare osoby, lub też ich ofiarą padali niewolnicy lub przestępcy. [W starożytnym, przedchrześcijańskim Rzymie istniało prawo zwane *sexagenarios de ponte*, zgodnie z którym można było pozbyć się niedołężnego, 60-letniego ojca, strącając go z mostu do Tybru – przyp. red.]

Demoniczność starych ludzi wiąże się z możliwością podejmowania przez nich czarownictwa, uroków i znachorstwa. Utrata widzenia i słyszenia świata zewnętrznego otwierała ich na inny świat, który dawał im możliwości jasnowidzenia, przepowiadania przyszłości, wróżenia. Tak więc mieli zdolność odnajdywania zagubionych rzeczy, wskazywania złodziei

i sprawców przestępstw czy określenia źródła → choroby. Dzięki kontaktom z zaświatami mieli też zdolność uzdrawiania, słyszenia na znaczne odległości to, co o nich mówiono. Proszono je także o podejmowanie rytuałów zabezpieczenia wiosek czy mienia rodzinnego, np. o oborywanie wsi dla zakreślenia granicy przeciw zarazie. Starym osobom powierzano też przeprowadzanie ważnych obrzędów inicjacyjnych: starzy mężczyźni udzielali tajemnej wiedzy młodym mężczyznom, a stare kobiety przygotowywały im specjalne obrzędowe pokarmy. Stare kobiety wykonywały też czynności związane z nowym okresem życia: w plemionach południowoamerykańskich tylko stare kobiety mogły opiekować się dziewczętami w czasie ich pierwszej miesiączki, czy matkami podczas połogu. Towarzyszyły też podczas porodu. Miały też ważne funkcje podczas obrzędów weselnych, czy – jak stara Agata w „Chłopach" Władysława Stanisława Reymonta (1867–1925) – przygotowywały zwłoki do pogrzebu. Starość znamionuje brak funkcji życiowych i płodności (→ menopauza). Starcy to ludzie, którzy mają już za sobą pełnię życia, a więc stają się bezużyteczni. Są poza Kulturą, pozbawieni możliwości komunikacji ze światem. Z tego przekonania wynikały różnego rodzaju formy marginalizowania starców. U wielu ludów Afryki mężczyzna, który ukończył 70. rok życia, był rytualnie usuwany z normalnego, aktywnego i dorosłego życia, a umieszczany w grupie najmłodszych chłopców. W indiańskim prawie zwyczajowym ze starą kobietą, która nie mogła już rodzić dzieci, można było – bez większych komplikacji – rozwiązać małżeństwo.

Wiele ludów w różnych kręgach kulturowych, z wiekiem człowieka i należnym mu doświadczeniem życiowym, wiązało władzę oraz szacunek i wysoką pozycję społeczną ludzi starych. Świadczą o tym liczne przykłady z literatury staroegipskiej, mezopotamskiej, helleńskiej, dalekowschodniej, afrykańskiej czy południowoamerykańskiej. Wyrazem szacunku dla mądrości ludzi starych była geruzja – rada starców, która występowała w różnej formie w wielu kulturach.

Biblia przedstawia starość jako pożądany i związany z błogosławieństwem Boga etap życia. Matuzalem [Metuszelach] dożył 969 lat (Rdz 5, 27, *Pismo Święte*…, 2013), co miało oznaczać szczególne błogosławieństwo Boga dla niego. Szacunek i cześć dla rodziców jest warunkiem osiągnięcia długowieczności (Wj 20, 12, Pwt 5, 16). Kodeks świętości w Księdze Kapłańskiej ustanawia surowe sankcje: „Ktokolwiek złorzeczy ojcu lub matce, będzie ukarany śmiercią; złorzeczył ojcu lub matce, ściągnął śmierć na siebie" (Kpł 20, 9). Literatura mądrościowa Biblii wiąże starość z mądrością: „Naucz nas liczyć dni nasze, abyśmy osiągnęli mądrość serca" (Ps 90, 12); „Starcom więc przystoi mądrość" (Syr 25,3). Na godną starość trzeba sobie zapracować: „Jeśli w młodości nie nazbierałeś, jakim sposobem znajdziesz na starość" (Syr 25, 3). Biblia odróżnia starca godnego od cudzołożnego, ogołoconego z rozumu (Syr 25, 2). „Wieńcem starców jest wielkie doświadczenie, a chlubą ich bojaźń Pańska" (Syr 25, 6). Psalmista modli się: „Nie odtrącaj mnie w czasie starości, gdy siły ustaną, nie opuszczaj mnie" (Ps 71, 9).

Starość może być godna czci, ale też może być odstręczająca w swym wyrazie moralnym, czego obrazem jest opowiadanie o Zuzannie i starcach (Dn 13). Czcigodnym starcem jest Eleazar, który nie chciał udawać dla ratowania życia, jak go namawiali życzliwi młodsi, aby nie dać złego przykładu młodym (2 Mch 6, 18–31). Starość nie liczy się więc latami, lecz zdolnością przekazywania mądrości, osobistym świadectwem wiary, roztropnością: „Starość jest czcigodna nie przez → długowieczność [ludzką] i liczbą lat się jej nie mierzy: sędziwością u ludzi jest mądrość, a miarą starości – życie nieskalane" (Mdr 4, 8–9); „Lepszy młodzieniec ubogi, lecz mądry, od króla starego, ale głupiego, co już nie umie korzystać z rad" (Koh 4, 13).

W Nowym Testamencie nauka o starości została udoskonalona i dopełniona. Jan Chrzciciel rodzi się ze starej matki (Łk 1, 24 i nast.), a świadectwo o Jezusie dają staruszkowie: Symeon i Anna (Łk 2). Przełożeni są nazywani starszymi (grec. *πρεσβύτερος* –presbiteros), zarówno u Żydów, jak i u chrześcijan (por. Mt 21, 23, Dz 11, 30, 15, 4). Ojciec rodziny aż do późnej starości posiada w domu najwyższą władzę (1 P 5, 5), a młodzi są pouczani, że powinni otaczać starców czcią (1 Tm 5, 1). Dwudziestu czterech starców z Apokalipsy (4, 4) przedstawia przełożonych Kościoła. → Starzenie się jest też obrazem procesu zasklepiania się i wrogości wobec Chrystusa – chodzi o człowieka, który pozostaje w cieniu grzechu i jest antytezą nowego człowieka (zob. Rz 7, 6, Ef 4, 22, Kol 3, 9, Hbr 8, 13). Dlatego Jezus mówił, że aby wejść do Królestwa, trzeba przyjąć postawę małego dziecka (Mk 10, 15). Nikodem zaś zapytał Jezusa: „Jakżeż może się człowiek narodzić będąc starcem?". Dowiedział się, że musi narodzić się z Ducha (J 3).To wskazanie drogi pozbycia się starości, która może okazać się – wg woli każdego ze starych – drogą nowego narodzenia.

Człowiek dojrzewa całe życie, dochodzi do pełni człowieczeństwa. Wiąże się to z podejmowaniem wysiłku zmierzającego do zrozumienia siebie i sensu swe-

go istnienia. Właściwe wykorzystanie przemijającego czasu wprowadza coraz głębiej w to zrozumienie, czyli w mądrość serca. To właśnie starość, ostatni etap ludzkiego życia i dojrzewania, to czas, w którym – zgodnie z wolą Bożą i Jego zamysłem – człowiek powinien najpełniej rozumieć sens życia i pełnie swej mądrości. W refleksji nauki Kościoła synonimem starości jest mądrość i umiejętność dzielenia się dobrymi radami. Obniżenie → sprawności fizycznej nie przekreśla wartości duchowych, które niesie z sobą stary człowiek. Przeciwnie: mądrość, którą niesie stary człowiek stanowi zaletę, z której może skorzystać cała społeczność.

Symbol starego człowieka, jako dojrzałego religijnie do odpowiedzi Bogu na Jego wezwanie, przybrał specyficzny wymiar w idei prawosławnego *starczestwa* (ros. *старчество*). Idea ta była próba połączenia monastycyzmu ascetycznego, pogłębionej refleksji religijnej z próbą wyjścia poza mury monasteru i uczestnictwa w życiu społecznym. Jej ośrodkiem był męski klasztor Pustelnia Optyńska k. Kozielska. Starzec–mnich był niosącym pomoc przewodnikiem duchowym, docierał do cierpiących prostych ludzi, był przewodnikiem i partnerem dla wykształconych osób przeżywających rozterki wewnętrzne i/lub światopoglądowe. Powszechnie był uważany za wcielenie mądrości, jednak nie nabytej na drodze edukacji, ale jako wyraz mądrości rosyjskiej. Był boskim wysłannikiem. Nazywany „starcem" nie ze względu na swój wiek, ale mądrość. W ten sposób starość została utożsamiona z mądrością.

W kręgu chrześcijańskiej kultury pojawiły się laska i siwe włosy jako symbole starości. Laska w naturalny sposób od dawna była przedmiotem, który używa starzec dla podpierania sie i ułatwienia sobie chodzenia. Stała się jednak nadto symbolem władzy, troski pasterskiej nad powierzonym sobie ludem, władzy starego człowieka nad społecznością, która poszukuje prawdziwej, Bożej mądrości, a którą starzec już posiadł lub bardziej niż inni ją rozumie. Starzec został utożsamiony z pasterzem, który jako przewodnik prowadzi swych bliskich, krąg znajomych czy wiernych. Żywotna moc laski pochodzi ze świętego i Bożego drzewa, która jakby przechodzi na człowieka, czyniąc go władnym pouczać, prowadzić, a nawet karać. Uderzenie nią wypędza z ukaranego złe siły, doprowadza do odnowienia życia i oczyszczenia, a nawet przemiany całego życia. Laska jest więc jakby przepojona Bożą mocą. Taką była laska, którą Bóg nakazał zabrać Mojżeszowi. W tej „lasce Boga" (Wj 4, 20) chrześcijanie widzieli Krzyż Chrystusowy, przez który został zbawiony świat. Z laską wędrowca Izraelici mieli spożywać wieczerzę paschalną przed wyjściem z Egiptu. Dotąd w zwyczaju wielu zakonów, z racji obrzędu złotego jubileuszu, starzy zakonnicy otrzymują „laskę starości", przywołując wszystkie zawarte w tym symbolu treści. Przywołuje ona znaczenie wspierania sił, ale i symbol Krzyża, z którym wiąże się starość każdego człowieka.

Włosy były przywoływane jako rodzaj korony danego człowieka – widoczne z daleka i pozwalające na identyfikację starości przez ich siwiznę. W średniowieczu biały kolor włosów (biel odzwierciedlała cnotę), zyskał uprzywilejowaną pozycję w ogólnym obrazie starości. Osoby, które ją posiadają, postępujące stosownie do swego wieku, stanowiły oznakę „czcigodnego starca", który poznał mądrość i niesie ja z sobą. „Biała głowa", która potocznie uznawana jest za symbol podeszłego wieku, w Apokalipsie wyobraża wieczność i blask uwielbionego Chrystusa (por. Ap 1, 14). W ten sposób starość została, w typowy dla chrześcijaństwa sposób, utożsamiona ze zjednoczeniem z Chrystusem.

Wielki wpływ na zrelatywizowanie symbolu starości miała literatura, która w szerokie kręgi odbiorców kultury wprowadzała różne obrazy starości, o wieloznacznym wyrazie, często przedstawiając starców w niekorzystnym świetle. Twórcy ukazywali w ten sposób pełniejszy obraz starości, ale też podważali tradycyjne jego modele. Pojawiają się starcy, którzy dążą za wszelką cenę, nawet za cenę paktu z Szatanem, dążą do nieśmiertelności, walcząc z prawdą o własnej kondycji – Johann Wolfgang Goethe (1748–1832) *Faust* [1808, 1831] (zob. ilustr. 1). Starość stała sie symbolem słabości, uległości i bezradności – postać starego króla, ojca Parysa w *Odprawie posłów greckich* [1578] Jana Kochanowskiego (1530–1578). Starość to wiek utyskiwań i narzekań – Ignacy Krasicki (1735–1801) *Syn i ojciec*. Starzec stał się symbolem ciasnych horyzontów, ograniczenia i niechęci do nowości – Adam Mickiewicz (1798–1855) *Romantyczność*. Starcy są zazdrośni, chciwi i niesprawiedliwi, a zarazem naiwni i bierni w oczekiwaniu na śmierć, jak np. Banasiowa u Marii Konopnickiej (1842–1910). Stara lichwiarka, Alona Iwanowna, jest odrażająca, żyje z czyjejś biedy, skąpa i niechlujna – Fiodor Michajłowicz Dostojewski (1821–1881) *Zbrodnia i kara*. Eugenia z *Tanga* (1974) Sławomira Mrożka (1930–2013) – to groteskowa staruszka, która dąży za wszelką cenę do nowoczesności poprzez dobór nie pasujących jej ubrań i zachowanie. Jorge z *Imienia róży* (1980) Umberta Eco (1932–2016) jest uosobieniem zła w zakonie, chociaż uchodzi za autorytet moralny. Starość jest pełna smutku, łatwo daje

się zwieść przekonaniom o swej bezsile – bo jego „dusza jest stara", przykładem *Władca Pierścieni* (1969/70) Ronalda Reuela Tolkiena (1892–1973). Liczne obrazy starych ludzi deprecjonowały często ich znaczenie społeczne, podważały autorytet, ale też dopełniały uproszczony obraz symboli starości.

Współczesne wyobrażenia o starości są nasycone różnego rodzaju stereotypami i uprzedzeniami, czyli tendencyjnymi ocenami grupy starych ludzi, opartymi na rzeczywistych lub wyobrażeniowych właściwościach jej członków. Czynnikiem, który w znacznym stopniu przyczynia się do rozszerzania się niekorzystnych kulturowych modeli starości jest → gerontofobia. Definiowana jako irracjonalny strach przed starymi ludźmi, wrogość a nawet nienawiść względem nich. W swej istocie jest wynikiem obaw przed własną starością i → lęku przed śmiercią.

Kulturę europejską od starożytności do czasów współczesnych charakteryzuje nieustanna zmienność społecznej i politycznej roli starców. Miało to ogromny wpływ na kulturowe umiejscowienie osób starszych. Społeczna ich rola, mądrość i doświadczenie były poddawane na przestrzeni dziejów wielokrotnie w wątpliwość. Postrzeganie ludzi starszych jako „zbędny balast" nabierało na sile w okresach kryzysu ekonomicznego, głodu i nieurodzajów. Rewolucyjne zmiany w technice, niskie zarobki, braki w możliwości zatrudnienia młodych pracowników, wzrost naturalny – miały istotne znaczenie dla spychania ludzi starych na margines życia społecznego. Konieczne były instytucje, które świadczą → pomoc społeczną, → renty, → emerytury, ubezpieczenia, przytułki zastępujące tradycyjne formy → opieki nad starymi ludźmi. Z czasem to one stały sie symbolami starości i związały się ściśle z wyobrażeniem na temat starych osób. Wytworzył się negatywny obraz starości, pojawiają się → ateizm i dyskryminacja. Jako forma stereotypowego myślenia o starości ageizm nie zważa na indywidualne przymioty osoby starszej, posługując się kategoryzacją osób starszych. Są one postrzegane jako osoby fizycznie i psychicznie upośledzone, pasożytujące na społeczeństwie, nadmiernie wykorzystujące środki społeczne. Podkreśla się – nadmiernie – zdeformowane ciało, siwiznę włosów, bezzębność, zmarszczki, problemy z poruszaniem się, manualny nieład, słaby wzrok, utratę słuchu, zaburzenia → pamięci, zniedołężnienie, nieatrakcyjność fizyczną. Badania wykazują, ze ageizm pozbawiony jest złośliwości – jest formą jednostronnego spojrzenia na starość. Interesujące jest, iż zdecydowana większość starszych osób też przejawia ageistyczne przekonania, niekiedy w większym stopniu niż osoby młode. Negatywna ocena starości w znacznie większym stopniu odnosi się do kobiet, niż do mężczyzn.

Zgodnie ze stereotypowym modelem starości człowiek w podeszłym wieku jest niezdolny do samodzielnego i niezależnego życia. Wymaga stałej opieki i ciągłej pomocy, a niekiedy nawet pielęgnacji. A ponieważ jest nieproduktywny, staje się ciężarem dla swojej rodziny, otoczenia i całości społeczeństwa. Bywa, że swoim wyglądem i ułomnościami wzbudza odczucie wstrętu, odrazy, obrzydzenia i odrzucenia. Spostrzega się – na podstawie badań – że im społeczeństwo jest bardziej zamożne i rozwinięte, tym ageizm jest silniejszy i powszechniejszy. Młodość stała sie pożądaną społecznie cechą człowieka, bez względu na wiek. Wymusza to niekiedy na osobach starszych podejmowanie prób ubierania się, zachowywania i mówienia na styl ludzi młodych. Starszy człowiek udaje sprawność fizyczną, unika rozmów o → zdrowiu czy ułomności, a więc ucieka od starości w bliżej nieokreślonym kierunku, zdradzając niejako naturalny swój rozwój w kierunku zniedołężnienia i śmierci. W ten sposób model starości zostaje zakłócony przez same osoby starsze, co zostało na nich wymuszone silną presją społecznych stereotypów.

Istotną częścią stereotypów dotyczących osób starszych jest nadmierne podkreślanie ich → wieku chronologicznego [kalendarzowego], co może sugerować, że ilość przeżytych lat determinuje ich → sprawność funkcjonalną bądź fzyczną i potencjał psychiczny. Te uproszczone składniki obrazu osób starszych są niekiedy korygowane, zwłaszcza przez przekazy medialne. Ciągle jednak to środki masowego przekazu, zwłaszcza telewizja, lansują stereotyp starego człowieka, jako ciągle zmęczonego, powolnego, schorowanego, zapominającego się, niedoinformowanego, osamotnionego, mało wydajnego, biernego, aspołecznego, kłótliwego i biednego. Dominuje koncentracja na młodości, a nawet tzw. kult młodości, w którym starość jest niepożądana, a jej oznaki należy ukrywać, np. stosując specyficzne kosmetyki, przeszczep włosów, operacje plastyczne itp. Można też wyróżnić tzw. stereotypy pozytywne, które dotyczą osób starszych, do których badacze zaliczają: pogodność, uprzejmość, mądrość, zaufanie, wpływowość, władzę polityczna, większą swobodę niż u ludzi młodych, starania o zachowanie młodości. Jednym z najbardziej szkodliwych stereotypów, które dotyczą osób starszych, jest stereotyp infantylizacji. Polega on na przekonaniu, że osoby starsze mają obniżoną wydolność umysłową i fizyczną – są jak dzieci. Należy się więc do nich zwra-

cać – jak do dzieci – wymawiając słowa powoli, mało skomplikowanymi zdaniami, pomagać we wszelkich sytuacjach, nie traktować ich wypowiedzi czy ocen zupełnie poważnie. Elementy tego stereotypu dają się zauważyć w zachowaniu najbliższych, ale też terapeutów czy opiekunów osób starszych. Postrzeganie starszych ma bowiem swój bezpośredni przekład na sposób reakcji i działania względem nich.

AZW

B: Bois, 1996; Forstner , 1990; Gondek, 2012; Kilian , 2004; Kołodziej, 2006; Kowalski, 1998; Lehr , 2003; Minois, 1995; Nelson, 2003; *Pismo Święte*…, 2013; Weron, 2000.

N: http://www.pinakoteka…

O: starość, stereotyp wiekowy, stereotypy starzenia się, starości i ludzi starych.

TK: ang. *symbols of old age*, fr. *symboles de la vieillesse*, hiszp. *símbolos de la vejez*, niem. *Simbole des Alters*, ros. *символика старости*.

Synak Brunon (1943–2013)

– polski socjolog, gerontolog, polityk i działacz samorządowy, badacz etniczności i transformacji ustrojowej. Urodził się we wsi Podjazy-Amalka na Kaszubach, zmarł w Gdańsku. Bez wątpienia, to właśnie miejsce urodzenia zdeterminowało w największym stopniu całą jego drogę życiową, o czym pisał w swojej wspomnieniowo-autobiograficznej książce pt. *Moja kaszubska stegna* (Synak, 2010). Studia pedagogiczne ukończył w WSP w Gdańsku (1969), następnie był słuchaczem studium doktoranckiego w Instytucie Socjologii Uniw. Warszawskiego (1970–73), gdzie pod kierunkiem Stefana Nowakowskiego (1912–1989) napisał i obronił rozprawę doktorską z socjologii (w postaci nieco zmienionej ukazała się ona drukiem pt. *Problemy starych rolników…*, 1976) i podjął pracę naukowo-dydaktyczną w Instytucie Socjologii Uniw. Gdańskiego; w 1983 uzyskał stopień doktora habilitowanego, w 1993 profesora tytularnego, a od 1999 był profesor zwyczajnym. Działalność naukowa Brunona Synaka (fot. 1) koncentrowała się przede wszystkim na zagadnieniach odnoszących się do socjologii wsi, socjologii etniczności oraz → gerontologii społecznej. Kierował wieloma projektami badawczymi, w tym zespołowymi, takimi jak: *Ludzie starzy jako grupa zależna* (1989) czy *Warunki życia i potrzeby ludzi starszych w Polsce – stan aktualny, kierunki zmian oraz zadania polityki społecznej* (1999–2001) – ten drugi nazywany najczęściej badaniami → Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (PTG) lub *Polską starością*. Był również ekspertem w międzynarodowych przedsięwzięciach badawczych, m.in. w projekcie → badań [gerontologicznych] → EUROFAMCARE, który poświęcono → opiekunom rodzinnym ludzi starych w Europie oraz wykorzystał pobyty stypendialne w Pembroke College w Cambridge i w Wolnym Uniwersytecie (*Frei Universität*) w Berlinie

Synak był autorem ponad 250 publikacji, w tym wielu wydanych za granicą. Liczne z tych prac, takie jak: *Migracja i adaptacja ludzi starszych do środowiska wiejskiego* (1982), *Młodzi emeryci* (1987), *Społeczne aspekty starzenia się i starości* (współred. J. Staręga-Piasek, 1990) czy zwłaszcza *Polska starość* (2002) wydana pod jego redakcją, wniosły wiele do rozwoju polskiej → gerontologii. W tym kontekście na wyjątkową uwagę zasługuje ogłoszona drukiem już pośmiertnie książka pt. *Bezsens i sens nieodwracalnej choroby* (2014), we wstępie do której autor zaznacza, że próbuje w niej odpowiedzieć na pytania dotyczące tego, jakie są odczucia, przeżycia i potrzeby osoby, którą opuszczają siły, która traci swoją niezależność i która przyjmuje rolę człowieka starego. Opisując swój wewnętrzny świat, Synak chciał uwidocznić to, co jest mało dostępne dla innych ludzi towarzyszących starej, i na dodatek bardzo schorowanej, jednostce. Miał tu na myśli również badaczy próbujących – jak on sam, będąc gerontologiem, czynił to wcześniej – w sposób bardziej lub mniej zobiektywizowany uchwycić to, co dzieje się z człowiekiem starym. Jak zauważył, obecnie już wie, jak daleki jest uczony od możliwości rozpoznawania rzeczywistej sytuacji badanych przez niego osób.

W jednej ze swoich prac poświęconych → starości stwierdził m.in., że „zmiany w systemie ochrony → zdrowia nie nadążają [w Polsce] za procesem → demograficznego starzenia się społeczeństwa i konsekwencjami tego procesu. Zmiany te nie doprowadziły do stworzenia systemu → opieki geriatrycznej dostosowanego do wzrastających potrzeb starszego pokolenia" (zob. Kojder, 2014, s. 7).

Poza działalnością naukową, Synak przejawiał także bardzo dużą aktywność organizacyjną, społeczną i polityczną. Wyrażała się ona w pełnieniu m.in. funkcji prorektora Uniwersytetu Gdańskiego, przewodniczącego Bałtyckiej Konferencji Współpracy Subregionalnej (BSSSC), wiceprzewodniczącego Komitetu Regionów Unii Europejskiej (CoR UE), prezesa Zarządu Głównego Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego, przewodniczącego Oddziału Gdańskiego Pol. Tow. Socjologicznego, wiceprzewodniczącego PTG oraz członka *American Association of Anthropology and Gerontology*, *International Association of Gerontology*

oraz Komitetu Socjologii PAN (1996–2002), Za działalność naukową, społeczną i samorządową otrzymał wiele odznaczeń i wyróżnień, m.in. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (2010), Medal im. Floriana Ceynowy „Budziciel Kaszubów" (2008), odznaczenie Rady Miasta Gdańska – Medal Księcia Mściwoja II (2011), tytuł honorowego członka PTG i wyróżnienie honorowe „Za Zasługi dla Województwa Pomorskiego" (2011), Nagrodę Naukową Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza (2013), pośmiertnie został odznaczony odznaką honorową „Za Zasługi dla Samorządu Terytorialnego" (2015). Z inicjatywy pracowników naukowych trójmiejskich uczelni w roku 2014 został utworzony Pomorski Instytut Naukowy im. Profesora Brunona Synaka w Gdańsku, mający status stowarzyszenia.

PAC

B: Kaczmarczyk, 2014; Kojder, 2014; Rancew-Sikora i współprac., 2013; Synak, 1976, 1982, 1987, 1998, 2002, 2010, 2014; Synak, Staręga-Piasek, 1990; Synak, Wróblewski, 1988; *Złota Księga*…, 2006.

N: http://www.gedanopedia.pl…

Szwarc Halina (1923–2002)

lekarz internista i gerontolog, założycielka pierwszego w Polsce → Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW) w Warszawie (1975). Urodziła się w Łodzi, tam też spędziła dzieciństwo, była najlepszą uczennicą gimnazjum Heleny Urklarewskiej przy ul. Narutowicza 59. Marzyła o tym, aby ukończyć studia muzyczne i prawnicze. Kiedy miała 16 lat wybuchła II wojna światowa brała udział w działalności konspiracyjnej i poproszono ją o bardzo dobre opanowanie języka niemieckiego. Niemiecką szkołę średnią ukończyła w Kaliszu z wyróżnieniem, a w roku 1941 roku, z okazji 52. urodzin Adolfa Hitlera (1889–1945), jako jedyna otrzymała nagrodę od Ministra Trzeciej Rzeszy ds. nauki, wychowania i kształcenia. Po tym wydarzeniu była już dla Niemców bardzo wiarygodna i została wpisana na folkslistę. Studia rozpoczęła w 1942 w Wiedniu. Studiowała w I semestrze slawistykę, którą przerwała, aby przenieść się na studia medyczne. Co dwa tygodnie przyjeżdżała do Łodzi, informując o sytuacji w Austrii i zabierając dla Austriaków czasopisma w języku niemieckim. W 1943 została skierowana do Hamburga, gdzie kontynuowała studia medyczne w Instytucie Medycyny Tropikalnej i jednocześnie prowadziła działalność wywiadowczą. W 1943 znalazła się w Berlinie, gdzie zbierała informacje o stanie wojsk niemieckich na froncie wschodnim w Centralnym Archiwum Medycyny Wojskowej. Następnie przez krótki czas przebywała w Poznaniu. W 1944 aresztowano ją i jej matkę – Marię Kłąb, nazw. rodowe Włodzimierska (1896–1969), którą zesłano do obozu koncentracyjnego, natomiast Halinę wtrącono do więzienia w Łodzi, przy ul. Gdańskiej 13, gdzie była torturowana. Nie wydała żadnego ze swoich kolegów z podziemia. Została skazana na śmierć bez procesu sądowego. Podczas transportu na stracenie (17 I 1945) udało jej się uciec.

Po zakończeniu wojny, w 1948 ukończyła studia na Wydz. Lekarskim Uniw. Poznańskiego. W 1949 wyszła za mąż za prawnika Andrzeja Szwarca. Jako oficer i członek Armii Krajowej (AK) nie mogła kontynuować pracy na Akademii Medycznej w Poznaniu i podlegała nadzorowi służb bezpieczeństwa Polski Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) aż do 1965. W tym okresie była już osobą znaną. Przez pewien czas pracowała w Akad. Wychowania Fizycznego w Poznaniu. Uczestniczyła w wydarzeniach poznańskich w 1956 służąc pomocą medyczną. Następnie przeniosła się do Warszawy i pracowała w AWF. W 1959 uzyskała stopień kandydata nauk medycznych, w 1966 profesora nadzw., a w 1984 prof. zw. Polem jej działalności naukowej i społecznej była medycyna sportowa i → gerontologia. Dzięki jej staraniom, w Henrykowie k. Warszawy, utworzony został w 1973 oddział → rehabilitacji gerontologicznej. W Centrum Med. Kształcenia Podyplomowego w Warszawie założyła Zakład Gerontologii z Oddziałem Rehabilitacji, którym kierowała. W 1975 uczestniczyła w zjeździe w Mediolanie, gdzie poznała Pierre'a → Vellasa, założyciela pierwszego → Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW) w Tuluzie. Jesienią 1975 założyła pierwszy polski UTW w Warszawie, na którym w ramach zajęć z aktywizacji osób starszych i kształcenia ustawicznego, prowadzono badania, mające określić czynniki, wpływające na → jakość życia osób starszych.

[Halina Szwarc (fot. 1) prowadziła również badania chorobowości byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Ogłosiła drukiem wiele prac poświęconych problematyce → starzenia się i → starości (Szwarc, 1971, 1979 a, 1979 b, 1979 c, 1980, 1988 a, 1988 b, 1989, 1992, 1994 a, 1994 b, 1995, 1997; Szwarc, Wolańska, Łobożewicz, 1988). Była członkiem–założycielem → Pol. Tow. Gerontologicznego (PTG), organizatorką (1978) i przewodniczącą Oddz. Warszawskiego PTG (1978–80 i 1983–90), Sekcji Uniw. Trzeciego Wieku Międzynarodowego Stow. UTW (AIUTA) i członkiem Rady Naukowej

Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Osób Starszych (FIAPA). Otrzymała Nagrodę Pol. Komitetu Pomocy Społ. za działalność humanitarną w kategorii pozainstytucjonalnej działalności humanistycznej (1999) – przyp. red.].

Została odznaczona m.in. Brązowym Krzyżem Zasługi z Mieczami, Krzyżem Walecznych, Krzyżem Srebrnym Orderu Virtuti Militari, Krzyżem Partyzanckim, Krzyżami – Kawalerskim, Oficerskim i Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski oraz Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Polonia Restituta (2000).

AMB

B: *Kto jest kim*…, 1987; *Kto jest kim w Polsce*…, 1989; Kuński, 2006; Półturzycki, 2013, 2014; Szwarc, 1971, 1979 a, 1979 b, 1979 c, 1980, 1988 a, 1988 b, 1989, 1992, 1994 a, 1994 b, 1995, 1997; Szwarc, Wolańska, Łobożewicz, 1988; Zych, 2013.

Ś

W → wieku podeszłym może występować w takich postaciach, jak: → jaskra, → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem lub → zaćma. W niektórych amerykańskich stanach używa się określenia: ślepota prawna (am. *legal blindness*) na oznaczenie znacznego osłabienia wzroku, które nie pozwala bezpiecznie prowadzić samochodu lub innego pojazdu mechanicznego (zob. Zych, 2010, s. 176) – przyp. red.].

RK

B: Zych, 2010.

N: http://www.cliparthut.com…

O: choroby oczu w starszym wieku, jaskra, kompleksowe badanie okulistyczne, nadwzroczność starcza, odwarstwienie siatkówki, retinopatia cukrzycowa, retinopatia nadciśnieniowa, suche oko, zaćma, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem.

TK: am. *blindness* [*legal blindness*], ang. *vision loss/visual impairment/vision impairment/blindness* [*legal blindness*], fr. *trouble de la vison/déficience visuelle/cécité* [*cécité légale*], hiszp. *ceguera* [*ceguera legal*]. niem. *Blindheit* [*Rechtsblindheit*]. ros. *нарушения зрения/слепота* [*правовая слепота*].

ślepota (ślepota prawna)

Dla lekarza okulisty określenie „ślepota", oznacza całkowitą utratę widzenia, określaną jako brak możliwości widzenia nawet najbardziej intensywnego światła. Jednak w praktyce znaczące trudności w samodzielnym funkcjonowaniu występują już u osób z mniej drastycznym stopniem upośledzenia widzenia. Dlatego, w wielu krajach za osoby niewidome, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uznaje się osoby, u których ostrość wzroku w oku lepiej widzącym jest mniejsza niż 0,05 po zastosowaniu szkieł korekcyjnych wyrównujących wadę wzroku lub których pole widzenia jest nie większe niż 20 stopni, niezależnie od ostrości widzenia. Zgodnie z tą definicją osobą niewidzącą będzie zarówno osoba bez zdolności widzenia światła, jak i taka, która może rozróżnić dzień od nocy, czy nawet dostrzec zarysy postaci i przedmiotów. Wśród niewidzących wyróżnia się osoby całkowicie niewidome od urodzenia albo od tak wczesnego dzieciństwa (czasami przyjmuje się arbitralną granicę 5. roku życia), że nie pamiętają żadnych wrażeń wzrokowych i osoby ociemniałe, które utraciły zdolność widzenia na skutek zdarzeń losowych lub w wyniku w późniejszym wieku i pamiętają wrażenia wzrokowe. W Polsce przy orzekaniu o stopniu → niepełnosprawności wyróżnia się takie pojęcia, jak: „całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji", „całkowita niezdolność do pracy" i „częściowa niezdolność do pracy". Przy orzekaniu „całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji" stosuje się definicję ślepoty zaproponowaną przez WHO, czyli brak poczucia światła lub ostrość wzroku w oku lepiej widzącym nieprzekraczającą 0,05 przy zastosowaniu najlepszej możliwej korekcji okularowej. „Całkowitą niezdolność do pracy" orzeka się w przypadkach, gdy ostrość widzenia jest nieco lepsza i wynosi między 0,05 a 0,1, a „częściową niezdolność do pracy" gdy ostrość widzenia w oku lepiej widzącym z najlepszą korekcją jest nie większa niż 0,3. [Ryzyko znacznego ograniczenia widzenia wzrasta z wiekiem, zwłaszcza po 75. r.ż. (zob. ilustr. 1).

ślepota → prawna ślepota

ślepota zmierzchowa („kurza ślepota" lub niedowidzenie nocne)

− inaczej **nyktalopia** (od grec. *νυκτός* − noc, *αλαός* − ślepota). Jest to → wada polegająca na zaburzeniu widzenia w warunkach słabego oświetlenia. Potocznie określana mianem „kurzej ślepoty", z uwagi na fakt, że większość ptaków − w tym kura − nie widzi po zmierzchu. W przypadku ptaków wynika to ze specyfiki budowy ptasiej siatkówki, człowiek dotknięty tą przypadłością ma najczęściej defekt fotoreceptorów siatkówki odpowiadających za widzenie zmierzchowe, czyli pręcików. Dwie główne przyczyny takiego stanu to niedobór witaminy A oraz dystrofia siatkówki p.n. retinopatia barwnikowa (łac. *retinitis pigmentosa*). Niedobór witaminy A, objawiający się − poza nyktalopią − rogowaceniem błon śluzowych, co w przypadku gałki ocznej może prowadzić nawet do zeskórzenia rogówki i spojówek, występuje głównie u osób niedożywionych, z zaburzeniami odżywiania, takimi jak anoreksja, czy zaburzeniami przyswajania. Znaczny odsetek takich osób stanowią alkoholicy. Jest to stan poddający się leczeniu, polegającemu na suplementacji brakującego składnika w postaci doustnej lub domięśniowych iniekcji (zastrzyków). Zwyrodnienie barwnikowe siatkówki jest chorobą nieuleczalną i postępującą,

często dziedziczną. Pewną nadzieją dla osób chorych może być terapia genowa, jest ona jednak wciąż w fazie badań. Poza ślepotą zmierzchową objawia się stopniowym zawężaniem pola widzenia.

Szczególną formą zaburzenia widzenia zmierzchowego jest postać związana z wysoką krótkowzrocznością. Dochodzi tu do znacznego rozrzedzenia struktury siatkówki, a co za tym idzie, zmniejszonej gęstości fotoreceptorów i zaburzenia ich funkcji. Stąd upośledzenie widzenia zmierzchowego u osób z wysoką krótkowzrocznością.

Diagnostyka zaburzeń widzenia zmierzchowego to, poza badaniem w lampie szczelinowej, badanie pola widzenia, optyczna koherentna tomografia (OCT) plamki i nerwu wzrokowego oraz testy czynnościowe przewodnictwa nerwowego siatkówki, czyli elektrofizjologia.

RK

N: http://www.apotheken-umschau.de…

O: choroby oczu w starszym wieku, ślepota, wady wzroku, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

S: nyktalopia.

TK: ang. *nyktalopia/night-blindness*, fr. *l'héméralopie*, hiszp. *la nictalopia*, niem. *Hemeralopie/Nachtblindheit*, ros. *никталопия/гемералопия*.

śmierć i umieranie w filmie

Stała obecność tematyki → śmierci

Wpisanie w okno wyszukiwarki internetowej bazy danych światowego kina (imdb.com) zapytania o „śmierć" (ang. *death*) jako hasła wywoławczego daje odpowiedź jednoznaczną: 14 670 filmów (stan na 17.05.2016 r.) mówi o śmierci, kilkaset kolejnych łączy hasło śmierć z innymi terminami, np. „cele skazańców" (am. *death row*) czy „łoże śmierci" (ang. *deathbed*), a blisko 900 – o → umieraniu (ang. *dying*). Śmierć człowieka wydaje się być dla kina tematem bardziej popularnym niż miłość (ang. *love*): wspomniana baza (imdb.com) identyfikuje pod tym hasłem 14 443 tytuły. Nie ulega wątpliwości, że śmierć człowieka jest tematem, który od początków kina stale w filmach powraca i pozostaje aktualny, bo przecież ludzie wciąż umierają. Ze względu na tak ogromną liczbę filmowych obrazów śmierci, niniejszy tekst może być zaledwie niekompletnym szkicem sygnalizującym obecność motywów śmierci w kinie, zwłaszcza że istnieją wyspecjalizowane w opowieściach o śmierci i umieraniu gatunki filmowe, m.in. melodramat, film wojenny, film kryminalny.

Na śmierć i umieranie jako temat filmowy można spojrzeć z różnych perspektyw: opisując twórczość reżyserów, którzy zmagali się z przemijalnością ludzkiego świata, dostrzegając przemijalność człowieka jako jednostki, obumieranie uczuć i więzi, przemijania mikro- i makrokosmosów, analizując filmy jako audiowizualne traktaty filozoficzne czy teologiczne, rozwijające różne nurty myśli i religii. [Przykładem klasyczny film *Siódma pieczęć* (1957) Ingmara Bergmana (1918–2007) ze słynną sceną gry w szachy ze śmiercią (zob. fot. 1) – przyp. red.]. W filmowych opowieściach obok przykładów stoickiego akceptowania kondycji człowieka, z natury przemijającego, czy wskazywania obecnej w wielkich religiach nadziei związanej z nieprzemijalnością → życia (choć jego cielesna forma jest przemijająca), albo skrajnego nihilistycznego pesymizmu z drugiej strony (przykładem są *33 sceny z życia*, 2008), dominować się zdaje „zagadywanie strachu" przed → chorobą i śmiercią (Kuczok, 2004) i oderwane od realistycznych podstaw marzenia (także turpistyczne w horrorach), w popularny sposób przetwarzające i oswajające Horacjańskie *non omnis moriar* [„nie wszystek umrę"]. Kino – medium iluzji – czyni iluzję swoją treścią, gdy obiecuje nieśmiertelność, powierzając ją łatwo przemijalnym obrazom: w *Dniu świstaka* (1993) śmierć przestaje mieć znaczenie, bo kolejne poranki rozpoczynają ten sam dzień, a bohater ma świadomość błędów już raz tego (czyli poprzedniego) dnia popełnionych. Czas staje się tu cykliczny, a nie linearny: nie inaczej, choć w skali nie dobowej, lecz mierzonej → długością życia, odbywają się reinkarnacyjne powroty w *Między piekłem a niebem* (1998), gdzie sprzeciw wobec przemijania, będący echem starożytnego mitu o Orfeuszu zstępującym do krainy zmarłych, by wyprowadzić z niej ukochaną Eurydykę, splata się z dantejską (chrześcijańską) wizją zaświatów i orientalną wiarą w inkarnację. [Motyw walki Erosa z Tanatosem jest częstym elementem prowokacji artystycznych, zarówno w filmie, jak i we współczesnym teatrze (zob. fot. 2) – przyp. red.]. Czas linearny, lecz o przeciwnych wektorach, zapowiada koniec, będący paradoksalnie początkiem w *Ciekawym przypadku Benjamina Buttona* (2008): czy starzec, który po latach życia umrze jako niemowlę, przemija? Paradoksalnie wraca przecież do początku istnienia. Przemijanie w filmach może okazać się niemożliwe, choć nie dla człowieka: za śmiertelnością, będącą dowodem człowieczeństwa, tęskni android Andrew Martin, tytułowy *Człowiek przyszłości* (1999); w *A.I.* (2001) bezwzględnie przemija czas i świat po Einsteinowsku złączony w jedno dla wszystkich, oprócz chłopca-robota

Davida: mimo wygaśnięcia cywilizacji ludzi, David wciąż czeka na mamę, wpatrując się przez tysiące lat w wizerunek wziętej wprost z książki Carlo Collodiego (1826–1890) wróżki. Jego miłość i tęsknota nie przemijają (Lis, 2013 a).

Świadomość umierania

Świadomość przemijania i szukanie jego sensu odróżnia człowieka od pozostałych istot żywych: mówi o tym również kino. O to, czym jest śmierć, pyta swego ojca 10-letni Paweł, bohater *Dekalogu I* (1988). Na swoje odejście dziadek przygotowuje Joshuę w filmie *Dziadek i ja* (1998), z bliskości spersonifikowanej śmierci zdaje sobie sprawę William Parrish w *Joe Black* (1998), o zbliżającym się bliskim kresie swego życia wie chłopiec w filmie *Oskar i pani Róża* (2009), przygotowuje się na swój koniec starsza pani z *Pora umierać* (2007), dorobek swojego życia powierzając dzieciom, którym będzie on bardziej potrzebny niż wyrachowanej → rodzinie; świadomość bliskiej śmierci mają terminalnie chorzy bohaterowie filmów Krzysztofa Zanussiego (1939–), takich jak: *Spirala* (1978) i *Persona non grata* (2005).

W pasyjnym kanadyjskim dramacie *Jezus z Montrealu* (1989) przemijające życie jednego człowieka może przedłużyć życie innych: transplantacja organów pobranych z ciała Daniela, tytułowego Jezusa, przywraca innym wzrok, odnawia serce. W pełni świadomie zmierza do samoofiarowania – by w jakiś sposób zadośćuczynić tragedii, wypadkowi samochodowemu ze śmiertelnymi ofiarami – Ben, którego organy, przeszczepione po zaplanowanym precyzyjnie samobójstwie w *Siedmiu duszach* (2008) mają służyć wybranym przez niego osobom. Do śmierci przygotowuje się Kanji Watanabe, bohater filmu *Piętno śmierci* (1952), który, zrozumiawszy własny egoizm, postanawia zaangażować się w pomoc dzieciom z ubogiej dzielnicy Tokio. Skrajnie inny, egotyczny i nihilistyczny – jako wyraz „negacji istnienia, sensu i wartości" (Wasiewicz, 2012), jest kronikarski, paradokumentalny zapis głodzącego się na śmierć bohatera filmu *Odgłosy robaków – zapiski mumii* (2009): zmęczenie życiem prowadzi do jego systematycznego odrzucenia jako stanu pozbawionego sensu. Zawiedziony życiem, pozbawiony miłości i skrzypiec traci chęć życia Nasser-Ali z *Kurczaka ze śliwkami* (2011), widząc jedyne rozwiązanie w swoim odejściu: ktoś jednak uroni łzę na jego pogrzebie. Do destrukcji całego świata ma zmierzać idea dekonstrukcji – są tu echa filozofii Jacquesa Derridy (1930–2004), którą chce sponsorować w zapisie testamentalnym Prezes z *Serca na dłoni* Zanussiego (2008).

Na śmierć można bezskutecznie czekać, gdy życie, które mimo upływu czasu się nie kończy – jak w przypadku Paula Edgecomba, strażnika z *Zielonej mili* (1998) czy mnicha Anatolija z *Wyspy* (2006): prawo przemijania zostaje nienaturalnie zawieszone wobec tych, którzy dopuścili się najcięższych win wobec niewinnych. Anatolij, zawieszony między śmiercią, której uniknął a życiem, które płynie jakby obok niego, będzie mógł dojść dopiero do kresu swych dni, gdy zabójstwo – choć niedokonane, lecz popełnione (strzelił do swojego dowódcy podczas wojny) – zostanie mu wybaczone przez dawnego dowódcę, który jednak nie zginął z powodu wojennego tchórzostwa Anatolija. Wielopłaszczyznowość przemijania ukazuje *Tatarak* (2009), gdzie intymna opowieść Krystyny Jandy (1952–) o umieraniu jej męża przenika się z warstwą narracyjną ekranizowanych literackich utworów Sándora Máraia (1900–1989) i Jarosława Iwaszkiewicza (1894–1980).

Ukazywanie śmierci i przemijania nie zawsze jest realistyczne: widać to w katastroficznych, apokaliptycznych wizjach *Dnia zagłady* (1998), *Zapowiedzi* (2009) czy *2012* (2009), lecz także w intymnych perspektywach filmów najnowszych – w katastroficznej *Melancholii* (2011), której bohaterkę wyzwala z zabójczej depresji zderzenie planet. W melodramatycznej *Ostatniej miłości na Ziemi* (2011) ludzie pozbawiani są nie życia, lecz możliwości komunikacji przez stopniową utratę zmysłów; w *Koniu turyńskim* (2011) – nawiązującym do nihilistycznych koncepcji Fryderyka Nietzschego (1844–1900) – pozostaje tylko cisza i ciemność: emblematy nicości, a może cofnięcie się przed punkt wyjściowy biblijnej Księgi Rodzaju, zanim „na początku Bóg stworzył…" (Rdz 1,1).

Umierający i osieroceni

Śmierć jest wydarzeniem ponadkulturowym: odejście osoby bliskiej dotyka tak samo Europejczyka i mieszkańca Afryki, chrześcijanina czy wyznawcy islamu. Śmierć osoby bliskiej destabilizuje świat osobistych przeżyć, rodziny, tracącej wsparcie, społeczności, jak w demaskującym zbrodnie tzw. państwa islamskiego *Timbuktu* (2014). Nieradzenie sobie po śmierci żony prowadzi do dalszych dramatów mężczyzny, jego matki i dzieci w odwołującym się do włoskiego neoralizmu irańskim filmie *Kolory raju* (1999), gdzie w finałowej scenie prześwietlenie kadru, symbol światła, sygnalizujące umieranie jako spotkanie z Bogiem. Śmierć osoby bliskiej może wywoływać żałobę, prowadzącą do głębokiej, niepokonywalnej depresji, co ukazuje *Miłość* (2012). O ostatnim wspólnym epizodzie kochających

się małżonków, ich podróży do żyjących już własnym życiem dorosłych dzieci opowiada *Tokijska opowieść* (1953), w której finale śmierć matki staje się próbnikiem miłości. Ale przecież o zatrzymanie przemijania można skutecznie walczyć: *Przypadek Harolda Cricka* (2006) to walka tytułowego bohatera o to, by tworząca go pisarka porzuciła plan uśmiercenia go w finale powstającej książki. Poruszająco – i z niecodziennej perspektywy – mówi o przemijaniu japoński film *Pożegnania* (2008), którego bohaterem jest pracownik firmy pogrzebowej, profesjonalista od przygotowywania zwłok, by umożliwić rodzinom godne pożegnanie zmarłego. W filmie, odkrywającym w pogrzebowych ceremoniałach mnogość tradycji kulturowych i religijnych, pożegnanie z osobą zmarłą staje się dla bliskich okazją do dopowiedzenia tego, na co zabrakło w życiu czasu, a może odwagi. Daigo Kobayashi, bohater filmu, także naznaczony jest przemijaniem niedopełnionym: w obrazach wspomnień o ojcu, który dawno porzucił żonę i dziecko, wraca kamień, który stanie się niespodziewanym materialnym symbolem miłości, gdy Daigo znajdzie go w zaciśniętej dłoni martwego już ojca, któremu oddaje ostatnią przysługę. W momencie ostatecznego rozstania wróci pamięć miłości, zaufania, szczęśliwych chwil sprzed lat, unieważniająca w pewien sposób przemijanie. Istotne w wielu filmach stają się rytuały pogrzebowe: wokół nich skonstruowana jest narracja filmu *Kiedy umieram* (2013), pokazującego rodzinę rozbitą po śmierci matki, której zwłoki wiezione są do jej rodzinnego miasteczka. Rozliczeniowa *Uroczystość żałobna* (1969) w centrum stawia wdowę, która po śmierci męża organizuje pogrzeb w rodzinnej wiosce, gdzie socjalistyczna nacjonalizacja (i zawiść sąsiadów) pozbawiła ich po wojnie gospodarstwa. Turecki film *Orada* (2009), utrzymana w bergmanowskim stylu, opowiada o podróży siostry i brata po śmierci ich matki do dawno niewidzianego ojca. *Trzy pogrzeby Melquiadesa Estrady* (2005), westernowa opowieść o winie i odkupieniu, dokonującym się ostatniej posłudze oddawanej przez przyjaciela ciału zabitego przypadkowo Meksykanina, by mogło ono spocząć w ojczystej ziemi.

Śmierć zadawana

Zapewne pierwszym filmem, pokazującym wykonanie wyroku śmierci (powieszenie skazańca), jest krótkometrażowy dokument *An Execution by Hanging* (1898). Krzysztof Kieślowski (1941–1996) po niemal stu latach zdecydowanie stwierdził, że filmowanie śmierci jest nieetyczne: „Jeżeli robię film o śmierci, nie mogę filmować człowieka, który umiera naprawdę, bo jest tak intymna czynność, że nie wolno mu przy tym przeszkadzać" (Kieślowski, 2012). Kieślowskiemu zawdzięczamy *nota bene* najdłuższą scenę zabijania (*Krótki film o zabijaniu*, 1987). Pokazywanie odbierania życia przez zabójstwa, samobójstwa, w zamachach czy wojnach stawia także kwestię odpowiedzialności za wpływ na potencjalne zachowania odbiorców (Kunczik, Zipfel, 2000). Nie może jednak kino pomijać dramatów, dziejących się niemal na naszych oczach: swoją bogatą filmografię ma II wojna światowa i Holokaust (Mąka-Malatyńska, 2012): bezpieczny, uporządkowany świat żydowskiej kultury i wierzeń w *Austerii* (1983) niszczy już wybuch I wojny światowej; z ziemią zrównuje go następna światowa wojna w *Liście Schindlera* (1993), *Pociągu życia* (1998) czy *Pianiście* (2002). Na ekrany trafiają także obrazy konfliktów niedawnych (wojny domowe w Jugosławii i Rwandzie). Tragedii rwandyjskiej rzezi podczas wojny domowej w roku 1994 dotyka film *Strzelając do psów* (2005), którego bohater, młody nauczyciel, ze strachu przed śmiercią porzuca swoich podopiecznych i przyjaciół; nie jest w stanie znieść życia uratowana pośród ludobójstwa i ukrywająca się wciąż Jacqueline, czująca się winna, że żyje (*Dzień, w którym Bóg odszedł*, 2009).

Należy jednak również zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo trywializacji śmierci i umierania w kinie popularnym. „Nonszalancja wobec śmierci i lekceważenie cielesnej istoty" jest charakterystyczne dla filmów Quentina Tarantino (1963–): „dla jego bohaterów śmierć, którą zadają innym, jest bez znaczenia, jest incydentalna, choć obrazy uśmiercania z reguły są niezwykle pomysłowe" (Sułkowski, 2006).

Śmierć u Zanussiego

Reżyserem często podejmującym temat umierania – rozważanego jednak nie w kategoriach melodramatycznych czy nostalgii, lecz z pozycji egzystencjalizmu – jest Zanussi, co wynika pośrednio z jego osobistych, wojennych przeżyć (Marczak, 2011). Jego dorobek zasługuje na monograficzne ujęcie obecności tematu przemijania lub śmierci, przewijającego się przez kilkadziesiąt filmów, od dyplomowej *Śmierci prowincjała* (1965) aż po *Obce ciało* (2014). U Zanussiego młodość styka się z przemijaniem, często wyrażając swój sprzeciw: bezimienny student w *Śmierci prowincjała* staje nie tylko wobec nieznanej dotąd rzeczywistości klasztoru, ale także odchodzenia starego mnicha; nagła śmierć genialnego profesora w *Hipotezie* (1972) jest przejawem okrutnej niesprawiedliwości, która zatrzyma postęp nauki i ludzkości na długie lata; Franciszek Retman w *Iluminacji* (1972) i Tomasz

Piątek w *Spirali* (1978), Witek z *Constansu* (1980), doktor Tomasz Berg w *Życiu jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową* (2000) czy oligarcha w *Sercu na dłoni* (2008) nie są w stanie zaakceptować nieuleczalnej choroby i śmierci – zbliżającej się własnej czy osób najbliższych. *Spirala* zresztą podpowiada w wizyjnym zakończeniu perspektywę przekroczenia bariery śmierci: Tomasz – po swoim samobójstwie – odchodzi w góry, będące w filmach Zanussiego metafizycznym symbolem. Niezgoda Wiktora na odejście żony rozbrzmiewa w scenie otwierającej film *Persona non grata* (2005): w jego finale pogodzeni małżonkowie, już po śmierci, siądą razem na nadmorskich skałach (Lis, 2015). Podobne rozwiązanie zastosował Kieślowski w *Bez końca* (1984), gdzie Urszula w bardzo zwyczajnych zaświatach odchodzi ze zmarłym wcześniej mężem, za którym tęsknota nie pozwalała jej żyć. Mimo śmierci trwają – choć w innej rzeczywistości. pozwalała jej żyć. Mimo śmierci trwają – choć w innej rzeczywistości. Filmowa eschatologia filmów Zanussiego dopuszcza perspektywę nieśmiertelności duszy, nadziei wynikającej z postrzegania śmierci jako początku innego życia, spotkania z Bogiem.

MLI

B: Kieślowski, 2012; Kuczok, 2004; Kunczik, Zipfel, 2000; Lis, 2013 a, 2013 b, 2015; Marczak, 2011; Mąka-Malatyńska, 2012; Sułkowski, 2006; Wasiewicz, 2012.

F: *2012*, 2009; *33 sceny z życia*, 2008; *A.I. Sztuczna inteligencja*, 2001; *An execution by hanging*, 1898; *Austeria*, 1983; *Bez końca*, 1984; *Ciekawy przypadek Benjamina Buttona*, 2008; *Constans*, 1980; *Człowiek przyszłości*, 1999; *Dekalog I*, 1984; *Dziadek*, 2010; *Dzień świstaka*, 1993; *Dzień, w którym Bóg odszedł*, 2009; *Dzień zagłady*, 1998; *Hipoteza*, 1972; *Iliminacja*, 1972; *Jezus z Montrealu*, 1989; *Joe Black*, 1998; *Kiedy umieram*, 2013; *Kolory raju*, 1999; *Koń turyński*, 2011; *Krótki film o zabijaniu*, 1987; *Kurczak ze śliwkami*, 2011; *Lista Schindlera*, 1993; *Melancholia*, 2011; *Między piekłem a niebem*, 1998; *Miłość*, 2012; *Odgłosy robaków – zapiski mumii*, 2009; *Obce ciało*, 2014; *Opiekun*, 2015; *Orada*, 2009; *Oskar i pani Róża*, 2009; *Ostatnia miłość na Ziemi*, 2011; *Persona non grata*, 2005; *Pianista*, 2002; *Piętno śmierci*, 1952; *Pociąg życia*, 1998; *Pora umierać*, 2007; *Pożegnania*, 2008; *Prawo do śmierci?*, 2008; *Przypadek Harolda Cricka*, 2006; *Serce na dłoni*, 2008; *Siedem dusz*, 2008; *Siódma pieczęć*, 1957; *Spirala*, 1978; *Strzelając do psów*, 2005; *Śmierć prowincjała*, 1965; *Śmierć z ludzką twarzą*, 2007; *Tatarak.*, 2009; *Timbuktu*, 2014; *Trzy pogrzeby Melquiadesa Estrady*, 2005; *Uroczystość żałobna*, 1969; *Wyspa*, 2006; *Zapowiedź*, 2009; *Zielona mila*, 1998; *Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową*, 2000.

O: edukacja tanatologiczna, starość w filmie, śmierć, śmierć i wartość śmierci, umieranie, żałoba i przeżywanie żalu.

TK: ang. *death and dying in film*, fr. *la mort et le mourir dans le film*, hiszp. *muerte y moribundo en las películas*, niem. *Tod und Sterben in Filmen*, ros. *смерть и умирание в фильме*.

śmierć i wartość śmierci

Filozoficzny problem → śmierci jest zbiorem wielu szczegółowych kwestii gnoseologicznych, ontologicznych, aksjologicznych – w tym etycznych – i/lub eschatologicznych. Głównym zagadnieniem epistemologicznym jest możliwość doświadczenia śmierci i poznania jej istoty. W grę może wchodzić doświadczenie zewnętrzne (obserwacja → umierania innych osób, zwłaszcza medyczna rejestracja fizjologicznego procesu agonii) lub doświadczenie wewnętrzne (świadomość własnego umierania). Niekiedy za wyróżniony sposób poznania śmierci uznaje się doświadczenie śmierci bliskich osób (twoja śmierć), które łączy perspektywę zewnętrzną (jej/jego śmierć) z perspektywą subiektywną (moja śmierć). Żadne z tych doświadczeń nie daje jednak wglądu w istotę śmierci. Obserwacja umierania innych ludzi ukazuje tylko zanik czynności życiowych, rozkład ciała bądź kres komunikacji, nie ujawniając, czym jest śmierć dla tego, kto umiera. To samo dotyczy śmierci osób bliskich, doświadczając bowiem bólu po ich stracie, nie wiemy, czym jest śmierć dla nich. Z kolei subiektywne doświadczenie zbliżania się do śmierci własnej jest doświadczeniem nadal trwającego życia, z chwilą zaś śmierci ginie też świadomość, wykluczając możliwość jej zarejestrowania. Głównym problemem ontologicznym jest problem istoty śmierci, to znaczy ustalenie wszystkich i tylko tych cech, które ją konstytuują. Nie chodzi tu o sformułowanie medycznej definicji śmierci, będącej kryterium jej orzekania, lecz o odkrycie istotnych czynników, które powodują, że człowiek (jak wszystkie istoty żywe) jest śmiertelny i co to znaczy, że jest śmiertelny; w szczególności chodzi o problem, czy śmierć jest konstytutywną, czy jedynie przygodną cechą ludzkiej natury. Najczęstsze próby filozoficznego definiowania śmierci (jako kresu → życia lub przejścia do wieczności) są jedynie definicjami formalnymi, których treść zależy od pojęcia życia (tak doczesnego, jak wiecznego, o ile to ostatnie jest możliwe). Aksjologiczne problemy śmierci wyrażają się w pytaniu, czy jest ona dobrem czy złem dla człowieka i wiążą się bezpośrednio z kwestiami eschatologicznymi, to znaczy z pytaniem o możliwość życia po śmierci oraz jego ewentualnej relacji do życia doczesnego. Śmierć bowiem jest z konieczności jedną z dwu rzeczy – ostatecznym i nieodwracalnym kresem istnienia bądź

przejściem do innej formy życia. Jeśli zaś życie przyszłe jest skończone, to u jego kresu czeka nas kolejna śmierć, która może być ostatecznym kresem istnienia lub przejściem do nowej formy życia (i tak w nieskończoność). Znaczy to, że istnieją tylko dwie realne możliwości: albo śmierć jest unicestwieniem, albo przejściem do życia wiecznego, które nie ma kresu. Z perspektywy obecnego doświadczenia nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć, która z tych alternatyw jest prawdziwa. Twierdzenie, że śmierć jest ostatecznym i nieodwracalnym kresem istnienia wykracza poza dostępne dane, nie wiemy bowiem, co dzieje się z umarłymi po śmierci. Nie można jednak wykluczyć, że nadal istnieją w postaci bezcielesnego umysłu (nieśmiertelność duszy), ich umysł wcielił się w nową formę cielesną (reinkarnacja) lub zostaną wskrzeszeni przez Boga (zmartwychwstanie). Wprawdzie wymienione stany rzeczy są mało prawdopodobne, to jednak są logicznie możliwe, wobec czego idea śmierci jako unicestwienia nie jest oczywista. Analogicznie idea śmierci jako bramy życia wiecznego jest przekroczeniem dostępnych danych, ponieważ żaden zmarły nie powrócił do życia ani nie skontaktował się z żyjącymi – fakt ten nie dowodzi jednak, że śmierć jest ostatecznym kresem życia. Niezależnie od tego, czy śmierć jest unicestwieniem, czy przejściem do życia wiecznego, może być dobra, zła lub aksjologicznie obojętna. Jej wartość zależy w pierwszym rzędzie od charakteru życia doczesnego, które kończy i ewentualnego życia przyszłego, które rozpoczyna. Zależy też od tego, kogo dotyczy (mnie, moich bliskich czy obcej osoby) i z jakiej perspektywy ją oceniamy (subiektywnej czy obiektywnej). Możliwe bowiem, że śmierć matki pięciorga dzieci jest dla niej dobrem, uwalniając ją od nieznośnych cierpień fizycznych i psychicznych, będąc równocześnie złem dla pozostawionych przez nią sierot; zarazem też może być obojętna dla osób, które ani zmarłej, ani jej dzieci osobiście nie znały. Z kolei śmierć Adolfa Hitlera (1889–1945) mogła być złem dla niego samego i jego towarzyszy, dobrem zaś dla świata, uchroniła bowiem wielu ludzi, którzy mogli zginąć, gdyby żył dłużej. Przykłady te pokazują, że nie istnieje jedno, uniwersalne kryterium wartości śmierci – jej aksjologiczny charakter zależy od wielu czynników, zmieniających się zależnie od sytuacji. Jeśli śmierć jest ostatecznym kresem istnienia, to może być dobrem jako warunek wartości życia, dzięki niej bowiem potrafimy je docenić i sensownie wykorzystać (lub nawet poświęcić dla tych, których kochamy). Śmierć jest dobrem także wtedy, gdy życie jest nieznośnym złem – jak argumentował cyrenaik Hegezjasz [Piesitanatos, IV/III w p.n.e.], zwany „nawołującym do śmierci", jest ona jedynym możliwym wyzwoleniem z udręki życia, w którym skazani jesteśmy na ciągłe cierpienie z powodu niemożliwości zaspokojenia naszych pragnień. Rację mogą zatem mieć skrajni pesymiści, jak Teognis z Megary (VI w. p.n.e.), że najlepiej jest się nie urodzić; skoro zaś się urodziliśmy, to najlepiej dla nas będzie jak najszybciej umrzeć. Śmierć jako unicestwienie może być również największym złem – jeśli bowiem życie jest największym dobrem (a przynajmniej dobrem podstawowym, jako warunek uzyskania innych dóbr), to utrata go jest największym złem, uniemożliwia bowiem realizację jakiegokolwiek dobra. Poza tym, śmierć nie pozbawia jedynie przyszłych możliwych dóbr, lecz także minionych, których po śmierci nie będziemy mogli pamiętać; skoro bowiem nie będę istniał, to nie będą też dla mnie istnieć żadne dobra, którymi cieszyłem się za życia. Śmierć może być zła także wtedy, gdy życie jest złe; nawet bowiem, jeśli jest ono pasmem cierpień, to i tak możemy nie chcieć go utracić. Jak przekonywał Miguel de Unamuno (1864–1936), sama świadomość istnienia jest dobrem, nawet w wiecznym piekle – lepiej byłoby zatem wiecznie cierpieć niż nigdy nie istnieć. Śmierć jako ostateczny kres życia może być także aksjologicznie obojętna. Z jednej bowiem strony – jak przekonywał twórca sceptycyzmu, Pirron z Elidy (ok. 360–286 p.n.e.) – niczym nie różni się od życia, z drugiej zaś – jak dowodził Epikur (341–270 p.n.e.) – nie jest przedmiotem doświadczenia; z chwilą śmierci zatem przestajemy doznawać jakiegokolwiek dobra i zła. Z tego powodu śmierć jest obojętna zarówno dla żyjących (których jeszcze nie dotknęła), jak i dla umarłych (którzy mają ją już za sobą). Jeśli zaś śmierć jest przejściem do życia wiecznego, to jej wartość zależeć będzie zarówno od wartości życia doczesnego, jak też przyszłego. Gdyby życie wieczne było złe (lub przynajmniej gorsze od obecnego), to również śmierć byłaby zła. Jeśli jednak życie przyszłe nie będzie gorsze od obecnego, lecz przynajmniej równie dobre (bądź nawet lepsze), to człowiek prawdopodobnie nie będzie żałował, że umarł; śmierć uzna wówczas za dobro. Jak przekonywał wszak Platon (ok. 427–347 p.n.e.), śmierć będzie dobrem dla ludzi dobrych, dzięki niej bowiem wyzwolą się z ograniczeń życia ziemskiego i dostąpią pełni szczęśliwości, żyjąc jak bogowie. Dla tych z kolei, którzy nie osiągnęli doskonałości, śmierć będzie oznaczać powrót na ziemię, celem odbycia dalszej pokuty – będzie zatem jeszcze jedną szansą uzyskania zbawienia. Dla ludzi złych jednak, którzy nie mają już szans na odpokutowanie swych win, śmierć

będzie złem, zostaną bowiem wtrąceni do Tartaru na wieczne męki. Podobnie argumentowali filozofowie chrześcijańscy, zdaniem których ludzie dobrzy uzyskają nagrodę pośmiertną w niebie, grzesznicy zaś zostaną wtrąceni na wieki do piekła. Dla pierwszych zatem śmierć będzie dobrem, otwierając przed nimi bramy prawdziwego życia, dla drugich zaś będzie złem, skazując ich na bezkresne cierpienie. W chrześcijaństwie byli jednak również myśliciele – np. Orygenes (ok. 185–254), wg których wszyscy zostaną zbawieni – znaczyłoby to, że śmierć jako brama wieczności będzie dobrem dla wszystkich. Śmierć mogłaby jednak być dobrem także wtedy, gdyby życie przyszłe było gorsze od obecnego, jednak na tyle znośne, że człowiek mimo wszystko nie chciałby go tracić. Sugeruje to, że śmierć może być dobrem w takim stopniu, w jakim zapewnia dobre (znośne) istnienie po śmierci. Z pewnością jednak śmierć jako brama wieczności może być również złem – jeśli oznacza przejście do piekła jako wiecznego, nieznośnego i beznadziejnego cierpienia, to trudno jej przypisać jakąkolwiek wartość pozytywną. W takiej sytuacji bowiem lepiej byłoby nie istnieć w ogóle nić cierpieć wieczne męki. Nawet Jezus wszak – mając prawdopodobnie na myśli przerażający obraz gehenny – przekonywał, że dla Judasza lepiej byłoby się nie narodzić, jego grzech bowiem nie będzie mógł być odpuszczony. Nie tylko piekło może być złem czekającym człowieka w ewentualnym życiu przyszłym. Jak przekonywał Bernard Williams (1929–2003) każda forma życia wiecznego jest nieznośna, ponieważ skazuje człowieka na nieskończone powtarzanie rozmaitych czynności, co musi zrodzić okropną nudę. Jorge Luis Borges (1899–1986) z kolei obawiał się, że w życiu wiecznym człowiek nie miałby poczucia czasu ani żadnej motywacji do działania – z tego powodu nikt nie spieszyłby z pomocą tym, którzy są w potrzebie. Jeszcze inaczej zło ewentualnego życia postrzegał prozaik żydowski Isaac Bashevis Singer (1904–1991) – jego zdaniem nawet ten człowiek, który dostąpił nieba, musiałby pamiętać zło, jakiego doświadczył na ziemi. Ponieważ zaś wspomnienie cierpienia jest także cierpieniem, matka, która straciła dzieci w obozie koncentracyjnym, musiałaby wiecznie przeżywać swój ból. C. D. [Charles Dunbar] Broad (1887–1971) – sądził zaś, że nawet czasowe, skończone życie po śmierci, byłoby nieznośnym złem. Wierząc w autentyczność zjawisk spirytystycznych, Broad uważał, że śmierć oznacza przejście do nowej formy życia w postaci odcieleśnionego czynnika psychicznego, który cierpi z powodu braku ciała – jedyną pociechą jest to, że życie przyszłe nie będzie trwać wiecznie. Podane przykłady wskazują, że śmierć jako brama wieczności jest złem wtedy, gdy złem jest życie przyszłe. Możliwe jest jednak, że śmierć będzie aksjologicznie neutralna, prowadząc człowieka do życia, które nie będzie ani dobre, ani złe, lecz obojętne; wówczas może się zdarzyć, że człowiek będzie je traktować z obojętnością – nie pragnąc zbytnio ani jego zakończenia, ani kontynuacji. Wartość śmierci zależy nie tylko od charakteru życia, które kończy lub do którego prowadzi, lecz także od samego przebiegu procesu umierania, to znaczy od tego, czy agonia jest długa, bolesna i wyczerpująca, czy też przebiega szybko, bezboleśnie lub nieświadomie dla umierającego. Również jednak w tym wypadku oceny śmierci jako dobrej (lekkiej) lub złej (ciężkiej) mogą być różne. Wyczerpujące umieranie bliskiej osoby może być zarówno męczące (fizycznie i psychicznie), jak i budujące (moralnie) dla jej otoczenia; chociaż bowiem z jednej strony umierający wymaga → opieki, to jednak – z drugiej strony – uczy swoją heroiczną postawą, jak pogodzić się z losem, pokornie znosząc największe cierpienia. Uwzględnienie wszystkich czynników, mających wpływ na wartość śmierci (kres życia, brama wieczności, okoliczności umierania, skutek czyjejś śmierci dla innych ludzi i wiele innych) powoduje, że nie mamy wystarczających podstaw do wypowiedzenia jakiejkolwiek ogólnej oceny śmierci jako czegoś dobrego, złego lub aksjologiczne obojętnego. Oceny te będą wszak zależeć od okoliczności umierania, od przeżywanych przez umierającego lęków i nadziei związanych z życiem i śmiercią, od progu jego fizycznej i psychicznej wrażliwości, obecności lub nieobecności bliskich w trakcie agonii, od stopnia świadomości umierającego i wielu innych konkretnych czynników (zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych), wpływających na kształt każdej konkretnej śmierci.

IZ

B: Benatar, 2006; Borges, 1988 a, 1988 b; Boros, 1977; Bowker, 1996; Broad, 1955; Diogenes Laertios, 1984; Feldman, 1992; Hick, 1985; Jaeger, 2001; Jankélévitch, 1966; Kamm, 1993; Klimowicz, 1994; Luper, 2009; Nagel, 1970; Rosenberg, 1983; Rutkowski, 2014; Sahaj, 2008; Scherer, 2008; Siemianowska, 1993; Unamuno, 1984; Williams, 1999; Ziemiński, 1999, 2010, 2014.

O: *ars bene moriendi*, banalizacja śmierci, instytucjonalizacja umierania, medykalizacja śmierci, merkantylizacja śmierci, postawa wobec śmierci, śmierć, śmierć i umieranie w filmie.

TK: ang. *death and value of death*, fr. *la mort et de la mort verte*, hiszp. *la muerte y valor de la muerte*, niem. *der Tod und Wert des Tod*, ros. *смиерть и значение смерти*.

środki masowego przekazu w życiu osób starszych

– zwłaszcza we współczesnym społeczeństwie informacyjnym – odgrywają znaczącą rolę. Intensywne zmiany techniczne ukształtowały na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat nowy typ społeczeństwa wspierającego się w życiu zawodowym oraz prywatnym na cyfrowych technologiach informacyjno-komunikacyjnych (ICT). Systematyczny wzrost liczby komputerów w gospodarstwach domowych oraz powszechność szybkich przyłączy internetowych, a także implementacja różnych e-usług w codzienne aktywności sprzyjały kształtowaniu nowego rodzaju grupy społecznej, określanej mianem cyfrowych autochtonów. Amerykański badacz mediów Mark Prensky (1946–) przyjmuje, że do kategorii osób wyrosłych w przestrzeni nowych mediów zalicza się wszystkich urodzonych po roku 1983 (Prensky, 2001), a więc osoby dla których czas młodości i dorastania przypadł na intensywny rozwój i włączenie w codzienne funkcjonowanie takich urządzeń, jak: komputery, telefony komórkowe, szybkie łącza internetowe, aplikacje działające w „chmurze" (ang. *cloud computing*). Oba pokolenia, cyfrowych autochtonów i imigrantów, używają tych samych narzędzi, aby korzystać z dobrodziejstw, jakie oferuje społeczeństwo informacyjne (Pieri, Diamantinir, 2010). Jednak dla młodych osób użytkowanie nowych mediów jest sprawą intuicyjną, podobnie jak dla starszego pokolenia obsługiwanie mediów analogowych (prasa, radio, telewizja). Specyficzna socjalizacja technologiczna tworząca pokolenie cyfrowych autochotonów jest zjawiskiem o tyle istotnym, że do tej pory urządzenia służące komunikacji masowej nie były aż tak złożone w obsłudze. Stare media nie wymagały wysokiego poziomu kompetencji językowej (posiadanie odpowiedniego zasobu leksykalnego obejmującego określenia angielskojęzyczne), czy też specyficznej koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz znajomości obsługi rozbudowanych systemów operacyjnych umożliwiających komunikację pomiędzy urządzeniem, siecią, innymi e-usługami a użytkownikiem.

Skrajny rozdźwięk społeczny pomiędzy cyfrowymi imigrantami a autochtonami przejawia się w postaci nowego zjawiska → wykluczenia cyfrowego [osób starszych]. Proces ten jest niejednorodny, dlatego wyodrębnia się w społeczeństwie informacyjnym trzy elementarne grupy:

- **E-obywateli** – posiadających niezbędne kompetencje do korzystania z e-usług, grupa ta jest relatywnie najmłodsza ze wszystkich wyróżnionych, zaliczają się do niej niemalże wszystkie jednostki z najmłodszego pokolenia oraz osoby, które nabyły w toku edukacji formalnej, pozaformalnej i incydentalnej zestaw kompetencji z zakresu użytkowania cyfrowych technologii informacyjno-komunikacyjnych.
- **Wykluczonych cyfrowo realnie** – grupa ta nie posiada umiejętności w zakresie obsługi nowych mediów oraz może mieć utrudniony dostęp do infrastruktury informatycznej, co znacząco odbija się na → jakości życia jej członków.
- **Wykluczonych cyfrowo pozornie** – osoby w tej kategorii nie posiadają umiejętności obsługi produktów informatycznych, ponieważ propagowany → styl życia związany jest przede wszystkim z materialnym i/lub fizycznym odniesieniem do usług i informacji (znaczna część osób w → wieku poprodukcyjnym).

Powyższy podział uwidacznia, że nie wszystkie osoby starsze muszą korzystać z nowych mediów, aby podnieść swoją jakość życia. W przestrzeni społecznej istnieje grupa osób starszych, które nie były i nigdy nie będą zainteresowane aktywnym użytkowaniem nowych mediów, ponieważ ich wszystkie potrzeby są zaspokojone poprzez usługi występujące w świecie realnym. „Wykluczeni cyfrowo pozornie" stanowią znaczącą podgrupę pośród ogółu osób wykluczonych cyfrowo. Zjawisko wykluczenia cyfrowego jest wielopłaszczyznowe, determinowane przez szereg czynników zależnych i niezależnych od osób starszych. Indywidualne cechy (np. motywacja, dochody, stan → zdrowia) przeplatają się z zespołem czynników środowiskowych (np. dostęp do instytucji zajmujących się edukacją osób starszych, infrastruktura informatyczna). Zjawisko wykluczenia cyfrowego jest problemem charakterystycznym dla nowo tworzącego się ładu, w którym urządzenia elektroniczne odgrywają znaczącą rolę w życiu prywatnym, gospodarce, edukacji, badaniach, komunikacji, sektorze produkcyjnym oraz innych ważnych gałęziach działalności ludzkiej.

Do przyczyn warunkujących brak obecności osób starszych w przestrzeni wirtualnej należy zaliczyć przede wszystkim: brak potrzeby korzystania z mediów elektronicznych, nieposiadanie odpowiedniego sprzętu, brak odpowiednich umiejętności, czynniki ekonomiczne związane z opłatami stałymi za łącze internetowe, brak możliwości technicznych, brak interesującej oferty w sieci dostosowanej do wieku, dostrzeganie szkodliwości nowych mediów, posiadane poczucia zagrożenia prywatności (Batorski, 2014, s. 365). Należy również nadmienić, że niektóre wymienione czynniki tracą na znaczeniu wraz z rozwojem społeczeństwa informacyjnego. Na przestrzeni ostat-

niej dekady, tj. lat 2003–13, udział osób w wieku 60–64 lat zwiększył się z 2,8% użytkowników Internetu do 35,5%. Z kolei w przedziale wiekowym powyżej 65 lat przyrost ten był zdecydowanie wolniejszy, gdyż tylko 0,9% seniorów w 2003 korzystało z dobrodziejstw Internetu, natomiast w 2013 –14,1% (Batorski, 2014, s. 369). Stopniowe zwiększanie się liczby starszych użytkowników sieci wiąże się z powolną zmianą nastawienia mentalnego osób w → wieku podeszłym do nowych mediów, rozwojem instytucji edukacji pozaformalnej dedykowanych → seniorom, aktywizowaniu sił społecznych w niwelowaniu wykluczenia cyfrowego, a także zjawisku zastępowania → generacji [pokoleń].

Na podstawie dotychczasowych wyników badań można stwierdzić, że osoby starsze chętnie korzystają ze wcześniejszych analogowych rozwiązań technologicznych, ponieważ przede wszystkim odczuwają satysfakcję z ich użytkowania. Niezwykłą popularnością w tym obszarze cieszą się: telewizor, radio, telefon stacjonarny. Spora grupa osób w tej kategorii wiekowej nie wyobraża sobie życia również bez telefonów komórkowych (Pieri, Diamantinir, 2010). Użytkowanie telefonów niestacjonarnych sprzyja poczuciu bycia w kontakcie z innymi osobami. Jednakże, jak podkreślają medioznawczy, stare i nowe technologie komunikacyjne (telefon stacjonarny, komórkowy, poczta elektroniczna, komunikatory) przyczyniają się przede wszystkim do pogłębiania i rozwijania relacji w świecie realnym w przeciwieństwie do ich wpływu na młodsze pokolenie. Ponadto, jak ukazują wyniki badań, użytkowanie nowych technologii sprzyja minimalizowaniu poczuciu społecznej samotności (zob. Şar i współprac., 2012; Sum i współprac., 2008). Dodatkowo korzystanie z sieci Internet podnosi wśród osób starszych zadowolenie ze stanu własnego zdrowia, rozwija hobby i zainteresowania, podwyższa poziom szczęścia i ogólnej → satysfakcji życiowej (zob. Sum i współprac., 2008). Seniorzy posiadający odpowiedni poziom kompetencji podkreślają znaczenie nowych mediów w dziedzinie pozyskiwania informacji o swoim zdrowiu (Sheng, Simpson 2013). Współcześni seniorzy wykorzystują Internet w codziennych sytuacjach związanych z zakupami (porównywanie cen, zamawianie produktów), pobieranie odpowiednich formularzy z Internetu oraz mają możliwość dostępu do dóbr kultury w formie cyfrowej w wymiarze regionalnym, krajowym i globalnym (Abad, 2014). Wobec powyższych udogodnień życia codziennego można jednoznacznie stwierdzić, że brak kompetencji cyfrowych może przyczyniać się do znaczącego obniżenia poziomu zadowolenia z życia osób w późnej dorosłości, w szczególności wśród → aktywnych seniorów.

Nowe media wymagają posiadania wielu kompetencji z zakresu wyszukiwania, rozumienia, oceny wiarygodności i przydatności informacji oraz umiejętności obsługi różnego rodzaju komputerów (w tym tabletów, smartfonów). Obie grupy kompetencji określane mianem cyfrowych związane są z: **podstawową umiejętnością obsługi komputera** (kopiowanie i przenoszenie pliku lub folderu, korzystanie z narzędzi do kopiowania, wycinania, wklejania, używanie podstawowych funkcji matematycznych w arkuszu kalkulacyjnym, kompresowanie plików, podłączanie nowych urządzeń), **dodatkowymi umiejętnościami obsługi** (przenoszenie plików pomiędzy komputerem a innymi urządzeniami, modyfikowanie parametrów najbardziej popularnego oprogramowania, tworzenie prezentacji, instalowanie nowego systemu operacyjnego oraz jego aktualizacja), **podstawowymi umiejętnościami posługiwania się Internetem** (używanie wyszukiwarki internetowej, wysyłanie maili z załącznikami, branie udziału w dyskusjach zapośredniczonych przez nowe media, telefonowanie przez Internet, czy też tworzenie stron internetowych), **dodatkowe umiejętności związane z posługiwaniem się Internetem** (zmiana ustawień bezpieczeństwa w przeglądarce internetowej, umieszczanie w sieci materiałów tekstowych oraz audiowizualnych). Wymienione powyżej kompetencje stanowią najbardziej popularny zestaw wskaźników, które służą monitorowaniu poziomu rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Unii Europejskiej (Szymanek, Pieniek, 2014, s. 18). Z danych udostępnionych przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji wynika, że w 2013 w przedziale wiekowym 55–75 lat jedynie 18% badanych potrafiło kopiować lub przenieść folder, 9% deklarowało umiejętność instalowania nowych urządzeń połączonych z komputerem stacjonarnym, np. drukarki, z kolei 10% potrafiło użyć podstawowych funkcji w arkuszu kalkulacyjnym, 30% używało wyszukiwarek internetowych, 19% potrafiło wysłać maila z załącznikiem, a jedynie 4% umieszczało materiały audiowizualne w sieci (Szymanek, Pieniek, 2014, s. 25–26). Z nieco innym układem kompetencji niezbędnych do sprawnego użytkowania nowych mediów można spotkać się w instytucjach kształcących seniorów w obszarze nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych. Przykładowo w ramach kursu realizowanego w cieszyńskim UTW zaproponowano następujący układ treści, pozwalający seniorom na sprawne korzy-

stanie z nowych mediów: **obsługa komputera osobistego** (czym jest komputer osobisty i do czego służy?, poprawne włączanie i wyłączanie urządzenia, mysz i klawiatura, obsługa okien systemowych, system operacyjny i jego funkcje, uruchamianie programów), **pliki i foldery** (tworzenie i usuwanie plików oraz katalogów, zapisywanie plików w różnych formatach, zmiana nazwy pliku i jego właściwości, wyszukiwanie plików), **praca z przeglądarką internetową** (czym jest przeglądarka internetowa?, w jaki sposób przeglądać strony internetowe oraz jak zbudowane są adresy internetowe?, podstawowe opcje przeglądarki internetowej, strona startowa – konfiguracja, ulubione strony internetowe, drukowanie strony internetowej do pliku lub na dostępnej drukarce, zapisywanie obrazu statycznego ze strony internetowej do pliku, kopiowanie adresu URL, pobieranie plików z sieci), **usługi w Internecie** (wyszukiwarki internetowe, komunikacja, zdrowie, zakupy, administracja, wiadomości, podróże, oświata, zatrudnienie, biznes, grupy dyskusyjne) oraz **bezpieczeństwo w sieci** (Tomczyk, 2012). Z przeprowadzonych badań w działaniu wynika, że tak skonstruowany program pozwala na włączenie osób starszych w przestrzeń wirtualną jako świadomych użytkowników środków masowego przekazu w świecie zdominowanym przez media elektroniczne.

Umiejętności osób starszych w zakresie użytkowania nowych mediów rozwijają się stopniowo. Pokolenie cyfrowych imigrantów uczy się obsługi mediów cyfrowych w sposób odmienny od młodszego pokolenia, nie tylko ze względu na specyficzne cechy swoiste związane z właściwościami psychiczno-fizycznymi warunkowanymi ilością lat, lecz przede wszystkim z powodu odmiennego wartościowania nowych mediów. Dla większości osób starszych urządzenia elektroniczne są jedynie złożonym narzędziem cyfrowym, służącym rozwiązywaniu → problemów życiowych, niż priorytetowym środowiskiem socjalizacyjnym. Starsi użytkownicy mediów elektronicznych zachęceni do korzystania z Internetu i komputerów wraz z upływem czasu oraz osiąganiu coraz wyższego poziomu kompetencji medialnych i informacyjnych traktują rozwiązania cyfrowe na równi z innymi znanymi ze „świata analogowego" urządzeniami (zob. D. Czerniawska, Fenrich, Olcoń-Kubicka, 2011, s. 28). Poziom kompetencji w zakresie obsługi mediów sieciowych współczesnego pokolenia seniorów jest o wiele bardziej zróżnicowany niż w przypadku cyfrowych autochtonów. Seniorzy stanowią niehomogeniczną grupę użytkowników sieci. Niektóre osoby starsze ograniczają użytkowanie mediów elektronicznych jedynie do prostych czynności, nie wychodząc poza „utarte schematy" korzystania z sieci. Istnieje również grupa w tejże kohorcie poszukująca nowych rozwiązań technicznych i e-usług. Z wyników badań można zauważyć, że kluczem do rozwoju dalszych kompetencji cyfrowych jest szybko zdobyta samodzielność w posługiwaniu się narzędziami ICT oraz posiadanie zaufania do swoich umiejętności i wiedzy (zob. D. Czerniawska, Fenrich, Olcoń-Kubicka, 2011, s.28).

Edukacją osób starszych w zakresie nowych mediów zajmują się obecnie następujące instytucje (zob. Tomczyk 2013, Tomczyk, Wasiński, 2013):

- → uniwersytety trzeciego wieku [UTW];
- → kluby seniora i inne organizacje proseniorskie;
- organizacje pozarządowe;
- biblioteki;
- wolontariusze (np. ponad 2 800 osób w ramach akcji „Latarnicy Cyfrowej Polski");
- instytucje komercyjne (np. kawiarenki internetowe);
- firmy prowadzące działalność w ramach społecznej odpowiedzialności biznesu;
- Wirtualne Uniwersytety dla Seniorów.

Osoby starsze podejmując naukę obsługi nowych mediów posiadają szereg oczekiwań społecznych, technicznych i indywidualnych, związanych z procesem nabywania nowych kompetencji. Zazwyczaj seniorzy mają potrzebę zrozumienia czym są nowe media oraz w jaki sposób można ICT wykorzystać do rozwiązywania problemów życia codziennego.

Ponadto w miarę osiągania coraz większej sprawności obsługi tychże urządzeń pojawia się chęć posiadania coraz głębszej wiedzy technicznej zintegrowanej z niestandardowymi e-rozwiązaniami. Osiąganie pozytywnych efektów nauki zwiększa również poczucie własnej wartości, dając satysfakcję i motywację do dalszego rozwoju poziomu kompetencji w obszarze obsługi ICT. W wymiarze praktycznym osoby w wieku senioralnym użytkując nowe media chcą przede wszystkim: sprawnie posługiwać się myszą i klawiaturą (najczęściej pojawiający się postulat w początkowym okresie nauki), zdobywać szybko i wygodnie najświeższe informacje z kraju i ze świata, rozwijać swoje hobby i pasje. Poprzez wykorzystanie ICT seniorzy chcą także rozwiązywać problemy zawodowe, jeśli są osobami aktywnymi zawodowo. Media elektroniczne mają przede wszystkim stanowić dla seniorów, podobnie jak dla innych kategorii wiekowych, źródło rozrywki. Ponadto komputery dają multimedialną, a zatem i polisensoryczną możliwość stymulowania aktywności umysłowej, dzięki nieograniczonemu i szybkiemu dostępowi do informacji w różnych postaciach. Poprzez wykonywanie czynności niewyuczonych we wcześniejszych etapach rozwo-

jowych integrujących motorykę, funkcje poznawcze i umysłowe, seniorzy stają się nie tylko pasywnym odbiorcą treści dostępnych w mediach, lecz przede wszystkim tworzą nowe obszary aktywności psychicznej i społecznej zgodnie z koncepcją → aktywnego starzenia się (por. Kaszkur-Niechwiej, 2005, s.14–15).

ŁT

B: Abad, 2014; Batorski, 2014; D. Czerniawska, Fenrich, Olcoń-Kubicka, 2011; Kaszkur-Niechwiej, 2005; Pieri, Diamantinir, 2010; Prensky, 2001; Şar i współprac., 2012; Sheng, Simpson, 2013; Sum i współprac., 2008; Szymanek, Pieniek, 2014; Tomczyk, 2012, 2013; Tomczyk, Wasiński, 2013; Wrońska, 2014.
N: http://pl.dreamstime.com/…
O: edukacja medialna seniorów, kultura medialna seniorów, medialny obraz starości i osób starszych, pedagogika medialna, przestrzeń medialna, wykluczenie cyfrowe osób starszych.
S: media w życiu osób starszych.
TK: ang. *mass media in the life of elderly people*, fr. *l'éducation aux médias des personnes âgées*, hiszp. medios de comunicación de masas *en* la vida *de las personas mayores*/*mass media en las personas mayore*/*los medios masivos de comunicación en* la vida *de las personas mayores*, niem. *die Massenmedien im Leben der älteren Generation*/*Massenkommunikationsmittelen in der Leben der älteren Generation*/ *der Medien im Leben der alten Menschen*, ros. *средства массовой информации в жизни пожилых людей*.

świadczenia społeczne

to ogół świadczeń pieniężnych (→ renty, → zasiłki), dóbr rzeczowych (np. zaopatrzenie w bezpłatny sprzęt rehabilitacyjny, bezpłatne leki), usług społecznych (publiczna służba zdrowia, oświata), które służą zaspokajaniu indywidualnych potrzeb jednostki bądź → rodziny – uzyskiwanych bezekwiwalentnie. Od strony prawnej, zobowiązania rządu do określonych świadczeń społecznych oraz ich zakres wynikają z odpowiednich ustaw i są podstawowym instrumentem polityki społecznej państwa oraz formą → zabezpieczenia społecznego. Prawo do świadczeń społecznych należy zatem do podstawowych praw człowieka.

Do podstawowych celów (funkcji), jakie są przypisywane świadczeniom społecznym zalicza się:

- funkcję zabezpieczającą – eliminowanie ryzyka społecznego,
- funkcję egalitaryzującą – łagodzenie nierówności społecznych oraz wyrównywanie szans życiowych,
- funkcję edukacyjną – kształtowanie społecznie pożądanych zachowań pracowniczych, obywatelskich, rodzinnych, konsumenckich,
- funkcję integracyjną – wzmacnianie więzi społecznych, zapobieganie wykluczeniu i marginalizacji społecznej (zob. Firlit-Fesnak, Szylko-Skoczny, 2011).

Świadczenia społeczne mogą mieć **zasięg powszechny** (np. państwowe bezpłatne szkolnictwo, szczepienia ochronne dzieci) lub – z różnych względów – **ograniczony** (np. zapomogi ze związków zawodowych przysługują tylko ich członkom, prawo do → emerytury uzyskuje tylko ta osoba, która płaci składki i osiąga → ustawowy wiek emerytalny).

Jeśli świadczenia społeczne zawęzimy wyłącznie do wypłat rent i emerytur oraz różnych zasiłków, wówczas możemy mówić o **świadczeniach socjalnych.** Natomiast zakres świadczeń społecznych odniesiony do dziedziny kultury, edukacji, ochrony zdrowia, organizacji czasu wolnego nazywamy **spożyciem** lub **konsumpcją społeczną** (zob. Rajkiewicz, Księżopolski, Supińska 1996).

Świadczenia społeczne finansowane są przez budżet państwa, budżety lokalne, fundusze celowe, ubezpieczeniowe oraz zakładowe fundusze socjalne. Źródłem finansowania świadczeń społecznych są wpływy pochodzące z podatków, składek ubezpieczeniowych oraz celowe wpłaty ludności. Podstawowe instytucje polityki społecznej, które w ramach swojego zakresu działań kumulują środki na świadczenia społeczne, to: → Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PEFRON), Fundusz Pracy, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego (zob. Firlit-Fesnak, Szylko-Skoczny, 2011).

Świadczenia społeczne klasyfikowane są według kilku różnych kryteriów. Najczęściej stosuje się kryterium uwzględniające formę, w jakiej się je rozdysponowuje. Można zatem mówić o **świadczeniach pieniężnych** (np. renta, emerytura, stypendia, subsydia do cen lub płac, różnego rodzaju zasiłki – w szczególności z ubezpieczenia społecznego, pomocy społecznej, Funduszu Pracy) oraz **świadczeniach niepieniężnych**, do których zaliczamy **świadczenia rzeczowe** (np. zaopatrzenie w bezpłatny sprzęt ortopedyczny, opał, odzież, sprzęt do robót publicznych, pobyt w szpitalu, wyżywienie, wyprawki dla dzieci itp.) i świadczenia w formie **usług społecznych** (np. korzystanie z usług publicznej służby zdrowia, powszechnej edukacji szkolnej, różnych form poradnictwa, pośrednictwa pracy, szkoleń, usług pielęgnacyjnych domowych i zakładowych, korzystanie z placówek kulturalnych, spor-

towych, rekreacyjnych) (zob. Firlit-Fesnak, Szylko-Skoczny, 2011, Rysz-Kowalczyk, 2001).
W innej klasyfikacji świadczeń społecznych uwzględniony został rodzaj potrzeb, zaspokajanych w ten właśnie sposób. Wg tej klasyfikacji wyróżnia się trzy typy świadczeń społecznych: **ubezpieczeniowe**, **zaopatrzeniowe**, **opiekuńcze** (zob. Kowalczyk, S. Kamiński, 2009, Rysz-Kowalczyk, 2001). Granice pomiędzy tymi świadczeniami są często bardzo płynne.
Świadczenia ubezpieczeniowe mają z reguły charakter pieniężny i poprzedzone są długoletnim opłacaniem obowiązkowych składek; mogą być też w naturze. Źródłem pokrycia wydatków na świadczenia jest fundusz powstały dzięki opłacaniu składek. Do świadczeń ubezpieczeniowych pieniężnych należy zaliczyć: emerytury, renty, zasiłki dla bezrobotnych, chorobowe, macierzyńskie. Prawo do tego rodzaju świadczeń ubezpieczeniowych oraz ich wysokość uzależnione są od spełnienia określonych warunków, między innymi takich, jak: okres zatrudnienia, wiek, okres i wysokość płaconych składek (składki dostosowane są do rozmiarów ryzyka i wysokości dochodów), stan zdrowia. Świadczenia ubezpieczeniowe w naturze, to bezpłatne usługi medyczne, rehabilitacyjne, środki pomocnicze (protetyka) oraz darmowe lub częściowo odpłatne leki. Świadczenia ubezpieczeniowe mają charakter roszczeniowy, obligatoryjny.
Świadczenia społeczne zaopatrzeniowe mają na celu zapewnienie jednostkom i rodzinom niezbędnego minimum utrzymania. Nie są uwarunkowane płaceniem składek i w zależności od grup społecznych do których są adresowane mogą przybierać formy pieniężne lub w naturze (np. bezpłatna oświata, stypendia, bezpłatne obiady w szkołach dla dzieci z rodzin najuboższych, zasiłek rodzinny, dopłaty do usług mieszkaniowych, zwolnienie z opłat za pewne usługi). Mają charakter roszczeniowy, a prawo do świadczeń wynika z woli ustawodawcy. Ustawodawca jest odpowiedzialny za określenie grupy obywateli wybranych do zaopatrywania przez państwo. Podobnie jak w przypadku świadczeń ubezpieczeniowych, nabycie prawa do świadczeń jest możliwe po spełnieniu warunków ustawowych, bez względu na rzeczywistą potrzebę. Są one finansowane ze środków publicznych.
Świadczenia społeczne opiekuńcze, podobnie jak świadczenia społeczne zaopatrzeniowe, są świadczeniami bezskładkowymi. Mają charakter uznaniowy, nie można więc dochodzić ich na drodze sądowej. Przyznawane są indywidualnie według uznania właściwego organu w zależności od sytuacji materialnej beneficjenta, tzw. → pomoc społeczna. Świadczeniami z pomocy społecznej są to świadczenia pieniężne i/lub niepieniężne. Świadczenia niepieniężne realizowane przez pomoc społeczną, to: → praca socjalna, bilet kredytowy, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, → interwencja kryzysowa, schronienie, posiłek, niezbędne ubranie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach → wsparcia oraz w → rodzinnych domach pomocy [np. dla osób starszych], specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione, pobyt i usługi w → domu pomocy społecznej, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych (Ustawa z 12 III 2004 r., art. 36. pkt 2, Sierpowska, 2006). Źródłem finansowania świadczeń społecznych opiekuńczych są zarówno lokalne, jak i centralne fundusze publiczne oraz darowizny (Kowalczyk, S. Kamiński, 2009). Każdy kraj ma swoją własną organizację systemów świadczeń społecznych, różną klasyfikację dochodów i wydatków budżetowych, stąd porównywanie wydatków na ten cel jest przedsięwzięciem ryzykownym.

AZ

B: Firlit-Fesnak, Szylko-Skoczny, 2011; Kowalczyk, S. Kamiński, 2009; Rajkiewicz, Księżopolski, Supińska, 1996; Rysz-Kowalczyk, 2001; Sierpowska, 2006.
D: Ustawa z 12 III 2004 r.
O: usługi socjalne, zasiłek.
S: świadczenia socjalne.
TK: ang. *social benefits*/*welfare benefits*, fr. *allocations*, hiszp. *las prestaciones socials/las cargas sociales*, niem. *Sozialleistungen,* ros. *общестбенное вспомоществование*

światłowstręt (fotofobia)

Światło jest niezbędnym czynnikiem w procesie widzenia. Anne L. Corn (1991) w zaproponowanym modelu funkcjonowania wzrokowego umieszcza oświetlenie w tzw. zwanych czynnikach zewnętrznych, warunkujących funkcjonowanie wzrokowe. Można przyjąć, że jest pewien średni poziom oświetlenia odpowiedni dla większości osób. Bywa jednak, że ten poziom nie jest optymalny. Zdecydowanie częściej konieczne jest zwiększenie natężenia oświetlenia, czyli tzw. doświetlenie. Jednak bywają przypadki, kiedy średni poziom oświetlenia jest zbyt wysoki.

Mamy wtedy do czynienia ze **światłowstrętem**, czyli ze **zwiększoną** – w stosunku do standardowej – **wrażliwością na światło**.

Objawy fotofobii, to: najczęściej dyskomfort, czasem zaczerwienienie, pieczenie, łzawienie a nawet ból oczu przy ekspozycji na działanie światła. Osoby cierpiące na światłowstręt zdecydowanie częściej ulegają efektowi olśnienia, czyli fotometrii, która popularnie bywa nazywana „oślepieniem". **Olśnieniem** określany jest stan, w którym występuje uczucie niewygody, dyskomfortu, także obniżenie ostrości wzroku w wyniku odczuwalnego zbyt dużego oświetlenia, zarówno bezpośrednio z jego źródła (słońce, lampa), jak i po odbiciu od błyszczącej powierzchni (lustro, szyba, błyszczące blaty, kafle, powierzchnia wody, śnieg). Zależnie od mocy oświetlenia efekt ten może być krótkotrwały, ale także długi, wówczas zdolność widzenia bywa utracona na pewien czas.

Przyczyny światłowstrętu:

1. Znaczna część przyczyn światłowstrętu związana jest z chorobami oczu, takimi jak:
   - nieprawidłowe funkcjonowanie tęczówki (jest ona odpowiada za regulację dopływu światła do gałki ocznej) np. zapalenie, szczelina tęczówki (coloboma) lub beztęczówkowość (aniridia),
   - zapalenie spojówek,
   - schorzenia rogówki (zapalenia, owrzodzenia, ciała obce, dystrofie, stożek rogówki ale także powikłania wynikające z noszenia szkieł nagałkowych),
   - → zespół suchego oka,
   - może występować w → zaćmie (cataracta), bywa także (czasowo) po wszczepieniu soczewki wewnątrzgałkowej ,
   - może występować w → jaskrze (glaukoma);
2. Przyczyny ogólnoustrojowe i inne schorzenia obejmują:
   - bielactwo (albinizm) – brak pigmentu w skórze, włosach oraz tęczówce oka (wywołany jest przez brak enzymu tyrozyny, niezbędnego do syntezy melaniny),
   - włośnicę, która bywa jednym ze wstępnych objawów zakażenia pasożytniczego,
   - boleriozę,
   - niedobór witaminy B_2 (ryboflawiny),
   - może występować w przebiegu migreny oraz w odczynach alergicznych;
3. Zastosowanie substancji powodujących rozszerzenie źrenicy np. atropina.

Jak rozpoznać światłowstręt? Odruchowe mrużenie oczu, unikanie dobrze naświetlonych miejsc. Jak możemy pomóc? W przypadku ochrony przed światłem stosuje się tzw. pomoce nieoptyczne. Są to urządzenia i przedmioty, które ułatwiają widzenie, a w odróżnieniu od pomocy optycznych nie zawierają w swojej konstrukcji szkieł oraz pryzmatów.

Najczęściej stosowaną metodą są osłony osobiste, takie jak: ciemne okulary; okulary fotochromowe (zastosowane w nich soczewki mają zdolność do dostosowania się do intensywności oświetlenia); okulary przylegające (osłaniające oczy z boku), umożliwiające ograniczenie bocznego oświetlenia, a także czapki z daszkiem, kapelusze, parasole. Z kolei osłony ogólne – stosowane są do ograniczenia regulacji oświetlenia w pomieszczeniach, np. rolety i/lub żaluzje.

Bardzo ważna jest dla osoby cierpiącej na światłowstręt umiejętność odpowiedniego ustawienia się (a także stanowiska pracy) względem źródła światła, biorąc pod uwagę:

1. Kąt padania światła:
   - zmiana pozycji ciała przy obserwacji, tak aby słońce lub inne źródło światła (lampa) znajdowało się z boku lub z tyłu,
   - przejście na drugą stronę ulicy na nieoświetlony chodnik,
   - przystawanie w zacienionych miejscach;
2. Odległość od źródła światła (odsunięcie się od źródła światła powoduje zmniejszenie natężenia oświetlenia – zmniejszenie odległości od źródła światła o połowę spowoduje, że natężenie oświetlenia wzrośnie do kwadratu);
3. Stosowanie modyfikacji w pomieszczeniach, takich jak: odpowiednie ustawienie krzesła, stołu, biurka względem okien lub sztucznych stałych źródeł światła; stosowanie optymalnego poziomu mocy oświetlenia (możliwość jego regulacji); likwidacja błyszczących powierzchni mogących powodować olśnienia (błyszczące blaty, kafle, podłogi czy powierzchnie szklane), odpowiednie ustawienie lamp (zmiana kierunku padania światła), tak, aby ewentualny kąt odbicia nie przeszkadzał w pracy.

DR

B: Adamowicz-Hummel, 2001; Corn, 1991; Jakubowski, 2001.

N: http://www.fragmenthealth.com…

O: choroby oczu w starszym wieku, jaskra, zaćma, zespół suchego oka.

TK: ang. *photophobia*, fr. *la photophobie émence pédagogique*, hiszp. *la fotofobia*, niem. *Lichtempfindlichkeit/Photophobie/Lichtphobie*, ros. *светобоязнь/фотофобия*.

fotofobia → światłowstręt