

Wybrane problemy wspierania ludzi starszych

Wyższa Szkoła
Zarządzania i Administracji
w Opolu

Wybrane problemy wspierania ludzi starszych

**Materiały z konferencji naukowej
„Oczekiwania i możliwości psychologicznego wsparcia
ludzi starszych przez społeczność otoczenia”**

pod redakcją naukową
Stanisława Rogali

Opole 2008

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

Redakcja i korekta
Violetta Sawicka

Redakcja techniczna
Janina Drozdowska

Konferencję zorganizował
Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu
oraz Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego
w dniu 20 października 2007 r. w Opolu

ISBN 978-83-88980-68-8
978-83-7511-094-4

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

WYDAWNICTWA
WYŻSZEJ SZKOŁY ZARZĄDZANIA I ADMINISTRACJI W OPOLU

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



WYDAWNICTWO INSTYTUT ŚLĄSKI Sp. z o.o.
45-082 Opole, ul. Piastowska 17, tel. 77 454 01 23
e-mail: wydawnictwo@is.opole.pl
Nakład 250 egz. Objętość 11,26 ark. wyd., 7,75 ark. druk.

Spis treści

ADAM A. ZYCH Zamiast wstępu	7
EWA BAUCZ, ROMAN KOLEK, KAZIMIERZ ŁUKAWIECKI Finansowanie świadczeń dla pacjentów w wieku starszym w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową w roku 2007 w Opolskim OW NFZ	13
MIROSLAW HANULEWICZ Wolontariat a starość, czyli kto dla kogo	28
MAŁGORZATA KACZMAREK Paramedyczne aspekty pracy lekarza w opiece nad ludźmi starszymi – konstatacje osobiste	37
DONATA KURPAS, ANDRZEJ STECIWKO Opieka nad chorymi w wieku podeszłym w ramach praktyki lekarza rodzinnego	43
S. MARIA B. PECYNA Kobieta i mężczyzna w aspekcie gerontopsychologii	54
STANISŁAW ROGALA Sfera erotyki a proces starzenia się człowieka (niektóre problemy)	69
TERESA SOCHA, STANISŁAW SOCHA Indywidualna dbałość o zdrowie warunkiem godnej jakości życia	77
MARIOLA SYBILSKA Oczekiwania i możliwości realizacji wsparcia psychicznego podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu (osobiste spostrzeżenia, opinie)	83

ANDRZEJ SZMAJKE

Czy stare jest brzydkie? Czy brzydkie jest stare? Anatomiczne cechy sylwetki jako wyznaczniki spostrzegania atrakcyjności, młodości oraz stanu zdrowia kobiet i mężczyzn

96

SŁAWOMIR ŚLIWA

Czy dziadkowie są potrzebni?

114

Adam A. Zych*

Zamiast wstępu

Dawanie – **nadawaniem** sensu życiu
(czyli o wsparciu i pomocy ludziom starszym)

Jeżeli otrzymałeś czegoś więcej niż inni
w postaci dobrego zdrowia, uzdolnień,
energii, sukcesów, radosnego dzieciństwa,
harmonijnej atmosfery domowej,
nie traktuj tego jako oczywiste.
Należysz do ludzi szczęśliwych,
a zatem powołany jesteś,
aby wiele ofiarować innym.

Albert Schweitzer (1875–1965)

Szkic ten piszę w szczególnym czasie – „przepracowywania żałoby”, myślą i wspomnieniem ogarniając rozległą przestrzeń czterdziestolecia, gdy oto, mając dwadzieścia parę lat, poznałem najwspanialszą dziewczynę całego świata, wkrótce moją narzeczoną, a przez ostatnie 37 lat ukochaną Żonę, wspaniałą Matkę naszych dzieci i cudowną Babcie naszych wnucząt. Czuję jeszcze Jej obecność, a zarazem w momencie Jej odejścia otwarła się przede mną bezgraniczna pustka i pojawiła się bezradność. I jak mam napisać ten krótki esej o wsparciu i pomocy ludziom starszym?

Może warto punktem wyjścia uczynić starożytną myśl Arystotelesa (384–322 p.n.e.), gdy oto Stagiryta pisał: „[...] życzliwość jest to uczucie, którym kierując się ten – kto uważa, że ją posiada – niesie bezinteresowną pomoc człowiekowi będącemu w potrzebie, nie licząc na żadną osobistą korzyść, lecz mając na uwadze wyłącznie dobro wspomaganego”¹, a może sięgnąć do *Hymnu o miłości* św. Pawła Apostoła, i do zapomnianych słów, że miłość „wszystko znosi, wszystkiemu wierzy, we wszystkim pokłada nadzieję, wszystko przetrzyma”², a może jedyną szansą jest tworzenie pedagogiki dialogu, zrozumienia

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

¹ Arystoteles, *Retoryka. Poetyka*, Warszawa, PWN, 1988.

² *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Pallotinum, Warszawa–Poznań 2000, 1 Kor, 13,7.

i porozumienia między generacjami, ukierunkowanych na człowieczeństwo i solidarność, ze szczególnym zwróceniem w kierunku człowieka starego? Mam tu na myśli wychowanie dla wzajemnego zrozumienia i porozumienia, tolerancji i dialogu pokoleń, z czym wiąże się kształtowanie u dzieci i młodzieży właściwych postaw wobec starości oraz starego człowieka, z drugiej zaś strony z utrzymaniem kontaktów międzypokoleniowych, będących okazją do przekazania młodym przez ludzi starych i sędziwych swego doświadczenia i mądrości życiowej³. „Właśnie dziadkowie – zdaniem Marii Szyszkowskiej – mając czas i ogromne doświadczenie, mogliby rozwijać wrażliwość wnuków, wpływać na prawidłowe kształtowanie ich osobowości i człowieczeństwa”⁴.

Solidarność między generacjami rozumiem szeroko jako zależność wzajemną pokolenia wchodzącego na arenę życiową i odchodzącej generacji. Oznacza ona nie tylko wspieranie się, opiekę czy obopólną pomoc, ale też współdziałanie i współodpowiedzialność, oraz zgodność w poglądach i dążeniach członków wspólnoty rodzinnej i najbliższych krewnych. Znaczą też solidarność konsensualną, która polega na wzajemnej zgodzie w wierze i/lub wartościach zewnętrznych w stosunku do rodziny, ale i solidarność funkcjonalną, która obejmuje wymianę pomocy i wsparcia o charakterze nie tylko instrumentalnym, lecz przede wszystkim emocjonalnym, oraz solidarność normatywną, która dotyczy norm i oczekiwań w interakcjach, wyrażania pozytywnych emocji i szacunku, udzielania sobie nawzajem pomocy między generacjami, jak również dróg wewnętrznej aprobaty tych norm oraz ich sankcjonowania społecznego⁵.

Pamiętać także warto o przestrzeganiu prastarej normy wzajemności, która nakazuje pomagać tym, którzy nam pomagają, a przynajmniej im nie szkodzić. Trafnie normę tę ujął Adam Smith, pisząc: „Obowiązkiem ojca jest wychować dzieci, a dzieci – utrzymać ojca zniedołężniałego lub w podeszłym wieku”.

A może odwołać się do najnowszych badań gerontologicznych, które potwierdzają z jednej strony odwieczną prawdę, że życzliwi żyją dłużej, z drugiej zaś, że wrogość skraca życie? Być życzliwym to najpiękniejszy, niewymuszony sposób pomocy – i dziecku, i słabej kobiecie, i osobie starszej. Jednakże, aby oczekiwać życzliwości ze strony innych osób, nie tylko najbliższych członków rodziny, ale i tych znanych tylko z widzenia bądź zupełnie obcych, samemu na-

³ A. A. Zych, *The living situation of elderly Americans of Polish descent in Chicago*, DSWE TWP, Wrocław 2005.

⁴ M. Szyszkowska, *Zjawisko upodlenia ludzi narasta, jednym z przejawów jest brak szacunku i wdzięczności wobec osób starszych* [rozm. D. Wilhelmi-Machalica], „Życie Warszawy” 1994, nr 72.

⁵ V. Bengtson, C. Rosenthal, L. Burton, *Families and aging: Diversity and heterogeneity*, [w:] *Handbook of aging and the social sciences*. Ed. R. H. Binstock, L. K. George, Academic Press, Inc., San Diego–New York 1990.

leży budować w sobie postawę życzliwości do świata, a w nim do drugiego człowieka.

Wrogość, czyli nieprzyjazne nastawienie bądź negatywna postawa do innych ludzi, manifestująca się w postaci nienawistnych myśli, pejoratywnych twierdzeń i/lub obelżywych działań, dość wyraźnie koreluje z wiekiem. Wyniki rozwojowych badań psychologicznych wskazują, że od okresu dojrzewania do wieku dojrzałego poziom wrogości wyraźnie obniża się i stabilizuje, a po 60. roku życia wzrasta. Rezultaty badań poprzecznych, zrealizowanych na Uniwersytecie Duke'a w Durham dowodzą, że osoby starsze są szczególnie podejrzliwe i cyniczne w stosunku do innych ludzi, oraz że poziom ich wrogości, zwłaszcza słownej – w porównaniu z wcześniejszym okresem życia – zwiększa się z wiekiem. Wysoki poziom wrogości w okresie starzenia się i starości ma ważne implikacje dla zdrowia, gdyż są dowody na to, że wrogość niesie ze sobą negatywne następstwa w postaci zwiększonego ryzyka chorób układu krążenia, takich jak: zawał mięśnia sercowego czy udar mózgu, a także obniża realną długość życia, a więc przeciwdziała długowieczności⁶.

A może warto powrócić raz jeszcze do mądrych, chociaż trudnych, refleksyjnych *Rymów dorywczych* Cypriana Kamila Norwida, gdzie oto czytamy:

Z rzeczy świata tego zostaną tylko dwie,
Dwie tylko: p o e z j a i d o b r o ć... i więcej nic....

Poetą się bywa w tych nielicznych momentach życia, gdy muza dotknie nas ustami, zaś człowiekiem dobrym, podobnie jak porządnym, można być zawsze, trzeba tylko chcieć, a z pewnością warto, gdyż dobro uczynione na rzecz drugiej osoby będącej w potrzebie powraca do nas często w zwiłokrotnionej postaci. Zatem ważne jest uczyć się od dziecka czynienia dobra, kształtować czułość serca, łagodność, życzliwość i wdzięczność. O tym ostatnim uczuciu Maria Szyszkowska kiedyś tak powiedziała:

Czułe gesty, tkliwość, wdzięczność, to uczucia dziś niemożliwe. Tymczasem, jestem o tym głęboko przekonana, właśnie zdolność prawidłowego, łagodnego stosunku do człowieka, który coś dla nas zrobił, który się o nas troszczy, czyli uczucie wdzięczności jest miarą naszego człowieczeństwa. [...] O naszym człowieczeństwie, jak już wspominałam, decyduje bowiem poziom rozwoju sfery uczuciowej. W sytuacji prawidłowej w rodzinie, dziecko ma wobec dziadków poczucie wdzięczności, co przenosi się na relacje z innymi osobami⁸.

Jakże bliska jest ta refleksja filozofa prawa *Modlitwie człowieka prostego* św. Franciszka z Asyżu:

⁶ A. A. Z y c h, *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.

⁷ C. N o r w i d, *Wam ja, z góry samego siebie ruin, mówię...*, [w:] *Wybór poezji*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1988.

⁸ M. S z y s z k o w s k a, *Zjawisko upodlenia ludzi narasta...*, op. cit.

O Panie,
 [...] Spraw, abyśmy mogli
 nie tyle szukać pociechy, co pociechę dawać,
 nie tyle szukać zrozumienia, co rozumieć,
 nie tyle szukać miłości, co kochać,
 albowiem dając – otrzymujemy,
 wybacząc – zyskujemy przebaczenie [...]⁹.

A może jest to kwestia wzajemnego zaufania? Ale jak zdobyć to zaufanie drugiej osoby, często starszej i podejrzliwej, nieufnej, bezradnej, zmęczonej życiem? Jak ludzie zdobywają zaufanie? Znamienity ertyk Jacek Hołówka powiada tak:

Wystarczy, by raz prawdziwie zajęli się naszymi sprawami, a potem dali nam do zrozumienia: „Nie bój się, nie zniknę”. Magiczną moc mają nie same słowa, ale jakiś rodzaj troskliwego zainteresowania naszym życiem. Życzliwość jest w tej sytuacji bardzo ważna, ale to nie od niej zależy zaufanie. Kształtuje je dopiero połączenie życzliwości z zapewnieniem, że osoba, której ufamy, nagle nie zerwie kontaktu¹⁰.

Zatem lojalność połączona z troską może być kluczem do serca drugiej osoby, zarazem podstawą opieki nad tym innym, słabszym, starym, czasem zniechęconym człowiekiem.

Przed wieloma laty, będąc studentem, odbywałem praktykę psychologiczną w Stołecznym Centrum Rehabilitacji w Konstancinie. Spotkałem tam cierpienie małych dzieci, z nóżkami w gipsie, na wyciągach... Te pokrzywdzone przez los dzieci tak mocno lgnęły do nas, pragnęły tylko, by wziąć je na ręce, przytulić. Niektórzy ze studentów brali je na ręce, a po zajęciach dr Jolanta Walicka wygłosiła do nas reprimendę: „Żeby to było ostatni raz, praktyka się skończy, wy odejdziecie, a te dzieci zostaną z rozdartymi sercami...”.

A może fundamentem pomocy drugiemu człowiekowi – w cierpieniu, w egzystencjalnej samotności, w jego starości, która nie zawsze Panu Bogu się udała, gdyż „[...] bywają jednak jesienie słotne i bezowocne, i starość też jałowa, bolesna, a nawet tragiczna być może”¹¹ – jest inteligencja społeczna? Polega ona na współodczuwaniu, czyli empatii, i zainteresowaniu odczuciami drugiej osoby, a wyraża się w trosce o drugiego człowieka i w prostym pytaniu noblisty, Dalajlamy Tenzina Gyatso: „Co mogę dla ciebie zrobić?”.

Twórca koncepcji inteligencji emocjonalnej i społecznej Daniel Goleman powiada tak: „Jeżeli chcesz mieć szczęśliwe małżeństwo i życie rodzinne, po-

⁹ *Modlitwie człowieka prostego*, Radio Maryja, 13 października 2007.

¹⁰ J. Hołówka, *Wystrychnięci na dudka*, „Dziennik”, dod. „Kultura” 2007, z 17 sierpnia 2007.

¹¹ A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.

może ci w tym umiejętność dostrojenia się do twoich bliskich i troska o nich oraz ich dostrojenie się do ciebie”, i dodaje, że „[...] największe sukcesy w życiu odnoszą ludzie troskliwi”¹².

Na zakończenie tego krótkiego szkicu pragnę odwołać się do poglądu austriackiego psychologa i psychoterapeuty Viktora Emila Frankla, który na ofiarę, darowanie czy poświęcenie spojrział z antropocentrycznego punktu widzenia, pisząc:

[...] wartości i sens dane są rzeczom w takiej mierze, w jakiej mogą być oddane za coś innego, ofiarowane czemuś, co jest wyższe, w imię kogoś [...]. Taki jest ostateczny sens ofiary; tylko ofiarujący nadaje sens ofiarowanemu, nadaje mu wartość i cenę – nadawanie sensu to poświęcenie”¹³,

gdyż, jakiej sens ma opieka córki nad matką¹, cierpiącą¹, przykładowo, na chorobę Alzheimera, gdy na jej oczach następuje „powolne pożegnanie z samym sobą”¹, czyli utrata pamięci, zdolności poznawczych, wreszcie człowieczeństwa i własnej osobowości, jaki sens ma opieka syna nad starym ojcem w ostatnim stadium choroby nowotworowej? Odpowiedź znajduję właśnie u twórcy logoterapii, który pisał:

[...] co czyni ofiarujący, gdy ofiarowuje? Uznaje on istnienie czegoś wyższego, wartościowszego niż to, czego się wyrzeka. Jednym słowem, zachowaniem swym wyraża on uznanie pewnej hierarchii wartości [...]. A więc to, czego się tu od człowieka żąda, to całego oddania się i ofiarowania się, a więc bezwarunkowej ofiary¹⁴.

Możemy zatem spełniać się w dawaniu i przyjmowaniu, zarówno dobra, jak i miłości, w ten sposób mamy szansę zaspokojenia potrzeby dawania, zarazem budujemy w sobie poczucie bycia użytecznym, czyli poprzez dawanie odnajdujemy, czy też – precyzyjniej mówiąc – nadajemy sens własnemu życiu.

Warto zatem oddawać swój czas, opiekę, szacunek i miłość naszym „starym-bliskim”, wtedy zwłaszcza, gdy ujawnia się u nich gorczyca starzenia się oraz obawa przed bezradną, bezbronną starością, tak widoczne w *Traktatach o pewnym wieku* Urszuli Kozioł, gdzie czytamy: „W pewnym wieku już się niedowidzi / niedosłyszysz / niedomaga / nie dojada / nie dożywia / nie dosypia [...] W pewnym wieku bywają chwile / w których bezwzględnie czujesz się bezradziejny / bezradny / bezbronny / beznamiętny / bezbożny / bezdomny”¹⁵.

Czas zatem na końcowy wniosek, widoczny już w tytule tego eseju: dawanie – nadawaniem sensu życiu, nie tylko własnemu życiu, ale nade wszystko istnieniu naszych „bliskich–starych”.

¹² D. G o l e m a n, *Największe sukcesy w życiu odnoszą ludzie troskliwi* [rozm. I. Redlińska], „Rzeczpospolita” 2007, nr 233.

¹³ V. E. F r a n k l, *Homo patiens*, PAX Warszawa 1984.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ U. K o z i o ł, *Supliki*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.

Literatura

- Arystoteles, *Retoryka. Poetyka*, Warszawa, PWN, 1988.
- Bengtson V., Rosenthal C., Burton L., *Families and aging: Diversity and heterogeneity*, [w:] *Handbook of aging and the social sciences*. Ed. R. H. Binstock, L. K. George, Academic Press, Inc., San Diego–New York 1990.
- Frankl V. E., *Homo patiens*, PAX Warszawa 1984.
- Goleman D., *Największe sukcesy w życiu odnoszą ludzie troskliwi* [rozm. I. Redlińska], „Rzeczpospolita” 2007, nr 233.
- Hołówka J., *Wystrychnięci na dudka*, „Dziennik”, dod. „Kultura” 2007, z 17 sierpnia 2007.
- Kępiński A., *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
- Kozioł U., *Supliki*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2005.
- Modlitwie człowieka prostego*, Radio Maryja, 13 października 2007.
- Norwid C., *Wam ja, z góry samego siebie ruin, mówię...*, [w:] *Wybór poezji*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1988.
- Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Pallotinum, Warszawa–Poznań 2000.
- Szyszkowska M., *Zjawisko upodlenia ludzi narasta, jednym z przejawów jest brak szacunku i wdzięczności wobec osób starszych* [rozm. D. Wilhelmi-Machalica], „Życie Warszawy” 1994, nr 72.
- Zych A. A., *The living situation of elderly Americans of Polish descent in Chicago*, DSWE TWP, Wrocław 2005.
- Zych A. A., *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.

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

Finansowanie świadczeń dla pacjentów w wieku starszym w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz objętych pielęgniarską opieką długoterminową w roku 2007 w Opolskim OW NFZ

Problemy starzejącej się populacji od wielu lat zaprzatają uwagę polityków odpowiedzialnych za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych i socjalnych¹.

Według danych amerykańskich w roku 2030 co czwarta osoba w tym kraju będzie w wieku ponad 65 lat². O ile postęp medycyny, jaki ma miejsce w latach obecnych, zostanie utrzymany, należy się spodziewać, iż w 2050 r. co czwarty mieszkaniec USA będzie miał ponad 85 lat. Z tego powodu problem finansowania świadczeń zdrowotnych i socjalnych będzie w przyszłości coraz to większy. W latach dziewięćdziesiątych ¼ federalnego budżetu USA była wydatkowana na opiekę nad ludźmi starszymi. Tempo wzrostu wydatków na świadczenia dla ludzi starszych rośnie trzykrotnie szybciej aniżeli wydatków na opiekę nad dziećmi³.

Przewidywany wzrost udziału populacji powyżej 65. roku życia w ogólnej populacji ziemi przedstawia tab. 1.

* Opolski Oddział Wojewódzki NFZ.

** Lek. med., Opolski Oddział Wojewódzki NFZ.

*** Dr n. med., Opolski Oddział Wojewódzki NFZ.

¹ J. A. Greenberg, W. N. Leutz, *A Basic strategy for financing long term care*, „Hosp. Prog.” 1984, No 2, s. 46–49, 72; K a s s e l C. K., *Geriatrics for the 3rd millennium*, „Wien Klin Wochenschr.” 2000, No 5;112, (9), s. 386–393.

² B. J. S o l d o, E. M. A g r e e, *American's elderly*, „Popul. Bull.” 1988, No 3, s. 1–53.

³ D. P. R i c e, N. F i n e m a n, *Economic implications of increased longevity in the United States*, „Annu Rev. Public. Health.” 2004, No 25, s. 457–473.

Tabela 1

*Udział populacji dzieci do 5. roku życia oraz starszych powyżej 65. roku życia
w globalnej populacji ziemi [%]*

Rok	Populacja do 5. roku życia	Populacji powyżej 65. roku życia
1960	14,2	5,3
1980	12,2	5,9
2000	10,1	6,9
2020	8,5	9,4
2040	7,1	14,3

Źródło: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2004 Revision. New York, United Nations, 2005.

O ile globalnie liczba mieszkańców Ziemi rośnie wraz ze starzeniem się społeczeństwa, w przypadku 10 krajów w latach 2006–2030 przewiduje się zmniejszenie liczby mieszkańców o więcej niż 1 mln⁴. Polska należy właśnie do tej grupy krajów. Szacuje się, iż do 2030 r. liczba mieszkańców naszego kraju zmniejszy się o 2 mln. W krajach tych przewidywany spadek populacji, w połączeniu ze starzeniem się w szybszym tempie, może ujawnić problemy niedostatecznej organizacji opieki dla osób starszych, gdyż ich udział będzie się zwiększał szybciej niż w innych krajach.

Kolejnym problemem naszego kraju są jedno z największych wśród państw Unii Europejskiej wydatki na cele emerytalne mierzone udziałem w PKB. Obrazuje to tab. 2⁵.

Jednym z ważniejszych zagadnień finansowania świadczeń dla pacjentów w wieku starszym jest problem legislacji odpowiedzialności rodziny za losy starszych. Innym rozwiązaniem jest wprowadzenie ulg podatkowych, zachęcających członków rodziny do podejmowania opieki nad starszymi z pominięciem aparatu administracyjnego.

Opieka długoterminowa powinna być oparta na systemie finansowania ubezpieczeniowego, uwzględniającym ubożenie społeczeństwa, niepozwalające na sprostanie stale rosnącym kosztom tej opieki. Jednym z uznanych w świecie sposobów radzenia sobie z problemem wsparcia dla starzejącego się

⁴ U.S. Census Bureau International Data Base, Available at: [<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>]. Accessed], January 8, 2007.

⁵ European Statistical System (Eurostat). Available at: [<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>]. Accessed], January 8, 2007.

społeczeństwa jest współdziałanie organizacji pozarządowych i wolontariackich w niesieniu pomocy potrzebującym⁶.

T a b e l a 2
*Udział wydatków emerytalnych mierzonych udziałem PKB
w wybranych krajach europejskich [%]*

Kraj	Udział wydatków na emerytury w PKB w roku 2003
Włochy	15,1
Polska	14,3
Niemcy	13,4
Francja	13,0
Norwegia	8,8
Słowacja	7,5
Irlandia	3,9
UE (25 krajów)	12,6

W związku z potrzebami i popytem na świadczenia zdrowotne starzejącej się populacji, w ostatnich trzech dekadach doszło do szybkiego rozwoju medycyny geriatrycznej⁷. Geriatria wprowadziła nowe modele opieki, nowe metody leczenia wielu chorób charakterystycznych dla wieku starszego. Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne (AGS) wyznaczyło pięć kierunków optymalizacji opieki nad pacjentami w wieku starszym:

1. Upewnienie się, iż każda starsza osoba otrzymuje wysokiej jakości opiekę.
2. Rozwijanie wiedzy na temat problemów geriatrycznych.
3. Zwiększanie liczby zawodów profesjonalistów zajmujących się pacjentami w starszym wieku.
4. Rekrutowanie lekarzy i innych profesjonalistów do opieki nad pacjentami starszymi.
5. Jednoczenie środowisk współdziałających na rzecz poprawy opieki nad pacjentami starszymi.

⁶ C. Grant, T. Goodenough, I. Harvey, C. Hine, *A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector*, „B.M.J.” 2000, No 12;320 (7232), s. 419–423.

⁷ R. Besdine, C. Boulton, S. Brangman, E.A. Coleman, L.P. Fried, M. Gerety, J. C. Johnson, P.R. Katz, J. F. Potter, D. B. Reuben, P.D. Sloane, S. Studenski, G. W a r s h a w, *Caring for older Americans: the future of geriatric medicine*. „J. Am. Geriatr. Soc.” 2005, No 53 (6 Suppl), s. 245–256.

Ocenia się, że wśród krajów wysoko uprzemysłowionych najlepiej jest zorganizowana opieka nad osobami w wieku starszym w Stanach Zjednoczonych⁸, jednakże w USA na cele opieki geriatrycznej w dużej części kierowane są środki z ubezpieczeń prywatnych, a duża część emerytur pochodzi z prywatnego filara ubezpieczeniowego.

Próby rozwiązywania problemów pacjentów w wieku starszym stanowi także przyjmowanie wytycznych krajowych co do sposobu postępowania medycznego. W roku 2004 np., w Szwajcarii, przyjęto rekomendacje dla opieki nad pacjentami starszymi⁹.

Najlepszym rozwiązaniem problemu finansowania świadczeń opieki długoterminowej jest, zdaniem naukowców amerykańskich, połączenie publicznego systemu ubezpieczeniowego z finansowaniem prywatnym¹⁰. Pierwszym krokiem w organizacji opieki nad starszymi pacjentami powinna być pielęgnarska i lekarska opieka domowa. Dla pacjentów wymagających większej pomocy powinno się łączyć te świadczenia z finansowanymi ze środków budżetu państwa lub samorządu, tj. ze środkami służącymi wsparciu socjalnemu z określonymi elementami współpłacenia przez pacjentów.

W Polsce podejmowano również wiele prób oceny regionalnej organizacji i sposobu udzielania pomocy osobom starszym¹¹. Z roku na rok rośnie liczba pacjentów wymagających pomocy pielęgnarskiej w domu, jak również rośnie grupa pacjentów stale wymagających opieki pielęgnarskiej w opiece stacjonarnej. Dostęp do świadczeń opieki stacjonarnej jest w Polsce bardzo zróżnicowany. Bardzo trudno jest oddzielić potrzeby zdrowotne tej grupy pacjentów od potrzeb socjalnych, stąd funkcjonowanie domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych należy w zasadzie rozpatrywać wspólnie. Wspólne rozpatrywanie tych form organizacyjnych nie jest do końca jednak możliwe z powodu różnic w finansowaniu, nie tylko z uwagi na źródła pochodzenia (z systemu ubezpieczeniowego czy budżetowego), lecz także z uwagi na inny sposób określenia regulacji prawnych współpłacenia przez samego pacjenta (lub najbliższą rodzinę).

Zakładając, iż potrzeby zdrowotne ludzi starszych w Polsce są w dniu dzisiejszym niedoszacowane – z powodu braku jednolitej strategii postępowania,

⁸ G. F. Anderson, Hussey P.S. *Population aging: a comparison among industrialized countries*, „Health Aff” 2000, No 3, s. 191–203.

⁹ D. P. Rice, N. Fineman, *Economic implications of increased longevity in the United States*, „Annu Rev. Public. Health.” 2004, No 25, s. 457–473.

¹⁰ A. W. Schoenenberger, A. E. Stuck, *Health care for older person in Switzerland: a country profile*, „J. Am. Geriatr. Soc.” 2006, No 6, s. 986–990.

¹¹ T. B. Kulik, V. Siwińska, E. Rudnicka-Drozak, *Functioning of care-and-treatment health centers and nursing-and-care health centers illustrated by the Province of Lublin*, „Ann Univ. Mariae Curie Skłodowska” 2003, No 1, s. 48–54.

braku jednolitego modelu finansowania i jednolitych podstaw prawnych, i uwzględniając wymienione warunki – społeczeństwo naszego kraju otrzymuje wyraźny sygnał, że w najbliższej przyszłości bez rozwiązań całościowych dojść może do dużej zapaści systemu. W związku z tym Opolski Oddział Wojewódzki NFZ podjął się zadania porównania kosztów opieki nad pacjentami w wieku powyżej 65 lat, w zależności od organizowanej opieki pielęgniarskiej.

Zestawienie w tab. 3 przybliży różnice występujące w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów w wieku starszym, w zależności od miejsca korzystania ze świadczeń oraz uprawnień wynikających z obowiązującego w Polsce prawodawstwa.

Tabela 3

Zasady dostępu i finansowania świadczeń zdrowotnych i socjalnych na podstawie obowiązujących w roku 2007 przepisów

Kryterium	Pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (ZOL)	Pobyt w domu pomocy społecznej (DPS)	Pobyt w domu z zorganizowaną pielęgniarską opieką długoterminową (pod)
1	2	3	4
Koszt NFZ: świadczenia dla lekarza i pielęgniarki (poz)	NFZ nie ponosi tych kosztów odrębnie	Tak – na ogólnych zasadach	Tak – na ogólnych zasadach
Koszt NFZ: porady lekarskie specjalistyczne	Nie obciąża bezpośrednio NFZ. Mieści się w kosztach świadczenia. Zdarza się jednak realizacja podczas pobytu w ZOL	Tak – na ogólnych zasadach	Tak – na ogólnych zasadach
Koszt NFZ: hospitalizacja	Tak – na ogólnych zasadach. Pacjent wypisywany jest na czas hospitalizacji	Tak – na ogólnych zasadach. Pacjent opuszcza DPS na czas hospitalizacji	Tak – na ogólnych zasadach. Pacjent wypisywany jest na czas hospitalizacji
Koszt NFZ: leki, które stosuje pacjent	Nie obciąża bezpośrednio NFZ. Mieści się w kosztach świadczenia	Tak – na ogólnych zasadach refundacyjnych	Tak – na ogólnych zasadach refundacyjnych
Koszt NFZ: środki ortopedyczne i pomocnicze (np. pieluchomajtki)	Nie obciąża bezpośrednio NFZ. Mieści się w kosztach świadczenia. Wyjątek: zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i pomoce indywidualne (poza pieluchomajtkami)	Tak – na ogólnych zasadach	Tak – na ogólnych zasadach

1	2	3	4
Koszt NFZ: świadczenia medyczne realizowane w trakcie opieki	Koszt świadczeń medycznych opłacany za osobodzień opieki	Jak każdego pacjenta mieszkającego we własnym domu	Koszt świadczeń medycznych opłacany za osobodzień opieki. 1 pielęgniarka obejmuje opieką do 5 pacjentów. Codziennie w zależności od potrzeb – 1,5 godz. zabiegów pielęgnacyjnych na 1 pacjenta w domu
Koszty współpłacenia: pacjenta i/lub rodziny	Pacjent ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Opłaty uregulowane § 6 ust. 1 i 2 Rozporządzenia MZiOS z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (DzU 1998, nr 166, poz. 1265) oraz art. 18 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU 2004, nr 210, poz. 2135)	Opłaty uregulowane art. 60–62 i 154–155 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (DzU 2004, nr 64, poz. 593) do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania ustalonego przez właściwe organy. Mieszkaniec wnosi do 70% pobieranego świadczenia; jeśli to nie wystarcza – koszty ponosi najbliższa rodzina lub gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania. Dla pensjonariuszy kierowanych do DPS-ów przed wejściem w życie przepisów wymienionej ustawy, w miejsce dopłat rodziny i/lub gminy koszty ponosi budżet państwa	W domu ponoszone są koszty, oszacowane na potrzeby niniejszej analizy, na podstawie zmodyfikowanego minimum socjalnego za rok 2007. Dla zapewnienia prawidłowej opieki w domach organizowane są przez gminne ośrodki pomocy społecznej usługi opiekuńcze, których koszt wynosi 10,00 zł/godz. Koszt ten ponoszone jest w zależności od dochodów osób obejmowanych opieką przez samą osobę lub gminę. Jeżeli takie usługi nie są realizowane, funkcję taką pełni rodzina, która ponosi również określone wydatki
Kolejka oczekujących pacjentów	Brak wolnych miejsc. Kolejka oczekujących, szczególnie pacjentów z rodzin uboższych z uwagi na różnice w odpłatności. Zgodnie z rozp. MZ – czas oczekiwania może wynosić do 12 miesięcy od chwili wydania decyzji	Zmienione zasady finansowania pobytu (inne niż z budżetu państwa) spowodowały, iż w DPS-ach są wolne miejsca. Gminy zainteresowane są z tego powodu umieszczeniem podopiecznych w ZOL-ach	Kolejka oczekujących uwarunkowana możliwością objęcia opieką przez pielęgniarkę o wymaganych kwalifikacjach. Ograniczenie – 1 pielęgniarka obejmuje opieką max. 5 pacjentów

Sieci funkcjonujących domów pomocy społecznej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych dają możliwość zorganizowania świadczeń dla pacjentów wymagających wsparcia opiekuńczego lub socjalnego.

Z założenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych przebywają pacjenci przewlekle chorzy, którzy wymagają w czasie pobytu zwiększonego zaangażowania opieki pielęgniarskiej, rehabilitacyjnej, całodobowego nadzoru i pomocy, lecz mniejszego zaangażowania lekarzy. Ocena zdolności do samoobsługi mierzona według skali Bartel (0–40 pkt) stanowi kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia opieką w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Cel pracy

Celem pracy jest oszacowanie, jakie koszty zostały ponoszone przez system ubezpieczenia zdrowotnego, budżet państwa (lub gminy) oraz dopłaty pacjentów i ich rodzin średnio w roku 2007 na rzecz jednego pacjenta w jednej z trzech form opieki:

1. Pobyt pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.
2. Pobyt w domu pomocy społecznej.
3. Pobyt w domu z zorganizowaną opieką pielęgniarską.

Materiał i metoda

Analizie poddano koszty świadczeń zdrowotnych zarejestrowanych w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym OOWNFZ w roku 2007, przypisane poszczególnym pacjentom DPS-ów, ZOL-ów oraz pacjentów objętych opieką pielęgniarską długoterminową, którzy przez cały rok przebywali w tych miejscach. Z Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Opolu uzyskano dane na temat wysokości dotacji z budżetu państwa oraz dopłat pensjonariuszy domów pomocy społecznej w województwie opolskim w roku 2007. Dla pacjentów objętych pielęgniarską opieką długoterminową jako koszty socjalne (bytowe) dodano kwotę zmodyfikowanego minimum socjalnego za rok 2007 w gospodarstwach emeryckich, obliczoną przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych na podstawie danych Departamentu Statystyki Społecznej GUS, oraz koszty usług opiekuńczych realizowanych przez gminne ośrodki pomocy społecznej, obliczone według średniej stawki, z założeniem dwóch godzin opieki dziennie. Dzięki tak przyjętym założeniom, wymienione trzy formy organizacji opieki socjalnej i zdrowotnej zostały sprowadzone do porównywalności.

Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych

W zakładach opiekuńczo-leczniczych, liczących 673 miejsca, w 2007 r. ze świadczeń finansowanych przez OOWNFZ korzystało łącznie 1911 pacjentów, spośród których 358 korzystało ze świadczeń w zakładach opiekuńczo-lecz-

nicznych przez cały rok oraz miało powyżej 65 lat. Średni wiek pacjenta, który ukończył 65 lat, w ZOL-u wyniósł 79,46 lat (K–80,91; M–75,00).

Koszt świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ udzielonych na rzecz tych pacjentów w roku 2007 wyniósł łącznie 5 875 316,33 zł, co daje średnio 16 411,50 zł na jednego pacjenta.

Tabela 4

Łączne średnie koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ na rzecz pacjentów przebywających cały rok 2007 w ZOL-ach

Pacjenci	Liczba pacjentów	Średni koszt świadczeń zdrowotnych NFZ na 1 pacjenta w roku 2007 [zł]
Kobiety	270	16 287,24
Mężczyźni	88	16 792,73
Łącznie	358	16 411,50

Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz pacjentów w domach pomocy społecznej

W DPS-ach województwa opolskiego, liczących łącznie 2834 miejsca (według danych rejestru Wojewody Opolskiego), na dzień 31 grudnia 2006 r. przebywało 2805 mieszkańców. W ciągu roku 2007 przyjęto do tych placówek 414 pacjentów, lecz 379 odeszło z DPS (w tym 300 osób zmarło). Na dzień 31 grudnia 2007 r. liczba mieszkańców w DPS-ach wynosiła 2840 osób. W tej grupie ocenianych jako nieopuszczających łóżek było 313 podopiecznych, co stanowi 11,02% wszystkich.

Z budżetu państwa na finansowanie pobytów pensjonariuszy, którzy zostali przyjęci przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (DzU 2004, nr 64, poz. 593), na jedno miejsce w DPS jest przeznaczona kwota wyliczona na podstawie średnich kosztów pomniejszonych o dopłaty mieszkańców. Tak wyliczona kwota dotacji w roku 2007 w województwie opolskim wynosiła 1326 zł miesięcznie. Średni koszt miesięczny utrzymania jednego miejsca w województwie opolskim według danych Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Opolu w 2007 r. wynosił 1907,26 zł, a średnia dopłata miesięczna wynosiła 581,26 zł¹². Są to dane średnie, które mogą być obciążone błędami z tytułu różnic w wysokości finansowania według starych i nowych zasad. W roku 2007 pacjenci, których pobyty są finansowane według nowych zasad, stanowili 26,57% wszystkich mieszkańców DPS-ów.

¹² Tabela 3 sprawozdania przekazywanego przez WPS Województwa Opolskiego do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej według stanu na 31 grudnia 2007 r.

W domach pomocy społecznej w 2007 r. ze świadczeń finansowanych przez OOWNFZ korzystało łącznie 3503 pacjentów, spośród których 1076 korzystało ze świadczeń w DPS przez cały rok oraz miało powyżej 65 lat. Średni wiek pacjenta, który ukończył 65 lat, w DPS-ie wynosił 77,58 lat (K–79,08; M–74,48).

Koszt świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ udzielonych na rzecz tych pacjentów w 2007 r. wyniósł łącznie 2 457 064,18 zł, co daje średnio 2283,52 zł na jednego pacjenta.

Tabela 5

Łączne średnie koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ na rzecz pacjentów przebywających cały rok 2007 w domach pomocy społecznych

Pacjenci	Liczba pacjentów	Średni koszt świadczeń zdrowotnych NFZ na 1 pacjenta w roku 2007 [zł]
Kobiety	726	2 138,56
Mężczyźni	350	2 584,19
Łącznie	1 076	2 283,52

Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz pacjentów w domach własnych lub rodzin z zorganizowaną opieką pielęgniarską

Analizując dostępność pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej, czyli opieki organizowanej w domu dla pacjentów przewlekle chorych, posiadających ograniczoną zdolność do samoobsługi, ocenianych w skali Bartel na mniej niż 40 pkt, stwierdzić należy, że w 2006 r. łączna liczba pacjentów objętych tą formą opieki finansowanej ze środków OOWNFZ wynosiła 162 (co najmniej jeden miesiąc opieki).

W połowie 2007 r. liczba pacjentów, na rzecz których realizowano świadczenia pielęgniarskiej opieki długoterminowej, wynosiła 532. Dla poprawy dostępności, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, do końca 2007 r. tę formę opieki zapewniono 861 pacjentom. Ta olbrzymia dynamika poprawy dostępności usług pielęgniarskich w domach jest reakcją tutejszego OOWNFZ na zwiększony napór pacjentów na zakłady opiekuńczo-lecznicze i wydłużającą się kolejką na przyjęcie do tych placówek.

Średnio każdy z pacjentów był objęty pielęgniarską opieką długoterminową przez okres 5,15 miesiąca w roku. Spośród grupy 861 pacjentów w 2007 r. zmarło 219 (średni wiek zmarłych – 78,38 lat).

Ze świadczeń tej formy opieki w domu przez cały rok korzystało 103 pacjentów, którzy mieli powyżej 65 lat. Średni wiek pacjenta, który ukończył 65 lat i objęty był tą formą opieki, wynosił 78,96 lat (K–79,97; M–76,25).

Koszt świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ udzielonych na rzecz tych pacjentów w 2007 r. wyniósł łącznie 1 047 337,25 zł, co daje średnio 10 168,32 zł na jednego pacjenta.

Tabela 6

Łączne średnie koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ na rzecz pacjentów objętych pielęgniarską opieką długoterminową przez cały rok 2007 [zł]

Pacjenci	Liczba pacjentów	Średni koszt świadczeń zdrowotnych NFZ na 1 pacjenta w roku 2007 [zł]
Kobiety	75	10 073,73
Mężczyźni	28	10 421,69
Łącznie	103	10 168,32

Tabela 7 przedstawia świadczenia zdrowotne, jakie były realizowane i sfinansowane na rzecz podopiecznych badanych trzech grup w 2007 r. Zwraca uwagę, że pacjenci z ZOL-ów i objęci pielęgniarską opieką długoterminową częściej byli hospitalizowani, rzadziej natomiast korzystali ze świadczeń ambulatoryjnych aniżeli pacjenci DPS-ów. Wyższa średnia wartość hospitalizacji jednego pacjenta w 2007 r. w ZOL-ach, w zestawieniu z wyższym odsetkiem hospitalizacji, wskazuje na to, iż grupa ta jest bardziej schorowana i wymaga większych wydatków na świadczenia zdrowotne.

Pensjonariusze DPS-ów znacznie częściej byli pacjentami w poradniach zdrowia psychicznego i znacząco częściej byli hospitalizowani w szpitalach psychiatrycznych. Niemalże wydatki ze środków NFZ pochłaniają koszty refundacji leków, które są zbliżone w grupie pacjentów DPS-ów i objętych opieką pielęgniarskiej opieki długoterminowej.

Tabela 7

Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków NFZ w roku 2007 na rzecz pacjentów w zależności od grupy

Grupa świadczeń	DPS	ZOL	POD
1	2	3	4
Porady lekarzy specjalistów	593 pacjentów (55,11%); średnia wartość na 1 pacjenta – 141,84 zł; 2551 porad; średnio 4,30 na 1 pacjenta, maksymalnie 1 porada na 1 pacjenta – 49	98 pacjentów (27,37%); średnia wartość na 1 pacjenta – 71,83 zł; 219 porad; średnio 2,23 na 1 pacjenta, maksymalnie 1 porada na 1 pacjenta – 10. Te świadczenia powinny być rozliczane z NFZ sporadycznie, z uwagi na zasady finansowania stawką za osobodzień	34 pacjentów (33,01%); średnia wartość na 1 pacjenta – 114,40 zł; 131 porad; średnio 3,85 na 1 pacjenta, maksymalnie 1 porada na 1 pacjenta – 16

cd. tab. 7

1	2	3	4
Pobyty w szpitalach	241 pacjentów (22,40%); średnia wartość na 1 pacjenta – 2895,02 zł	59 pacjentów (26,48%); średnia wartość na 1 pacjenta – 3133,87zł	28 pacjentów (27,18%); średnia wartość na 1 pacjenta – 2549,64 zł
Świadczenia w lecznictwie psychiatrycznym	498 pacjentów (46,28%); średnia wartość na 1 pacjenta – 433,82 zł; 3252 porad; średnio 6,53 na 1 pacjenta, 33 pacjentów było hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych	Żaden z pacjentów nie korzystał ze świadczeń psychiatrycznych. Choroba psychiczna jest przeciwwskazaniem do przyjęcia do ZOL-u	3 pacjentów (2,91%); średnia wartość na 1 pacjenta – 49,00 zł; 1 pacjent był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym
Świadczenia stomatologiczne	90 pacjentów (8,36%); średnia wartość na 1 pacjenta – 242,49zł; 34 pacjentów miało wykonane protezy zębowe	11 pacjentów (3,07%); średnia wartość na 1 pacjenta –199,55 zł; 4 pacjentów miało wykonane protezy zębowe	Żaden z pacjentów nie korzystał ze świadczeń stomatologicznych
Zaopatrzenie w środki ortopedyczne i pomocnicze	498 pacjentów (46,28%); średnia wartość na 1 pacjenta – 615,96 zł; 427 – refundowane pieluchomajtki, 32 – okulary, 23 – materace p/odleżynowe, 23 – wózki inwalidzkie, 18 – aparaty słuchowe, 9 – balkoniki, podpórki	15 pacjentów (4,19%); średnia wartość na 1 pacjenta –520,25zł; 3 –wózki inwalidzkie, 2 – protezy kk dolnych, 2 – obuwie ortopedyczne, 1 – aparat słuchowy	73 pacjentów (70,87%); średnia wartość na 1 pacjenta –686,91 zł; 64 – refundowane pieluchomajtki, 6 – materace p/odleżynowe, 4 – aparaty słuchowe, 3 – wózki inwalidzkie, 1 – balkoniki, podpórki
Refundacja leków	923 pacjentów (85,78%); średnia wartość na 1 pacjenta –796,35 zł; średnio 55,40 opakowań leków na 1 pacjenta, średnia wartość refundacji 1 leku – 14,37 zł	Pacjenci otrzymują leki w ramach świadczeń	100 pacjentów (97,09%); średnia wartość na 1 pacjenta –739,52 zł; średnio 54,04 opakowań leków na 1 pacjenta, średni wartość refundacji 1 leku – 13,69 zł

Pozostałe świadczenia, które muszą być zapewnione osobom w wieku starszym

Świadczenia finansowane ze środków NFZ to tylko część świadczeń, jakie zapewnia się pacjentom w tych trzech grupach. Na podstawie danych uzyskanych z Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego za rok 2007 oszacowano wydatki budżetu państwa oraz dopłaty pensjonariuszy DPS-ów i/lub ich rodzin, ponoszone na rzecz jednego mieszkańca DPS-u. Średni koszt miesięczny utrzymania i opieki w DPS wynosił w województwa opolskim 1326 zł (dotacja z budżetu) + 581,26 zł (średnia miesięczna dopłata na jednego pensjonariusza), co daje łącznie 1907,26 zł. Tak wyliczone łączne koszty wynoszą rocznie 22 887,12 zł.

Dopłaty ponoszone przez pacjentów przebywających w ZOL-ach zostały wyliczone na podstawie danych z wszystkich placówek tego rodzaju w województwie opolskim. Średnia miesięczna dopłata na jednego pacjenta w ZOL-u w 2007 r. wynosiła 561,70 zł, co daje rocznie 6740,40 zł.

Dla pacjentów objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową jako koszty socjalne (bytowe) dodano kwotę zmodyfikowanego minimum socjalnego za 2007 r. w gospodarstwach emeryckich, obliczoną przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych na podstawie danych Departamentu Statystyki Społecznej GUS, oraz koszty usług opiekuńczych, realizowanych przez gminne ośrodki pomocy społecznej, obliczone według stawki średniej, z założeniem dwóch godzin opieki dziennie.

Zmodyfikowane minimum socjalne za 2007 r. wynosiło 801,30 zł w 1-osobowym gospodarstwie emeryckim oraz 751,20 zł na osobę w 2-osobowym gospodarstwie¹³. Dla celów niniejszego opracowania przyjęto kwotę niższą. Roczna wysokość minimum socjalnego za 2007 r. wynosiła 9014,40 zł. Koszt usług opiekuńczych wyliczono według stawki godzinowej w wysokości 10,00 zł¹⁴, z założeniem, iż pomoc taka zapewniana jest w wymiarze dwóch godzin dziennie przez pięć dni w tygodniu, co daje rocznie wydatki 5200 zł.

Dzięki tak przyjętym założeniom wymienione trzy formy organizacji opieki socjalnej i zdrowotnej zostały sprowadzone do porównywalności.

Łączne wydatki ponoszone ze wszystkich źródeł na rzecz pacjentów powyżej 65. roku życia przedstawia tab. 8 oraz ryc. 1.

Tabela 8

Łączne wydatki ponoszone w roku 2007 na rzecz pacjentów w wieku powyżej 65 lat objętych trzema formami opieki w woj. opolskim

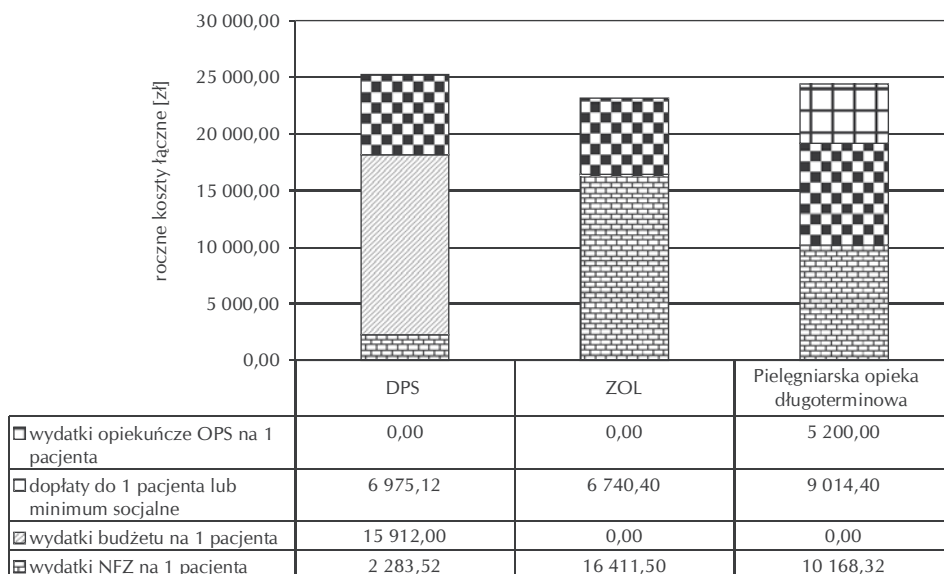
Liczba pacjentów, średnia wartość wydatków	DPS	ZOL	POD
Łącznie liczba pacjentów	1076	358	103
Łącznie średnia wartość świadczeń na jednego pacjenta	25 170,64 zł	23 151,90 zł	24 382,72 zł

Rycina 2 przedstawia średnie wydatki ponoszone w 2007 r. ze środków NFZ na rzecz pacjentów wymienionych trzech form opieki, w zależności od wieku.

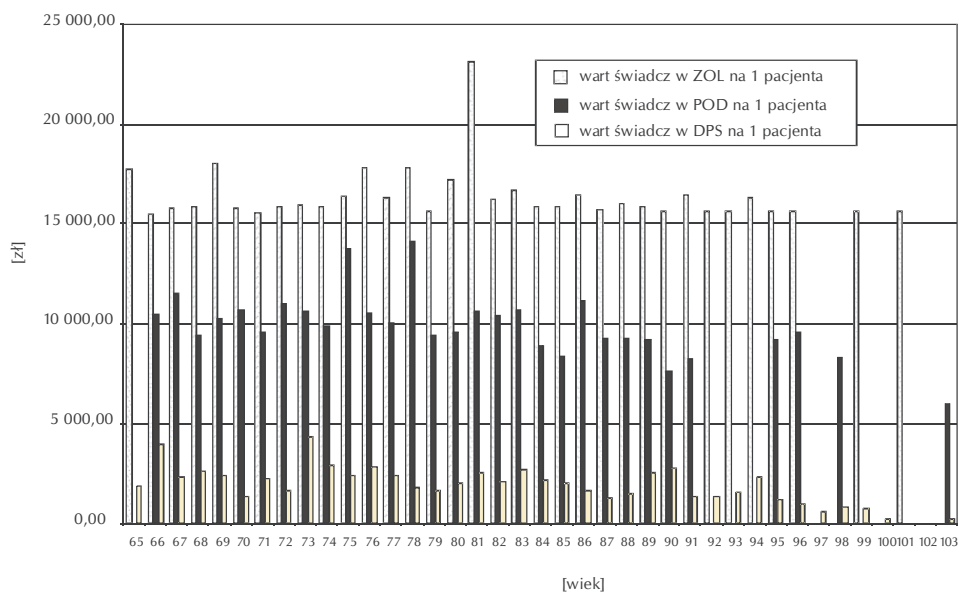
Wydatki ponoszone przez NFZ na rzecz pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych, średnio na jednego pacjenta w roczniku,

¹³ [www.ipiss.com.pl/badania/minimum_emeryci-wer2.pdf].

¹⁴ Według danych uzyskanych z ośrodków pomocy społecznej województwa opolskiego.



Ryc. 1. Łączne wydatki NFZ, budżetu państwa oraz dopłaty pacjentów i/lub ich rodzin na jednego pacjenta w wieku powyżej 65 lat w zależności od pobytu w: DPS, ZOL lub objętych pielęgniarską opieką długoterminową w roku 2007



Ryc. 2. Średnia wartość świadczeń finansowanych ze środków NFZ w roku 2007 na rzecz pacjentów przebywających w DPS-ach, ZOL-ach oraz objętych świadczeniami pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domach, w zależności od wieku pacjenta

są na porównywalnym poziomie niezależnie od wieku pacjenta, co daje pewną możliwość przewidywalności wydatków w okresach przyszłych. W odniesieniu do pacjentów obejmowanych pielęgniarską opieką długoterminową obserwuje się większe zróżnicowanie kosztowe dla NFZ, co spowodowane jest zapewne różnicami w stanie zdrowia podopiecznych, jak również małą grupą poddawaną analizie. Wśród podopiecznych DPS-ów oczywiste jest, iż średnie wydatki ponoszone na rzecz pacjentów starszych (powyżej 90. roku życia) są znacząco niższe aniżeli w młodszych rocznikach. Pacjenci ci są zdrowsi i mniej korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Niemniej w przyszłości należy się spodziewać wzrostu wydatków ponoszonych na rzecz pacjentów w starszych rocznikach, z uwagi na wydłużanie się średniej życia.

Wyniki

1. Roczne koszty opieki nad pacjentami powyżej 65. roku życia, przebywającymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych województwa opolskiego, są o ok. 8% niższe aniżeli koszty łączne opieki zorganizowanej w domach pomocy społecznej, oraz o ok. 5% niższe aniżeli wyliczone koszty łączne, związane z mieszkaniem we własnym domu, z zorganizowaną opieką pielęgniarską i socjalną. Dowodzi to lepszej organizacji i skuteczniejszego zarządzania finansami w zakładach opiekuńczo-leczniczych województwa opolskiego.

2. Stan zdrowia pacjentów oceniany z perspektywy korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków NFZ wskazuje, iż grupa pacjentów powyżej 65. roku życia w ZOL-ach wymagała większych nakładów na świadczenia zdrowotne, co przy globalnie niższych kosztach wskazuje na lepsze wykorzystywanie zasobów aniżeli w DPS-ach.

3. Średnie koszty świadczeń zdrowotnych, z jakich korzystali mężczyźni, były wyższe od średnich kosztów świadczeń, z jakich korzystały kobiety o 3,10% w ZOL-ach, 20,84% w DPS-ach oraz 3,45% w pielęgniarskiej opiece długoterminowej.

Wnioski

1. Istnieje pilna potrzeba dokonywania zmian w finansowaniu opieki nad pacjentami w wieku starszym.

2. Najefektywniejszą formą organizacji świadczeń dla pacjentów wymagających całodobowego nadzoru i opieki medycznej są w województwie opolskim zakłady opiekuńczo-lecznicze.

3. Pielęgniarska opieka długoterminowa stanowi bardzo cenną alternatywę organizowania opieki dla pacjentów, którzy nie wymagają całodobowego nad-

zoru medycznego, jednakże wymagają większego zaangażowania rodziny. Istnieje potrzeba organizowania opieki w miejscu zamieszkania pacjentów, z zapewnieniem wsparcia organizacyjnego i finansowego dla rodzin jako najlepszej formy opieki, co ma szczególne znaczenie w sytuacji dość wysokich kosztów organizacji opieki społecznej.

Literatura

Anderson G. F., Hussey P. S., *Population aging: a comparison among industrialized countries*, „Health Aff” 2000, No 3, s. 191–203.

Besdine R., Boulton C., Brangman S., Coleman E.A., Fried L.P., Gerety M., Johnson J.C., Katz P.R., Potter J.F., Reuben D. B., Sloane P.D., Studenski S., Warshaw G., *Caring for older Americans: the future of geriatric medicine*. „J. Am. Geriatr. Soc.” 2005, No 53 (6 Suppl), s. 245–256.

European Statistical System (Eurostat). Available at: [<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>. Accessed], January 8, 2007.

Grant C., Goodenough T., Harvey I., Hine C., *A randomised controlled trial and economic evaluation of a referrals facilitator between primary care and the voluntary sector*, „B.M.J.” 2000, No 12;320 (7232), s. 419–423.

Greenberg J. A., Leutz W. N., *A Basic strategy for financing long term care*, „Hosp. Prog.” 1984, No 2, s. 46–49, 72.

Kassel C. K., *Geriatrics for the 3rd millennium*, „Wien Klin Wochenschr.” 2000, No 5;112, (9), s. 386–393.

Kulik T. B., Siwińska V., Rudnicka-Drozak E., *Functioning of care-and-treatment health centers and nursing-and-care health centers illustrated by the Province of Lublin*, „Ann Univ. Mariae Curie Skłodowska” 2003, No 1, s. 48–54.

Pawlson L. G., Lavizzo Mourey R. J., *Financing long-term care. An insurance-based approach*, „J. Am. Geriatr. Soc.” 1990, No 6, s. 696–703.

Rice D.P., Fineman N., *Economic implications of increased longevity in the United States*, „Annu Rev. Public. Health.” 2004, No 25, s. 457–473.

Schoenenberger A. W., Stuck A. E., *Health care for older person in Switzerland: a country profile*, „J. Am. Geriatr. Soc.” 2006, No 6, s. 986–990.

Soldo B. J., Agree E. M., *American's elderly*, „Popul. Bull.” 1988, No 3, s. 1–53.

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects. The 2004 Revision*. New York: United Nations, 2005.

U.S. Census Bureau International Data Base, Available at: [<http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>. Accessed], January 8, 2007.

Mirosław Hanulewicz*

Wolontariat a starość, czyli kto dla kogo

Co to jest wolontariat?

W Polsce od kilku lat, a na świecie znacznie dłużej, bardzo popularnym słowem jest „wolontariat”. Nie trzeba sięgać do literatury i wielkich badań naukowych, aby przekonać się, że większość osób przyznaje jednomyślnie, iż jest to bardzo dobry i potrzebny obszar działalności. Dzięki tego typu inicjatywom na świecie jest więcej dobra, a w bardzo tani i skuteczny sposób jest realizowana zasada pomocniczości czy, mówiąc inaczej, subsydiarności.

Sięgając do ustawodawstwa, możemy znaleźć określenie wolontariusza jako osoby, „która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia”¹ wymienione przez korzystającego i regulowane przez odpowiednią ustawę. Na ogólnopolskim portalu wolontariatu² znajduje się doprecyzowanie tego pojęcia, według którego wolontariusz niesie pomoc osobom lub instytucjom spoza więzi koleżeńsko-rodzinnych. Czyli działania wolontariackie nie obejmują swym znaczeniem pomocy koleżance w odrabianiu lekcji czy myciu okien u własnej ciotki w domu lub zrobienia remontu w pokoju własnych dzieci. Działania te podejmujemy dlatego, że są to nasi przyjaciele, koledzy bądź członkowie naszej rodziny, a nie dlatego, że jesteśmy wolontariuszami. Poza tym pomoc przyjaciołom czy troska o rodzinę wymuszona jest także poprzez różnego rodzaju sankcje wynikające z systemu kontroli społecznej. Wolontariat zatem to coś innego niż obowiązek społeczny, to raczej coś w rodzaju heroizmu.

Dlaczego pomagamy?

W rozważaniach teoretycznych popartych licznymi badaniami naukowcy podają, że sytuacje, w których jedni ludzie pomagają drugim, można wyjaśniać za pomocą trzech zjawisk³.

*Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ Art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

² [www.wolontariat.org.pl].

³ E. Aronson, T. D. Wilson, R. M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań 1997, s. 458–461.

Pierwsze z nich tłumaczy takie zachowania tzw. normą wzajemności – zgodnie z ogólnie panującą zasadą, w myśl której: jeżeli ktoś wyświadczył mi pewne dobro, czuję się zobowiązany do odwzajemnienia mu się tym samym. Każdy z nas ma taką normę zakodowaną w procesie wychowania czy socjalizacji i korzysta z niej mniej lub bardziej świadomie. Dzięki niej pomoc drugiemu człowiekowi może być także sposobem zapewnienia sobie pomocy w przyszłości — gdy ja będę potrzebował pomocy, to osoby, którym kiedyś pomogłem, powinny poczuć się zobowiązane tą zasadą i powinienem otrzymać pomoc od nich.

Drugim sposobem wyjaśniania udzielania pomocy innym jest chęć rozładowania swojego napięcia, wynikającego z oglądania czyjegoś cierpienia. Obserwowanie sytuacji, w których inny człowiek doświadcza bólu, przykrości czy nawet sytuacji trudnych, często przekraczających jego możliwości, wywołuje w nas pewien dyskomfort. I wtedy udzielenie pomocy osobie potrzebującej niweluje owo nieprzyjemne uczucie.

Trzecią próbą tłumaczenia, czemu pomagamy innym, jest założenie, że każdy z nas dokonuje pewnego bilansu zysków i strat. Pomocy udzielimy wtedy, gdy poniesione przez nas koszty będą niższe aniżeli gratyfikacja, jaką uzyskamy, pomagając innym. Zarówno ponoszone koszty, jak i uzyskiwane profity są tu rozumiane bardzo szeroko. Do nakładów możemy zaliczyć poświęcany czas, niewygodę, napotykaną trudności, nakłady finansowe itp., a do korzyści płynących z pomagania innym m.in. uznanie społeczne, podziw, gratyfikacje finansowe, samozadowolenie i inne.

Opisane przykłady zakładają, że nigdy nie pomagamy z „odruchu serca”. C. Batson stawia tzw. hipotezę empatii-altruizmu. Zakłada w niej, że „[...] empatia odczuwana względem drugiej osoby skłania do udzielenia jej pomocy bez względu na konsekwencje podjętych działań”⁴.

Czy wolontariat jest bezinteresowny?

Z definicji przedstawionej w pierwszej części artykułu wynika, że wolontariusz to osoba, która podejmuje się określonych działań na rzecz innych b e z p ł a t n i e. Ale czy tak jest do końca?

Wolontariusz nie otrzymuje żadnej gratyfikacji finansowej, poza zwrotem wydatków poniesionych w związku z wykonywanym zadaniem (tak przynajmniej powinno być, gdyż zapewnia to zapis ustawy). Ale przeprowadzone w 1994 r. przez M. Ochman i M. Janeczek badania w 22 warszawskich organizacjach zatrudniających wolontariuszy pokazują, że dzięki tej pracy wolontariusze są nie tylko osobami, które dają, ale także otrzymują. Spośród 82 respondentów na pytanie o motywacje do podjęcia pracy wolontariackiej 52% odpo-

⁴ Ibidem, s. 461.

wiedziało, że dzięki tej pracy czują się potrzebni; 33% respondentów stwierdziło, że pracują, ponieważ daje im to satysfakcję; 15% badanych deklaruowało, że podjęło pracę, bo chcą pomagać, tyle samo twierdzi, że pracuje jako wolontariusz, ponieważ otrzymuje wyrazy wdzięczności. Inne motywy to: poznawanie nowych ludzi (11%), walka o specjalną sprawę (9%), zdobywanie nowych umiejętności (1%) oraz spłacanie długu społeczeństwu (1%)⁵.

Badania prowadzone przez Stowarzyszenie Klon/Jawor we współpracy z Centrum Wolontariatu w Warszawie oraz firmą SMG/KRC pokazują, że najczęściej badanych pomaga, bo uważają, że tak trzeba, mają jakiś wewnętrzny przymus. Ale już na drugim lub trzecim (w zależności od roku badania) miejscu wymieniane są motywy uzyskania w zamian pomocy w przyszłości lub czerpanie przyjemności z udzielania pomocy.

Tabela 1

Powody angażowania się w wolontariat

Odpowiedzi	Wolontariusze w latach 2001–2006 [%]					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Uważam, że powinno się pomagać innym (mam takie moralne, religijne lub polityczne przekonania)	84,1	77,4	83,0	89,4	63,9	49,5
Uważam, że jeśli ja pomogę innym, to inni pomogą mnie	65,6	67,4	66,7	70,1	32,8	26,9
Sprawia mi to przyjemność / interesuję się tym	67,8	50,6	70,6	76,1	36,9	20,8
Nie potrafię odmawiać	67,2	47,4	53,9	52,4	21,5	20,6
Moi znajomi i bliscy też to robią	54,5	38,8	36,1	40,1	18,4	11,2
Chcę zdobyć nowe umiejętności, nauczyć się czegoś nowego	48,0	42,1	49,2	54,6	16,2	10,2
Daje mi to możliwość bycia między ludźmi, nawiązania kontaktów, pozwala pożytecznie wykorzystać czas	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	21,9	8,8
Mam do spłacenia dług (kiedyś ktoś pomógł mi)	22,6	27,1	27,6	31,5	5,5	3,8

Źródło: Zestawienie własne na podstawie: M. Gumkowska, J. Herbst, *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2006*, Warszawa 2007; badania w latach: 2002–2006, Stowarzyszenie Klon/Jawor we współpracy z Centrum Wolontariatu w Warszawie oraz firmą SMG/KRC.

Kto może być wolontariuszem: młodzież czy dorośli?

Można powiedzieć, że podejmowanie pracy na rzecz drugiego człowieka jest dla dojrzewającej młodzieży sposobem na realizowanie zadania rozwojowego. Dorastający człowiek „[...] zaczyna się teraz interesować przede wszystkim

⁵ [https://www.wolontariat.org.pl/repository/Publikacje/Teksty/Rocznik_2.] pdf, s. 70.

kim tym, jak wygląda w oczach innych ludzi w porównaniu z tym, za kogo sam się uważa, a także tym, jak połączyć role i umiejętności dotąd kulturowane z aktualnymi wzorcami zachowań”⁶. Podejmując różnego rodzaju inicjatywy, stara się określić, na co go stać, czy potrafi podolać pewnym wymaganiom. Jest przy tym pełen poczucia mocy, własnego sprawstwa i pięknych idei. Służy to jednak przede wszystkim samookreślaniu swojego miejsca w świecie i badaniu granic własnych możliwości.

Biorąc pod uwagę teorię rozwoju w ujęciu E. Eriksona, można wysnuć wniosek, że do działań prawdziwie altruistycznych zdolni jesteśmy dopiero w innej fazie naszego rozwoju. Około 25. roku życia człowiek wkracza w fazę, która w tej teorii nazywana jest konfliktem kreatywność – stagnacja. To na tym etapie życia rozszerza się poczucie troski o dobro nie tylko swoje, własnej rodziny i swoich dzieci, ale także znacznie szerszego środowiska. „Kreatywność to przede wszystkim troska o powołanie i wychowanie następnego pokolenia, jakkolwiek są jednostki, które na skutek nieszczęścia bądź szczególnych i autentycznych talentów w innych dziedzinach nie angażują się w realizację tego popędu względem swego potomstwa”⁷. Niejako od tego momentu człowiek, podejmując pracę na rzecz drugiej osoby, jest zdolny do tego, aby mieć przede wszystkim na uwadze nie tyle swój własny interes (określenie swoich mocnych i słabych stron), co raczej dobro drugiego człowieka – jest zdolny do troski o innych.

E. Erikson w swojej teorii rozwoju bierze pod uwagę także kolejny etap, jaki pojawia się około 65. roku życia. Osoby w tym wieku przeszły już poprzednie fazy rozwoju. Stają się bogate w doświadczenia życiowe, dokonują pewnego bilansu minionego okresu. Jeżeli bilans ten jest korzystny, chętnie dzielą się swoją wiedzą, umiejętnościami i czasem, którego po przejściu na emeryturę jest więcej.

J. Matejczuk zwraca uwagę na kilka aspektów, dla których osoby starsze podejmują się działalności społecznej:

- odczuwanie potrzeby pracy na rzecz innych;
- chęć przebywania z młodym pokoleniem;
- chęć przebywania w grupie rówieśniczej;
- zmiana stylu życia związana z przejściem na emeryturę – większa ilość czasu wolnego;
- chęć bycia potrzebnym;
- kompensacja braku pełnienia naturalnych ról babci i dziadka ze względu na zmianę modelu rodziny wielopokoleniowej na model rodziny nuklearnej;
- rosnące zainteresowanie problemami i aktywizacją ludzi starszych⁸.

⁶ E. H e r i k s o n, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 2000, s. 272.

⁷ Ibidem, s. 278.

⁸ J. M a t e j s z u k, *Zaangażowanie w działalność społeczności lokalnej jako szansa rozwoju dla seniorów*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 116–117.

Wolontariusze dla osób starszych

Statystyki pokazują, że najwięcej inicjatyw wolontariackich ukierunkowanych jest na dzieci i młodzież, rodziny oraz osoby starsze, natomiast najmniej na osoby wykluczone społecznie lub zagrożone tym wykluczeniem (uzależnieni, bezdomni, azylanci i uciekinierzy, dyskryminowane mniejszości etniczne)⁹.

Przeglądając na stronach portalu [www.wolontariat.org.pl] ogólnopolską bazę danych o wolontariuszach, można stworzyć taką kwerendę, której wyniki pokazują, że spośród 914 ofert osób gotowych podjąć się pracy jako wolontariusz, 317 deklaruje, że chce pracować tylko z osobami starszymi i dorosłymi (m.in. pomoc w czynnościach codziennych, jak dotrzymanie towarzystwa, wypełnianie czasu wolnego). Kwerenda ta nie zawiera deklaracji osób, które oprócz wymienionej oferty pracy zgłaszają także inne grupy odbiorców.

Działania, które może wykonywać wolontariusz na rzecz osób starszych, jest bardzo wiele. Począwszy od czytania książki, poprzez mycie okien, aż do pielęgnacji i troski o higienę. Wymagania stawiane wolontariuszom zależą od osoby, której pomagają. Inne oczekiwania będzie miała osoba zupełnie sprawna, ale czująca się samotnie, a inne będą w stosunku do wolontariusza, który pracuje z osobą w stanie terminalnym, nawet w takiej sytuacji, gdy zapewnioną ma opiekę własnej rodziny.

Przykładem angażowania się w pracę na rzecz ludzi starszych może być stworzony przez młodzież z VII Liceum Ogólnokształcącego w Katowicach program pod nazwą Młodszy Brat, Młodsza Siostra. Nazwa ta powstała przez analogię do programu prowadzonego przez Fundację im. S. Batorego – Starszy Brat, Starsza Siostra. Młodzież postanowiła, że będzie odwiedzać pensjonariuszy pobliskiego domu pomocy społecznej. Przychodzą do nich z propozycją wspólnego spędzenia czasu, poczytania książek, wspólnej organizacji różnych imprez okolicznościowych.

Organizacją mocno ukierunkowaną na pomoc osobom w powyżej 50. roku życia jest Stowarzyszenie Mali Bracia Ubogich. Jak piszą przedstawiciele Stowarzyszenia na swoich stronach internetowych, jest to organizacja, która „[...] pragnie przeciwdziałać marginalizacji osób starszych, łamać stereotypy na temat starości, alarmować społeczeństwo na temat trudnej sytuacji seniorów, ale przede wszystkim chce być blisko samotnej osoby starszej, trzymać ją za rękę i sprawić, aby dotarła do końca swej drogi z uśmiechem i wiarą w życzliwość drugiego człowieka”¹⁰. Wolontariusze pracujący w tym Stowarzyszeniu wspo-

⁹ J. G i e l a s, *Wolontariat – inna i nowa jakość pracy pomocowej*, „Wspólne Tematy” 2003, nr 11–12, s. 62.

¹⁰ [http://malibracia.org.pl].

magają ludzi w podeszłym wieku poprzez wspólne obchodzenie świąt, częste wizyty domowe, wspólne spacery i różnego rodzaju wyjścia (do kina, teatru), starają się, krótko mówiąc, zapobiegać izolacji osób starszych.

Wolontariusz jest osobą pełną zapału, gotową do poświęceń. Ważne jest, aby praca wolontariusza i pracownika etatowego uzupełniały się. Będzie to zapobiegało różnego rodzaju konfliktom, które mogłyby się pojawiać. Istotne jest także, z punktu widzenia organizacji pracy, by wolontariusz miał jasno opracowany zakres swoich obowiązków. Dobrym przykładem tego jest opis prac, jakie mogą wykonywać wolontariusze pracujący w hospicjum prowadzonym przez bonifratrów we Wrocławiu. Prace te są podzielone na kilka grup: na zewnątrz ośrodka, prace wewnątrz ośrodka, pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, podstawowa pomoc psychologiczna oraz wsparcie pacjentów i ich rodzin, prace inne.

Wolontariusz zgłaszający się do pomocy w hospicjum może podejmować różne zajęcia w zależności od swoich zainteresowań, możliwości i posiadanych kwalifikacji. Może to być np.: troska o ogród, odśnieżanie chodników, mycie okien, dbanie o porządek na korytarzach, w pokojach pacjentów czy też w szafie z pościelą. Autorzy pomyśleli tutaj o bardzo konkretnych rzeczach, np. czyszczenie kratki wentylacyjnych lub czyszczenie żyrandoli. Wśród czynności pielęgnacyjnych wymienia się: pomiar temperatury ciała pacjenta, pomiar ciśnienia, pomoc w odżywianiu, przemieszczanie pacjentów, dbanie o ich toaletę. Towarzystwo pacjentowi w jego troskach, słuchanie jego skarg, obaw i lęków, pomoc w wyrażaniu emocji, pomoc dzieciom w rodzinie ciężko chorego, wspólna modlitwa z pacjentem wierzącym; to propozycje pracy w obszarze pomocy psychologicznej. Inne działania, które mogą wykonywać wolontariusze w tym hospicjum, to np.: pozyskiwanie sponsorów, prowadzenie strony internetowej, dyżur w biurze, dbanie o wystrój ośrodka itp.

Starsi jako wolontariusze dla rówieśników i dla młodszych

Współczesna nauka dąży do tego, aby jak najbardziej wydłużyć życie człowieka. Marzenia o długowieczności stają się coraz bardziej realne. Ale ten postęp medycyny determinuje rozwój innych nauk, których podmiotem jest człowiek stary i zagadnienia z nim związane. Cóż z tego, że ktoś może żyć lat 90, gdy w wieku 60 lat przejdzie na emeryturę. Czy to oznacza, że kolejna 1/3 jego życia ma przebiegać w atmosferze nudy? Czy następne dni w okresie potencjalnych kolejnych 30 lat, które mogą wydłużyć się o bezsenne noce, mają być spędzone na śledzeniu programu telewizyjnego i zastanawianiu się, co będzie w następnym odcinku „M jak Miłość”? Współczesna tendencja pomocy osobom starszym, jeśli to tylko możliwe, idzie w kierunku angażowania ich w różne formy aktywności. I nie chodzi tu bynajmniej o organizację seniorom wolnego czasu. Takie podejście już na samym początku jest oparte na założe-

niu, że tymi ludźmi trzeba się zająć¹¹. Ale wiele osób w okresie tzw. późnej dorosłości jest w stanie nie tylko o siebie się zatroszczyć, ale także o innych.

Jednym z przykładów zaangażowania seniorów w działalność wolontariacką jest projekt realizowany przez Fundację im. doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ z Konina. Pomysłodawcą i koordynatorem akcji jest Karolina Cichecka. Projekt zakładał przygotowanie członków Uniwersytetu Trzeciego Wieku do tego, by zostali wolontariuszami w Osiedlowym Klubie Ucznia oraz internacie Ośrodka Szkolno-Wychowawczego. Praca wolontariuszy polega na pomocy dzieciom w nauce i organizacji czasu wolnego.

W Centrum Wolontariatu w Słupsku w 2006 r. realizowano projekt pod nazwą „Uczymy się, bawimy i działamy wspólnie”, w który zaangażowało się około 30 wolontariuszy (20 słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku i 10 pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Słupsku). Seniorzy poświęcali swój czas dzieciom, które uczęszczały do świetlic środowiskowych. Oprócz wspólnego spędzania wolnego czasu wolontariusze pomagali w odrabianiu lekcji, starali się nadrobić brak opieki i wychowania. Zarówno wolontariusze, jak i ich podopieczni mogli wymieniać się informacjami i umiejętnościami w dziedzinie nowych technologii.

Opolskie Forum Organizacji Socjalnych włączyło się w ogólnopolski projekt „Senior Task Force” – realizowany przez Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych w Warszawie.

Celem projektu jest wspieranie obywatelskiego zaangażowania i praktycznych form pomocy na rzecz ludzi starszych. Wsparcie to realizowane będzie poprzez merytoryczne przygotowanie i opiekę 16 wolontariuszy – seniorów, którzy działać będą jako doradcy merytoryczni dla organizacji członkowskich WRZOS¹².

Wybrane osoby (po jednej z każdego województwa) w wieku 60–65 lat, które nie pracują zawodowo, będą uczestniczyć w różnego rodzaju wydarzeniach związanych z projektem i zobowiązują się do trzyletniej pracy jako doradca przez 30 godzin w miesiącu. Zakres pracy wolontariusza-doradcy:

1. Działalność doradcza dla socjalnych organizacji pozarządowych i grup samopomocowych działających w danym regionie na rzecz osób starszych.

2. Doradztwo dla indywidualnych osób starszych (zwłaszcza w zakresie praw obywatelskich i socjalnych, partycypacji społecznej, ofert pomocowych).

3. Nawiązywanie kontaktów i współpracy z niemieckimi organizacjami seniorów.

4. Wspieranie wolontariatu osób starszych¹³.

Co zatem daje wolontariat ludzi starszych? Bez wątpienia pozwala na wykorzystanie wiedzy, mądrości i umiejętności seniorów w wypełnianiu bieżących

¹¹ J. M a t e j s z u k, *Zaangażowanie w działalność...*, op.cit., s. 124.

¹² [http://www.ofos.opole.pl/viewpage.php?page_id=26].

¹³ Ibidem.

zadań. Jest pewna mądrość ukryta w filmach o Indianach. Rada plemienna składała się z mędrców, których średnia wieku nie była niższa niż ok. 65 lat. Jeżeli takich osób pytano o radę przy podejmowaniu strategicznych decyzji kilkadziesiąt czy kilkaset lat temu, to czemu nie robić tego dzisiaj? Każdy z nas ma różnego rodzaju potrzeby psychiczne i te potrzeby mogą być zaspokajane przez działalność wolontariacką. Człowiek, przechodząc na emeryturę, może czuć się niepotrzebny, odsunięty od społeczeństwa. Dzięki trosce o innych poprzez wolontariat może ponownie czuć się przydatny, może dać siebie innym. W ten sposób nawiązuje także nowe znajomości, często jest „zmuszany” do podtrzymywania relacji z innymi. Osoba, która angażuje się w różnego rodzaju działania nie ma czasu na nudę. Biorąc pod uwagę to, że zdrowie oznacza dobrostan fizyczny, psychiczny i duchowy, można także wysnuć tezę, że osoba taka nie ma czasu na koncentrowanie się na swoich słabościach i dolegliwościach, dzięki czemu może czuć się zdrowiej.

Zakończenie

Z raportu *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2006* wynika, że najbardziej licznie angażującą się w wolontariat grupą wiekową są osoby w wieku 46–55 lat (26,3%); najmniej w wieku powyżej 55. roku życia (18,1%). Jeśli weźmiemy pod uwagę status zawodowy, najbardziej liczną grupę stanowią bezrobotni (23,9%), a najmniej liczną emeryci, renciści (19,8%)¹⁴. Wielkości te wyglądają nieco inaczej w Stanach Zjednoczonych, gdzie:

[...] jedna trzecia Amerykanów angażuje się w wolontariat (29%). Podobnie statystyki wyglądają w grupie 55-, 64-latków – prawie co trzeci z nich jest wolontariuszem. To więcej niż wśród młodych ludzi – tylko co czwarta osoba do 35. roku życia pracuje charytatywnie – tyle samo, co osoby powyżej 65 lat. Tu jednak warto dodać, że im osoba starsza, tym więcej czasu poświęca rocznie na wolontariat – 96 godzin to średnia dla 65-latków i starszych. 34-, 44-latkowie pracują charytatywnie w ciągu roku o połowę mniej, a osoby do 24. roku życia tylko 36 godzin¹⁵.

Podsumowując: nie wiek jest najważniejszy dla wolontariusza. Nie zawsze też musimy przyglądać się jego motywacji, aby była ona kryształowa i miała na względzie tylko i wyłącznie tę osobę, na rzecz której ma on pracować. Wolontariat jest dla młodych i starych, młodzi i starzy są dla wolontariatu. I z całą pewnością – im więcej potrafię i staram się dać drugiemu człowiekowi, tym więcej otrzymam dobra od innych. Niech ta idea nam przyświeca, aby badania prowadzone w kolejnych latach pokazały wskaźniki nieco większe niż 5% Polaków

¹⁴ M. G u m k o w s k a, J. H e r b s t, *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2006*, Warszawa 2007, s. 34–37, pdf [www.wolontariat.org.pl].

¹⁵ [http://www.filantropia.org.pl].

deklarujących, że w 2007 r. podjęło pracę jako wolontariusz i 19%, które deklaro-
 owało, że swoją pracę czy usługi przeznaczyło na działalność charytatywną¹⁶.

Literatura

Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Poznań 1997.

Dąbrowska J., Gumkowska M., *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2002*, Warszawa 2002, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Dąbrowska J., Gumkowska M., Wygnański J., *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2003*, Warszawa 2003, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Erikson E. H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 200.

Gielas J., *Wolontariat – inna i nowa jakość pracy pomocowej*, „Wspólne Tematy” 2003, nr 11–12.

Gumkowska M., Herbst J., *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2006*, Warszawa 2007, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Gumkowska M., Herbst J., Wygnański J., *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2004*, Warszawa 2004, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Gumkowska M., *Wolontariat, filantropia i 1%. Raport z badań 2005*, Warszawa 2005, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Matejszuk J., *Zaangażowanie w działalność społeczności lokalnej jako szansa rozwoju dla seniorów*, [w:] *Szansa rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.

Ochman M., Janeczek M., *Wolontariusze, ich motywacje i oczekiwania*, [w:] *Wolontariat – nowe spojrzenie na pracę społeczną*, Warszawa 1996, pdf [www.wolontariat.org.pl].

Sytuacje z życia Polaków w roku 2007. Komunikat z badań, Warszawa 2008, pdf [www.cbos.pl].

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

[www.cbos.pl]

[www.filantropia.org.pl]

[www.hospicjumbonifratrow.pl]

[www.malibracia.org.pl]

[www.ofos.opole.pl]

[www.wolontariat.org.pl]

¹⁶ *Sytuacje z życia Polaków w roku 2007. Komunikat z badań*, Warszawa 2008, s. 12, pdf [www.cbos.pl].

Małgorzata Kaczmarek*

Paramedyczne aspekty pracy lekarza w opiece nad ludźmi starszymi – konstatacje osobiste

Czasy, kiedy ludzi starszych i zniedołężniałych wywożono poza ich gospodarstwa domowe i pozostawiano samych sobie, by dokonali swojego żywota, na szczęście mamy już za sobą. I tak jak dzieciństwo na przestrzeni całego ubiegłego stulecia zostało dostrzeżone i doczekało się społecznej, a w konsekwencji prawnej ochrony, tak i kwestia starości wydaje podążać się tym samym torem, ale ciągle pozostaje daleko w tyle. Fizjologiczne uzależnienie dzieci od osób drugich czy ich niepełnosprawność wynikająca z choroby wzbudzają zrozumienie, empatię, chęć pomocy, natomiast cierpienie i niesamodzielność ludzi starszych są społecznie odbierane jako coś normalnego, atrybut, bez którego starość nie mogłaby istnieć. Do dziś pamiętam moją znajomą, która swego czasu zajmowała się pozyskiwaniem środków dla swoich starszych podopiecznych i na hasło „dzieci” dostawała przysłowiowych drgawek, ponieważ drzwi wszystkich uznanych, lokalnych sponsorów były dla niej zamknięte, a otwierały się na problemy dzieciństwa. Zresztą wszystkie wielkie akcje charytatywne zdają się potwierdzać tę hipotezę. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy złą sytuację ekonomiczną kraju oraz bardzo często własną osoby starszej, nie dziwi nas, że ludzie wkraczają w okres starości z potężnym bagażem strachu, a ich jedyną nadzieją pozostają najbliżsi i rodzina. Ale wiemy też dobrze, że z różnych przyczyn rodzina nie zawsze jest w stanie zaspokoić pokładane w niej nadzieje.

Funkcjonujące od lat zinstytucjonalizowane placówki opiekuńcze zapewniają warunki pozostające w dramatycznej rozbieżności z poszanowaniem godności ludzkiej. Wizyta zdrowej i młodej osoby w takiej placówce pozostawia głęboko zakorzoną skazę w psychice, często do końca życia. Wobec publicznego przyzwolenia na taki stan – gdy coś wydaje się groźne i jakoś nikt tego nie dostrzega – uznajemy to za nieważne lub nieistniejące. Najlepszym rozwiązaniem jest milczenie, a wywoływanie jakoś niedostrzeganych trudnych tematów stanowi zagrożenie. Na szczęście ostatnie lata powoli kruszą medialne tabu na niegodziwe traktowanie starości. Dobrze wiemy, że właśnie media są głównymi kreatorami naszej świadomości i pośrednio wpływają na działania

*Lek. med., Zakład Opiekuńczo-Leczniczy, Opole Szczepanowice.

decyzyjno-wykonawcze. To szalenie ważne, ale jednak chyba bardziej dla przyszłego niż aktualnego pokolenia ludzi w wieku podeszłym. Z moich doświadczeń lekarskich w opiece nad pacjentami w zakładzie opiekuńczo-leczniczym wynika, że stopień niezadowolenia tylko z tytułu samego pobytu jest bardzo wysoki, co jest zupełnie niezrozumiałe przy uwzględnieniu zakresu opieki tam sprawowanej, który jest bardzo często znacznie szerszy i lepszy w porównaniu z warunkami domowymi. Co więcej, pensjonariusze nie potrafią dokładnie znaleźć powodów swojego niezadowolenia, a z drugiej strony niejednokrotnie daje się wyczuć, że w ich świadomości istnieje lęk przed sytuacją, w której tej właśnie opieki byliby pozbawieni. Ich jawnie deklarowane niezadowolenie pozostaje w sprzeczności z wynikami badań ankietowych, przeprowadzanych anonimowo, oceniających ich poziom satysfakcji. Wydaje się, że dzisiejsze pokolenie ludzi starych jest napiętnowane skazą „domu starców”. Często nie chcą bądź nie potrafią korzystać z oferowanych tam różnego rodzaju terapii mających ich zaktywizować. Ta grupa nigdy w sposób swobodny, świadomy nie zaakceptuje pobytu w innym niż rodzinne środowisku. Mam wrażenie, że ich zgoda na pobyt w zakładzie została wyrażona pod presją rodziny. Ale z drugiej strony nie godzą się na proponowany powrót do domu. Rodzina natomiast, decydując się na oddanie bliskiego, często kieruje się czystą troską, ponieważ nie jest w stanie zapewnić opieki na takim poziomie, jaki oferują nowoczesne zakłady opieki.

Analizując powody, dla których moi pensjonariusze znaleźli się w ZOL-u, rzadko udaje mi się dopatrzeć czysto wyrafinowanej chęci pozbycia się kłopotu przez najbliższych. Zdecydowana większość mieszkańców to ludzie z różnymi postaciami otępienia. Dla tej grupy osób starszych najbardziej optymalne wydaje się być leczenie w zinstytucjonalizowanych zakładach, oczywiście w warunkach polskich. Przyjmowani są na takim etapie choroby, gdy racjonalna opieka w warunkach domowych przy konstelacji pacjent – jeden opiekun jest po prostu niemożliwa, a nawet, można powiedzieć, szkodliwa dla obu stron. Do dziś pamiętam jedną z córek, która przychodząc po leki, pokazywała mi swoje obrażenia cielesne będące konsekwencją agresji fizycznej ze strony otępszałej matki. W leczeniu ambulatoryjnym chorych otępszałych bardzo często zastanawiam się, kto bardziej wymaga mojej interwencji – pacjent czy jego opiekun. Zresztą nagminne jest zjawisko, że po śmierci otępszałego podopiecznego opiekunowie stają się pacjentami wielu poradni specjalistycznych. Zaburzenia zachowania są nieomal stałym objawem u chorych z otępieniem. Najbardziej uciążliwe dla opiekunów są takie objawy, jak: agresja, negatywizm, upór, przekora, odwrócony rytm snu i czuwania, wędrowanie, a ich skutki są zagrożeniem nie tylko dla otoczenia, ale również dla samego chorego. Spośród zachowań nieagresywnych największym kłopotem wydaje się być wędrowanie przybierające różnego rodzaju formy, np. próby opuszczenia domu. Nieznane jest kliniczne znaczenie wędrowania, ale jest pewne, że jest to sposób utrzymania

aktywności fizycznej i poznawczej. W tej sytuacji nie należy go ograniczać, ale powinno się stworzyć bezpieczne warunki jego realizacji, czego nie gwarantują warunki domowe, zwłaszcza te w blokach mieszkalnych, i m.in. z tego powodu domowi opiekunowie chętniej sięgają do farmakologicznych sposobów sedacji. Natomiast wędrowanie w nowoczesnych zakładach nie stanowi już problemu dla znających jego rolę opiekunów i jest w sposób bezpieczny zaspokajane. Nie sposób nie wspomnieć o bardzo często pojawiających się objawach psychopatologicznych, głównie urojeniach. Najczęściej są to urojenia o treści prześladowczej, chorzy oskarżają opiekunów, że ich nie karmią, zamykają, okradają, zdradzają, a próby perswazji wywołują u nich agresję. Zazwyczaj głównymi „oprawcami” chorych w ich obrazie psychopatologicznym są właśnie ich opiekunowie. Jeden z synów mojego pacjenta nigdy nie dopuszczał myśli, że może oddać ojca do zakładu opieki. Nawet przeprowadził się do niego, kiedy uznał, że jego zachowanie stanowi już zagrożenie dla jego życia, pozostawiając swoją rodzinę. Dzielnie sobie radził do czasu, gdy w nocy obudził się i zobaczył ojca zamierzającego się na niego siekierą. Poza tym ludzie starsi z otępieniem często stają się ofiarami lokalnych złodziei i są po prostu okradani nie tylko z ich własnego dorobku, ale i dorobku opiekunów.

Opieka nad otępiałym chorym wymaga ścisłej współpracy lekarza z jego opiekunem. Poza rutynową wiedzą na temat leczenia lekarz musi zebrać informacje o: środowisku rodzinnym, warunkach mieszkaniowych, sytuacji ekonomicznej, stanie zdrowia nie tylko chorego, ale i opiekuna. Jest to konieczne do oceny możliwości racjonalnej opieki. Niejednokrotnie bowiem zdarza się, że opieka przypomina raczej wojnę, w której są ofiary po obu stronach. Oczywiście, w takich przypadkach wina nie leży zawsze po stronie chorego, często jest to wynikiem braku zrozumienia przez opiekuna istoty choroby oraz po prostu braku wsparcia z zewnątrz. Jeżeli w takich sytuacjach lekarz oceni, że zostały już wyczerpane wszelkie możliwości pozostawienia chorego w domu, podejmuje próby nakłonienia opiekuna do oddania podopiecznego do zinstytucjonalizowanej placówki opieki. Ale nie zawsze się to udaje, zwłaszcza wtedy, gdy opiekę nad otępiałym rodzicem sprawuje samotna córka. W takich przypadkach żadne argumenty nie są w stanie zmienić ich decyzji, gdyż, jak mówią, ich sumienie im na to nie pozwala. Z moich doświadczeń w praktyce ambulatoryjnej wynika, że opiekę nad ludźmi starszymi i niepełnosprawnymi najczęściej sprawują współmałżonkowie, potem ich dzieci, głównie córki, korzystając z doraźnej pomocy pielęgniarek środowiskowych czy zatrudnionych przez nich osób obcych. Są to najczęściej już osoby w podeszłym wieku, obciążone licznymi chorobami. Natomiast w różnego rodzaju tzw. domach opieki opiekunami jest wykształcony personel: pielęgniarki, opiekunki, sanitariusze, lekarze.

Istnieją badania, w których dowiedziono, iż bycie opiekunem osoby otępiełej jest czynnikiem ryzyka zwiększonej śmiertelności. Nie dziwi to wobec

faktu, że opiekunowie są poddawani presji natury psychicznej, fizycznej, finansowej. Podjęcie się opieki w warunkach domowych wiąże się niejednokrotnie z koniecznością rezygnacji z pracy, dotychczasowych zainteresowań. Działania cechujące się nadmiernym, jednostkowym przejmowaniem wszystkich obowiązków, oszczędzające w tym zakresie pozostałych członków rodziny, osamotnienie, gasnący kontakt z najbliższymi, nieustanna odpowiedzialności za podopiecznego, brak poczucia ważności tego, co się robi, wdzięczności, uznania – to nieliczne, ale już chyba wystarczające powody do upośledzenia wcześniej nadwątlonego zdrowia. Dlatego opiekunowie często zapadają na choroby narządu ruchu wskutek urazów przeciążeniowych, choroby układu krążenia, banalne infekcje z powodu obniżenia odporności oraz różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, głównie z kręgu depresyjnych. Z całą pewnością opiekunowie w zinstytucjonalizowanych placówkach nie są obciążeni tak dużym bagażem negatywnych następstw, ale ich dobrostan również pozostawia wiele do życzenia i to zarówno w relacji opiekun–pracodawca oraz opiekun–rodzina.

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat powstały naukowe opracowania na temat konieczności podjęcia działań mających na celu „opiekę nad opiekunami”, możliwości ingerencji lekarzy w sprawę zdrowia osób zajmujących się opieką nad pacjentami z otępieniem. W wielu krajach funkcjonują duże organizacje (o zasięgu światowym) ukierunkowane na opiekunów pacjentów z chorobą Alzheimera, opracowanie i wdrożenie metod opieki minimalizujących lub eliminujących negatywne ich konsekwencje oraz uczulenie społeczeństwa i decydentów na rosnący z roku na rok problem ludzi otępiiałych. W Polsce obserwuje się „opiekę nad opiekunami”, powoli powstają stowarzyszenia opiekunów, gdzie istnieje możliwość edukacji, zwrócenia się o radę, przeprowadzenia profesjonalnych treningów zachowań wobec chorego. Ale same stowarzyszenia to nie wszystko, niezbędna jest pomoc państwa, a ta, jak wiadomo, zdeteminowana jest sytuacją ekonomiczną kraju oraz wolontariuszy. Niestety, w naszej kulturze nie ma tradycji wolontariatu na rzecz osób słabszych. W Polsce funkcjonują szczątkowe, niezorganizowane pod tym względem lokalne społeczności.

Jakość usług medycznych w opiece nad ludźmi starszymi na przykładzie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczeg w Opolu Szczepanowicach

Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Opolu Szczepanowicach, prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Pielęgniarek według III Reguły św. Franciszka, w nowej siedzibie od 2005 r., burzy funkcjonujące w świadomości społecznej stereotypy na temat domów opieki społecznej. Ośrodek ten jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej, finansowanym przez Narodowy Fundusz

Zdrowia oraz środki własne pensjonariuszy, w zdecydowanej większości osoby starsze. W zakładzie udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne, obejmujące leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób przewlekle chorych, które z tytułu swojej choroby są niepełnosprawne i niesamodzielne. Pensjonariuszom przebywającym w ZOL-u zapewnia się: leczenie farmakologiczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny, stałą, miejscową opiekę lekarza internisty i neurologa, a także, na ich zlecenie, konsultacje lekarzy innych specjalności, dodatkowe badania diagnostyczne, transport chorych. Bezsprzecznym atutem zakładu jest jego baza lokalowa, olbrzymia, nieznaną mi z wcześniejszych kontaktów z tego typu placówkami w województwie powierzchnia mieszkaniowa przypadająca na jednego mieszkańca. Jest to niezmiernie ważne z medycznego punktu widzenia, gdyż daje możliwość utrzymania jak najdłużej aktywności ruchowej, bez zakłócania spokoju innym podopiecznym, i tym samym eliminuje konieczność uciekania się do farmakologicznej sedacji.

Kiedy tylko warunki pogodowe pozwolą, do dyspozycji mieszkańców pozostają ogrody i zadaszone patio z fontanną. Obszerne jedno- i dwuosobowe pokoje, każdy z węzłem sanitarnym ze wszystkimi wymaganymi udogodnieniami dla inwalidów, gwarantują lepszą, skuteczniejszą pielęgnację, ale przede wszystkim dają podopiecznym poczucie intymności, własności i spokoju. Poza tym chorzy mają zagwarantowane wyżywienie, odpowiednie do stanu zdrowia, a także uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach kulturalno-rekreacyjnych i z zakresu terapii zajęciowej. Dużym walorem ZOL-u jest kaplica, w której ksiądz celebryje msze święte, co zapewnia podopiecznym zaspokojenie potrzeb duchowych, które, jak wiadomo, w katolickim społeczeństwie polskim, zwłaszcza ludzi starszych, awansują do potrzeb pierwszoplanowych. Priorytetem w świadczonych usługach jest rehabilitacja, i to na najbardziej profesjonalnym poziomie. Do dyspozycji chorych pozostaje pięć sal rehabilitacyjnych, w dwóch odbywa się kinezyterapia, w następnych hydroterapia, fizykoterapia i masaże suche. Zadowalające jest pozyskiwanie dodatkowych źródeł dochodów z organizowanych imprez charytatywnych, przeznaczanych na poprawę jakości świadczonej rehabilitacji.

Personel zatrudniony na poszczególnych stanowiskach w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Opolu Szczepanowicach ma wysokie kwalifikacje i stale je podnosi. Przestrzegany jest ścisły podział kompetencji, odpowiedzialności i przydzielonych obowiązków. Nie ulega wątpliwości, że jakość obsługi pacjenta jest głównym podmiotem działań ZOL-u, a o wysokim jej poziomie świadczy również rosnąca lista osób oczekujących na miejsce. Smutne jest to, że wielu oczekujących na wolne miejsce, niestety, nie doczeka je przyjęcia, gdyż wcześniej umierają.

Wnioski

Opieka nad niepełnosprawnymi osobami starszymi jest poważnym i trudnym wyzwaniem dla społeczeństwa XXI w. Najlepszym rozwiązaniem jest zapewnienie opieki w warunkach środowiska rodzinnego, ale przeciętna rodzina nie jest po prostu w stanie zapewnić takiej opieki, jaką daje współczesna szeroko pojęta medycyna, głównie z powodów finansowych. Dzisiejsze oczekiwania w opiece nad ludźmi starszymi wiążą się nie tylko z zapewnieniem podstawowych zabiegów pielęgnacyjno-żywnieniowych i obecnością najbliższych, ale również z dostępnością do wielospecjalistycznego leczenia, różnego rodzaju form aktywizacji, głównie rehabilitacji. Realizacja takiego kompleksowego modelu wymaga zaangażowania wielu specjalistów, wykwalifikowanego personelu, bogatego zaplecza, co oczywiście wiąże się z kosztami. Przy takich oczekiwaniach domowa opieka pełniona może być tylko przy zapewnieniu wsparcia z zewnątrz, ze strony państwa i wolontariuszy. Nowoczesne, różnego rodzaju zinstytucjonalizowane placówki oferują znacznie lepszą opiekę nad ludźmi starszymi w porównaniu do środowiska domowego i to zarówno w zakresie warunków mieszkalnych, jak i świadczonych usług pielęgnacyjno-leczniczych. Pobyt w placówce nie wyklucza zerwania więzi rodzinnych, co więcej – daje możliwości uczestnictwa w opiece tym rodzinom, które naprawdę tego chcą, bez przykrych ograniczeń w ich własnym życiu. Co ciekawe, w praktyce przy takim modelu opieki obserwuje się symbiozę, zgodę, gotowość do kompromisów pomiędzy rodzinnym i „nierodzinnym” opiekunem. Nowoczesne zakłady opieki wydają się dobrą alternatywą dla rodzinnej opieki. Sądząc po zapotrzebowaniu, istnieje konieczność tworzenia nowych placówek dla chorych wymagających opieki długoterminowej. Potrzeba ta wynika z ważnego zagadnienia demograficznego, jakim jest starzenie się społeczeństwa.

Kolejny problem w opiece nad człowiekiem starym to uregulowanie kwestii prawnych dotyczących powstania i określających standardy funkcjonowania zakładów opieki w sektorze prywatnym, by prawnie ujednoczyć opiekę, zapewnić do niej jednakowy dostęp, a przede wszystkim poprawić jej jakość. Obawiam się tylko, że dostęp do tego typu usług dla przyszłego pokolenia ludzi późnej dorosłości będzie w znacznej mierze ograniczony z uwagi na rosnące koszty świadczeń w tych placówkach.

Donata Kurpas*
Andrzej Steciwko**

Opieka nad chorymi w wieku podeszłym w ramach praktyki lekarza rodzinnego

„The key to effective care is the right person, in the right
place, at the right time, doing the right thing”.

Carol Black, 2004

Wstęp

Jeden mieszkaniec Ziemi na dziesięciu ma obecnie więcej niż 60 lat, do 2050 r. stosunek ten wyniesie 1 do 3.

W roku 2001 osoby powyżej 65. roku życia stanowiły 11% populacji Irlandii i Słowacji, 17% – Szwecji, 18% – Włoch, a szacuje się, że do roku 2020 odsetek ten zwiększy się o dalsze 3–6%. Określa się, że liczba pacjentów powyżej 65. roku życia, wymagających opieki długoterminowej, wzrośnie o 50–120% między rokiem 1995 a 2025. Szacuje się także, że w roku 2020 jedna na 44 osoby będzie miała stwierdzone zaburzenie otępienne.

W 2000 r. na świecie żyło ok. 180 tys. osób stuletnich, z czego w Europie mieszkało ok. 50 tys. Prognoza ONZ zakłada, że liczba stulatków na świecie osiągnie 3,2 mln do 2050 r. Najwięcej osób, które ukończyły setny rok życia, będzie w Japonii (959 tys., 1% całej populacji).

W latach 1990–2000 średnia długość trwania życia mężczyzn w Polsce wydłużyła się o 3,2 roku, a kobiet o 2,5 roku.

W 1950 r. osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 5,2% całej populacji Polski, w 1990 r. –10,2%. Według NSP z 2002 r. odsetek osób powyżej 65. roku życia wynosił 12,8 (4,8 mln), zaś prognoza GUS przewiduje jego wzrost do 23,8 (8,5 mln) w roku 2030.

Według danych GUS w 2002 r. w Polsce żyło 2316 osób, które ukończyły setny rok życia, w tym 1562 kobiety i 754 mężczyzn.

* Dr, Katedra Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu.

** Prof. dr hab. med., Katedra Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.

Pacjenci w wieku podeszłym – chorobowość, diagnostyka, terapia

Okolo 70% osób w wieku powyżej 70 lat korzysta z porad lekarskich co najmniej raz na trzy miesiące. W tym czasie tylko 50% wszystkich osób dorosłych (łącznie ze starszymi) korzysta z konsultacji lekarzy. Pacjenci po 80. roku życia, podobnie jak powyżej 90 lat, rzadziej niż osoby w wieku 75–80 lat korzystają z porad lekarza. Bez względu na wiek starsze kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają się do lekarza w ambulatorium.

Okolo 30–40% osób starszych wymaga co najmniej jednej hospitalizacji w ciągu dwóch lat. Powyżej 75. roku życia 75% pacjentów zgłasza się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu chorób przewlekłych, a do roku 2030 występowanie chorób przewlekłych u pacjentów powyżej 65. roku życia prawdopodobnie podwoi się.

Osoby starsze stanowią ponad połowę pacjentów oddziałów internistycznych, w tym większość ma ukończony 70. rok życia. Najczęściej jest to choroba niedokrwienna serca (ok. 15,7%), zapalenie płuc (11,5%) i udar mózgu (8,7%); inne to choroby układu krążenia, takie jak: nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność serca, cukrzyca insulinozależna oraz niewydolność naczyń mózgowych.

Ponadto w populacji pacjentów powyżej 65. roku życia w Polsce stwierdza się:

- choroby układu sercowo-naczyniowego – 75%;
- choroby układu ruchu – 68%;
- choroby układu oddechowego – 46%;
- choroby układu trawiennego – 34%;
- zespoły otępienne – 15%.

W grupie osób po 65. roku życia 35–42% zawałów serca ma przebieg bezbólowy. Również nieodczuwanie bólu w przebiegu ostrych chirurgicznych schorzeń jamy brzusznej bywa często powodem zbyt późnej interwencji, a w następstwie ciężkich powikłań lub nawet śmierci. U osób w podeszłym wieku można obserwować infekcje dolnego odcinka dróg moczowych, którym nie towarzyszą objawy dysuryczne, a jedynym objawem jest podwyższona temperatura ciała. Jednak gorączka obok bólu jest objawem chorobowym, który może nie pojawiać się w przebiegu nawet ciężkich schorzeń infekcyjnych. U 25–30% starszych pacjentów z zapaleniem płuc stwierdza się prawidłową lub obniżoną ciepłotę ciała.

U pacjentów w wieku podeszłym, mimo zażywania przez nich największej ilości leków, rozpoznawalność chorób jest najmniejsza. Według danych epidemiologicznych lekarz rodzinny, mający na swej liście 1500 pacjentów, powinien opiekować się np. średnio 34 pacjentami z zaburzeniami otępiennymi. Rzeczywista jednak rozpoznawalność zaburzeń otępiennych w opiece podsta-

wowej nie przekracza 10%. Warto jednak pamiętać, że po 65. roku życia tylko 20% osób nie skarży się na pogorszenie pamięci. Około 10% ma otępienie, a 70% adekwatne do wieku pogorszenie pamięci. Otępienie spowodowane chorobą Alzheimera występuje wśród 47% osób powyżej 85. roku życia; odsetek ten jest dramatycznie większy u osób przebywających w instytucjach opieki.

Ponad 80% osób starszych zażywa stale leki – przeciętnie średnio 4,5 rodzaju leków przepisywanych przez lekarza i 2,1 rodzaju leków dostępnych bez recepty. Pacjenci po 75. roku życia zażywają średnio ok. pięć rodzajów leków, pensjonariusze domów opieki – średnio siedem. W wielu badaniach podkreśla się, że kobiety częściej niż mężczyźni sięgają po leki i zażywają ich więcej.

Warto tu zaznaczyć, że jednoczesne podawanie dwóch leków łączy się w 5,6% z możliwością interakcji, przy pięciu lekach ryzyko to wynosi 50%, a zapisując pacjentowi osiem leków lub więcej, możemy mieć stuprocentową pewność, że wystąpią objawy uboczne. U pacjentów w wieku podeszłym działania niepożądane występują dziesięciokrotnie częściej niż u osób młodych (ok. 4 vs. 40%).

Aż 12% pacjentów powyżej 70. roku życia trafia do szpitala z powodu ubocznego działania leków, dla osób po 80. roku życia wskaźnik ten może przekroczyć 20%.

Przy założeniu, że liczba osób w wieku podeszłym, zależnych od pomocy opiekuna przynajmniej w jednej czynności życia codziennego, jest miarą zapotrzebowania na opiekę długoterminową i wsparcie rodziny (45,6% osób w wieku powyżej 65. roku życia wymaga takiej pomocy opiekuna), można określić, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wzrośnie z 2,2 mln w 2002 r. do niemal 4 mln osób starszych za blisko 25 lat. Należy przy tym podkreślić, że przynajmniej tyle samo opiekunów rodzinnych (przy założeniu, że tylko jeden opiekun rodzinny będzie sprawował opiekę) będzie bezpośrednio zaangażowanych w proces świadczenia opieki długoterminowej na rzecz pacjentów w wieku podeszłym. Określa się, że do 2030 r. wzrostowi liczby osób w wieku podeszłym, potrzebujących opieki, towarzyszyć będzie spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym. Stąd tak istotna jest właściwa organizacja opieki i finansowania opieki długoterminowej, z dużym naciskiem na profilaktykę i promocję zdrowia u osób w wieku podeszłym.

Dostęp do prawidłowo funkcjonujących usług medycznych jest jednym z ważniejszych czynników decydujących o jakości życia ludzi w podeszłym wieku. Wobec procesu starzenia się europejskich społeczeństw niezwykle istotne staje się dostosowanie usług i zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej do potrzeb coraz liczniejszego grona pacjentów w wieku podeszłym.

Jakość zdrowia pacjenta w wieku podeszłym

Do czynników społeczno-środowiskowych wpływających na jakość życia osób w wieku podeszłym należą:

- polityka zdrowotna państwa (system pozyskiwania środków na leczenie, pakiet świadczeń zdrowotno-opiekuńczych i socjalnych przysługujący osobie ubezpieczonej, mechanizm gwarantujący dostępność tych świadczeń);
- przygotowanie infrastruktury opiekuńczo-społecznej, architektonicznej i użytkowej dostosowanej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa;
- edukacja przygotowująca do okresu starości;
- stan środowiska naturalnego;
- poziom świadomości społecznej i wiedza o ograniczeniach i możliwościach osób starszych;
- motywowanie do aktywności fizycznej i intelektualnej;
- ułatwienia w dostępie do obiektów sportowych, dostępność rehabilitacji;
- ograniczanie marginalizacji społecznej powodowanej wiekiem.

Dla pacjenta w wieku podeszłym najważniejszą kwestią gwarantującą dobre samopoczucie jest zachowanie niezależności. Świadomość dużych obciążeń przekraczających w tym wypadku możliwości rodziny sprawia, że osoby w wieku podeszłym często decydują się na pobyt w zakładzie opieki. Warto tu wspomnieć, że wśród pracowników służby zdrowia zdarzają się zachowania dyskryminacyjne wobec osób w wieku podeszłym: przemilczanie problemów chorego, brak odpowiedniej diagnozy, niepytanie o zgodę na leczenie instytucjonalne, uzależnienie podjęcia leczenia od wieku. Zarówno lekarze, jak i studenci medycyny wykazują niewielkie zainteresowanie pacjentami w wieku podeszłym. Wśród osób powyżej 85. roku życia przewlekle korzystających z pomocy lekarskiej właściwe leczonych jest zaledwie 20%.

Pacjenci w wieku podeszłym – wytyczne opieki podstawowej

Lekarz rodzinny dysponujący najszerszą wiedzą o całości problemów socjomedycznych pacjenta pozostającego pod jego ciągłą opieką kieruje się przede wszystkim takimi wytycznymi funkcjonowania opieki holistycznej, jak:

- powszechność – dostęp wszystkich pacjentów do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- dostępność – bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i bezpłatne świadczenia;
- długo trwałość – ciągłość opieki wynikająca z przewlekłości chorób;
- jakość – stosowanie fachowej wiedzy ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;

- kompleksowość – całościowe rozwiązywanie problemów socjomedycznych (współpraca lekarza z pielęgniarkami, pracownikiem socjalnym i innymi profesjonalistami).

Wobec tego szczególne miejsce w holistycznej opiece podstawowej zajmują przewlekle chorzy w wieku podeszłym.

W konsekwencji analizy struktury demograficznej pacjentów w wieku podeszłym w Polsce oraz na podstawie relacji opiekunów rodzinnych ustalono, że w większości są to osoby w zaawansowanym wieku (średnio 79 lat). W 77% są to kobiety o niskim poziomie wykształcenia, w 64% owdowiałe, w co piątym przypadku mieszkające samotnie. Najpowszechniejszym powodem ich zależności od opiekuna jest niezdolność do wykonywania prac domowych (aż 92% podopiecznych wymaga pomocy opiekuna przynajmniej w jednej czynności tego typu), ale także problemy lokomocyjne (77% nie jest w stanie samodzielnie opuścić mieszkania).

U więcej niż połowy pacjentów obserwuje się zaburzenia pamięci lub zachowania i niezdolność do samodzielnego kontrolowania przyjmowanych leków, zaś niemal co trzeci nie kontroluje oddawania moczu. Jedynie 15% spośród wszystkich osób w wieku podeszłym jest prawie niezależnych w wykonywaniu codziennych czynności. W 66% przypadków opiekunowie określają stopień niepełnosprawności podopiecznych jako nieznaczny lub umiarkowany, zaś w 19% jako poważny.

Opieka domowa

Pacjenci w wieku podeszłym niemal powszechnie narażeni są na skrycie postępujące schorzenia przewlekle, które prowadzą do utraty sprawności (np. osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, otępienie, miażdżyca). Z drugiej strony leczenie stanów ostrych (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, złamanie szyjki kości udowej) rzadziej niż u ludzi młodszych doprowadza do pełnego wyzdrowienia, a częściej generuje kolejne przypadki poważnego inwalidztwa i potrzebę opieki długoterminowej.

Co trzecia osoba w wieku podeszłym (34%) wskazuje na małżonka jako na potencjalnego opiekuna, na którego pomoc mogłaby liczyć w razie poważnej choroby. Rodzina jest największą „instytucją” opieki długoterminowej nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Wiadomo, że ponad 80% osób w wieku podeszłym pozostaje pod opieką członków rodzin, którzy codziennie, często przez wiele miesięcy i lat, świadczą usługi w czynnościach gospodarskich, osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, transportowych, a także zaspokajają potrzeby emocjonalne i towarzyskie, udzielając im wsparcia psychicznego, czasami również finansowego. Zgodnie z wynikami projektu EUROFAMCARE (*Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*) zapotrzebowanie osób w wieku

podeszłym na wymienione rodzaje pomocy w badaniu opiekunów rodzinnych w Polsce jest bardzo wysokie.

Opiekunowie rodzinni jako najważniejsze formy wsparcia wymieniają: informację o chorobie, na którą cierpi osoba w wieku podeszłym (26,5% wskazań), informację i rady o rodzajach pomocy/wsparciu, które są dostępne, oraz o tym, jak je uzyskać (14,2% wskazań), jak również więcej środków finansowych, które pomogą zaopatrzyć się w rzeczy potrzebne do sprawowania dobrej opieki (13,9% wskazań).

Należy nadmienić, iż w prowadzonych analizach ustalono, że 81% opiekunów rodzinnych pacjentów w wieku podeszłym i przewlekle chorych miało przynajmniej jeden kontakt z lekarzem w okresie ostatnich sześciu miesięcy. Na drugim miejscu były kontakty z pielęgniarkami (59%). Według założeń WHO, usługi pielęgniarskie powinny jednak przeważać nad opieką lekarza.

Rola pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej

Zmiany funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce – z restrukturyzacją lecznictwa szpitalnego i w konsekwencji likwidacją wielu oddziałów dla przewlekle chorych – spowodowały wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej, a więc we współpracy z praktykami lekarza rodzinnego.

Usługi pielęgniarskie mogą być świadczone przez:

- pielęgniarki praktyki lekarzy rodzinnych (zatrudniane przez lekarzy rodzinnych);
- pielęgniarki rodzinne/środowiskowe (zorganizowane w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej);
- pielęgniarki domowe (usługi odrębnie kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wyraźnie zdefiniowanych grup pacjentów).

Pielęgniarki rodzinne/środowiskowymi pracują w sposób niezależny, w strukturach niepublicznych zespołów opieki zdrowotnej. Sposób organizacji pielęgniarskich potrzeb podopiecznych do nich zapisanych podobny jest do instytucji lekarza rodzinnego. Spełniają długoterminowe zalecenia lekarza rodzinnego. Ich głównym zadaniem jest rozpoznawanie sytuacji środowiskowej podopiecznych pod kątem potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych, zaspokajanie ich we współpracy z innymi podmiotami opieki zdrowotnej i społecznej, informowanie o możliwych źródłach pomocy, środkach pomocniczych, edukowanie itp. Realizują także tzw. pielęgniarską opiekę domową, kontraktowaną przez NFZ dla najbardziej niesprawnych i chorych pacjentów. Pielęgniarki wykonują zadania opiekuńczo-pielęgnacyjne dostępne jedynie dla pacjentów spełniających określone kryteria – są to osoby unieruchomione, mające 0–40 pkt w skali Barthel, i dodatkowo wymagające przynajmniej jednego ze ściśle określonych świadczeń, np.: kroplowe wlewy dożylnie zlecone przez lekarza; opatrunk-

ki (rany, odleżyny, owrzodzenia troficzne podudzi); karmienie przez zgłębnik; karmienie przez przetokę; pielęgnacja przetoki; założenie i usunięcie cewnika (stałe zlecenie lekarskie); płukanie pęcherza moczowego; pielęgnacja rurki tracheotomijnej.

Pielęgniarki domowe mają zapewnić opiekę nad przewlekle chorym pacjentem, który nie wymaga leczenia w zakładach lecznictwa stacjonarnego i z różnych przyczyn nie chciał lub nie został zakwalifikowany do pobytu w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej. Do pielęgniarskiej opieki domowej pacjenci mogą być zgłaszani przez: lekarzy, pielęgniarki, innych pracowników ochrony zdrowia lub opieki społecznej, samych chorych, rodzinę chorego, inne osoby. Podstawą do objęcia chorego pielęgniarską opieką domową jest wniosek lekarza rodzinnego lub lekarza oddziału szpitalnego po zakończonym leczeniu. Kolejnym krokiem do uzyskania opieki domowej jest kwalifikacja pacjenta przez pielęgniarkę domową według skali Barthel oraz pisemna zgoda chorego (lub jego opiekuna).

Trudności opieki nad chorymi w wieku podeszłym

Ogrom problematyki wzbudza więc coraz szersze zainteresowanie stworzeniem opieki zdrowotnej ukierunkowanej na choroby przewlekłe wieku podeszłego, z jej zmianą z systemu reaktywnego, reagującego wówczas, gdy zgłasza się osoba już chora, na proaktywny i skupiający się na utrzymaniu jej w stanie zdrowia tak długo, jak to tylko możliwe.

Za kluczowe aspekty organizacji systemu opieki nad chorym w wieku podeszłym uważa się, zgodnie z wytycznymi WHO:

- identyfikację pacjentów z chorobami przewlekłymi;
- zróżnicowanie pacjentów ze względu na stopień ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych;
- wykorzystanie systemu informacji skoncentrowanej zarówno na pacjencie, jak i populacji;
- poprawę systemu zarządzania placówkami opieki podstawowej (system elektroniczny wspierający identyfikację i opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi w wieku podeszłym);
 - zaangażowanie pacjentów w opiekę zdrowotną;
 - koordynację opieki z wykorzystaniem *case-managers* (profesjonalistów zajmujących się poszczególnymi pacjentami);
 - stworzenie i wykorzystanie zespołu multidyscyplinarnego;
 - integrację konsultacji lekarzy rodzinnych i innych specjalistów;
 - integrację opieki ponad granicami referencyjności systemu opieki zdrowotnej;
- ukierunkowanie na zmniejszenie zbędnych wizyt w poradniach i przyjęć na oddziały szpitalne;

- poprawę opieki środowiskowej z wykorzystaniem zasobów społeczności lokalnej (grupy samopomocy, programy lokalne skupione na środowiska domowe pacjentów itd.);

- stworzenie jasnych, ale multidyscyplinarnych standardów postępowania w przypadku poszczególnych chorób przewlekłych.

Wskazuje się, że szczególnej opieki wymagać będą rodziny w złej sytuacji socjoekonomicznej, które są obciążone większym ryzykiem występowania problemów zdrowotnych.

Dominujące w aktualnym systemie opieki zdrowotnej krótkie konsultacje, dające w konsekwencji pomoc w przypadkach „ostrych”, według zajmujących się problemem opieki nad przewlekle chorymi ulegną transformacji do wizyt będących swoistą negocjacją dalszego postępowania zarówno klinicznego, jak i socjalnego pomiędzy pacjentem, jego rodziną i profesjonalistami zespołu multidyscyplinarnego. Sam funkcjonujący system opieki zdrowotnej zogniskowanej na opiece nad przewlekle chorym dotyczyć będzie całej populacji pacjentów danej praktyki lekarza rodzinnego, ale równocześnie poszczególnych grup pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych i kolejno grupy pacjentów już chorych, narażonych na wystąpienie powikłań, a w konsekwencji jakości życia i długości jego trwania.

Największe deficyty w opiece nad chorym w wieku podeszłym dotyczą, według NHS (National Health Service, Wielka Brytania):

- nieprzestrzegania standardów postępowania;
- braku koordynatorów opieki nad chorym przewlekle;
- braku oceny działań długoterminowych (tym samym braku oceny efektywności opieki);
- niedostatecznej edukacji pacjentów.

Przeprowadzone w Kanadzie w 2001 r. badania wśród populacji 7980 profesjonalistów opieki zdrowotnej wykazały z kolei, że najczęściej wymienianymi barierami efektywnie funkcjonującej opieki ukierunkowanej na choroby przewlekłe wieku podeszłego są:

- czas (poświęcony na wizytę, aspekty kliniczne, ale przede wszystkim edukację pacjenta);
- kompleksowość opieki (wieloaspektowość samej choroby przewlekłej, ale i brak przestrzegania zaleceń, tzw. *non-compliance* – wraz ze wzrostem poziomu kompleksowości dotyczącej danego zaburzenia spada bowiem *compliance* pacjentów);
- obciążenie pracą;
- brak funduszy wspierających opiekę nad przewlekle chorymi;
- niewystarczające zasoby ludzkie.

Dostępne są jednak analizy programów poprawy opieki nad przewlekle chorymi w wieku podeszłym w ramach systemu praktyk lekarzy rodzinnych. Program *Castlefields Health Centre* (Wielka Brytania) skutkował 15-procento-

wym zmniejszeniem przyjęć do szpitala osób w podeszłym wieku, skróceniem pobytu w szpitalu o 31%, zmniejszeniem całkowitej liczby dni pobytu w szpitalu o 41%. Podobne wyniki opisywano w konsekwencji implementacji programu *Evercare* (USA), w tym dodatkowo wykazano zmniejszenie o 50% nieplanowanych hospitalizacji, znamienne zmniejszenie zażywanych leków z poprawą stanu klinicznego pacjentów, przy 97-procentowej satysfakcji pacjentów i profesjonalistów opieki zdrowotnej z samego programu. Obserwacje w *Veterans Administration* (1994–1998, USA) również potwierdziły zmniejszenie długości hospitalizacji o 50% i redukcję przyjęć ostrożyżurowych o 35%.

Poprawa opieki nad przewlekle chorymi w wieku podeszłym w opiece podstawowej spowoduje w efekcie zmniejszenie poziomu hospitalizacji i zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną, w tym skrócenie czasu oczekiwania na wizytę w poradniach specjalistycznych. Konieczne stanie się jednak rozbudowanie opieki socjalnej nad przewlekle chorym w rezultacie przebywania chorych przede wszystkim pod opieką domową. W zaleceniach WHO stwierdzono jednoznacznie, że instytucjonalna opieka jest dla chorego formą gorszą i powinna być traktowana jako ostateczna wobec braku domowej.

Zakończenie

Poprawa opieki nad przewlekle chorymi w podeszłym wieku powoduje zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności, ograniczając w wymiarze klinicznym zaostrenia chorób przewlekłych i znamienne redukując konieczność instytucjonalizacji, a w wymiarze ekonomicznym – obniżając wydatki wiążące się z terapią przewlekle chorych.

Aktywność lekarza rodzinnego stanowi jedyną w swoim rodzaju syntezę wielu działań. Sprawuje on opiekę nad chorymi w swoim gabinecie, w domu pacjenta, a niekiedy kontynuuje terapię rozpoczętą w klinice czy szpitalu. Jest lekarzem pierwszego kontaktu. Od jego kompetencji, trafnego rozpoznania i właściwego postępowania niejednokrotnie zależą dalsze losy chorego. To podejmuje pierwsze decyzje i działania w celu ratowania i ochrony zdrowia pacjentów w wieku podeszłym.

Współcześnie nikt nie ma wątpliwości, że medycyna rodzinna, funkcjonująca zgodnie z wymienionymi założeniami, jest najtrafniejszą formą sprawowania opieki zdrowotnej. Nieustannie zadawane jest jednak pytanie, kiedy w polskich warunkach zacznie ona funkcjonować w zakresie umożliwiającym wypełnianie kompetencji lekarza rodzinnego i opiekę nie tylko nad pacjentem, ale także jego rodziną i społecznością w aspekcie potrzeb i oczekiwań pacjentów w wieku podeszłym.

Literatura

- Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*, HMSO London, 1998.
- Family caregiving for the elderly in Poland*. Ed. B. Bień, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006.
- Bień B., Goroszkiewicz H., *Opieka długoterminowa w geriatricz: dom czy zakład opieki?*, „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 10, s. 48–57.
- Bień B., *Lekarz rodzinny „geriatricz pierwszej linii”*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2002, nr 4 (2), s. 171–176.
- Bień B., *Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie*, [w:] *Polska starość*. Red. B. Synak, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 78–100.
- Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] *Polska starość*. Red. B. Synak, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 35–77.
- Błędowski P., *Starzenie się ludności – analiza demograficzna*, [w:] *Podstawy gerontologii społecznej*. Red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 221–240.
- Czekanowski P., Bień B., *Older people and their needs for care*, [w:] *Family caregiving for the elderly in Poland*. Ed. B. Bień, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2006, s. 66–84.
- Czekanowski P., *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, [w:] *Polska starość*. Ed. B. Synak, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002, s. 140–72.
- Inequalities in health: report of a working group chaired by Sir Douglas Black*, DHSS London 1980.
- Derejczyk J., *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*, [w:] *Jak żyć długo i w pełnym zdrowiu?* [cyt.: 11 maja 2007]; URL: [http://www.filantropia.org.pl/publikacje/my_tez_rozdzial_6.pdf].
- Farmakologia kliniczna*, [w:] *MSD. Podręcznik geriatricz*. Red. W.B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow, Urban&Partner, Wrocław 1999, s. 281–302.
- Gibson S. J., Helme R. D., *Age-related differences in pain perception and report*, „Clin. Geriatr. Med.” 2001, No 17, 433–456.
- Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E., *Hospitalizacje starszych mieszkańców Łodzi. Częstość, przyczyny, możliwości zapobiegania*, Instytut Postępowania Twórczego, Łódź 2001, s. 52–58.
- Kocemba J., Życzkowska J., *Osobnicze i populacyjne starzenie się człowieka*, [w:] *Zarys gerontologii klinicznej*. Red. J. Kocemba, T. Grodzicki, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ, Kraków 2000, s. 7.
- Kontraktowanie świadczeń z zakresu pielęgniarstwa opieki domowej – głos w dyskusji*, „Kwartalnik Medi. Forum Opieki Długoterminowej” 2003, s. 10–11.
- Kurpas D., Staniszewski A., Jasińska A., Steciwko A., *Organizacja opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej*, „Fam. Med. Prim. Care Rev.” 2006, vol. 8, No 3, s. 974–981.
- Kurpas D., Steciwko A., *Rola i kompetencje pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w praktyce lekarza rodzinnego*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004, nr 1, s. 83–87.
- Macleod-Alley B., *Chronic disease management. Results from Physician Survey* [cyt. 6 sierpnia 2007]; URL [<http://www.health.gov.bc.ca/cdm/research/index.html>].
- NHS, Colin-Thomé D., Belfield G., *Improving Chronic Disease Management* [cyt.: 5 sierpnia 2007]; URL [<http://www.dh.gov.uk/organization>].
- Perls T. T., Silver M. H., Lauerma J. F., *Dożyć do setki*, Moderski i S-ka, Poznań 1999.
- „Polska Statystyka Publiczna – Demografia”, GUS, Warszawa 2002.

„Rocznik Demograficzny”, GUS, Warszawa 2004, s. 207.

„Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej”, GUS, Warszawa 2001, tabl. 4. (119), s. 100.

R u t k o w s k a L., *Trwanie życia w 2002 roku*, GUS, Warszawa 2003, s. 9–13.

S t e c i w k o A., K u r p a s D., *Lekarz rodzinny jako wyraz nowego podejścia do opieki nad pacjentem*, [w:] *Moralne problemy współczesnej medycyny*. Red. D. Walczak-Duraj, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, s. 151–157.

S z c z e r b i ń s k a K., H u b a l e w s k a A., *Stan zdrowia osób długowiecznych w Krakowie*, „Przegląd Lekarski” 2004, nr 61, s. 1360–1368.

S z c z e r b i ń s k a K., *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, [w:] *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Red. K. Szczerbińska, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006, s. 29–43.

S z u k a l s k i P., *Stulatkowie – szkic demograficzny*, „Gerontologia Polska” 2002, nr 10, s. 62–68.

World Population Prospects: The 2000 Revision, UN, New York 2000.

Ż y c z k o w s k a J., *Dlaczego lekarz rodzinny powinien uczyć się geriatry*, „Przewodnik Lekarski” 2006, nr 10, s. 42–46.

Ż y r a M., *Korzystanie z usług opieki zdrowotnej przez osoby starsze*, [w:] *Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999. Ku godnej aktywnej starości*. Red. S. Golinowska, UNDP i CASE, Warszawa 1999, s. 69.

S. Maria B. Pecyna*

Kobieta i mężczyzna w aspekcie gerontopsychologii

Późny wiek stanowi ukoronowanie ludzkiego życia. To czas żniwa, czas, w którym zbieracie owoce tego, coście się nauczyli i doświadczyli, czegoście dokonali i coście wycierpieli. Podobnie jak w finale wielkiej symfonii wszystkie tematy życia łączą się w pełną mocy harmonię. Mądrość łączy się z dystansem, ale nie jest to dystans, który każe wynosić się ponad świat; mądrość pozwala zachować dystans do pewnych spraw bez nienawiści...

Jan Paweł II

Żyć wiecznie, nie umierać, to pragnienie ludzi wszystkich epok i narodów, dlatego w swej bezsilności pragną choć nieco przedłużyć swoje życie i uczynić je przyjemniejsze. Prawdą jest też, że prace z gerontopsychologii są nieliczne i przeważnie wycinkowe, zaś w rozumieniu autorki starość charakteryzują „[...] jakościowo nieodwracalne zmiany strukturalne i procesualne w organizacji psychofizycznej i duchowej o sekwencyjnie uporządkowanej regresji–progresji¹. Oznacza to, iż niezależnie od płci ludzi trzeciego wieku cechuje: wyższa ocena mądrości niż mocy fizycznej, socjalizacja i obiektywizacja, a nie sekularyzacja stosunków międzyludzkich; osiągnięcie giętkości emocjonalnej, nie zubożenia emocjonalnego, i umysłowej, a nie bierności. W somatyce zaś, mimo widocznie postępujących zmian degeneracyjnych, można dostrzec ich konsystencję i stałość uwarunkowaną pamięcią, zwłaszcza wsteczną, oraz sytuacją i tendencjami nie zawsze habituacyjnymi, a więc względnie jednolitym sposobem percypowania i reagowania na bodźce pochodzące z wewnątrz i zewnątrz². I tu należy dodać, iż tak ujmowana regresja–progresja występuje

* Prof. dr hab., Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹ M. B. P e c y n a, *Starzenie się – starość*, „Pielęgniarka i Położna” 1989, nr 5.

² B. B u g a j s k a, *Sytuacja ludzi starszych w kontekście jednoczącej się Europy*, „Studia Pedagogica Universitatis Stetinensis” 2000, nr 1, s. 69–76; M. B. P e c y n a, *Starzenie się...*, op.cit.; O. C z e r n i a w s k a, *Starość wczoraj, dziś i jutro*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi” 2002, nr 7, s. 49–54; B. C a r e m, *Men and women really do think differently*, „LiveScience” 2005, No 1, s. 20–23; D. G. D u t t o n, *Female intimate partner violence and developmental trajectories of abusive families*, „International Journal of Men’s Health” 2007, No 6, s. 54–71.

na przestrzeni całego ludzkiego życia, a ich kryteria stanowią adaptacyjność, czyli zdolność do konstruowania jakościowo nowych relacji zarówno ze światem zewnętrznym, jak i wewnętrznym, oraz plastyczność. Toteż w ogólnej ocenie wspólne i kluczowe dla starości zjawiska biopsychiczne to zmniejszenie elastyczności struktur poznawczych i adaptacji, możliwości kontaktowania się z otoczeniem, wzrost poczucia izolacji społecznej, a także nawarstwianie się kryzysów psychicznych, najczęściej skorelowanych z utratą partnera życiowego, syndromem „pustego gniazda”, lękiem przed przyszłością oraz z negatywnym bilansem życia³. Z kolei zacierające się granice między normą i patologią, będące wyrazem zmienionego rozumienia rzeczywistości, często implikują liczne objawy psychopatologiczne, stąd w dotychczasowych badaniach naukowych⁴ uwzględniano następujące jej zakresy:

- stopień wydajności i możliwości obciążenia seniorów;
- możliwości terapeutycznego wpływania na proces starzenia;
- opracowanie wytycznych prospołecznego otoczenia.

Duże zróżnicowania indywidualne i płciowe nieustannie skłaniają klinicystów⁵ do znacznego poszerzenia analiz swych badań zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychologicznym oraz społecznym, uwzględniając przy tym przyczyny oraz ich wpływ zarówno na komfort psychiczny, jak i uciążliwości związane z wymienionymi okresami życia człowieka, nawet bez wpływu uchwytnych czynników chorobotwórczych. Niemniej, niezależnie od lansowanych teorii i dywergencji stanowisk dotyczących mechanizmów starzenia się człowieka (np. autoimmunologiczna, przysadkowa, wolnych rodników itp.), proces ten charakteryzuje się szeregiem konkretnych prawidłowości, jak np.:

³ M. S. Fiebert, D. M. Gonzalez, *Women who initiate assaults, the reasons offered for such behavior*, „Psychological Reports” 1997, No 80, s. 583–590; A. Kowalewska, A. Jacewski, K. Komosińska, *Problemy wieku starczego*, „Edukacja Otwarta” 2002, nr 4, s. 51–70; P. Kieniewicz, *Starość – czas trudny i owocny*, „Pastores” 2005, nr 2, s. 117–124; R. B. Felson, *Is violence against women about women or about violence?* „Contexts” 2006, No 5, s. 21–25.

⁴ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989; M. B. Pecyna, *Starzenie się...*, op.cit.; M. B. Pecyna, *Moc i siła ludzi w wieku starszym*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 1; M. B. Pecyna, *Osobowość a zaburzenia psychiczne okresu przedstarczego i starczego*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 5/6; F. A. Goodyear-Smith, T. M. Laidlaw, *Aggressive acts and assaults in intimate relationships, towards an understanding of the literature*, „Behavioral Sciences and the Law” 1999, No 17, s. 285–304; D. M. Piekut-Brodzka, *Dom pomocy społecznej jako miejsce życia osób starszych, niepełnosprawnych*, „Rocznik Teologiczny” 2004, t. 46, nr 1, s. 95–102; M. J. George, *The great taboo and the role of patriarchy in husband and wife abuse*, „International Journal of Men's Health” 2007, No 6, s. 7–22.

⁵ M. B. Pecyna, *Z problematyki starzejącej się kobiety*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 10; M. B. Pecyna, *Psychologiczne problemy starzejącego się mężczyzny*, „Pielęgniarka i Położna” 1993, nr 1; D. A. Hines, K. Mallely-Morrison, *Psychological effects of partner abuse against men a neglected research area*, „Psychology of Men and Masculinity” 2001, No 2, s. 75–85; J. Hamel, *Gender inclusive treatment of intimate partner abuse*, Springer Press, New York 2005.

powszechnością (dotyczy wszystkich organizmów żywych), indywidualną dynamiką gatunkowo-osobniczo-środowiskową, która zwykle jest wyrażana długością przeżytych lat (przeciętny człowiek w USA i Europie żyje 74,8 lat zaś w Gruzji może dożyć 120 lat) czy nawet wymiernością – np. subiektywną oceną (taki stary, jak się czuję), wzrokową (nie wygląda na takiego starego), aż do wieku kalendarzowego. To ostanie kryterium odmierzania życia zawsze wzbudzało wiele zastrzeżeń, gdyż ani zachodzące zjawiska involucyjne, ani status społeczny nie zawsze są zgodne z normami kalendarza. Szczególnie w okresach przedstarzym i starzym te zauważalne rozbieżności noszące znamiona uniwersalizmu – opierającego się na wspólnej konstytucji człowieka i otaczającego go świata – bywają bardzo zróżnicowane. Dlatego są proponowane następujące zastępcze terminy, do których m.in. zalicza się wiek: biologiczny, sprawnościowy, psychologiczny itp. Praktycznie rzecz ujmując, jest także paradoksem, iż do niemal 30-letniego okresu aktywności zawodowej człowiek przygotowuje się przez podobną liczbę lat obowiązkowego kształcenia, natomiast o starości, która może trwać tyleż lat, na ogół zaczyna się myśleć dopiero z chwilą jej nadejścia; dlatego można tu mówić tylko o jej improwizacji i idealizacji.

Wśród swoistych czynników rzutujących „na szybko” skonstruowany model wyidealizowanej starości wymienia się następujące: postawy, potrzeby, zainteresowania i zamiłowania oraz style i role społecznie pełnione w środowisku rodzinnym i zawodowym, a także zdobytą wiedzę, umiejętności i doświadczenia. Niemniej są one warunkowane⁶ odmiennością płciową, ponieważ w porównaniu z mężczyznami z trzeciego wieku ich rówieśnice – kobiety zwykle:

- wykazują większą wrażliwość i odpowiedzialność społeczną, ponieważ są bardziej zainteresowane rozwojem innych ludzi; dlatego uważa się je za inicjatorki relacji międzyludzkich;
- potrafią lepiej łączyć liczne swoje obowiązki i wykonywać wiele czynności równolegle;
- są bardziej nastawione na budowanie nieformalnych więzi międzyludzkich;
- charakteryzują się większą zdolnością adaptacyjną, ponieważ z natury swojej lubią zmiany i wszelkie tego typu nowości;
- najczęściej w strukturze ich cech osobowościowych dominują: komunikatywność, intuicja, empatia, emocjonalna samoświadomość oraz zorientowanie na usługi w myśl zasad Seneki: „człowiek jest rzeczą świętą dla człowieka”

⁶ P. K i e n i e w i c z, *Starzenie się...*, op.cit.; S. S. J e n k i n s, J. A u b e J., *Gender differences and gender-related constructs in dating aggression*, „Personality and Social Psychology Bulletin” 2002, No 28, s. 1106–1118; S. L. W i l l i a m s, I. H. F r i e z e, *Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women*, „Sex Roles” 2005, No 12, s. 771–784.

(*homo sacra res domini*), a z nią silnie skorelowana: nieszczęśliwy jest rzeczą świętą (*res sacra miser*).

Seniorzy natomiast, w porównaniu z równolatkami, głównie wykazują:

- większy pęd ku władzy;
- koncentrację na jednym zadaniu i celu;
- rywalizację z odwagą do podejmowania ryzyka;
- asertywność z pogłębioną tolerancją na stres;
- większą kontrolę impulsywności;
- zdecydowaną wiarygodność oraz świadomość organizacyjną, bo uważają,

iż rodzimy się nierówni, umieramy równi (*impares nascimur, pares morimur*; Seneka)

Cytowane różnice płciowe nie są zbyt precyzyjne, ponieważ, uwzględniając co najmniej trzy stadia rozwojowe: chronologiczne (wyznaczone liczbą lat), biologiczne (zależne od stanu organizmu) i psychiczne (zależne od tego, jak człowiek czuje się i działa), zachodzące zmiany inwolucyjne u około 35% osób powyżej 60. roku życia zaostrzają cechy charakterologiczne rozwijające się w kierunku patologicznym, np. przechodzenie oszczędności w skąpstwo, stanowczości w upór, ostrożności w podejrzliwość itp.⁷. Ponadto cytowani autorzy wymienili jeszcze inne cechy charakteryzujące tę subpopulację, do których zaliczyli: nietolerancję, konserwatyzm, negatywny stosunek do nowości i przecenianie przeszłości w postaci ucieczki w przeszłość i zubożenie na teraźniejszość, gderliwy stosunek do otoczenia, chęć pouczenia, obraźliwość, egocentryzm przechodzący w egotyzm starczy, skąpstwo, podejrzliwość i hipochondrię. Wymienieni autorzy zauważyli też przesunięcie typu przeżywania od ekstrawersji do introwersji, które w literaturze amerykańskiej określa się utratą zainteresowań światem zewnętrznym, biernym i obojętnym stosunkiem do niego, co często doprowadza do osiągnięcia „nowego” stanu równowagi. Jego przejawem może być zblednięcie afektu, utrata rezonansu emocjonalnego oraz pogłębienie spokoju prowadzącego często do zubożenia.

Charakteryzując od strony demograficznej trendy procesu starzenia, można zanotować ich niewspółmiernie wzrastające tempo, ponieważ średnia długość życia kobiet wzrosła na przestrzeni ostatniego pięćdziesięciolecia z 63,4 do 78,6 lat, a mężczyzn z 58,3 do 66,7 (dane z internetu), przy czym liczba osób powyżej setnego roku życia osiągnęła wielkość nigdy dotąd niespotykaną; jednocześnie wystąpiły różne kryzysujące przełomy dotyczące wiary, nadziei, miłości, zaufania, sumienia i inne. Jednak pierwsze tego typu symptomy u człowieka objawiają się stosunkowo dość wcześnie, np. wśród kobiet już czterdziestolatki zaczynają uświadamiać sobie, że są za stare do pracy, za zdro-

⁷ S. S. Jenkins, J. Aube J., *Gender differences...*, op.cit.; Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004; M. Waszkowska, *Starszy, jak pijany?* „Atest” 2006, nr 10, s. 8–9.

we na rentę i za młode na emeryturę. Z kolei, pracujące pięćdziesięciolatki z pokorą próbują znosić każdą zniewagę pracodawcy, a zwłaszcza jego bezsensowne polecenia służbowe, darmową pracę po godzinach itp. po to tylko, by jakoś dopracować do upragnionego „stypendium zusowskiego”, popularnie zwanego emeryturą. Gdy jednak niemal automatycznie zderzą się z zupełnie nieoczekiwaną starością, staje się ona dla nich swoistą cezurą, bo wiele z nich traci cel i sens dalszego życia z powodu pogłębiającego się poczucia izolacji społecznej, utraty bezpieczeństwa finansowego i wreszcie bardzo bolesną i trudną do uchwycenia: obojętnością, niezrozumieniem, a nawet ze swoistym szantażem emocjonalnym ze strony najbliższej rodziny⁸.

Powyższy wizerunek statusu społecznego ludzi w wieku poprodukcyjnym według Jareckiej⁹ pogłębiają media, które niemal lubują się w pokazywaniu ludzi z tego okresu rozwojowego jako osoby wymagające stałej pomocy (bo są zniedołężniałe), nieposiadające wystarczających środków na utrzymanie oraz izolujące się od otoczenia z powodu zaburzonej osobowości, a często nawet z powodu symptomów psychotycznych. Chociaż czasami mogą pokazywać rzeczywiste fakty i obrazować konkretne etapy tego procesu oraz zmienne czynniki go kształtujące, to praktyczne wykorzystanie zdobytej wiedzy w pomocnej postawie jest zadaniem bardziej skomplikowanym ze względu na mnogość uwarunkowań kulturowo-społecznych. Toteż funkcjonujący uproszczony i zabarwiony negatywnie medialny obraz i brak właściwej pomocy ze strony otoczenia sprawiają, iż ci ludzie w świadomości społecznej stają się coraz większym dla nich ciężarem. Do zarysowanego obrazu należy dodać niczym nieuzasadnione przekonania, że ludzie trzeciego wieku, ze względu na „sztywność” umysłową, tracą zdolność do podejmowania trafnych rozwiązań życia codziennego, co automatycznie wyklucza ich dalszy rozwój intelektualny. Jakkolwiek istnieją różnice deskrypcyjne umiejętności radzenia sobie w życiu osobistym w odmiennych kontekstach kulturowych, związane ze specyficznym dla danej społeczności opisem rzeczywistości, to istnieje także wspólne podłoże dokonujących się zmian degeneracyjnych, postrzeganych w procesach myślowych i działaniach, które uniemożliwiają bardziej precyzyjne porównywania, analizę lub nawet bezpośrednie przenoszenie pewnych interpretacji i związanych z nimi działań na całą analizowaną subpopulację.

⁸ A. A. Z y c h, *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2009; A. A. Z y c h, R. B a r t e l, *Sytuacja życiowa ludzi w podeszłym wieku w Polsce i w Republice Federalnej Niemiec*, Wydawnictwo WSP, Kielce 1990; J. H a m e l, *Toward a gender-inclusive conception of intimate partner violence research and theory, part 1: traditional perspectives*, „International Journal of Men’s Health” 2007, No 2007, s. 36–54.

⁹ U. J a r e c k a, *Starość w mediach – konteksty, tendencje i przemilczenia*, „Kultura Współczesna” 2002, nr 1/2, s. 98–113.

Zdaniem B. Ziębińskiej¹⁰, wobec takiej zaistniałej sytuacji osoby starzejące się muszą określić odpowiednie miejsce w swoim środowisku, bo przecież tylko w myśl Owidiusza: „koniec wieńczy dzieło” (*finis coronat opus*), doznane szczęście dobrze przeżytego życia jest najwyższą wartością. Niezależnie jednak od preferowanej zasady, ich reakcje, chociażby na zmarszczki obwieszczające starcze zmiany skórne, mogą być różne, uwarunkowane wieloma czynnikami, do których najczęściej zalicza się: płeć, temperament, charakter, wykształcenie, zawód, a także wykształcona w życiu osobniczym wizja obrazu własnej starości, a więc bądź jako coś beznadziejnego, bądź też jako coś doskonałego i oczekiwanego z utęsknieniem, gdyż „doskonały rozum czyni człowieka szczęśliwym” (*sola ratio perfecta beatum facit*; Senka).

Podjmując to zagadnienie, już w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia D. B. Bromley¹¹ stwierdził, iż osoby starzejące się zazwyczaj przyjmują jedną z wyróżnionych postaw:

- konstruktywną – gdy swój bilans życiowy oceniają pozytywnie i dlatego nadal cieszą się życiem poprzez optymistyczne patrzenie w swoją przyszłość, pomimo świadomej akceptacji śmierci, a przedtem możliwości starczego zniechęcenia;

- zależności – lekko znerwicowane przyjmują postawę bierną i uległą w własnym środowisku, co umożliwia im utrzymanie harmonii wewnętrznej, pozabawionej wrogości i lęków;

- obronną – ponieważ ze względu na lęk przed możliwością rychłej śmierci i zniechęcenia preferują poglądy konwencjonalne, sztywne w nawykach i przyzwyczajeniach, które maskują wzmożoną aktywnością i stałym zaabsorbowaniem zewnętrznymi czynnościami;

- wrogości – którą charakteryzują się tzw. starzy gniewni, cechujący się agresywnością, kłótliwością, złośliwością, podejrzliwością i pretensjami do innych ludzi, instytucji czy nawet układów społecznych za wszelkie swoje życiowe niepowodzenia, a przy tym nagminnie buntują się przeciwko własnej starości i ewentualnie bliskiej śmierci, ponieważ absolutnie nie godzą się z nimi;

- autowrogości – manifestującej się negatywnym bilansem życiowym i dlatego biernie przyjmują swój los, czując się przy tym osamotnione, niepotrzebne nikomu i bardzo depresyjne, a samowolne skrócenie życia akceptują jako realne wyzwolenie od cierpienia.

Nieco inny podział postaw wobec własnej starości wprowadzili A. A. Zych, i R. Bartel¹², wyróżniając tylko cztery, do których zaliczyli postawę:

- lęku i buntu przeciw starzeniu się;

¹⁰ B. Ziębińska, *Rola i zadania osób starszych w środowisku lokalnym*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 7, s. 37–39.

¹¹ D. B. Bromley, *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.

¹² A. A. Zych, R. Bartel, *Sytuacja życiowa...*, op.cit.

- rezygnacji i izolacji emocjonalnej oraz społecznej;
- akceptacji procesu starzenia się zarówno od strony poznawczej, jak i emocjonalnej;
- refleksji nad przebytą drogą życiową.

Z interesujących badaczy, już z lat siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, należy wymienić J. Różycką¹³, która, zajmując się wyłącznie psychologią kobiet w wieku starszym, doszła do ciekawych rezultatów. Otóż, w wyniku obserwacji 63 zdrowych kobiet w przedziale 60–70 lat, wyróżniła trzy typy zachowań wobec nieuchronnego wejścia w etap starzenia się z ewidentnie przeżywanymi jego oznakami i dolegliwościami. I tak, do pierwszej grupy zaliczyła kobiety z tzw. zachowaniem młodym, które za wszelką cenę starały się być młode, modne i aktywne, stąd w rozmowach podkreślały, że mają masę pracy i muszą się nadal doksztalać, by nie wypaść z rytmu dnia codziennego. Są zawsze elegancko ubrane i uczesane, zaś swoje dolegliwości tłumaczą chorobą, a nie wiekiem, ponieważ granica wieku w ich mniemaniu wyraźnie przesunęła się i dlatego „70 lat, to jeszcze nie starość”.

W drugiej grupie znalazły się kobiety z tzw. zachowaniem pośrednim, które na pewnych płaszczyznach życiowych wykazywały dynamizm i zainteresowanie, a na innych pozostawały bierne. Obraz ich życia był dość różny i uzależniony od: przyzwyczajęń, poglądów, stopnia inteligencji, temperamentu, zdrowia psychicznego i fizycznego, samopoczucia itp. Niezaspokojoną potrzebę czyjejs bliskości, miłości i przyjaźni rekompensowały przez fanatyczne nieraz przywiązanie do ulubionego psa, kota czy kanarka.

I do ostatniej grupy cytowana autorka zaliczyła kobiety tzw. stare, które nie wykazywały żadnej aktywności ani własnej inicjatywy poza automatycznym wykonywaniem koniecznych obowiązków. Chętnie podkreślały swój wiek, nie dbając o aparycję i to, że „w tym wieku już nic nie warto, bo po co i komu ...” Każdą odczuwaną dolegliwość tłumaczyły starzeniem się, dlatego bardzo często rezygnowały z porad lekarza. Według autorki wybitną przedstawicielką tej ostatniej grupy kobiet była francuska pisarka Simone de Beauvoir¹⁴, która w swej autobiografii zatytułowanej *Bieg życia* zanotowała następujące wydarzenie: „[...] pewnego dnia, stojąc przed lustrem, dostrzegłam nagle, że jestem kobietą już starą. To spostrzeżenie usunęło w cień wszystkie sukcesy mego życia”. A w swoim notatniku zdolna była tylko zapisać: „Już po wszystkim [...] Nienawidzę swego obrazu w lustrze: nad oczami czapka, pod oczami nabrzmiałe worki, twarz zbyt pełna, wokół ust grymas smutku rysujący zmarszczki”. A w dalszym jej życiu pozostała jedynie zazdrość wobec młodej służącej,

¹³ J. R ó ż y c k a, *Psychologia zachowania się kobiet w wieku starszym*, Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich, Wrocław 1971.

¹⁴ C. L a n z m a n n, „Simone de Beauvoir”, Gallimard [scenariusz do filmu francuskiego], Paris 1997.

przed którą stało jeszcze życie i dlatego nie przeczuwała nawet nieuchronnego końca, który „odbiera człowiekowi wszystko, co może zapewnić sławę i powodzenie”.

K. Wiśniewska-Roszkowska¹⁵, podejmując temat późnej starości, określiła ją „sztynnością wegetatywną”, ponieważ w tym okresie zaobserwowała znaczne osłabnięcie kierowniczego wpływu kory mózgowej na zachodzące w organizmie procesy psychosomatyczne, które wpływają na usztywnienie postawy życiowej, a z nią jaskrawo występujący irracjonalny konserwatyzm życiowy, eliminujący pożądane zmiany, chociażby bezpośrednio wpływające na polepszenie sytuacji życiowej. Niemniej, większość z badanych kobiet przynajmniej czasami stawiała sobie pytanie o własną tajemnicę oraz o sens ludzkiego życia, bo przecież ich zrozumienie powszechnie zalicza się do podstawowych potrzeb każdego myślącego człowieka; stąd nasuwa się pytanie dotyczące istoty i przejawów rozwoju trzeciego wymiaru człowieka – duchowego.

Według V. E. Frankla¹⁶, rozwój duchowy pociąga za sobą restrukturyzację obrazu świata i siebie w relacji do ponadczasowych mocy, ponieważ umożliwiają one zrozumienie coraz głębszego sensu, aż do nadsensu włącznie, co w konsekwencji, powodując zmianę formy życia, bezpośrednio umożliwiają jego otwarcie się na świat wartości wyższych, transcendentnych. A zatem, jest on urzeczywistnianiem osobowej natury człowieka wchodzącego w sferę samooceny *sub specie aeternitatis*, człowieka będącego „w drodze”. Zasadniczym ich przejawem może być radykalna zmiana subiektywnej hierarchii wartości, polegająca na wzroście znaczenia w życiu starzejącej się osoby wartości moralnych i religijnych, spadku natomiast znaczenia wartości hedonistycznych, związanych z doraźnymi przyjemnościami i satysfakcjami dotychczasowego życia. Niejako na nowo uświadamiali sobie, iż zostali stworzeni z Miłości, która powinna być dla nich czymś więcej niż uczuciem, bo zawierała w sobie decyzję troski o ich dobro, oraz że życie poza taką Miłością staje się agonią. Toteż, według obserwacji autorki¹⁷, do zalet starości osoby badane najczęściej zaliczyły: dużo wolnego czasu, odpoczynek, możliwość zastanowienia się nad swoim życiem, a także silniejszy niż dotąd kontakt z Bogiem. Z kolei za wady uznały: pojawiające się dolegliwości zdrowotne, obniżającą się sprawność fizyczną oraz samotność, a z nią osamotnienie przegradzające się w osmutnienie.

¹⁵ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Starość jako zadanie*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1989.

¹⁶ V. E. Frankl, *Homo patients*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.

¹⁷ M. B. Pecyna, M. B. Pecyna, *Czynniki psychologiczne warunkujące długowieczność*, „Magazyn Medyczny” 1990, nr 4, s. 32–35; M. B. Pecyna, *Ludzie starzy w Polsce*, „Pielęgniarka i Położna” 1991, nr 11/12; M. B. Pecyna, *Z problematyki starzejącej się kobiety...*, op.cit.; M. B. Pecyna, *Próba analizy czynników psychologicznych określających stopień wiary u ludzi w wieku podeszłym chorych i zdrowych*, „Zdrowie Psychiczne” 1993, nr 3/4, s. 57–63.

Zgodnie ze stanowiskiem M. Krąpca¹⁸, na szczególne szersze omówienie zasługuje tu osobowość ludzi w wieku starszym, analizowana w wymiarze dojrzewającej duchowości, bowiem sukcesywnie do lat wzrasta u nich ofiarność, gotowość do bezinteresownej pomocy oraz stawanie w obronie słabszych, a także liczne działania wspólnotowe, charytatywne, samokształceniowe i inne. Potocznie mówi się o nich, że są wielkoduszni i że często przejawiają tzw. miłość w myśleniu, a ich działanie jest motywowane przede wszystkim silną potrzebą kochania i bycia naprawdę kochanym, w myśl zasady Seneki: „chcesz być kochanym, kochaj” (*si vis amari, ama*), dlatego należą do czołówki ludzi poszukujących tej atmosfery przepełnionej życzliwością. „Ja” staje się dla nich afirmacją własnego losu, zgodą na taką a nie inną treść mimo napotykanych przeciwności, niespełnionych marzeń, nadziei i planów, a także korektą własnego wizerunku jako osoby, w oczach innych ludzi mniej zainteresowanej własną atrakcyjnością. Towarzyszy temu obserwowalne w codziennym zachowaniu powolne wyzbywanie się negatywnych emocji, takich jak: gniew, złość, zazdrość, poczucie krzywdy, żalu itp., a więc tych uczuć, u źródeł których zazwyczaj tkwi egotyzm starczy. Niejako przełamują się, podkreślając hart ducha charakteryzujący się cierpliwością, skromnością, wytrwałością w znoszeniu codziennych przeciwności, dlatego ich nastrój staje się bardziej wyrównany, umysł – jaśniejszy i spokojniejszy, usposobienie – pogodniejsze, a stosunek do otoczenia życzliwszy, bo ugruntowuje się w nim równowaga psychiczna i spokój wewnętrzny. A tym samym osiągnana zostaje harmonia wewnętrzna z zewnętrzną objawiająca się ogólnym wyciszeniem, pogłębionym silną potrzebą żywej religijności, spokojem i siłą wewnętrzną, wzmocnioną głębokim poczuciem własnej godności, co automatycznie obniża u nich niepokój i lęk przed przyszłością, a zwłaszcza przed nieuchronnie zbliżającą się śmiercią. To czyni ich ludźmi bardziej szczęśliwymi¹⁹. Jest to prawidłowość znana w czasach starożytnych, bo o niej już pisał Epikur (341–270 p.n.e., filozof grecki):

[...] pragniesz uczynić kogoś szczęśliwym i bogatym, nie dawaj mu pieniędzy, lecz raczej ujmij mu potrzeb. Im mniej będzie miał pragnień, tym bardziej jego egzystencja będzie spokojna, bezbolesna, szczęśliwa. Dlatego požądaj jak naj-

¹⁸ M. A. Krąpiec, *Starzenie się – dojrzewaniem człowieka*, „Studia Philosophiae Christianae” 2000, nr 2, s. 107–113.

¹⁹ A. Bańka, *Poczucie jakości życia osób starszych*, „Ergonomia” 2000, nr 1/2, s. 11–24; T. A. Migliacchio, *Abused husbands, a narrative analysis*, „Journal of Family Issues” 2002, No 23, s. 26–52; W. Beniek, *Gerontologiczne aspekty opieki zdrowotnej w Elblągu w latach 1999–2001*, „Studia Gdańskie” 2003, nr 2, s. 72–82; C. A. Ridley, C. M. Feldman, *Abused husbands. A narrative analysis*, „Journal of Family Violence” 2003, No 3, s. 157–170; M. Halicka, *Edukacja zawodowa i zarobkowanie a satysfakcja życiowa ludzi starszych*, „Edukacja Dorosłych” 2004, nr 4, s. 83–93; J. Gałkowski, *Człowiek starszy i niepełnosprawny w przestrzeni urbanistycznej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej: Architektura i Urbanistyka” 2006, nr 6, s. 147–152; R. Ilcika, *Wychowanie do starości*, „Edukacja i Dialog” 2006, nr 4, s. 69–72.

mniej. To jest najpewniejsza droga do niecierpienia, czyli do przyjemności stałej, a więc do szczęścia.

Cytowane sposoby zdobywania szczęścia, zdaniem J. Kobrzenieckiej²⁰ i A. Krajewskiego²¹, rodzą wiele konsekwencji natury psychologicznej, ponieważ głównym warunkiem duchowego wzrostu jest wyciszenie umysłu i wsłuchanie się w głos wewnętrzny, czyli swoją jaźń; ona to stanowi kontekst głębokiego przeżywania i zrozumienia, co potocznie nazywane jest „mądrością starczą”. Zachodzące przemiany psychiczno-duchowe znajdują swe podłoże w psychofizjologii, gdyż samo wyciszeniu umysłu sprzyja spokojnemu wycofaniu się z aktywnego życia (zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego), bez poczucia żalu, ale z uczuciem uwolnienia się i niezależności. Ponadto, pomocne staje się tu zwolnione tempo życia, prosty i stabilny jego tryb, który swoją monotonią nadaje rytualny charakter medytacji, kontemplacji i modlitwy, określany niekiedy mianem „klasztornego”.

Liczne obserwacje²² zjawisk zachodzących w wymiarze duchowym mają swe uzasadnienie praktyczne, ponieważ samo wyciszenie się ułatwia ogólny spadek energii życiowej popędów, tym samym osłabienie potrzeb witalnych, potwierdzających się zwrotem ku introwertyzacji (skłonności do skierowania uwagi na własne doświadczenie wewnętrzne) w kierunku twórczej autokonfrontacji (samorozliczania się). Koncentrowanie się na swoim wnętrzu, wspomnieniach, rozterkach, przeżyciach bynajmniej nie gwarantuje wewnętrznej harmonii, gdyż tu niezbędna jest autodeterminacja połączona z gotowością do znoszenia przykrości, bólu a nawet cierpienia, ponieważ sama introwertyzacja może doprowadzić do ciągłego rozpamiętywania przeszłości, licznych wspomnień z tendencją użalania się nad swym losem, a w konsekwencji do sentymentalizmu, zgorzknienia, roszczeniowości, autoagresji czy nawet agresji na zewnątrz, często kończącej się zawiścią. Wszystkim opisanym emocjom i zachowaniom sprzyja powolna deterioryzacja mająca swój początek w psychofi-

²⁰ J. K o b r z e n i e c k a, *Starzenie się i starość jako treść stereotypów*, „Acta Elbigensia” 2004, nr 2, s. 107–118.

²¹ P. K r a j e w s k i, *Sytuacja ludzi starych w wysoko rozwiniętych społeczeństwach Zachodu*, „Forum Teologiczne” 2004, nr 5, s. 107–108.

²² M. B. P e c y n a, *Czynniki warunkujące psychologiczny proces starzenia się w świetle własnych badań*, „Zdrowie Psychiczne” 1993, nr 1/2, s. 69–76; M. B. P e c y n a, *Czynniki psychologiczne modyfikujące znak obrazu subiektywnej starości w świetle własnych badań*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1997, nr 8, s. 427–437; M. B. P e c y n a, *Postrzeganie jakości życia i jego treści, godność osoby i poszanowanie potrzeb ludzi starych, 8–9. XIII. 1995. X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Internistów Wojska Polskiego nt.: „Etyczne, psychologiczne i kliniczne problemy jakości życia”*, Warszawa, grudzień 1997 [materiały z konferencji do użytku wewnętrznego]; M. D z i e w i e c k i, *Cielesność, płciowość, seksualność*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000; M. D z i e w i e c k i, *Miłość pozostaje*, Wydawnictwo Edycja św. Pawła, Częstochowa 2001; E. T r a f i a ł e k, *Starość w zainteresowaniach badawczych pedagogiki społecznej – stan i zadania na przyszłość*, „Pedagogika Społeczna” 2001, nr 1, s. 57–66; E. T a r k o w s k a, *Stary człowiek w Polsce*, „Więź” 2005, nr 10, s. 8–14.

zjologii człowieka dorosłego, która zwykle potęguje się w okresie trzeciego wieku. Polega ona m.in. na tym, że zwiększa się łatwość w zakresie myślenia:

- kontekstualnego, które polega na kojarzenia faktów ujmowanych w rozległym tle sytuacyjnym i historycznym;
- paradoksalnego lub dialektycznego, polegającego na łączeniu przeciwieństw, przewyżczaniu logicznych sprzeczności i dokonywaniu syntez;
- relatywistycznego, uwzględniającego wiele różnorodnych perspektyw czy punktów odniesienia w interpretowaniu zdarzeń.

Ponadto, w procesie poznania wzrasta również rola intuicji²³, dlatego, niezależnie od płci, ujmowanie całego bogactwa doświadczeń staje się bardziej całościowe, syntetyczne i intuicyjne, które jest związane z funkcjami prawej półkuli mózgu, co ułatwia z jednej strony wnikanie w istotę rzeczy, z drugiej zaś – wykraczanie poza rzeczywistość widzialną, materialną, w kierunku świata transcendentnego i metafizycznego. Dlatego wartości tego świata stają się wówczas dla takiej osoby bardziej oczywiste, pewne i bezdyskusyjne. Jeśli w człowieku nastąpi jakikolwiek dysonans, a zwłaszcza w obrębie własnego poznania, i zacznie zamykać się na świat ponadczasowy, może nastąpić częściowa a nawet pełna jego dewaluacja, w tym szczególnie doświadczenie przemijania, utraty różnorodnych wartości materialnych, względności ocen, złudzeń racjonalnego rozumu, a tym samym możliwości kontrolowania biegu zdarzeń i kierowania własnym życiem wyrażające się w postawie: „niech tak będzie”. I tu warto zaznaczyć, iż, niezależnie od wieku i płci, na podobnej zasadzie stymulują przemianę człowieka losowe wydarzenia kryzysowe, np.: nagła śmierć bliskiej osoby, radykalna zmiana pozycji społecznej, zawodowej czy materialnej, pogłębionej np. chorobą o złym rokowaniu itp. Niemniej, prorozwojowa funkcja tego rodzaju stresu pourazowego może polegać na odblokowywaniu (poprzez silny wstrząs) zamkniętych dotąd mózgowych struktur poznawczych i wydobyć z nich tych treści, które wcześniej zostały wyparte, zapomniane bądź zlekceważone, jako „niewygodne”, gdyż stymulowały nie zawsze akceptowaną autokonfrontację i weryfikację sposobu patrzenia na świat i własne życie.

Wśród wymienionych przemian, uznanych za charakterystyczne dla kobiet i mężczyzn w wieku starszym, najważniejszą jednak rolę odgrywa wewnętrzna gotowość, zwana w psychologii „motywacją”²⁴, bo bez takiej akceptacji żadna zmiana nie zaistnieje ani nie będzie jej zagwarantowana ciągłość; bo ona stanowi warunek podstawowy i konieczny do zaistnienia tego typu prawidłowości.

²³ S. Sarantakos, *Deconstructing self-defense in wife-to-husband violence*, „Journal of Mens's Studies” 2004, No 3, s. 277–296; D. G. Dutton, *Female intimate...*, op.cit.

²⁴ M. B. Pecyna, *Moc i siła ludzi w wieku starszym*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 1; H. Olszewski, *Starość i witaukt psychologiczny – atrybucja rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003.

Nikt i nic nie jest bowiem w stanie zmusić człowieka do zmiany sposobu myślenia o sobie samym i o swoim życiu oraz do zmiany jego formy, ponieważ może to uczynić tylko on sam, dzięki własnemu świadomemu zaangażowaniu. Co więcej, dzięki gotowości do wysiłku, trudu, w myśl zasady Epikura: „los sprzyja dzielnym” (*fortuna favet fortibus*), a nawet, nierzadko, poprzez zgodę na ból i cierpienie, mogą one pojawić się już na początku tej drogi, na skutek pogłębionego samopoznania. Nie jest to jednak spostrzeżenie XXI w., bo już w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia E. Erikson, C. G. Jung i K. Dąbrowski²⁵, a późniejsi – K. Murawska, A. Tylikowska, M. Rosochacka-Stark²⁶ niemal jednogłośnie stwierdzili, iż choć z racji osobowej natury wszyscy ludzie są predysponowani do nieustannej i ciągłej przemiany, to jednak stosunkowo nieliczni decydują się na nią, preferując przy tym maksymę Seneki i Cycerona: iż „panować nad sobą, to najwyższa władza” (*imperare sibi maximum est imperium*).

W analizie wiedzy na temat różnic płciowych uwidacznianych w wieku poprodukcyjnym została zawarta nadzieja, iż ona przyczyni się do lepszego porozumienia między kobietami i mężczyznami. Szczególnie te podstawowe prawidłowości zostały ujawnione w badaniach gerontopsychofizjologicznych dotyczących odmienności w komunikacji niewerbalnej kobiet i mężczyzn. W reporterskim skrócie można je streścić w sposób następujący: kobiety są lepszymi od mężczyzn nadawcami i odbiorcami komunikatów niewerbalnych, ponieważ lubią przekazywać częściej zarówno treści pozytywne, jak i negatywne oraz spójnie wyrażać to, co odbiorca może zobaczyć czy usłyszeć; mężczyźni natomiast częściej wyrażają treści bardziej neutralne. Ciekawe jest również i to, że małżonki trafniej interpretują sygnały przekazywane im przez obcych mężczyzn niż niewerbalne komunikaty swoich mężów. Ponadto kobiety, jeżeli popełniają błędy, mają skłonność do pomyłek w kierunku pozytywnym, mężczyźni – w negatywnym. Oznacza to, że mężczyźni, odczytując pochodzące od żon komunikaty niewerbalne o nieprzyjemnym zabarwieniu emocjonalnym, odbierają je bardziej intensywne, natomiast interpretacja dokonywana przez żony łagodzi to niemiłe zabarwienie przekazu.

Cytowane różnice są warunkowane półkulowo oraz odmiennymi zakresami obszarów anatomiczno-funkcyjnych mózgu. Dla przykładu: u mężczyzn fun-

²⁵ E. Erikson, *Identity: youth and crisis*, W. W. Norton, New York 1968; C. G. Jung, *Psychology and religion: west and east*, Princeton University Press, Princeton 1969; K. Dąbrowski, *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*, Wydawnictwo PTHP, Warszawa 1975.

²⁶ K. Murawska, *Poczucie sensu życia ludzi w starszym wieku*, „Zeszyty Naukowe. Psyche” 1998, nr 2, s. 57–64; A. Tylikowska, *Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, trud rozwoju ku tożsamości i osobowości*, [w:] *Tożsamość człowieka*. Red. A. Gałdowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000, s. 231–258; M. Rosochacka-Stark, *Opieka nad osobami starszymi w państwie opiekuńczym: przykład Danii*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 2, s. 64–76.

kcje najczęściej odnoszące się do takich umiejętności, jak opanowanie gramatyki, ortografii i fonetyki są umieszczone z przodu i z tyłu lewej półkuli mózgu, a u kobiet – koncentrują się w przedniej jej części, co warunkuje odmienności w sposobie myślenia kobiet i mężczyzn. Sprawności i zdolności w danej dziedzinie zależą więc od tego, w jakim stopniu odpowiedni obszar mózgu jest przeznaczony do pełnienia określonej funkcji, dlatego kobiecie łatwiej jest wyrażać emocje, ale trudniej oddzielić je od rozmowy, natomiast jej przysłowiowa intuicja wynika z doskonalszego systemu tych łączy.

Tych różnic jest bardzo wiele, można je analizować i opisywać w nieskończoność, dlatego odsyłam Czytelnika do zamieszczonego piśmiennictwa.

Literatura

- Balicki J., *Starzenie się społeczeństw wyzwaniem dla solidarności międzypokoleniowej*, „Ethos” 2001, nr 55, s. 86–96.
- Bañka A., *Poczucie jakości życia osób starszych*, „Ergonomia” 2000, nr 1/2, s. 11–24.
- Bieniek W., *Gerontologiczne aspekty opieki zdrowotnej w Elblągu w latach 1999–2001*, „Studia Gdańskie” 2003, nr 2, s. 72–82.
- Bromley D. B., *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.
- Bugajska B., *Sytuacja ludzi starszych w kontekście jednoczącej się Europy*, „Studia Pedagogica Universitatis Stetinensis” 2000, nr 1, s. 69–76.
- Carem B., *Men and women really do think differently*, „LiveScience” 2005, No 1, s. 20–23.
- Czerniawska O., *Starość wczoraj, dziś i jutro*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi” 2002, nr 7, s. 49–54.
- Dutton D. G., *Female intimate partner violence and developmental trajectories of abusive families*, „International Journal of Men’s Health” 2007, No 6, 54–71.
- Dziewiecki M., *Cieleśność, płciowość, seksualność*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2000.
- Dziewiecki M., *Miłość pozostaje*, Wydawnictwo Edycja św. Pawła, Częstochowa 2001.
- Dąbrowski K., *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*, Wydawnictwo PTHP, Warszawa 1975.
- Erikson E., *Identity: youth and crisis*, W. W. Norton, New York 1968.
- Felson R. B., *Is violence against women about women or about violence?* „Contexts” 2006, No 5, s. 21–25.
- Fiebert M. S., Gonzalez D. M., *Women who initiate assaults, the reasons offered for such behavior*, „Psychological Reports” 1997, No 80, s. 583–590.
- Frankl V. E., *Homo patients*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1998.
- Gałkowski J., *Człowiek starszy i niepełnosprawny w przestrzeni urbanistycznej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej: Architektura i Urbanistyka” 2006, nr 6, s. 147–152.
- George M. J., *The great taboo and the role of patriarchy in husband and wife abuse*, „International Journal of Men’s Health” 2007, No 6, s. 7–22.
- Goodyear-Smith F. A., Laidlaw T. M., *Aggressive acts and assaults in intimate relationships, towards an understanding of the literature*, „Behavioral Sciences and the Law” 1999, No 17, s. 285–304.
- Halicka M., *Edukacja zawodowa i zarobkowanie a satysfakcja życiowa ludzi starszych*, „Edukacja Dorosłych” 2004, nr 4, s. 83–93.
- Hamel J., *Gender inclusive treatment of intimate partner abuse*, Springer Press, New York 2005.

- Hamel J., *Toward a gender-inclusive conception of intimate partner violence research and theory, part 1: traditional perspectives*, „International Journal of Men’s Health” 2007, No 2007, s. 36–54.
- Hines D.A., Malley-Morrison K., *Psychological effects of partner abuse against men a neglected research area*, „Psychology of Men and Masculinity” 2001, No 2, s. 75–85.
- Ilnicka R., *Wychowanie do starości*, „Edukacja i Dialog” 2006, nr 4, s. 69–72.
- Jarecka U., *Starość w mediach – konteksty, tendencje i przemilczenia*, „Kultura Współczesna” 2002, nr 1/2, s. 98–113.
- Jenkins S.S., Aube J., *Gender differences and gender-related constructs in dating aggression*, „Personality and Social Psychology Bulletin” 2002, No 28, s. 1106–1118.
- Jung C.G., *Psychology and religion: west and east*, Princeton University Press, Princeton 1969.
- Katz J., Kuffel S.W., Coblenz A., *Are there gender differences in sustaining dating violence? An examination of frequency, severity, and relationship satisfaction*, „Journal of Family Violence” 2002, No 17, s. 247–271.
- Kieniewicz P., *Starość – czas trudny i owocny*, „Pastores” 2005, nr 2, s. 117–124.
- Kobrzeńska J., *Starzenie się i starość jako treść stereotypów*, „Acta Elbigenia” 2004, nr 2, s. 107–118.
- Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., *Problemy wieku starczego*, „Edukacja Otwarta” 2002, nr 4, s. 51–70.
- Krajewski P., *Sytuacja ludzi starych w wysoko rozwiniętych społeczeństwach Zachodu*, „Forum Teologiczne” 2004, nr 5, s. 107–108.
- Krąpiec M.A., *Starzenie się – dojrzewaniem człowieka*, „Studia Philosophiae Christianae” 2000, nr 2, s. 107–113.
- Lanzmann C., „Simone de Beauvoir”, Gallimard [scenariusz do filmu francuskiego], Paris 1997.
- Migliaccio T.A., *Abused husbands, a narrative analysis*, „Journal of Family Issues” 2002, No 23, s. 26–52.
- Murawska K., *Poczucie sensu życia ludzi w starszym wieku*, „Zeszyty Naukowe. Psyche” 1998, nr 2, s. 57–64.
- Olszewski H., *Starość i witaukt psychologiczny – atrybucja rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003.
- Osiński W., *Znaczenie i ograniczenia aktywności fizycznej osób w starszym wieku*, „Roczniki Naukowe” 2003, nr 1, 135–161.
- Pecyna M.B., *Starzenie się – starość*, „Pielęgniarka i Położna” 1989, nr 5.
- Pecyna M.B., *Czynniki psychologiczne warunkujące długowieczność*, „Magazyn Medyczny” 1990, nr 4, s. 32–35.
- Pecyna M.B., *Ludzie starzy w Polsce*, „Pielęgniarka i Położna” 1991, nr 11/12.
- Pecyna M.B., *Moc i siła ludzi w wieku starszym*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 1.
- Pecyna M.B., *Osobowość a zaburzenia psychiczne okresu przedstarczego i starczego*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 5/6.
- Pecyna M.B., *Z problematyki starzejącej się kobiety*, „Pielęgniarka i Położna” 1992, nr 10.
- Pecyna M.B., *Czynniki warunkujące psychologiczny proces starzenia się w świetle własnych badań*, „Zdrowie Psychiczne” 1993, nr 1/2, s. 69–76.
- Pecyna M.B., *Próba analizy czynników psychologicznych określających stopień wiary u ludzi w wieku podeszłym chorych i zdrowych*, „Zdrowie Psychiczne” 1993, nr 3/4, s. 57–63.
- Pecyna M.B., *Psychologiczne problemy starzejącego się mężczyzny*, „Pielęgniarka i Położna” 1993, nr 1.
- Pecyna M.B., *Psychologiczne problemy ludzi w wieku podeszłym leczących się z powodu postępującego zespołu otępiennego*, „Roczniki Filozoficzne KUL: Psychologia” 1996, nr 4, s. 217–230.

Pecyna M. B., *Czynniki psychologiczne modyfikujące znak obrazu subiektywnej starości w świetle własnych badań*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej” 1997, nr 8, s. 427–437.

Pecyna M. B., *Postrzeganie jakości życia i jego treści, godność osoby i poszanowanie potrzeb ludzi starych*, 8–9. XIII. 1995. X Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Internistów Wojska Polskiego nt.: „Etyczne, psychologiczne i kliniczne problemy jakości życia”, Warszawa, grudzień 1997 [materiały z konferencji do użytku wewnętrznego].

Piekut-Brodzka D. M., *Dom pomocy społecznej jako miejsce życia osób starszych, niepełnosprawnych*, „Rocznik Teologiczny” 2004, t. 46, nr 1, s. 95–102.

Ridley C. A., Feldman C. M., *Abused husbands. A narrative analysis*, „Journal of Family Violence” 2003, No 3, s. 157–170.

Rosochacka-S tark M., *Opieka nad osobami starszymi w państwie opiekuńczym: przykład Danii*, „Auxilium Sociale” 2004, nr 2, s. 64–76.

Różycka J., *Psychologia zachowania się kobiet w wieku starszym*, Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich, Wrocław 1971.

Sarantakos S., *Deconstructing self-defense in wife-to-husband violence*, „Journal of Mens’ Studies” 2004, No 3, s. 277–296.

Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 1989.

Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa: zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2004.

Tarkowska E., *Stary człowiek w Polsce*, „Więź” 2005, nr 10, s. 8–14.

Trafiałek E., *Starość w zainteresowaniach badawczych pedagogiki społecznej – stan i zadania na przyszłość*, „Pedagogika Społeczna” 2001, nr 1, s. 57–66.

Tylińska A., *Teoria dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego, trud rozwoju ku tożsamości i osobowości*, [w:] *Tożsamość człowieka*. Red. A. Gałdowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2000, s. 231–258.

Waszkowska M., *Starszy, jak pijany?* „Atest” 2006, nr 10, s. 8–9.

Williams S. L., Frieze I. H., *Patterns of violent relationships, psychological distress, and marital satisfaction in a national sample of men and women*, „Sex Roles” 2005, No 11/12, s. 771–784.

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

Ziębińska B., *Rola i zadania osób starszych w środowisku lokalnym*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 7, s. 37–39.

Zych A. A., *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2999.

Zych A. A., Bartel R., *Sytuacja życiowa ludzi w podeszłym wieku w Polsce i w Republice Federalnej Niemiec*, Wydawnictwo WSP, Kielce 1990.

Stanisław Rogala*

Sfera erotyki a proces starzenia się człowieka (niektóre problemy)

Zagadnienia zachowań erotycznych wśród ludzi od wielu, wielu lat budziły dużą społeczną ciekawość, choć do niedawna rzetelna wiedza naukowa na ten temat była nader skromna: „Jeszcze przed kilkudziesięciu laty badania nad zachowaniem u ludzi ograniczały się głównie do klinicznych i anegdotycznych opisów anomalii seksualnych, jak w klasycznym dziele Worta-Ebinga poświęconym zboczeniom”¹. Ostatnie kilkadziesiąt lat określa się często jako okres rewolucji seksualnej, wyrażającej się wzrostem liczby badań naukowych i gromadzeniem wiedzy oraz otwartym manifestowaniem seksualności człowieka, a także zmianą postaw wobec erotyzmu. Coraz bardziej do społecznej świadomości przebijają się wiedza o znaczącej roli erotyki tak w osobowościowym rozwoju każdego człowieka, jak i w utrzymywaniu jego psychofizycznej sprawności. Już nie budzi emocjonalnej awersji twierdzenie: „Według Freuda, zdrową, czyli dobrze przystosowaną osobą jest taka osoba, która potrafi z powodzeniem kochać i pracować”² – jakkolwiek dzisiaj w nauce obowiązująca definicja zdrowia nie pokrywa się z twierdzeniem, jakoby „zdrowie” było synonimem „dobrego przystosowania się”. Niemniej przekonanie, że składnikiem zdrowia jest również umiejętność (zdolność i gotowość) kochania – nie tylko w sensie aktu seksualnego – znajduje uzasadnienie.

Współcześnie w Polsce istnieje już znaczna otwartość na rozmowę o seksualnej edukacji młodzieży i na publiczne dyskusje o wielu innych zagadnieniach związanych z obszarami rzeczywistości seksualnej i jej społeczno-psychologicznych oraz etycznych skutków (antykoncepcja, aborcja itp.). Można więc twierdzić, że problemy życia seksualnego stopniowo uzyskują coraz wyższą rangę i powoli stają się tematami, na które coraz śmielej się pisze i mówi, choć, jak się wydaje, droga do pożądanego normalności traktowania tej sfery ludzkiego życia jest jeszcze daleka. W dalszym ciągu nader skromna rzeczowa wiedza, „tematy tabu”, mity, zabobony, prymitywne stereotypy i przesady

*Dr hab., prof. Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.

¹Ph. G. Zimbardo, F. L. Ruch, *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1996, s. 339.

²Ibidem, s. 398.

wywołują zahamowania i utrwalają głównie strach i obawę, w znaczącym stopniu przyczyniając się w kontekście psychosomatycznym do powstawania nerwic i innych zaburzeń psychicznych.

Taki stan rzeczy przyczynia się do kształtowania społecznych norm obyczajowych, etycznych, wręcz kulturowych, a także osobliwego wartościowania ludzi ze względu na orientację seksualną i rangę, jaką przypisują oni swojemu życiu seksualnemu.

Mimo znacznego w ostatnich dziesięcioleciach postępu co do wzrostu poziomu oświaty seksualnej (przykładowo: programy edukacji seksualnej w szkołach, liczne wydawnictwa książkowe, dodatki tematyczne do gazet, np. „Gazety Wyborczej” – „Jak się kochać” – artykuły specjalistyczne w tygodnikach itd.), w społecznym wymiarze nadal jednak wiele obszarów wiedzy z tego zakresu pozostaje tajemnymi i przemilczanymi. Są to choćby takie zagadnienia, jak życie seksualne ludzi po pięćdziesiątce, erotyka osób niepełnosprawnych, rodzicielskie molestowanie seksualne itd.

W niniejszej mojej wypowiedzi więcej miejsca chciałbym przeznaczyć jedynie na **z a s y g n a l i z o w a n i e** roli życia erotycznego w procesie starzenia się człowieka, czyli napisanie kilku uwag o seksualności po pięćdziesiątce.

Rozpocznę od dłuższego zestawu samych tylko pytań postawionych przez Adama A. Zycha:

Czy wypada starszej osobie kochać? Czy w ogóle możliwe jest satysfakcjonujące obie strony życie seksualne w starości? Czy rzeczą normalną i naturalną powinno być, że ludzie w podeszłym wieku wstydzą się swoich potrzeb erotycznych i ograniczają je? Czy to prawda, że po pięćdziesiątce intensywność życia seksualnego obniża się i wreszcie zanika? Jak będzie wyglądał związek dziś młodych ludzi za lat trzydzieści bądź czterdzieści, czy pozostanie dawna wzajemna fascynacja seksualna sobą, czy też wkradnie się znużenie i monotonia? Jak przebiega proces normalnego starzenia się w zakresie życia seksualnego człowieka?³

Wydaje się, że obszar tematyczny, do jakiego się odnoszą te pytania, wyczerpuje sferę najważniejszych zagadnień związanych z erotyzmem ludzi starszych. I na owe pytania ich autor daje syntetyczną i rzetelną odpowiedź.

Seksualność człowieka w procesie jego starzenia się uważam za ważny czynnik jakości życia, dlatego dodam tu jeszcze kilka opinii autorytetów badających i analizujących ową sferę osobowości i biologii człowieka. W świetle współczesnych badań naukowych nad rozwojem człowieka w każdym okresie jego życia ten aspekt biologiczny wydaje się być ważny i coraz bardziej rozpoznawalny⁴. Popęd seksualny w okresie starości nie „wygasa”, choć niewątpliwie wysoko i ujemnie koreluje ze wszystkimi biologicznymi symptomami starości. A zdaniem Zygmunta Freuda: „Seksualizm jest wszak jedyną funkcją

³ A. Z y c h, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, „Śląsk”, Katowice 1999, s. 69.

⁴ T. K i r k w o o d, *Czas naszego życia*, „Charaktery” Kielce, 2005.

żyjącego organizmu, która wychodzi poza jednostkę i zabezpiecza jej powiązania z gatunkiem”⁵. Trzeba zatem podkreślić niezwykle rangę życia seksualnego człowieka nie tylko dla jego jednostkowej przyjemności. Starość nie musi być okresem alienacji z biologicznej stymulacji poprzez libido. „Jesteśmy najbardziej nastawionym na seks gatunkiem w przyrodzie”⁶, dlatego współżycie seksualne u ludzi z różnym natężeniem jego aktywności, uwarunkowanej również wiekiem, jest ważnym czynnikiem jakości życia każdego człowieka.

Opinie autorytetów z seksuologii są w tym zakresie dość jednoznaczne, np.:

Brak życia seksualnego przyspiesza procesy starzenia – podkreśla seksuolog Zbigniew Lew-Starowicz – wpływa negatywnie na relacje między partnerami. Wymuszona przez partnera seksualna emerytura zarówno u wielu kobiet, jak i u mężczyzn powoduje zaburzenia nerwicowe, depresyjne, ale też dolegliwości w obrębie narządów płciowych⁷.

Z tym zdaniem koresponduje opinia B. Whipple, sekretarz generalną Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego, wyrażona podczas obrad kongresu w Sydney w 2007 r. Otóż miała ona powiedzieć m.in.: „[...] nadszedł czas na podkreślenie korzystnego wpływu seksu na zdrowie. Badania naukowców [jakkolwiek ich nie wskazała ani ich publikacji – przyp. S. R.] dowodzą, że zarówno seks, jak i masturbacja zwiększają szansę na długowieczność, wzmacniają odporność na choroby, ograniczają ryzyko schorzeń serca, nowotworów piersi i prostaty”⁸ (cytaty przypisów 7 i 8 pochodzą z tekstu dziennikarskiego, więc sygnalizuję zachowanie ostrożności w traktowaniu przytoczonej treści).

Współcześnie rosnąca eksploracja badawcza życia seksualnego człowieka uświadamia także, jak wielki jest tu obszar niewiedzy. Myślę, że wraz z rosnącą otwartością mówienia oraz nadchodzącymi zmianami obyczajowo-kulturowymi dowiadywać się będziemy stale o nowych sprawach, które dotąd, przynajmniej w Polsce, stanowiły „temat tabu”.

Życie erotyczne ludzi starszych czy nawet sędziwych ma niekiedy wymiar swoiście schizofreniczny, by nie rzec patologiczny, ponieważ osoby po pięćdziesiątce, w szczególności mężczyźni, będąc żywo zainteresowani sferą swoich zachowań i doznań seksualnych w praktyce, jeszcze bardziej zainteresowani są... w permanentnym mówieniu o nich. Przybiera to w miarę starzenia się, wcale nie tak rzadko, nawet formę obsesji starczej jako erotomanii werbalnej, co sygnalizuje tym samym potrzebę pobudzenia erotycznego poprzez różnorodne werbalne fantazje i tworzenie sobie wizualnych obrazów doznań z przeszłości.

⁵ Z. Freud, *Wstęp do psychoanalizy*, PWN, Warszawa 1982, s. 102.

⁶ A. Moir, D. Jessel, *Płeć mózgu*, PIW 1993, s. 144.

⁷ J. Kłopotcka, *Nie ma seksu emerytury*, „Nowa Trybuna Opolska” [dalej: „NTO”], 12 maja 2007.

⁸ T.N., *Seks tak! Porno nie!*, „Fakty i Mity” 2007, nr 18.

Nim zwrócimy uwagę na wiele obwarowań i ograniczeń seksualnej samorealizacji osób starszych, dodam jeszcze kilka uwag podnoszonych w specjalistycznej literaturze dotyczącej promocji życia seksualnego po pięćdziesiątce. Książek naukowych i publicystycznych oraz poradników dotyczących rzetelnej wiedzy o współżyciu seksualnym ludzi starszych ukazuje się ostatnio dość dużo, choć sama gotowość do ich czytania nie przekłada się automatycznie na rzeczywiste sięganie po taką literaturę, a to ze względu na różne bariery społeczno-obyczajowe. Otwartości i śmiałości oraz unikania wstydu i lęku wobec seksu u ludzi starszych trzeba się bowiem nauczyć.

Europejskiej klasy specjalistka, seksuolog Ruth K. Westheimer w książce *Seks po pięćdziesiątce* wyraża – moim zdaniem – zasadny pogląd:

Ludzie starsi zmieniają się zarówno fizycznie, jak i psychicznie, lecz nie tracą skłonności do uprawiania seksu. Okazuje się, że dopiero w tzw. trzecim wieku przeżywają drugą młodość, co ujawnia spokojne radowanie się życiem płciowym, które teraz może być bardziej aktywne, pasjonujące i przynoszące więcej satysfakcji. Jest ono – zdaniem autorki – istotnym czynnikiem integrującym pary przebywające w długotrwałych związkach⁹.

Książka R. K. Westheimer jest bardzo interesującym, pragmatycznym interpretatorem oraz poradnikiem w rozumieniu i praktykowaniu życia seksualnego w okresie starości. Racjonalnie obala ona bardzo wiele mitów odnoszących się do obszaru stosunków seksualnych, między innymi mity, że popęd płciowy ma służyć jedynie prokreacji, że ludzie starzy są zbyt słabi, by mogli prowadzić życie płciowe itp. Dodaje również:

Ludzie starzy na ogół tłumią w sobie popęd płciowy, gdyż uważają go za niewłaściwą zachciankę. Taka postawa może być szczególnie typowa dla osób samotnych, choć ich zainteresowanie sprawami seksu jest jak najbardziej na miejscu¹⁰.

Autorka w swoich rozważaniach podnosi również pewne starcze aberracje charakterystyczne dla emerytów, wyrażające się agresywnością, zrzędlivością, zgorzkniałością itp., za których generowanie obwinia się partnera małżeńskiego, w konsekwencji prowadzące do emocjonalnego oddalenia się i poniechania erotycznych zachowań.

Wydaje się, że w tym miejscu celowe będzie podkreślić, iż mówienie o seksualności człowieka w ogóle jest znaczącym uproszczeniem, jeśli się przy tym nie różnicuje zachowań seksualnych zależnie od wieku życia i płci. Według A. Moir'a i D. Jessel:

Ośrodkiem seksu jest w znacznym stopniu mózg [...]. Mózg kobiety, jej umysł nie jest skonstruowany w taki sposób, by trzymać seks w odrębnej przegródce mentalnej. To model męski mózgu wygląda tak, jak gdyby zawierał specjalną

⁹ R. K. Westheimer, *Seks po pięćdziesiątce*, Dom Wydawniczy „Bellona”, Warszawa 2006 [z noty od wydawcy, okładka s. 4).

¹⁰ Ibidem, s. 32.

szafkę na seks, całkowicie oddzieloną od emocji. Kobiety widzą, słyszą i odczuwają więcej, a to co widzą, słyszą i odczuwają więcej dla nich znaczy¹¹.

Nie będę szerzej analizował wielości różnic w sferze psychicznej, duchowej, fizycznej i fizjologicznej, jakie występują między kobietami i mężczyznami, ponieważ są one liczne i istotne, a zarazem szeroko omawiane w literaturze poświęconej seksualności. Chcę zwrócić uwagę tylko na niektóre z nich. Według Z. Freuda, autorytetu także w zakresie nerwic, wiele kobiet idzie przez życie przytłoczonych nakazem, wręcz obowiązkiem skrywania swych uczuć seksualnych. Mimo dynamicznych w ostatnich dziesięcioleciach zmian w tym zakresie wydaje się, że nadal dominuje strach przed jawnością i otwartością sygnalizowania swoich pożądań, potrzeb seksualnych, szczególnie przez kobiety po okresie przekwitania. Ważnym – moim zdaniem – uwarunkowaniem jakości życia seksualnego, w tym osób starszych, jest świadomość odmienności seksualnych oczekiwań i potrzeb, a także ich natężenia, formy realizacji, kontekstu rzeczowego itd., jakie występują między potencjalnymi czy rzeczywistymi partnerami erotycznymi. Nie najważniejsze jest bowiem „moje chcenie”, ale postrzeżenie owego pożądania przez partnera i stopień osobistej gotowości do jego realizacji.

Nieświadomi, że mężczyźni i kobiety muszą się różnić, żyjemy w niezgodzie. Często wpadamy w złość lub frustrację w zetknięciu z płcią przeciwną, ponieważ zapomnieliśmy o tej ważnej prawdzie. Spodziewamy się, że przedstawiciele odmienniej płci będą bardziej do nas podobni. Żądamy, aby „chcieli, czego my chcemy i czuli to, co my czujemy”¹².

Wydaje się, że ta konstatacja powinna być godna uwagi każdego z partnerów seksualnych – czy to kobiety, czy mężczyzny. Tę część rozważań o znajomości odmienności potrzeb, pożądań i zachowań można zakończyć pewną złośliwością, podkreślającą wielką złożoność komunikacji pomiędzy seksualnymi partnerami: „Freud pod koniec życia opłakiwał fakt, że nawet spędziwszy lata na próbach ustalenia, czego pragną kobiety, nigdy nie zdołał odpowiedzieć na to pytanie”¹³. Można więc przyjąć, że wszelkie analizy problemów życia seksualnego ludzi, także tych starszych, są znacząco zdeterminowane subiektywnymi odczuciami i zachowaniami ze względu na płeć partnerów. Zróżnicowanie płciowe przeżyć seksualnych nie wynika jednak tylko z różnic biologicznych, ale uwarunkowane jest również wieloma czynnikami natury psychicznej i obyczajowo-moralnej, uformowanymi charakterystycznie dla kobiety i mężczyzny przez cywilizację.

Jeśli weźmiemy pod uwagę głównie kulturowe uwarunkowania życia seksualnego, to ich interpretacja zmieniała się równolegle ze wzrostem wiedzy

¹¹ A. M o i r, D. J e s s e l, *Płeć...* op. cit.

¹² J. G r a c y, *Mężczyźni są z Marsa, kobiety z Wenus*, Wydawnictwo Zysk i S-ka Poznań 1993, s. 16.

¹³ E. M o r g a n, *Pochodzenie kobiety. „Anadiomene”*, Warszawa 2007, s. 215.

i rozwojem nauki, i tak jest po dzień dzisiejszy. Na przykład Platon uważał, że do seksu popycha ludzi pragnienie zyskania nieśmiertelności, a miłość fizyczna to sposób na poznanie piękna. Należy w tym miejscu z naciskiem podkreślić, że aktywność seksualna człowieka została w zasadniczym stopniu uwikłana w teorie, poglądy, zasady, normy etyczne, religijne, a nawet etniczne.

W ciągu ostatnich dwu tysięcy lat w Europie niewielu było filozofów, którzy uważali, że spełnione życie seksualne jest warunkiem szczęścia. Za sprawą upowszechniania się etyki chrześcijańskiej, w pewnym okresie negującej wartości związane z przyjemnością cielesną, filozofowie oraz moralisci nie poruszali tematyki seksu w swoich traktatach. Przełom nastąpił dopiero w XIX i XX wieku, m.in. za sprawą Freuda. To właśnie ten uczony po raz pierwszy w historii opisał człowieka jako istotę seksualną, czym wprowadził wielkie zamieszanie w ówczesnym świecie. Według niego ujawnienie i uświadomienie sobie własnej seksualności oraz związanych z nią pragnień jest warunkiem osiągnięcia szczęścia¹⁴.

I w tym miejscu godzi się zauważyć, że w polskich warunkach społecznych ważnym moderatorem zachowań seksualnych jest wysoki wskaźnik deklarowanej religijności i norm katolickich przykazań oraz skutków żeń wynikających, stanowiących podstawę wartościowania ludzi i ich moralności. Wysoka ranga chrześcijańskich przesłań, ograniczeń, wymogów i zakazów dotyczących samorealizacji seksualnej człowieka ma swoją długą historią i współcześnie, co daje się obserwować, poglądy w tym zakresie ewoluują w kierunku liberalizacji pewnych ortodoksyjnych wymogów ograniczających naturalną spontaniczność w doznawaniu przyjemności z obcowania seksualnego.

A zdaniem o. Józefa Augustyna, jezuita:

Kościół nigdy nie twierdził, że małżeński akt, w czasie którego nie dochodzi do poczęcia, jest grzechem. Jan Paweł II w swoim nauczaniu wyraźnie mówi, że współżycie małżonków ma podwójny cel: jest wyrazem ich miłości oraz źródłem płodności¹⁵.

W różnych religiach świata (buddyzm, islam, judaizm itp.) stosunek do seksualności człowieka i jego zachowań erotycznych jest dość zróżnicowany w zakresie restryktywności, represyjności czy też liberalnych przyzwoleń. Można jednak wyrazić ostrożne przekonanie, że wraz z dynamiką cywilizacyjnego rozwoju współczesnych społeczności i owa sfera osobowości człowieka nabiera cech naukowego postrzegania i wartościowania.

Pozostaje jeszcze kolejny i ważny problem wpływu społecznego przyzwolenia na życie erotyczne ludzi starszych, stopnia jego społecznej akceptacji, głównie ze strony ludzi młodszych i młodych. Nie można bowiem odczuwać komfortu psychicznego z kontaktów heteroseksualnych w atmosferze strachu,

¹⁴ B. M a r k o w s k a, *Seks daje nam szczęście*, „Dziennik”, dod. „Nauka”, 17 października 2007.

¹⁵ O. J. A u g u s t y n, *Radość z seksu małżeńskiego to dla katolika żaden grzech*, „Dziennik”, 15–16 września 2007.

wstydu przed ewentualną dezaprobatą dzieci, wnuków czy znajomych, jeśli by mieli jakąś w tym zakresie wiedzę o nich. Niestety, jak dotąd przez całe wieki i nadal jeszcze poziom wiedzy o życiu seksualnym człowieka w ogóle jest niski, a zachowania bywają dodatkowo i znacząco modulowane przez nawet chorobliwe poczucie wstydu czy też lęku (uzasadnionego lub nie) przed niepożądanymi skutkami współżycia seksualnego.

Dodatkowymi, paraliżującymi czynnikami są również negatywne emocje wynikające z obawy przed upublicznieniem informacji, że dani partnerzy płci obojga byli lub są w kontakcie erotycznym, współżyją seksualnie. A jeżeli miałyby to dotyczyć ludzi sędziwego wieku, to już potępienie czy wykluczenie jest prawie pewne. Wcale nierzadko można się spotkać w Polsce z sytuacją, kiedy releguje się z domów opieki pensjonariuszy tylko z tego powodu, że „przyłapano” ich na erotycznych zbliżeniach. Wielka to hipokryzja, bo z jednej strony uznajemy erotyczną samorealizację człowieka za naturalną, ludzką, a z drugiej strony jaskrawo ją ograniczamy – poprzez dezaprobatę dla jawności czy nawet tylko świadomości jej, samorealizacji, występowania.

Dodatkowo można skonstatować, iż ostrze społecznej dezaprobaty, a nawet ostracyzmu, wobec erotyki ludzi starszych jest zdecydowanie wyraźniej artykułowane wobec kobiet niż mężczyzn. Mężczyznom naszej kultury, nawet tym sędziwym, „więcej można, więcej wypada”, choćby tylko w konfabulacji i fantazji doznać i przeżyć seksualnych. Obecnie w krajach wysokiego standardu cywilizacyjnego kobiety żyją przeciętnie od 8 do 10 lat dłużej. Tym samym poczucie samotności jako najbardziej doskwierający stresor starości motywuje do oczekiwanych kontaktów z innymi osobami. Ta potrzeba jest wyraźniejsza u ludzi żyjących poza rodziną, samotnie bądź nawet tylko w biernym odosobnieniu od kontaktów z bliskimi. I choć występuje wtedy naturalna potrzeba częstych kontaktów, obcowania, zamieszkania z innymi, a nawet związków małżeńskich, nader często kontestowana jest ona przez najbliższą rodzinę. Bardzo – moim zdaniem – niesłusznie, co wyraża również Zbigniew Izdebski.

Odbieramy osobom po 60. i 70. roku życia prawo do miłości, pieczy, erotyki, a przecież poczucie bliskości z drugą osobą jest czymś naturalnym w każdym wieku. Smutne są przyczyny, dla których wnuczeta wrogo reagują na babcię czy dziadków, którzy chcą na przykład ułożyć sobie życie z nowym partnerem. Bywa, że idzie o pieniądze, o perspektywę utraty wsparcia domowego budżetu w postaci emerytury, renty¹⁶.

Może to dotyczyć również obawy utraty mieszkania, gotowości do opieki nad wnukami itd. Można więc retorycznie zapytać, jak to się ma do rodzinnej życzliwości, w tym osobistego szczęścia bliskich sobie staruszków.

Oczywiście, ta tylko przeze mnie sygnalizowana – co jeszcze raz podkreślam – sfera problematyki jest niezmiernie złożona, jak niemal wszystko, co do-

¹⁶ E. B i l i c k a, *Polak to świętoszek*, „NTO”, 21 kwietnia 2007.

tyczy człowieka w jego nierozzerwalnym związku *fizys i psyche*, wzajemnie powiązanych i uwikłanych. Złożoności tej nie wyczerpuje, rzecz jasna, tylko biologiczny czy medyczny aspekt seksualności człowieka, które to aspekty zresztą komplikują się wraz z procesem starzenia się ludzi. Kto wie, czy przy zachowaniu podstawowych standardów biologicznych nie rozstrzyga wszystkiego w tym zakresie właśnie psychika i świadomość ludzka, ta rzeczywistość (zdeterminowana społecznie i kulturowo, ale w dużym stopniu jednak autonomiczna), która stanowi o naszym człowieczeństwie. Nie darmo przecież przyjęliśmy (swego czasu) w ślad za bestsellerem A. Moira i D. Jessel udokumentowane przekonanie o „płci mózgu”. Zawsze jednak istotną rolę zachowa tu również społeczno-moralny, edukacyjny (a zatem też wychowawczy) i światopoglądowy „klimat”, jakim ta jakże ważna sfera ludzkiej egzystencji będzie otoczona tak w młodości i w życiu dojrzałym, jak w okresie starości.

Literatura

- Aerery J., *O starzeniu się. Podnieść na siebie rękę*, „Czytelnik”, Warszawa 2007.
- Borysenko J., *Księga życia kobiety*, GDWP, Gdańsk 2003.
- Bromley D. B., *Psychologia starzenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1969.
- Freud Z., *Wstęp do psychoanalizy*, PWN, Warszawa 1982.
- Freud Z., *Życie seksualne*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- Gray J., *Mężczyźni są z Marsa, kobiety z Wenus*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1993.
- Kirkwood T., *Czas naszego życia*, „Charaktery”, Kielce 2005.
- Keldor P., *Stara tajemnica. Źródła młodości*, Wydawnictwo Kleks, Bielsko-Biała 2002.
- Lew-Starowicz Z., *Seks dojrzały*, PZWL, Warszawa 1988.
- Makluc Z., *Aktywność seksualna osób starszych*, [w:] *Postępy gerontologii*. Red. B. Synak, T. Wróblewski, PZWL, Warszawa 1988.
- Morgan E., *Pochodzenie kobiety*. „Anadiomene”, Warszawa 2007.
- Moir A., Jessel D., *Płeć mózgu*, PIW, Warszawa 1993.
- Westheimer R. K., *Seks po pięćdziesiątce*, Dom Wydawniczy „Bellona” Warszawa 2006.
- Wizerunek ciała. *Portret Polek*. Red. A. Głębocka, J. Kulbat, Wydawnictwo UO, Opole 2005.
- Zimbardo Ph. G., Ruch F. L., *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Zych A. A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, „Śląsk”, Katowice 1999.

Teresa Socha*
Stanisław Socha**

Indywidualna dbałość o zdrowie warunkiem godnej jakości życia

„Oczekiwania i możliwości psychologicznego wsparcia ludzi starszych przez społeczność otoczenia” – to nakreślony program konferencji ukierunkowany na poszukiwanie form zewnętrznego wsparcia jakości życia ludzi w starszym wieku. Takie przesłanie jest z jednej strony zgodne z zadaniami przypisywanymi państwowym oraz społecznym instytucjom w zakresie świadczenia pomocy ludziom w starszym wieku, a z drugiej – odpowiada na powszechnie ujawniane oczekiwania osób starszych na różne formy pomocy i opieki w trudnym okresie późnych lat życia.

Przedstawione propozycje mieszczą się w tak nakreślonej formule konferencji, która odbyła się w październiku 2007 r. na Wydziale Pedagogicznym Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu. Zawierają jedynie inną dodatkową drogę jej realizacji, czyli nie przez zewnętrzne wspomaganie, lecz przez wewnętrznie motywowane indywidualne działania sprzyjające utrzymaniu do późnych dekad życia o możliwie wysokiej jakości, przy wykorzystaniu powszechnie znanych, wydaje się nader oczywistych, w pełni dostępnych środków.

Autorzy propozycji mają świadomość, że głoszenie powszechnie znanych, prostych i dostępnych rozwiązań jest zadaniem nad wyraz trudnym, i nie jest drogą do sukcesów. Instytucje czy organizacje państwowe i społeczne – z przypisywanymi im zadaniami niesienia pomocy ludziom w starszym wieku – nie są w stanie objąć opieką wszystkich potrzebujących. Ponadto udzielana pomoc ma często charakter działań zbiorowych, nie jednostkowych, a potrzeby ludzi starszych nawet w zbliżonym przedziale wiekowym są zazwyczaj indywidualne, często znacznie zróżnicowane. Dlatego w przedstawionej propozycji zamierzamy wskazać możliwości wyzwalań wewnętrznych, osobniczych motywacji do podejmowania działań ukierunkowanych na utrzymanie wysokiej jakości życia ludzi w starszym wieku, z uwzględnieniem jednostkowych potrzeb

* Dr hab., prof. Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach.

** Prof. zw. dr hab., Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach.

i ukształtowanych zainteresowań. „Zawsze można sobie pomóc, trzeba tylko chcieć...”¹.

Takie podejście do działań ukierunkowanych na wyższą jakość życia posiada wielorakie wartości, przede wszystkim kształtuje poczucie niezależności w decydowaniu o własnym sposobie życia, bez oczekiwania na wsparcie z zewnątrz. A z drugiej strony umożliwia wybór takich środków, które najlepiej pozwalają ukształtować godną jakość życia w starszym wieku. Przy takim kierunku rozważań istota problemu sprowadza się głównie do rozpoznania czynników warunkujących jakość życia nie tylko u ludzi starszych. Takich czynników jest zapewne wiele. Być może współczesna wiedza nie obejmuje jeszcze wszystkich, ale nawet tych rozpoznanych już przez naukę nie można nawet tylko w zarysie zasygnalizować w krótkim artykule. Dlatego skupimy się wyłącznie na jednym, naszym zdaniem najistotniejszym czynniku, jakim jest zdrowie. Ludzkość sformułowała wiele ważnych sentencji wskazujących, jak ważną rolę spełnia zdrowie w jakości życia człowieka w całej ontogenezie.

[...] w każdym okresie ontogenezy najważniejszym czynnikiem warunkującym godną jakość życia jest nasze zdrowie [...].

Zdrowie to nie wszystko, ale wszystko inne bez zdrowia [...] jest niczym.

Przyjęcie założenia, że zdrowie najlepiej warunkuje jakość i jednocześnie czas trwania naszego życia, uzasadnia potrzebę możliwie pełnego rozpoznania czynników warunkujących nasze zdrowie. Rozpoznanie ich od niepamiętnych czasów podejmowali reprezentanci wielu dziedzin nauki. Chociaż wciąż jeszcze niewystarczająco zidentyfikowane, to zgromadzona z tego zakresu wiedza jest wystarczająco bogata, by przedsięwziąć racjonalne działania sprzyjające naszemu zdrowiu. W przedstawionej propozycji ograniczymy się jedynie do dwóch tylko, ale bardzo ważnych czynników warunkujących nasze zdrowie, tych najlepiej rozpoznanych, zarówno przez naukę, jak i doświadczenia życiowe, i, co najważniejsze – w pełni zależnych od nas samych, od naszej woli i możliwych do wykorzystania, bez istotnych ograniczeń w każdym okresie ontogenezy. Tymi czynnikami są, *a k t y w n o ś ć r u c h o w a i r a c j o n a l n e o d ż y w i a n i e*. One to, główne składowe tzw. stylu życia, decydują w ponad 50% o naszym zdrowiu i nie można ich niczym zastąpić².

[...] ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu [...]³.

W. Oczko (1537–1599), twórca medycyny polskiej, nadworny lekarz Stefana Batorego oraz Zygmunta III.

¹ H. D e m i a n i u k, *Wpływ aktywności ruchowej na sprawność fizyczną osób długowiecznych samodzielnych funkcjonalnie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.

² Z. C e n d r o w s k i, *Będę żył 107 lat (Zdrowie społeczne)*, Promo Lider, Warszawa 1996.

³ W. O c z k o, *O różnych przypadłościach ciała ludzkiego. Traktat*, 1578.

Dużo wcześniej sentencję podkreślającą bardzo ważne walory aktywności ruchowej w utrzymywaniu wysokiej jakości życia sformułowano już w starożytności:

[...] nic tak mocno nie rujnuje człowieka, jak długotrwała bezczynność ruchowa [...].

*Arystoteles (384–322 p.n.e)⁴,
najwszechstronniejszy myśliciel
i uczony starożytności.*

I w czasach nam współczesnych:

[...] ruch to zdrowie, ma pełne pokrycie w nowoczesnych badaniach patofizjologicznych i klinicznych. Jeżeli ruch jest czynnikiem zdrowia, to brak ruchu jest czynnikiem usposabiającym do choroby [...]⁵.

*W. Dega (1896–1995), ortopeda,
twórca polskiej szkoły rehabilitacji.*

Wszelkie próby zastępowania aktywności ruchowej często reklamowanymi sloganami o cudownych dietach, które rzekomo mogą także zastąpić aktywność ruchową, zawsze kończą się niepowodzeniem, często z poważnymi konsekwencjami dla zdrowia.

Najpowszechniejszą współcześnie chorobą, zagrażającą jakości życia szczególnie ludzi starszych, spowodowaną brakiem aktywności ruchowej i nieracjonalnym odżywianiem jest otyłość. Otyłość jako choroba, a często jako ciężka choroba, spowodowana jest zazwyczaj na własne życzenie. W naszym kraju widoczny jest brak świadomości, że otyłość jest chorobą i zarazem przyczyną wielu poważnych schorzeń, takich jak: cukrzyca, schorzenia układu krążeniowo-oddechowego, nadciśnienie tętnicze, zawał mięśnia sercowego, obniżenie życiowej pojemności płuc, co ogranicza czy wręcz degraduje wydolnościowe możliwości organizmu. To wszystko łącznie powoduje głęboką degradację jakości życia. Walka z otyłością jest tematem wielu światowych i krajowych programów działania; to choroba społeczeństw o wysokim poziomie rozwoju cywilizacyjnego⁶.

Wraz z rozwojem cywilizacji narastają sprzeczności pomiędzy naturalną, obiektywną biologicznie potrzebą ruchu i właściwego odżywiania a mentalną interpretacją postępu jako dążenie do uwolnienia się od wszelkiego wysiłku fizycznego. Niska świadomość zagrożenia, jakie kryje w sobie otyłość i brak zrozumienia ogromnych korzyści, jakie daje aktywność ruchowa i racjonalne odżywianie, powoduje poważne niebezpieczeństwo dla zdrowia i jakości życia w wielu krajach. Znaczeniem zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej

⁴ J. Barnes, *Arystoteles – Metafizyka*, Wydawnictwo M. Urbański, Warszawa 1995.

⁵ W. Dega, A. Senger, *Ortopedia i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa 1983, t. 1–2.

⁶ G. Barsh, I. S. Farooqui, S. O'Rahilly, *Genetics of body weight regulation*, „Nature” 2000.

w profilaktyce otyłości zajmuje się wiele światowych i europejskich organizacji.

W roku 1996 w Heidelbergu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wydała „Zalecenia dotyczące promowania aktywności fizycznej wśród osób starszych”, uzasadniając je w następujący sposób⁷:

- redukcją kosztów opieki zdrowotnej i socjalnej;
- przedłużeniem możliwości i zdolności podejmowania pracy zawodowej przez ludzi starszych;
- promocją pozytywnego i aktywnego wizerunku ludzi starszych, co poprawi ich adaptację społeczną i umożliwi lepsze społeczne wykorzystanie ich wiedzy i doświadczenia.

Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie podkreśla, że aktywność fizyczna faktycznie zapobiega, opóźnia i powstrzymuje proces starzenia, ponieważ umożliwi lepsze wykorzystanie danych nam możliwości życiowych i otrzymanego genetycznego potencjału, o czym mówi raport WHO z 2003 r.

W roku 2004 Światowa Organizacja Zdrowia również opracowała nową piramidę zdrowia, której podstawę stanowi aktywność ruchowa. Potrzeba opracowania takiej piramidy była podyktowana rosnącym wskaźnikiem ludzi otyłych⁸.

Dlatego też pod koniec 2005 r. Komisja Wspólnot Europejskich wydała Zieloną Księgę promującą zdrowe żywienie i aktywność fizyczną⁹. Księga zawiera bogaty zakres wiedzy na temat zdrowia człowieka, czyli „europejski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”.

Informując o sytuacji, księga przekazuje, iż podstawową przyczyną chorób oraz przedwczesnej umieralności w Europie jest niezdrowe żywienie i brak aktywności fizycznej¹⁰. Otyłość, coraz bardziej rozpowszechniona w Europie, stała się jednym z głównych problemów zdrowia publicznego. Opracowanie zawiera wezwanie do wsparcia zdrowego trybu życia oraz przeanalizowania sposobów promowania zdrowszego życia w Unii Europejskiej (Raport WHO/FAO 2003).

Na szczególną uwagę zasługuje to, że wieloprzyczynowy charakter epidemii otyłości wymaga podjęcia wspólnych działań przez wiele zainteresowanych stron.

⁷ *Report of a WHO Consultation* (Technical Report Series), World Health Organization, Geneva 1998, No. 894.

⁸ *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance*, Universität Paderborn, et al., 2004.

⁹ Zielona Księga, Komisja Europejska, Bruksela 2005, s. 637.

¹⁰ *Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases*, The European Health Report, World Health Organisation, IARC 2002.

Przykładem takich wspólnych działań jest powołanie Platformy Unii Europejskiej ds. żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia (*European Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health*)¹¹. Aktualnie wiele państw członkowskich wdraża już krajowe strategie działań w zakresie racjonalnej diety, aktywności fizycznej i zdrowia.

W Polsce, zgodnie z treścią Zielonej Księgi, opracowano „Polski wymiar zapobiegania nadwadze, otyłości i chorobom przewlekłym”, powołano Platformę ds. Promowania Zdrowego Stylu Życia umocowaną jako Radę ds. Promocji Zdrowego Stylu Życia przy Prezesie Rady Ministrów RP.

Otyłość jako choroba wywołana brakiem aktywności fizycznej i racjonalnego odżywiania to także poważny problem ekonomiczny. W Stanach Zjednoczonych centra kontroli chorób i prewencji (*Centers for Disease Control and Prevention – CDC*) oszacowały koszty opieki zdrowotnej związanej z otyłością w 2003 r. na 75 mld USD¹². „Badania wykazały, że roczne wydatki medyczne na przeciętną otyłą osobę dorosłą w Stanach Zjednoczonych są o 37% wyższe niż w przypadku osoby o normalnej wadze”¹³. Koszty te bezpośrednio nie uwzględniają zmniejszonej produktywności związanej z niezdolnością do pracy oraz przedwczesną umieralnością¹⁴. Szacuje się, że w Unii Europejskiej na walkę z otyłością przeznaczona jest do 7% kosztów opieki zdrowotnej, o czym donosi raport WHO z 1998 r.

Mimo braku dokładnych danych dla wszystkich państw UE, przeprowadzone badania wykazują znaczne koszty ekonomiczne związane z otyłością. Zgodnie z raportem przygotowanym przez Brytyjską Krajową Izbę Kontroli (*United Kingdom's National Audit Office*), w 2001 r. otyłość w samej tylko Anglii spowodowała 18 mln dni absencji chorobowej oraz 30 000 przedwczesnych zgonów, co odpowiada rocznym bezpośrednim kosztom opieki zdrowotnej, wynoszącym co najmniej 500 mln funtów brytyjskich (GBP). Szerzej pojmwane koszty ekonomiczne, uwzględniające zmniejszenie produktywności oraz straty produkcji, oszacowano na kwotę dalszych 2 mld GBP rocznie¹⁵.

W sprawozdaniu z 2004 r., dotyczącym skutków aktywności fizycznej i ich wpływ na zdrowie, główny lekarz Wielkiej Brytanii (*United Kingdom's Chief Medical Officer*) oszacował koszty braku aktywności fizycznej i nieracjonalnego od-

¹¹ [http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm]

¹² E. A. Finkelstein et al., *National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much. And Who's Paying?*, „Health Affairs” 2004, Vol. 10, No 1377, s. 18–24.

¹³ E. A. Finkelstein et al., *National Medical...*, op.cit., p. 45.

¹⁴ R. Fogel, *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy*, „The American Economic Review” 1994, No 3.

¹⁵ *Tackling obesity in England* [http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf].

żywiania na 8,2 mld funtów brytyjskich rocznie¹⁶. W Irlandii określono bezpośrednie koszty leczenia otyłości na sumę około 70 mln euro w 2002 r. Te kwoty dobitnie świadczą, jak ogromne są konsekwencje braku aktywności ruchowej i racjonalnego odżywiania prowadzące do otyłości jako najpoważniejszej epidemii XX i XXI wieku.

Skuteczne sposoby zapobiegania otyłości nie wymagają nakładów finansowych, nie są kosztowne. Indywidualnie podejmowana i w miarę systematyczna aktywność fizyczna w połączeniu z racjonalnym odżywianiem to najskuteczniejsze środki zapobiegania otyłości i zarazem sprzyjające należytej jakości życia w każdym okresie ontogenezy – nie tylko w późnych dekadach. Można tylko wyrazić zdziwienie, że w propagowaniu tych nader oczywistych prawd nie bierze udziału w naszym kraju służba zdrowia.

Literatura

- Barnes J., *Arystoteles – Metafizyka*, Wydawnictwo M. Urbański, Warszawa 1995.
- Barsh G., Farooqui I. S., O'Rahilly S., *Genetics of body weight regulation*, „Nature” 2000.
- Cendrowski Z., *Będę żył 107 lat (Zdrowie społeczne)*, Promo Lider, Warszawa 1996.
- Dega W., Senger A., *Ortopedia i rehabilitacja*, PZWL, Warszawa 1983, t. 1–2.
- Demianiuk H., *Wpływ aktywności ruchowej na sprawność fizyczną osób długowiecznych samodzielnych funkcjonalnie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases. The European Health Report*, World Health Organisation, IARC 2002.
- Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*, Department of Health, London 2004.
- Finkelstein E. A., et al., *National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much. And Who's Paying?*, „Health Affairs” 2004, Vol. 10, No 1377, s. 18–24.
- Fogel R. W., *Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term process on the making of economic policy*, „The American Economic Review” 1994, No 3.
- Oczko W., *O różnych przypadłościach ciała ludzkiego. Traktat*, 1578.
- Report of a WHO Consultation* (Technical Report Series), World Health Organization, Geneva 1998, No 894.

¹⁶ *Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*, Department of Health, London 2004.

Mariola Sybilska*

Oczekiwania i możliwości realizacji wsparcia psychicznego podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu (osobiste spostrzeżenia, opinie)

Postęp cywilizacyjny, silny rozwój nauk, w tym medycznych, spowodował wydłużenie życia ludzkiego, a zatem wzrost liczby osób w wieku podeszłym. Wobec tej grupy społeczeństwo ma zobowiązania – powinno otoczyć seniorów opieką. W wyniku dużego zainteresowania problematyką starości rozwijają się nauki ukierunkowane na tę tematykę; możemy poznać, czym jest starość, jak sprostać różnorodnym potrzebom osób starszych oraz dostrzec i zrozumieć problemy starego człowieka, a tym samym pomóc w ich rozwiązywaniu. Wybór i podjęcie przeze mnie niniejszego tematu wynika z moich zainteresowań zawodowych. Pracując w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Opolu, mam kontakt z osobami chorymi przewlekle i ich rodzinami. Większość chorych to osoby w podeszłym wieku, które prócz choroby i niedołęstwa czują się samotne, mają kłopoty rodzinne. Rodziny są bezradne w obliczu ciężkiej choroby osoby starszej, nie mogą sobie poradzić z zapewnieniem jej opieki w domu i w placówkach opiekuńczych.

Rozważania na temat oczekiwań i wsparcia psychicznego osób w podeszłym wieku przebywających w specjalistycznym zakładzie należy rozpocząć od prezentacji takiej instytucji, znanej powszechnie jako ZOL – jakie są jej zadania i cele. Przedstawię działalność tego typu placówek na terenie Opolu, na przykładzie tej, w której pracuję, scharakteryzuję osoby objęte opieką – podopiecznych przebywających w ZOL-u. Opisując własne obserwacje postaw członków rodzin wobec osoby starej, chorej, wskazuję, jakie są oczekiwania i możliwości wsparcia podopiecznych.

Troska o starsze pokolenie powinna być istotnym działaniem nas wszystkich, całego społeczeństwa, gdyż, jak twierdzi Georges Minois, „[...] społeczeństwo ma takich starców, na jakich zasługuje”¹.

* Mgr, Zakład Opiekuńczo-Leczniczny przy 116 Szpitalu Wojskowym SP ZOZ, Opole.

¹G. Minois, *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Warszawa 2004.

Działalność zakładów opiekuńczo-leczniczych na terenie Opola

Zakład opiekuńczo-leczniczy to placówka zapewniająca ciągłą opiekę osobom przewlekle chorym, niepełnosprawnym. Jest to opieka długoterminowa, polegająca na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących swym zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób, które nie wymagają już hospitalizacji. Zakład opiekuńczo-leczniczy nie jest domem pomocy społecznej, gdyż zapewnia fachową opiekę osobom przewlekle chorym. Pobyt w tych placówkach jest współfinansowany przez NFZ, który opłaca świadczenia medyczne (zdrowotne), oraz do wysokości 70% z dochodów miesięcznych podopiecznych². Kwota pozyskana od podopiecznego powinna finansować jego wyżywienie, zakwaterowanie, tj.: sprząatanie, pranie, media, amortyzację, konserwację sprzętu oraz płace personelu pomocniczego.

Czas pobytu podopiecznych określają przepisy NFZ. Na podstawie złożonej dokumentacji organ założycielski wydaje decyzje wewnętrzną, określającą maksymalny czas pobytu w ZOL-u na sześć miesięcy. Po przekroczeniu tego okresu o dalszym pobycie podopiecznego decyduje Dyrektor Opolskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ. Pobyt przedłuża się na podstawie oceny stanu samoobsługi za pomocą stupunktowej skali Barthel – pacjent może być zakwalifikowany do dalszej opieki z oceną poniżej 40 pkt – oraz oceny zdrowia fizycznego i psychicznego osoby objętej opieką³.

Podstawą objęcia opieką pacjenta przez ZOL, zgodnie z wymogami stawianymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest złożona pełna dokumentacja, która zawiera:

- wniosek lekarza prowadzącego pacjenta, historię jego leczenia w oddziale szpitalnym, lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Wniosek zawiera istotne informacje na temat stanu zdrowia pacjenta, rozpoznanie i przebieg choroby, leczenie oraz opis zaburzeń poszczególnych układów i ocenę samodzielności i samoobsługi;
- wywiad pielęgniarki środowiskowej opisujący: strukturę rodziny, warunki mieszkaniowe, ocenę zdolności opiekuńczej rodziny i rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych osoby ubiegającej się o opiekę i miejsce w ZOL-u;
- kartę z pielęgniarską oceną psychoruchową pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel, która kwalifikuje do objęcia opieką w ZOL-u. Maksymal-

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r., (DzU 1998, nr 166, poz.1265 § 6).

³ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 61/2007. Warunki szczegółowe NFZ – materiały informacyjne o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej: stacjonarna opieka długoterminowa realizowana w zakładach opiekuńczo-leczniczych, Warszawa – Opole 2006/2007.

na liczba punktów, decydującą o objęciu opieką, nie może przekroczyć 40. Powyżej tej liczby NFZ nie finansuje pobytu pacjenta, a zgodę na dalszą opiekę indywidualnie wyraża NFZ;

- zaświadczenie o dochodach – ZUS, KRUS.

Po złożeniu dokumentacji lekarz ZOL-u wydaje opinię, a przedstawiciel organu założycielskiego decyduje – zgodę na przyjęcie do zakładu.

W Opolu funkcjonują dwie placówki, które łącznie dysponują 140 miejscami, zapewniając osobom starszym, przewlekle chorym, niepełnosprawnym całodobową opiekę. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy przy 116 Szpitala Woskowym SP ZOZ przy ul. Wróblewskiego 46, w którym pracuję, jest jednostką publiczną. Został on powołany przez Komendanta Szpitala rozkazem (aneks do statutu organizacyjnego szpitala) w dniu 1 listopada 2001 r. Placówka działa na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w formie corocznego kontraktowania usług, określającej warunki, jakie musi spełniać zakład opiekuńczo-leczniczy. Zakład mieści się w budynku szpitala, zajmuje całe trzecie piętro. Sytuacja ta zapewnia stałą, całodobową opiekę lekarską, dostęp do szybkiej diagnostyki (na miejscu jest laboratorium, pracownia rtg., USG) i konsultację specjalistów. Zakład Opiekuńczo-Lecznicy ma 40 łóżek o regulowanej wysokości, wyposażonych w barierki zabezpieczające chorego przed wypadnięciem, wraz z oprzyrządowaniem do rehabilitacji przyłóżkowej. Podopieczni zakładu przebywają w pokojach 1-, 2-, 3- i 4-osobowych, wyposażonych w sprzęt zapewniający komfort pobytu. Pomieszczenia są dostosowane do potrzeb niepełnosprawnych (łazienki, wc, korytarze ze specjalnymi uchwyty, barierkami). Sale dla podopiecznych apalicznych, w stanie wegetatywnym, są wyposażone w dodatkowy sprzęt, np. koncentrator, ssaki, pompy. Dla podopiecznych jest sala gimnastyczna z uniwersalnym gabinetem usprawniania leczniczego. Prowadzone są ćwiczenia ruchowe, masaże i inne zajęcia rehabilitacyjne oraz wspomagające leczenie, np. inhalacje, światłolecznictwo. Jest też świetlica, gdzie organizuje się spotkania świąteczne, zebrania rodzin podopiecznych oraz różne imprezy i zajęcia. Do dyspozycji rodzin i podopiecznych jest aneks kuchenny z mikrofalówką i lodówką.

W kaplicy odprawiane są nabożeństwa, po których ksiądz odwiedza wszystkich chorych leżących. Personel pielęgniarski i pomocniczy pracuje według wymaganych standardów, procedur obowiązujących w placówkach medycznych. Dotyczą one podstawowej pielęgnacji z zachowaniem higieny (dezynfekcja, postępowanie aseptyczne), monitorowania zakażeń wewnątrzzakładowych, profilaktyki i leczenia odleżyn, usprawniania pacjenta oraz techniki przemieszczania pacjenta, trybu postępowania po zgonie. W tym celu kierownictwo placówki dba o stałe podnoszenie kwalifikacji swych pracowników, organizując szkolenia i delegując na kursy doształcające i specjalizacje.

Celem zakładu, jak już wspomniałam, jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które przebyły ostrą fazę leczenia szpitalnego, są zdiagnozowane, mają ukończony proces leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Zakład realizuje te wymagania poprzez opiekę lekarską i pielęgniarską, leczenie farmakologiczne, ustalanie i stosowanie odpowiedniej diety, zapewnienie niezbędnych konsultacji specjalistycznych oraz badań diagnostycznych, zgodnie z zakresem lekarza POZ. Placówka zapewnia usprawnianie ruchowe i działania fizjoterapeutyczne, stymulację metodami terapeutycznymi i psychoterapeutycznymi, przystosowując pacjentów do aktywności życiowej oraz zapobiega powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia. Przygotowuje rekonwalescenta i jego rodzinę, opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych oraz stara się zmniejszyć skutki upośledzenia ruchowego i przygotować do życia w społeczeństwie.

Aby stworzyć dobrą opiekę osobom tu przebywającym, które w dużej mierze są osobami w podeszłym wieku, personel i kierownictwo Zakładu dbają nie tylko o profesjonalną obsługę medyczną (pielęgnację, rehabilitację), lecz także starają się stworzyć ciepły, domowy klimat poprzez minimalizowanie szpitalnego wyglądu, dekorując pomieszczenia kwiatami, obrazami. Często są to prywatne przedmioty podopiecznych, ich ulubione fotografie, pamiątki, dewocjonalia. W okresie Świąt Wielkiej Nocy i Bożego Narodzenia wszystkie pomieszczenia zakładu są ozdobione różnorodnymi stroikami zakupionymi przez rodziny oraz ozdobami wykonanymi przez dzieci. Aby sprostać wielu potrzebom podopiecznych, personel placówki stara się dobrze współpracować z rodzinami, wspierając je w trudnych chwilach.

Drugą tego typu placówką w mieście jest Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Pielęgniarek według III Reguły św. Franciszka i mieści się w Opolu Szczepanowicach przy ul. Prószkowskiej 72, który funkcjonuje już ponad dziesięć lat. Pod względem prawnym Zakład jest jednostką własną Zgromadzenia Sióstr Pielęgniarek, z siedzibą w Ołdrzychowicach Kłodzkich, jako kościelnej osoby prawnej i organu założycielskiego, w imieniu którego działa przełożona prowincjalna. Placówka jest wpisana w rejestr zakładów opieki zdrowotnej i działa na podstawie umowy z Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Opolu oraz innych umów z osobami prawnymi i fizycznymi. W ten sposób świadczenia Zakładu są finansowane przez NFZ i z odpłatności pensjonariuszy zgodnie z obowiązującymi przepisami. Misją zakładu jest pomoc osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym, przebywającym w placówce, które ze względu na stan zdrowia i wiek potrzebują całodobowej pielęgnacji oraz opieki i innych świadczeń zdro-

wotnych i rehabilitacyjnych. Zakres i poziom świadczeń jest dostosowany do potrzeb pacjentów przebywających w Zakładzie⁴. W nowo wybudowanym budynku, z pięknym ogrodem, do dyspozycji podopiecznych są komfortowe pokoje wraz z łazienkami, jadalnie i świetlice. Jest sala rehabilitacyjna wyposażona w odpowiedni sprzęt do kinezyterapii, fizykoterapii, sala zajęć terapeutycznych i kaplica. Zakład ten – jak inne tego typu placówki – pełni funkcje opiekuńcze zgodnie z zadaniami opieki długoterminowej zawartymi w umowie z NFZ. Opisane placówki zapewniają obecnie opiekę około 140 osobom, co jest liczbą zbyt małą w stosunku do wielkości miasta, by zaspokoić potrzeby ludzi przewlekle chorych, w dużej mierze osób w podeszłym wieku.

Charakterystyka podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego i ich rodzin

Starość fizjologiczna to naturalne zmiany involucyjne zachodzące w człowieku, które następują z upływem lat i „eksploatacją” organizmu. Starość patologiczna wiąże się ze zniedołężnieniem, utratą samowystarczalności, które wynikają z przewlekłych chorób i ich powikłań. Większość osób postrzega starość przez pryzmat chorób i cierpień, a człowiek stary często kojarzy się z człowiekiem schorowanym, zniedołężniałym, dotkniętym ciężką chorobą. Trudno ustalić granicę pomiędzy starością a patologią. Medycyna geriatryczna stosuje podział na choroby towarzyszące starości i wynikające z niej, lecz wszechobecność przewlekłych chorób w podeszłym wieku utrudnia określenie, co w starości jest normą, a co nie⁵.

Osoby przebywające w ZOL-u są przewlekle chore, w większości z ciężkimi zaburzeniami somatycznymi, którym towarzyszą zaburzenia psychoorganiczne. Przebywający w ZOL-u to duża grupa osób w podeszłym wieku z deficytem zdrowotnym. Obecnie w placówce przy Szpitalu Wojskowym przebywa 40 osób, z czego 70% stanowią podopieczni powyżej 60. roku życia. Pozostali to młodszy z ciężkimi uszkodzeniami neurologicznymi, ruchowymi. W ZOL-u nie przebywają starsi tylko dlatego, że są w podeszłym wieku i z tej racji są niedołążni, nieporadni, lecz dlatego, że są obciążeni przewlekłymi chorobami, typowymi dla wieku podeszłego, tj. chorobą Parkinsona, Alzheimerera i innymi chorobami otępiennymi. Są po udarach niedokrwiennych i krwotocznych, z plegią, tj. niedowładem połowicznym lub całkowitym. Przebywają tu osoby, u których występują choroby towarzyszące starości, takie jak miażdżycy uogólniona, cukrzyca typu II z powikłaniami, niewydolności krążenia oraz nietrzymanie moczu, stolca. Występują także zaburzenia psychiczne: schizofrenie,

⁴ M. P a m p u c h, *Marketingowa koncepcja jakości usług medycznych w jednostkach typu non profit na przykładzie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu – Szczepanowicach*, Opole 2004.

⁵ B. Ż a k o w s k a - W a c h e l k o, *Zarys medycyny geriatrycznej*, Warszawa 2000.

zespoły maniakalne, paranoidalne oraz wynikające z postępującej choroby somatycznej zaburzenia psychoorganiczne (charakteropatie, depresje, dystynie).

Tych pacjentów cechuje zmienność nastroju, przechodzą oni od stanów euforii po głęboki smutek, apatię, stupor. Zamieniają radość w gniew, złość na siebie i otoczenie. Często zdarzają się pobudzenia przechodzące w agresję. Zachowania te przebiegają od nadaktywności po bezwład. Jak już przedstawiłam, podopieczni są z różnymi jednostkami chorobowymi i przebywają w jednej placówce, ale wymagają indywidualnego podejścia. Rodziny z personelem ZOL-u powinny współpracować, starać się stworzyć atmosferę i opiekę ukierunkowaną na przebywające tu poszczególne osoby – działania pod kątem ich potrzeb, by móc je w miarę możliwości zaspokajać. Jednak nie ograniczamy się tylko do zaspokajania potrzeb biologicznych, ale także do spełniania ich potrzeb przynależności, użyteczności i uznania, satysfakcji z życia, poczucia bezpieczeństwa i niezależności. Potrzeby te w niektórych przypadkach chorobowych są trudne do zrealizowania przez najbliższych, a tym bardziej przez pracowników ZOL-u. Wymienione potrzeby osób starszych przebywających w ZOL-u można starać się zaspokajać, znając sytuację rodzinną każdego z nich, rozumiejąc ich relacje z najbliższymi. Najczęściej, już przed przyjęciem osoby pod opiekę, rodzina, ubiegając się o miejsce w placówce, przedstawia swoją sytuację, zdolność opiekuńczą, okazując swój stosunek do osoby oddawanej do ZOL-u. Niezależnie czy to jest matka, ojciec, ciocia, wujek czy brat, siostra czy też mąż lub żona, to zdarzają się relacje bardzo skomplikowane, trudne. Z mojego doświadczenia i obserwacji wynikających z kontaktów z członkami rodzin (w sytuacjach czasami też niezbyt przyjemnych) mogę wytypować niejako cztery grupy rodzin. Systematyzując w ten sposób rodziny, brałam pod uwagę częstotliwość odwiedzin, zaangażowanie się w opiekę nad osobą przebywającą w Zakładzie, współpracę z ZOL-em, a tym samym oceniałam więzi z członkami rodziny dającej wsparcie.

Pierwszą grupę stanowią rodziny bardzo związane emocjonalnie z podopiecznym, przeżywają swoistą porażkę, że nie mogą lub nie są w stanie zaopiekować się najbliższym w domu. Mają duże poczucie winy, a zarazem zdają sobie sprawę, że decyzja umieszczenia w ZOL-u była jedynym rozwiązaniem. Te osoby odwiedzają swych najbliższych codziennie, a jeśli nie mogą przybyć w danym dniu, to telefonują. Niektórzy z dalszych części województwa przyjeżdżają systematycznie dwa, trzy razy w tygodniu. Przychodząc, poświęcają dużo czasu na rozmowy (niezależnie od stanu zdrowia podopiecznego), nie okazują zniecierpliwienia, często wykonują podstawowe czynności pielęgnacyjne przy swoich najbliższych. Chcą pomagać także innym. Przykładów można przytoczyć wiele, bo takie pozytywne podejście nie jest sporadyczne; np.: do pani Jasi, która jest po udarze niedokrwiennym, leżąca, często splątana, pobudzona, z uszkodzeniem ośrodka mowy, przychodzi córka i opowiada jej o swoim dniu pracy, przynosi domowe jedzenie, wykonuje drobne czynności

pielęgnacyjne. Pana Antka, który ma głęboką demencję i nie ma już kontaktu z rzeczywistością, odwiedza codziennie córka, często przyjeżdża z mężem, dziećmi. I choć zdaje ona sobie sprawę, że tato już jej nie poznaje i nic jej już nie powie, to na moje pytanie, dlaczego przyjeżdża codziennie, odpowiedziała, że to jej obowiązek i ma taką wewnętrzną potrzebę być tu przy nim, jeżeli nie może się nim zająć w domu. Żona pana Wiesia mieszka blisko Zakładu, więc jest dwa razy dziennie – opowiada mężowi wszystkie zdarzenia, goląc go, kremując czy masując, chociaż on jest w stanie śpiączki mózgowej. Żona pana Benka, który jest sparaliżowany po trzech udarach, przyjeżdża w porze obiadowej, by nakarmić męża, a przy okazji nakarmi obok leżącego chorego, potem poczyta im świeżą prasę, poopowiada co w rodzinie; matka pani Zosi, choć starszka, do swej córki po wylewie przychodzi codziennie rano, przynosząc jej świeże owoce, drożdżówki i jogurty. Odwiedzający zespalają się z życiem placówki, czują się w niej swobodnie i odpowiedzialnie za swych najbliższych, wykazują duże zaangażowanie wobec własnego członka rodziny, jak i wobec innych podopiecznych. Współuczestniczą w życiu Zakładu, wspomagając i uczestnicząc w organizowaniu np. wieczery wigilijnej i innych okolicznych imprez.

W tej grupie są ci, którzy chcą się zająć najbliższymi w domu, jeśli tylko nastąpi poprawa ich zdrowia i wspierają swoich najbliższych we wszystkim; są w stałym, dobrym kontakcie z personelem ZOL-u.

Do drugiej grupy zaliczyłam rodziny (osoby) odwiedzające swoich bliskich dwa, cztery razy w miesiącu – „bo tak trzeba”. Sprawdzają czy wszystko jest w porządku, czy czegoś nie brakuje. Najczęściej są to odwiedziny krótkie, rozmowy ograniczają się do poinformowania, jak mocno są zajęci, że nie mają czasu i tak w ogóle to wpadli na chwilę, rzucając pytania: co przynieść? co ci brakuje? Na pytanie zadane przez pacjenta, co słychać w rodzinie, udzielane są zdawkowe, wymijające odpowiedzi. Nie dostrzega się w tych relacjach dużych więzi, uczuć – stan ten jest niejako efektem zerwania więzi rodzinnych przed laty, konfliktów wynikających ze strony podopiecznego, jego charakteru, ale nie tylko. Jest pan Edmund, który kilkadziesiąt lat temu pozostawił żonę z czwórką dzieci. Po latach, gdy stracił wszystko, a choroba go zmogła, dzieci poniekąd były „zmuszone” nim się zająć, zaopiekować. Pan Ginter, który pozostawił synów po śmierci żony, czy pani Ala, która nie umiała się zaopiekować swoimi córkami i nie uznaje zięcia i wnuków. Pan Wiesław odezwał się do matki i siostry po 40 latach. Rodziny te jasno określają swoje stanowisko wobec podopiecznego i ograniczają się do niezbędnych czynności, które mają zapewnić opiekę w placówce. Jednak zdarza się też coraz częściej bierna postawa dorosłych dzieci wobec rodzica, który obecnie wymaga pomocy i opieki, a który dbał o dom, rodzinę i był przykładowym człowiekiem, rodzicem, a mimo to dzieci nie mają obecnie dla niej/jego czasu.

Trzecia grupa sporadycznie odwiedza swych bliskich – średnio raz w miesiącu i najczęściej celem odebrania przekazów pocztowych z emeryturą. Ograniczają się do rozmowy z personelem, a nie z członkiem rodziny, prosząc jedynie personel o przekazanie pozdrowień. Chory, stary człowiek jest potraktowany jak problem, który został rozwiązany poprzez umieszczenie go w ZOL-u. Te osoby czują się zwolnione z obowiązku opieki wobec rodzica. Syn pani Wandy twierdzi, że jest ciągle w trasie i nie ma czasu zajmować się matką. Jednak 10. każdego miesiąca przychodzi odebrać emeryturę. Tu już można mnożyć przykłady braku troski o najbliższych, ale przytoczę jeden charakterystyczny: pan Rysiu był kiedyś oficerem w wysokim stopniu – wykształcił dzieci, żona zajmowała się domem, potem otrzymał wysoką emeryturę. Po poważnym udarze mózgu trafił do naszej placówki – był sparaliżowany połowiczo, zatem ograniczony ruchowo, przygnębiony, płaczący, niekomunikatywny (trudności z mową) często wpadał w złość. Odwiedzał go sporadycznie syn. Żona telefonicznie ustalała godzinę swego przybycia do sekretariatu ZOL-u celem odebrania emerytury. Burza, deszcz, przyjeżdżała taksówką, ale nie przekraczała progu pokoju, gdzie leżał jej mąż. Pan Rysiu codziennie płakał, tęsknił, po wielu trudach udało mu się napisać numer telefonu, aby pielęgniarki lub osoby odwiedzające innych podopiecznych zadzwoniły do żony do domu. Żona poinformowała mnie, że nie życzy sobie, aby ktoś obcy wydzwaniał do niej. Odpowiadając jej, że mąż tęskni i chce, aby żona przyszła, usłyszałam: „i cóż z tego, ja też tęsknię” – nie przyjedzie i nie życzy sobie, żeby mówić jej, co ma robić. Po paru tygodniach pacjent popadł w depresję, której zaczęły towarzyszyć inne dolegliwości. Stan zdrowia pana Rysia się pogarszał, tracił kontakt z otoczeniem, po kilku miesiącach pacjent zmarł.

Czwarta grupa to sami podopieczni, którzy są samotni, opuszczeni przez najbliższych. Jeżeli mają odwiedziny, to bardzo rzadko – jakaś sąsiadka sobie przypomniała i przyszła zaciekawiona lub rodzina z zagranicy, dalecy krewni. Dla tej grupy osób to personel, osoby często odwiedzający innych podopiecznych są jedyną pomocą czy wsparciem.

Należy też wspomnieć o byłych podopiecznych, którzy wrócili do domu do swych rodzin, cieszą się życiem w rodzinie, i o osobach, rodzinach, których najbliżsi umarli w ZOL-u. Nas, personel Zakładu, pozdrawiają, składają życzenia. Otrzymujemy wiele ciepłych słów podziękowania i zachęty do dalszej pracy, opieki i pomocy tym, którzy tej pomocy najbardziej potrzebują – ludziom starym, ciężko chorym.

Oczekiwania i możliwości wsparcia psychicznego oraz zaspokajanie potrzeb podopiecznych Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

Na stawiane w rozmowie z podopiecznymi pytanie: „jakie są ich oczekiwania, czego oczekują, czego chcą?” odpowiedzi w większości były skierowane

na zaspokojenie potrzeby w danej chwili: „chcę pić, spać, jeść, ciszy, chcę spokoju, ćwiczyć, lekarza” itd. Były też: „chcę chodzić”; „chcę być zdrowym”; „chcę wrócić do domu”; „chcę z kimś porozmawiać”; „chcę pomocy (nieokreślonej)”; „zrozumienia”; „chcę, aby syn i córka mieli dla mnie więcej czasu”; „chcę być w domu”; „chcę umrzeć”; „kiedy przyjdzie wnuczka?”

W większości odpowiedzi dotyczyły rodziny, powrotu do domu. Od niektórych podopiecznych nie otrzymałam odpowiedzi, ale przekaz niewerbalny mówi wiele – wyraz oczu, mimika, płacz – tęsknią. Tak naprawdę oczekiwania te są bardziej złożone. Tu nie chodzi tylko o mały gest czy zaspokojenie potrzeby w danym momencie, lecz jest w tym coś głębszego, w tle przebija się żal, smutek. Podopieczni oczekują większego zainteresowania zwłaszcza członków rodziny. Czują się samotni, bo są samotni. Chcą być akceptowani, chcą, by im poświęcić więcej uwagi, porozmawiać, lubią pożartować, pośmiać się. Na te same pytania stawiane rodzinom podopiecznych otrzymałam zupełnie inne odpowiedzi: „oczekuję pomocy”; „zrozumienia”; „pomocy lekarza”; „psychologa”; „oczekuję cudu”; „chcę się nie bać”; „nie wstydzić za mamę/tatę”; „czekam na uśmiech mamy”, ale także: „nie mam oczekiwań” lub „lepszych warunków”, „więcej personelu, księdza” (codziennie).

Przedstawione oczekiwania mają w większości charakter psychologiczny. Wsparciem dla podopiecznych ZOL-u zapewne są najbliżsi, znajomi, personel placówki i inni podopieczni, także psycholog, ksiądz. Samo istnienie ZOL-u też jest wsparciem psychicznym – tak dla podopiecznych, jak i ich rodzin. Wsparciem zapewne są wizyty młodzieży z Zespołu Szkół Zawodowych w Opolu. Klasa fryzjerska cztery razy w roku organizuje Dni Fryzjerskie dla podopiecznych, klasa licealna organizuje mikołajki, pastorałki. Przychodzą z życzeniami świątecznymi i stroikami. Podopieczni mają częsty kontakt z młodzieżą studencką z fizjoterapii, pielęgniarstwa, która odbywa praktyki zawodowe. Młodzież poprzez kontakty z ludźmi chorymi w podeszłym wieku kształtuje własną postawę wobec ludzi starych, wobec własnej starości. Jakże ważną rolę jest edukacja i przygotowanie współczesnych ludzi do starości, bo jak powiedział J. P. Bois: „[...] wszyscy jesteśmy rzeczywistymi lub potencjalnymi starcami”⁶.

Najważniejsze wsparcie przychodzi jednak ze strony rodziny. Rodzina jako grupa społeczna ma do spełnienia funkcje wobec jej członków. Wobec seniorów są to głównie funkcje ekonomiczne, tj. funkcja materialno-ekonomiczna czy opiekuńczo-zabezpieczająca, a także wsparcie socjopsychologiczne, w tym bardzo istotna funkcja emocjonalno-ekspresyjna⁷. Pobyt w ZOL-u oznacza poniekąd odizolowanie podopiecznych od ich dotychczasowego świata. To nie

⁶ G. M i n o i s, *Historia starości...*, op.cit.

⁷ Z. T y s z k a, *Socjologia rodziny*, Warszawa 1976.

zależy od ich stanu psychicznego – oni „kłócą się” z otaczającą rzeczywistością; nie godzą się na taki stan rzeczy – nie chcą być traktowani instrumentalnie, przejawiają swoje niezadowolenie złością, buntem czy agresją, zamykają się w sobie. Ludzie starsi oczekują poważnego traktowania, po partnersku, nie chcą być problemem, trudnym dodatkiem do naszego życia; są i chcą być częścią naszego życia i życia naszej rodziny. Osoby starsze, schorowane nie chcą być ciężarem dla swego otoczenia, ale też nie chcą być przez najbliższych okłamywane, nie chcą ukrywania prawdy. Nie oczekują składania obietnic (nierealnych), dawania nadziei na coś, czego nie jesteśmy w stanie zapewnić lub z czego nie możemy się wywiązać. „[...] jak wyremontujemy dom, to cię zabierzemy” – i mija rok, dwa, i nic. Potem cała złość podopiecznego przerzucana jest na personel. „[...] weźmiemy cię na przepustkę, na święta” i nie zabierają. Mało jest osób, które siądą ze starym rodzicem i powiedzą mu: „nie dajesz już sobie rady, martwimy się o ciebie i musimy zapewnić ci opiekę. Nam też jest z tym ciężko, ale...”. Szczerą rozmową, dostosowaną do poziomu percepcji podopiecznego, pozwoli niejako wyciszyć sumienie osoby, która podjęła decyzję umieszczenia w ZOL-u najbliższej osoby, a samemu podopiecznemu zmniejszy żal, gdyż niektórzy w podeszłym wieku nierealnie oceniają swoje możliwości. Wsparciem dla członków rodzin, które mają wciąż dylemat, czy dobrze postąpiły, czy to wszystko, co mogły zrobić, czy nie krzywdzą, będzie zapewne rozmowa z psychologiem, częste rozmowy o stanie zdrowia z personelem, również rozmowa z innymi członkami rodzin podopiecznych ZOL-u. Z takiej potrzeby przy tutejszej placówce powstało Stowarzyszenie Rodzin na rzecz Podopiecznych ZOL „Tęcza”, które m.in. organizuje Dni Babci i Dziadka, obchodzenie urodzin, mikołajki, święta, Wigilię, śniadanie wielkanocne, współfinansuje niezbędny sprzęt itp., dając wsparcie swoim członkom, a jednocześnie udzielają się w nim też osoby, których najbliżsi odeszli. Przez trzy lata w placówce zatrudniony był psycholog, terapeuci-wolontariusze i przez ten czas tylko jedna rodzina skorzystała z porad psychologa, a z podopiecznych nikt nie wyraził chęci. Jedynie kilka osób prowadziło częste rozmowy z terapeutami. Często sama konsultowałam się z psychologiem, dostrzegając problemy jakiejś rodziny, ale pomocy psychologicznej kategorycznie odmawiano. Nie wiem, dlaczego odmawiano, być może cała sytuacja jest krępująca, nadal wstydliwa?

Dzień każdego podopiecznego się dłuży – od posiłku do posiłku, od toalety do toalety. Urozmaiceniem jest kąpiel, rehabilitacja, czasami spacer i oczekiwanie na odwiedziny rodzin. Dzień to oczekiwanie na wyróżnienie, na zainteresowanie, na uśmiech, na rodzinę. Chory, stary człowiek nie znosi okazywania mu braku cierpliwości i myślę, że wcale nie chce, aby wobec niego spełniać tylko obowiązek, który akcentują członkowie rodzin, że ... muszą uprać ręczniki, muszą przynieść zupeę, trzeba to a to załatwić – uważam, że chcą widzieć chęć samego przyjścia, a nie tylko – „bo muszą, bo tak wypada”. Starsze, ciężko cho-

re osoby nie potrzebują, by wpadać do nich „jak po ogień” i od progu oznajmiać: „[...] nie mamy czasu i przyszliśmy tylko na 5 min.”. Zdarza się, że rodziny obarczają pełną opieką personel ZOL-u, stawiają wobec niego własne oczekiwania, nie tylko wynikające z zakresu działalności zakładu, ale zapomniane przez członków rodziny urodzin, tłumacząc się, że obchodzą imieniny, o których też nikt nie pamięta, jak również Dni Matki, Ojca, Babci i Dziadka. Ten czas upływa w zapomnieniu. Takie sytuacje powodują, że pacjenci zamykają się przed rodziną. Czują się już niepotrzebni rodzinie. Należy jednak pamiętać:

[...] tak jak człowiekowi starszemu potrzebna jest rodzina, tak i rodzinie konieczny jest człowiek starszy. Obecność bowiem dziadków cementuje rodzinę, wspomaga ją w jej funkcjach, pozwala na lepszą organizację życia rodzinnego. A co najważniejsze, poprzez swoją obecność dziadek czy babcia uczy młodsze pokolenie o starzeniu się i starości⁸.

Na organizowane święta przy jednym stole zapraszamy wszystkie rodziny, ale jest zawsze grupa podopiecznych, którzy są sami czy to przy stole, czy w sali. Przypominam sobie wypowiedz jednej pani, którą zapraszałam na wieczór, aby jej ojciec nie był sam. Kobieta odpowiedziała mi, że nie ma na to czasu, bo ma rodzinę, a jest to obowiązek pracowników, aby tu być. Przebywanie z bliskimi w tym ważnym dniu jest bardzo istotne dla każdego człowieka. Święta chcemy spędzać w gronie rodzinnym, a taka postawa niektórych członków rodzin zaskakuje. O to, by żaden pacjent nie czuł się samotny, także ojciec tej kobiety, którą zapraszano na Wigilię, personel ZOL-u stara się szczególnie zatroszczyć. Ten pacjent w święta czuł się samotny, odizolował się, choroba nagle przybrała na sile. Wielkanocy nie dożył. Była też kobieta, która z okien pokoju widziała własny dom z pięknym ogrodem, który zamieszkiwał syn z rodziną. Odwiedzali ją sporadycznie, święta Bożego Narodzenia spędziła w ZOL-u, płakała w Wigilie, śpiewając wszystkie kolędy. Święta wielkanocne były wręcz upalne, więc większość podopiecznych rodziny zabrały na spacer czy na przepustkę. Babcia stała w oknie i patrzyła na swój ogród, tęskniła. Po świętach przestała jeść, zaczęła słabnąć, pokładać się do łóżka – epilog był podobny do już przytaczanych zdarzeń. Niestety, lekarz, pielęgniarka, opiekunka to osoby obce. Nie oczekujemy, że przejmą obowiązki rodziny i ją zastąpią, a tak często rodziny uważają, mówiąc „tu jesteś i teraz to jest twój drugi dom”; nieprawda, gdyż DOM jest jeden, tam, gdzie jest rodzina i tego ich nie można pozbawiać. W życiu ludzi w podeszłym wieku rodzina staje się najważniejsza i to rodzina powinna zaspokajać podstawowe potrzeby swych członków seniorów. Zdarza się, że rodziny stawiają warunki podopiecznym: „jak będziesz chodzić, to cię wezmę do domu”..., „jak będziesz dbać o siebie”..., „jak nie będziesz mieć pampersa”... itd. Pacjenci ci bardzo się starają, chcą sprostać oczekiwaniom dzieci

⁸ G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.

czy małżonków, starają się ćwiczyć ponad miarę – nie udaje się, bo uraz jest głęboki. Rodziny wobec nich używają różnych argumentów i nie są konsekwentne, nie starają się zrozumieć osoby z defektem neurologicznym. To prowadzi do obniżenia nastroju, ucieczki w depresję i tym samym pogorszenia zdrowia. Rodzina, krąg znajomych i przyjaciół dają starszej osobie poczucie przynależności, użyteczności. Brak bliskich powoduje osamotnienie, bezsens życia. Wszelkie działania personelu, osób obcych w Zakładzie – ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, potrzeby bycia ważnym każdego podopiecznego – nie zastąpią najbliższych i nie zapewnią w pełni prawdziwej ciepłej, domowej atmosfery.

Zaprezentowałam własne spostrzeżenia i refleksje jako praktyk. W mojej pracy zawodowej mam bezpośredni kontakt z osobami w podeszłym wieku, przewlekle chorymi i rodzinami, i jestem przekonana, że dla osoby w podeszłym wieku, schorowanej wsparciem jest rodzina, a oczekiwaniem jest bycie w rodzinie, gdziekolwiek ona jest.

x x x

Świadomość współczesnego społeczeństwa na temat starości i potrzeb ludzi w podeszłym wieku jest zbyt mała. Pokutuje strach, lęk przed starością. I choć dostrzegalne są już działania na rzecz seniorów, tworzą się coraz liczniej instytucje, organizacje ukierunkowane na zaspokajanie potrzeb osób starszych, to liczba ta nadal wciąż jest niewspółmierna do potrzeb. Problem, który pośrednio wpływa na ten stan rzeczy, jest natury ekonomicznej. Niskie dochody emerytów i rencistów nie pozwalają w pełni na zapewnienie godnych, bezpiecznych warunków życia. Ekonomiczny status współczesnej rodziny też nie jest wysoki. Rodziny borykają się z problemami mieszkaniowymi, finansowymi i trudnościami w dostępie do zapewnienia opieki, tak by mogła ona zabezpieczyć starszych członków rodziny. Dostrzega się potrzebę tworzenia ośrodków, placówek opieki i pomocy dla osób w podeszłym wieku, oraz ośrodków wsparcia i pomocy dla ich rodzin. Interesując się tematyką starości, opieką nad ciężko chorym człowiekiem w podeszłym wieku staram się przybliżyć sobie i innym zagadnienia związaną z okresem starości, rozpoczynając w ten sposób edukację przygotowującą do starości, do bycia starym człowiekiem i bycia potrzebnym, by końcowy etap swego życia przeżyć z godnością w miłości i szacunku wśród najbliższych w kręgu rodzinnym.

Literatura

- Bois J. P., *Historia starości – od Montaigne'a do pierwszych emerytur*, Warszawa 1996.
- Halik J., *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa 2002.
- Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Warszawa 2004.

- Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.
- Pampuch M., *Marketingowa koncepcja jakości usług medycznych w jednostkach typu non profit na przykładzie Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opolu – Szczepanowicach*, Opole 2004.
- Schifelle J., Staudt I., Dach M. M., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wrocław 1998.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy, starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000.
- Tyszką Z., *Socjologia rodziny*, Warszawa 1976.
- Żakowska-Wachelko B., *Zarys medycyny geriatrycznej*, Warszawa 2000.
- Zarządzenie Prezesa NFZ nr 61/2007. Warunki szczególne NFZ – materiały informacyjne o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej: stacjonarna opieka długoterminowa realizowana w zakładach opiekuńczo-leczniczych, Warszawa – Opole 2006/2007.

Andrzej Szmajkę*

Czy stare jest brzydkie? Czy brzydkie jest stare? Anatomiczne cechy sylwetki jako wyznaczniki spostrzegania atrakcyjności, młodości oraz stanu zdrowia kobiet i mężczyzn

Atrakcyjność fizyczna jako problem badawczy w psychologii

Psychologia akademicka długo unikała zajmowania się atrakcyjnością fizyczną człowieka, a kiedy to już uczyniła (w latach siedemdziesiątych XX w.), dość długo przyjmowała tezę, że „piękno jest ulokowane w oku patrzącego”. Zgodnie z tym stanowiskiem kryteria fizycznej atrakcyjności miały być skrajnie subiektywne i indywidualizowane; zależne od indywidualnego „gustu” oceniającego podmiotu. Taki pogląd zakładał brak obiektywnych (np. anatomicznych) wyznaczników atrakcyjności fizycznej i czynił bezzasadnym pytania (i badania) o współzależności między fizycznymi charakterystykami jednostki a oceną jej atrakcyjności przez inne osoby.

Początki zainteresowania psychologii problematyką atrakcyjności fizycznej były zdominowane przez pytanie o psychospołeczne konsekwencje bycia osobą atrakcyjną. W roku 1972 Karen Dion, Ellaine Berscheid i Ellaine Walster opublikowały pracę pod znanym tytułem *What Is Beautiful Is Good* (Piękne jest dobre). Autorki wykazały, że osobom atrakcyjnym fizycznie przypisujemy wiele pożądanych właściwości psychicznych, jak serdeczność, wrażliwość, towarzyskość itp. Dalsze badania¹ dowiodły, że osoby atrakcyjne fizycznie jako dzieci otrzymują lepsze stopnie w szkole i są przez nauczycieli uważane za bystrzejsze, grzeczniejsze oraz „lepiej rokujące na przyszłość”. Osoby atrakcyjne fizycznie są też lepiej traktowane przez innych ludzi; częściej otrzymują wsparcie i pomoc, a jednocześnie obciążane są mniejszą odpowiedzialnością za wykroczenia, błędy i porażki. Tym samym psychologia, a z nią inne humanistyczne nauki o zachowaniu zaakceptowały fakt rzeczywistego znaczenia

*Prof. dr hab., Uniwersytet Opolski, Instytut Psychologii, Opole.

¹E. Hatfield, S. Sprecher, *Mirror, mirror: The importance of looks in everyday life*, State University of New York Press 1986; Eagly A.H., Ashmore R.D., Makhijani M.G., Longo L.C., *What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype*, „Psychological Bulletin” 1991, No 110, s. 109–128.

atrakcyjności fizycznej jako regulatora i modyfikatora ludzkiego zachowania, ale nadal nie wykazywały entuzjazmu do poszukiwania wyjaśnienia mechanizmu fizycznej atrakcyjności.

Równoległe ze stanowiskiem „piękno w oku patrzącego” rozwijano koncepcję, zgodnie z którą kryteria piękna kształtują się poprzez uczenie. Wzrastając w określonym środowisku fizycznym i kulturowym (i w określonym okresie historycznym), przejmujemy jego system wartości (w tym estetycznych), a wygląd osób z otoczenia (np. kolor skóry, kształt czaszki, typ budowy fizycznej) staje się dla nas punktem odniesienia. W efekcie, osoby podobne do tych, z jakimi obcujemy, stają się dla nas „normalne”, natomiast osoby różniące się od „standardowych” oceniamy jako „nienormalne”; bardzo atrakcyjne lub (częściej) skrajnie nieatrakcyjne. Przyjęcie takiego wyjaśnienia owocowało przywiązywaniem przez naukowców wielkiej wagi do międzykulturowych, międzyrasowych i „międzyhistorycznych” różnic w ocenach atrakcyjności fizycznej, czego ilustracją były przejawy tzw. szoku kulturowego widoczne w wypowiedziach osób po raz pierwszy kontaktujących się z ludźmi innych ras. Jak podaje Nancy Etcoff² „[...] pierwsza delegacja samurajów wysłana w 1860 r. do USA stwierdziła, że oczy kobiet na Zachodzie wyglądają «jak psie ślepia» i jest to widok przygnębiający”. Z kolei Amerykanom twarze Azjatów wydawały się „bez wyrazu” a pewien Tahitańczyk, ubolewając nad brzydotą Anglików, stwierdził: „[...] szkoda, że angielskie matki tak bardzo rozciągają im nosy i sprawiają, że są one tak przerażająco długie”. Posiłkując się takimi anegdotami oraz podtrzymywaną do dzisiaj przez niektórych przedstawicieli nauk humanistycznych tezą o historycznej zmienności wzorców piękna (czego dowodem mają być kanoniczne dla poszczególnych okresów historycznych dzieła sztuki)³, oficjalna nauka broniła twierdzenia, że piękno jest wytworem kultury i uczenia się.

Przełom w podejściu psychologii do kwestii atrakcyjności fizycznej nastąpił pod koniec lat osiemdziesiątych XX w. Badania Michaela Cunninghama (1986), Judith Langlois i jej współpracowników⁴, a także Douglasa Jonesa i Kima Hilla⁵ ugruntowały tezę o istnieniu uniwersalnych wyznaczników urody, wspólnych wszystkim przedstawicielom gatunku *homo sapiens*, względnie niezależnych od kultury, rasy, wieku i wykształcenia. Odkrycie uniwersalności kryteriów ludzkiej atrakcyjności fizycznej jest w głównej mierze zasługą psy-

² N. E t c o f f, *Przetrwają najpiękniejsi*, CiS, WAB, Warszawa 2000, s. 188.

³ U. E c c o, *Historia piękna*, Rebis, Poznań 2005.

⁴ J. H. L a n g l o i s, L. A. R o g g m a n, *Attractive faces are only average*, „Psychological Science” 1990, No 1, s. 115–121; J. H. L a n g l o i s, L. A. R o g g m a n, L. M u s s e l m a n, *What's average and not average about attractive faces?* „Psychological Science” 1994, No 5, s. 214–220.

⁵ D. J o n e s, K. H i l l, *Criteria of facial attractiveness in five populations*, „Human Nature” 1993, No 4, s. 271–296.

chologii ewolucyjnej⁶, teorii postulującej, że wiele mechanizmów regulacji ludzkiego zachowania zostało ukształtowanych w toku ewolucji poprzez procesy selekcji naturalnej (doboru naturalnego i doboru płciowego).

„Piękno jest rodzajem biologicznej adaptacji, w którą wyposażony jest obserwator” to jedno z najczęściej przytaczanych twierdzeń psychologii ewolucyjnej⁷. Oznacza ono, że te osobniki, dla których pewne cechy osobników płci przeciwnej, np. wielki, symetryczny, wspaniale ubarwiony ogon (pawia) lub długie, symetryczne sterówki (jaskółki) czy wielkie poroże (jelenia), są szczególnie atrakcyjne, odnoszą, w wyniku takiej preferencji (poprzez rozród z osobnikami posiadającymi te atrakcyjne cechy), wymierny sukces reprodukcyjny, wyrażający się większą liczbą pozostawianego potomstwa, które dziedziczy takie same preferencje estetyczne. Aby osobniki gustujące w pewnych cechach osobników płci przeciwnej rzeczywiście odnosiły z tego powodu większy sukces rozrodczy, na syndrom fizycznej atrakcyjności powinny składać się takie cechy, które są wiarygodnymi wskaźnikami potencjału rozrodczego ich nosiciela (zdrowia, płodności, dobrej kondycji fizycznej itp.). Wśród takich biologicznych „markerów piękna” (i wartości rozrodczej) prym wiodą symetria i dymorfizm płciowy. Dla wielu gatunków (również ludzi) atrakcyjne fizycznie są osobniki o symetrycznych ciałach oraz takie, u których zaznaczone są dobrze rozwinięte drugo- i trzeciorzędne cechy płciowe.

Ewolucjonizm dostarczył psychologii aktualnie obowiązującej definicji atrakcyjności fizycznej – te cechy fizyczne, które wskazują na płodność i/lub zdolność osobnika do pozyskiwania zasobów potrzebnych do przetrwania czynią go atrakcyjnym (pięknym). W przypadku ludzi fizycznymi markerami piękna są oznaki młodości i zdrowia, czyli symetria w budowie ciała oraz wyraźnie zaznaczony dymorfizm płciowy. Te cechy fizyczno-anatomiczne, które są charakterystyczne dla osobników młodych a jednocześnie płodnych (czyli dojrzałych płciowo) i zdrowych, czynią jednostkę atrakcyjną (piękną) w oczach innych⁸.

⁶ D. M. B u s s, *Ewolucja pożądania*, GWP, Gdańsk 1996; D. M. B u s s, *Psychologia ewolucyjna*, GWP, Gdańsk 2001.

⁷ E t c o f f N., *Przetrwają najpiękniejsi...*, op.cit.; D. M. B u s s, *Psychologia ewolucyjna...*, op.cit.

⁸ D. M. B u s s, *Ewolucja pożądania...*, op.cit.; D. M. B u s s, *Psychologia ewolucyjna...*, op.cit.; N. E t c o f f, *Przetrwają najpiękniejsi...*, op.cit.; D. S i n g h, *Is thin really beautiful and good? Relationship between waist-to-hip ratio (WHR) and female attractiveness*, „Personality and Individual Differences” 1994, No 16, s. 123–132. Symetria w budowie ciała jest zaburzona u osobników zaatakowanych przez pasożyty, zaburzenia symetrii pojawiają się także w przypadku wielu chorób, wreszcie symetria jest mniejsza u osobników starszych (zob.: A. P. M o l l e r, J. P. S w a d d l e, *Developmental stability and evolution*, Oxford University Press 1997; R. T h o r n h i l l, S. G a n g e s t a d, *Fluctuating asymmetry and human sexual behavior*, „Psychological Science” 1994, No 5, s. 297–302; R. T h o r n h i l l, S. G a n g e s t a d, *The evolution of human sexuality*, „Trends in Ecology and Evolution” 1996, No 11, s. 98–102; M. J. T o v e e, K. T a s k e r, P. J. B e n s o n, *Is symmetry a visual cue to attractiveness in the human female body?*, „Evolution and Human Behavior” 2000,

Atrakcyjność a starość

Przytoczona ewolucjonistyczna definicja atrakcyjności fizycznej jednoznacznie sugeruje krzywoliniową zależność między wiekiem a pięknem. Najatrakcyjniejsze są osoby młode, ale dojrzałe płciowo. Są one atrakcyjniejsze od osób młodszych, lecz niedojrzałych, oraz od osób wprawdzie dojrzałych płciowo, ale starszych. Jeśli natomiast związek między wiekiem a atrakcyjnością ograniczyć wyłącznie do osób dorosłych, psychologia ewolucyjna jednoznacznie postuluje ujemną korelację między wiekiem a fizyczną atrakcyjnością („młode jest piękne”, a „stare jest brzydkie”). Z tej samej definicji wynika również oczekiwanie, że te same cechy fizyczno-anatomiczne, które czynią jednostkę atrakcyjną

No 21, s. 191–200; I. S. Penton-Voak, A. C. Little, B. C. Jones, D. M. Burt, B. P. Tiddeman, D. L. Perret, *Female condition influences preferences for sexual dimorphism in faces of male humans (homo sapiens)*, „Journal of Comparative Psychology” 2003, Vol. 117, No 3, s. 264–271; G. Rhodes, S. Yoshikawa, A. Clark, K. Lee, R. McKay, S. Akamatsu, *Attractiveness of facial averageness and symmetry in non-Western cultures: In search of biologically based standards of beauty*, „Perception” 1998, No 30, s. 611–625). Stwierdzono, że z asymetrią w budowie ciała u kobiet związana jest ogólnie większa zachorowalność (zob.: D. Scutt, J. T. Manning, G. H. Whitehouse, S. J. Leinster, C. P. Massey, *The Relationship between breast asymmetry, breast size and the occurrence of breast cancer*, „British Journal of Radiology” 1997, No 70, s. 1017–1021), podczas gdy z symetrią – większa płodność (zob.: J. T. Manning, K. Koukourakis, D. A. Brodie, *Fluctuating asymmetry, metabolic rate and sexual selection in human males*, „Evolution and Human Behavior” 1997, No 18, s. 15–21). Jednocześnie wykazano, że symetryczne twarze ludzi są oceniane jako bardziej atrakcyjne niż niesymetryczne (zob.: K. Grammer, R. Thornhill, *Human facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness*, „Journal of Comparative Psychology” 1994, No 108, s. 232–242; R. Thornhill, S. Gangestad, *The evolution...*, op.cit.; G. Rhodes, F. Proffitt, J. M. Grady, A. Sumich, *Facial symmetry and the perception of beauty*, „Psychonomic Bulletin & Review” 1998, No 5, s. 659–669; L. Mealey, R. Bridgstock, G. C. Townsend, *Symmetry and perceived facial attractiveness: A monozygotic co-twin comparison*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1999, No 76, s. 151–158). Badania, w których korelowano wskaźniki asymetrii budowy ciała mężczyzn z ich (mierzonymi kwestionariuszowo) zachowaniami seksualnymi, wykazały, że „symetryczni” byli bardziej atrakcyjni seksualnie dla kobiet: mieli generalnie więcej partnerek niż „niesymetryczni”, częściej doprowadzali je do orgazmu, częściej też romansowali „na boku” (zob.: R. Thornhill, S. Gangestad, *Fluctuating asymmetry...*, op.cit.; S. W. Gangestad, R. Thornhill, *Human sexual selection and developmental stability. Evolutionary social psychology*. Eds. J. A. Simpson & D. T. Kenrick Mahwah, NJ: Erlbaum, 1997, s. 169–195). Zgodnie z interpretacją ewolucyjną symetryczne twarze i ciała „są piękne”, bo sygnalizują, że ich posiadacze to osoby „wartościowe genetycznie” (których organizmy dobrze radzą sobie z zagrożeniem toksynami czy pasożytami) i biologicznie młode, czyli bardziej płodne, dające większe szanse na spłodzenie i odchowanie zdrowego potomstwa (zob.: J. A. Simpson, S. W. Gangestad, P. N. Christensen, K. Leck, *Fluctuating asymmetry, sociosexuality and intrasexual competitive tactics*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1999, Vol. 76, No 1, s. 159–172; J. Weeden, J. Sabini, *Physical attractiveness and health in western societies: a review*, „Psychological Bulletin” 2005, No 131, s. 635–653). Badania spermy mężczyzn „asymetrycznych” wykazały, że charakteryzują się oni mniejszą płodnością niż „symetryczni” (zob.: J. T. Manning, D. Scutt, D. I. Lewis-Jones, *Developmental stability, ejaculate size, and sperm quality in men*, „Evolution and Human Behavior” 1998, No 19, s. 273–282).

fizycznie („markery atrakcyjności”), są dla zewnętrznego obserwatora wskaźnikami młodości i zdrowia ich posiadacza. Innymi słowy: te same cechy fizyczno-anatomiczne są wyznacznikami ocen atrakcyjności fizycznej osoby (piękna), jak również ocen jej stanu zdrowia i wieku, a oceny fizycznej atrakcyjności, zdrowia i młodości tej samej osoby powinny być ze sobą znacząco skorelowane („piękne = młode i zdrowe”, vs. „brzydkie = stare i chore”). Hipoteza o współzależności ocen atrakcyjności fizycznej i wieku została potwierdzona empirycznie. Jak podsumowuje David M. Buss⁹:

[...] oceniając atrakcyjność kobiet przedstawionych na zdjęciach, mężczyźni nieodmiennie wyżej cenią kobiety młode. Spadek ocen urody w miarę narastania wieku kobiety jest typowy zarówno dla mężczyzn, jak i samych kobiet, nie zależy też od wieku osoby dokonującej ocen. W miarę jednak wzrostu wieku kobiety, oceny urody jej twarzy szybciej spadają u mężczyzn niż u kobiet, co sugeruje, że wiek kobiety jest silniejszym wskaźnikiem urody dla mężczyzn niż dla samych kobiet.

Rezultaty badań podsumowane przez Bussa cechuje pewna jednostronność. Zajmowano się w nich jedynie atrakcyjnością kobiecych twarzy. Wprawdzie rezultaty większości badań sugerują, że fizyczna atrakcyjność mężczyzny jest w mniejszym stopniu zależna od jego wieku, ale może to być uboczną konsekwencją tego, że globalna atrakcyjność mężczyzn dla kobiet jest w mniejszym stopniu wyznaczana przez atrakcyjność fizyczną niż globalna atrakcyjność kobiet dla mężczyzn. Takie rezultaty podtrzymują społeczne mity, według których starsi mężczyźni zyskują na atrakcyjności. To prawda, ale wyniki rzetelnych badań sugerują, że „starsi” oznacza ok. 3–10 lat różnicy w porównaniu do wieku oceniającej kobiety, podczas gdy z tekstów publikowanych w popularnych mediach można odnieść wrażenie, że szczególnie atrakcyjni dla młodych kobiet są mężczyźni w wieku ich ojców. Tymczasem obserwacje etologów dowodzą, że młode samice szympanсів „[...] unikają w okresie rui samców starszych od siebie o przynajmniej jedno pokolenie, co najczęściej wyklucza kopulację z potencjalnymi ojcami”¹⁰. Zakładając, że w ewolucyjnej przeszłości człowieka był okres, w którym większość osobników nie znała swojego biologicznego ojca, zasadna wydaje się hipoteza, że również u ludzi wykształcił się podobny mechanizm kobiecej awersji wobec kontaktów seksualnych ze znacznie starszymi mężczyznami, a istotnym składnikiem takiego mechanizmu mogłoby być postrzeżenie mężczyzn starszych jako nieatrakcyjnych.

W przedstawionym dalej badaniu podjęto próbę weryfikacji hipotezy o współzależności ocen atrakcyjności fizycznej, wieku i stanu zdrowia osobnika. Zgodnie z dotychczasowym wywoдем oczekiwano, że:

1. Te same cechy fizyczno-anatomiczne, które determinują oceny fizycznej atrakcyjności jednostki, determinują również oceny jej wieku i stanu zdrowia.

⁹ D. M. B u s s, *Ewolucja pożądania...*, op.cit.

¹⁰ A. M o ś c i s k e r, *Natura ludzka i problem przestępczości*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001, s. 25.

2. Oceny fizycznej atrakcyjności, wieku i stanu zdrowia jednostki będą ze sobą znacząco skorelowane („piękne” = „młode” = „zdrowe”, vs. „brzydkie” = „stare” = „chore”).

3. Prawidłowości opisane w pkt 1. i 2. ujawnią się z porównywalną siłą, niezależnie od płci osoby ocenianej i oceniającej.

W odróżnieniu od większości dotychczasowych badań podejmujących podobną problematykę, w naszym eksperymencie skoncentrowaliśmy się nie na fizyczno-anatomicznych cechach twarzy, lecz na parametrach związanych z kształtem ciała (sylwetką) człowieka.

Badanie

Idea eksperymentu

Dane antropometryczne¹¹ pozwalają twierdzić, że dymorfizm płciowy sylwetek kobiet i mężczyzn związany jest z kilkoma parametrami anatomicznymi: 1) wielkością i masą oraz składem ciała, 2) proporcją klatka piersiowa/biodra oraz 3) proporcją talia/biodra. Mężczyźni są o 8–12% więksi i masywniejsi niż kobiety, ciała mężczyzn zawierają niższy w porównaniu z kobietami odsetek tkanki tłuszczowej, mężczyzn cechuje relatywnie wysoka proporcja klatka piersiowa/biodra (sylwetka zbliżona kształtem do litery V), podczas gdy u kobiet proporcja ta jest wyraźnie niższa (sylwetka zbliżona kształtem do litery A), wreszcie prototypowa dla kobiet jest niska proporcja talia/biodra („wcięcie” w talii), podczas gdy u mężczyzn proporcja talia/biodra przyjmuje wartości wyższe (bez „wcięcia” w talii). Prototypowa sylwetka męska jest więc: raczej masywna, z niewielką zawartością tkanki tłuszczowej, o wyraźnie szerszej klatce piersiowej niż biodrach (kształt zbliżony do litery V), bez wyraźnego „wcięcia w talii” (wysoka proporcja talia/biodra). Natomiast prototypowa sylwetka kobieca jest: raczej drobna, z relatywnie większą zawartością tkanki tłuszczowej, o szerszych biodrach niż klatce piersiowej (kształt zbliżony do litery A), z wyraźnym „wcięciem” w talii (niska proporcja talia/biodra).

Zgodnie z hipotezą atrakcyjności drugorzędnych cech płciowych¹² należy oczekiwać, że wyraźne oznaki dymorfizmu płciowego widoczne w kształcie sylwetki powinny zwiększać jej fizyczną atrakcyjność. Prototypowo „męskie” i prototypowo „kobiece” sylwetki powinny być oceniane jako atrakcyjniejsze (piękniejsze) niż sylwetki nieprototypowe (np. sylwetka męska o kształcie zbliżonym do litery H lub A czy „masywna” sylwetka kobieca bez „wcięcia” w talii).

¹¹ A. Malinowski, *Zmienność*, [w:] *Antropologia*. Red. A. Malinowski i J. Strzałko, PWN Warszawa, s. 134–225.

¹² D. W. Hamilton, M. Zuk, *Heritable true fitness and bright birds: A role of parasites?* „Science” 1982, No 218, s. 384–387.

Powszechnie znanym rezultatem potwierdzającym takie oczekiwania są wyniki uzyskane przez Dewendę Singha¹³, dowodzące znaczenia proporcji talia/biodra dla atrakcyjności sylwetki kobiecej czy rezultaty Maisey, Vale, Cornelissen i Tovee¹⁴ oraz Szmajkę¹⁵, dowodzące znaczenia proporcji klatka piersiowa/biodra dla atrakcyjności sylwetki męskiej. Zgodnie z nimi, sylwetki kobiece o niskiej proporcji talia/biodra (z wyraźnym „wcięciem” w talii) są atrakcyjniejsze od sylwetek o proporcji wysokiej, a sylwetki męskie o wysokiej proporcji klatka piersiowa/biodra (kształt tułowia podobny do litery V) atrakcyjniejsze niż sylwetki o proporcji niskiej (kształt tułowia zbliżony do litery H lub A).

Weryfikacja postawionych hipotez wymaga wykazania, że sylwetki o kształcie prototypowym dla swej płci są oceniane jako (jednocześnie): atrakcyjniejsze (piękniejsze), młodsze i zdrowsze niż sylwetki o kształcie nieprototypowym.

Materiał i metoda

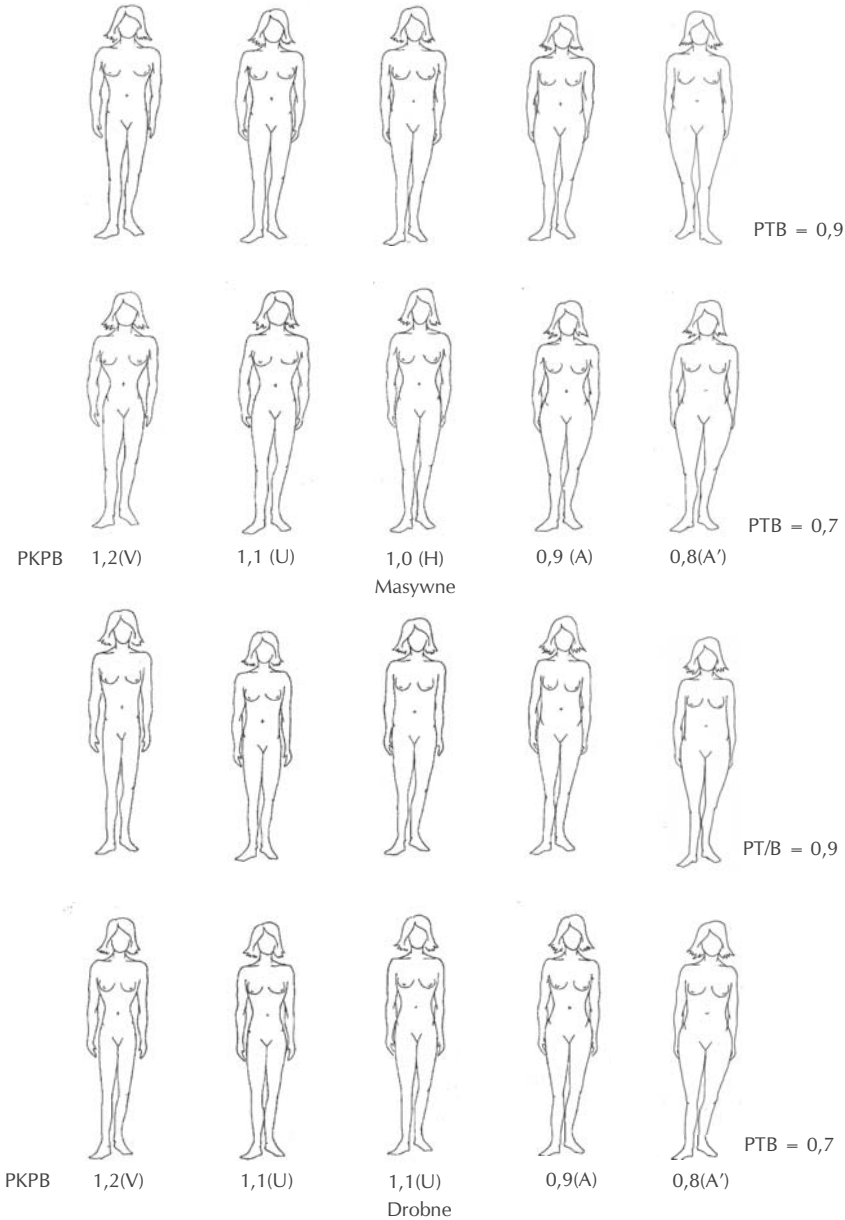
Badani (kobiety i mężczyźni, $N = 121$) oceniali atrakcyjność, wiek i stan zdrowia sylwetek kobiecych i męskich przedstawionych na rysunkach. Ocen dokonywano na skalach 11-stopniowych; biegun negatywny (-5) zaetykietowano jako „skrajnie nieatrakcyjna”/„stara”/„chora”, punkt środkowy skali (0) jako „przeciętna/ani ładna, ani brzydka” a pozytywny biegun (+5) jako „bardzo atrakcyjna”/„młoda”/„zdrowa”. Kształty poszczególnych sylwetek obu płci były zróżnicowane ze względu na trzy parametry anatomiczne: masywność sylwetki (dwa poziomy wartości parametru: „męski”: sylwetka masywna, vs. „kobięcy”: sylwetka drobna), proporcję klatka piersiowa/biodra (pięć poziomów wartości parametru od skrajnie „męskiego”: szerokość klatki piersiowej = 1,2 szerokości bioder, poprzez 1,1, 1,0, i 0,9, aż do skrajnie „kobiecego”: szerokość klatki piersiowej = 0,8 szerokości bioder) i proporcję talia/biodra (dwa poziomy wartości parametru: „męski”: szerokość talii = 0,9 szerokości bioder, vs. „kobięcy”: szerokość talii = 0,7 szerokości bioder). Rysunki wszystkich sylwetek wykorzystanych w badaniu przedstawiono na ryc. 1a (sylwetki kobiece) i 1b (sylwetki męskie). Każda z osób badanych oceniała wszystkie sylwetki męskie i kobiece uporządkowane, w tej samej dla wszystkich badanych, kolej-

¹³ D. Singh, *Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1993, No 65, s. 293–307; D. Singh, *Body shape and women's attractiveness: The critical role of waist-to-hip ratio*, „Human Nature” 1993, No 4, s. 297–321; D. Singh, *Is thin really beautiful...*, op.cit.

¹⁴ D. S. Maisey, E. L. E. Vale; P. L. Cornelissen; M. J. Tovee, *Characteristics of male attractiveness for women*, „The Lancet” 1999, No 353, s. 1500.

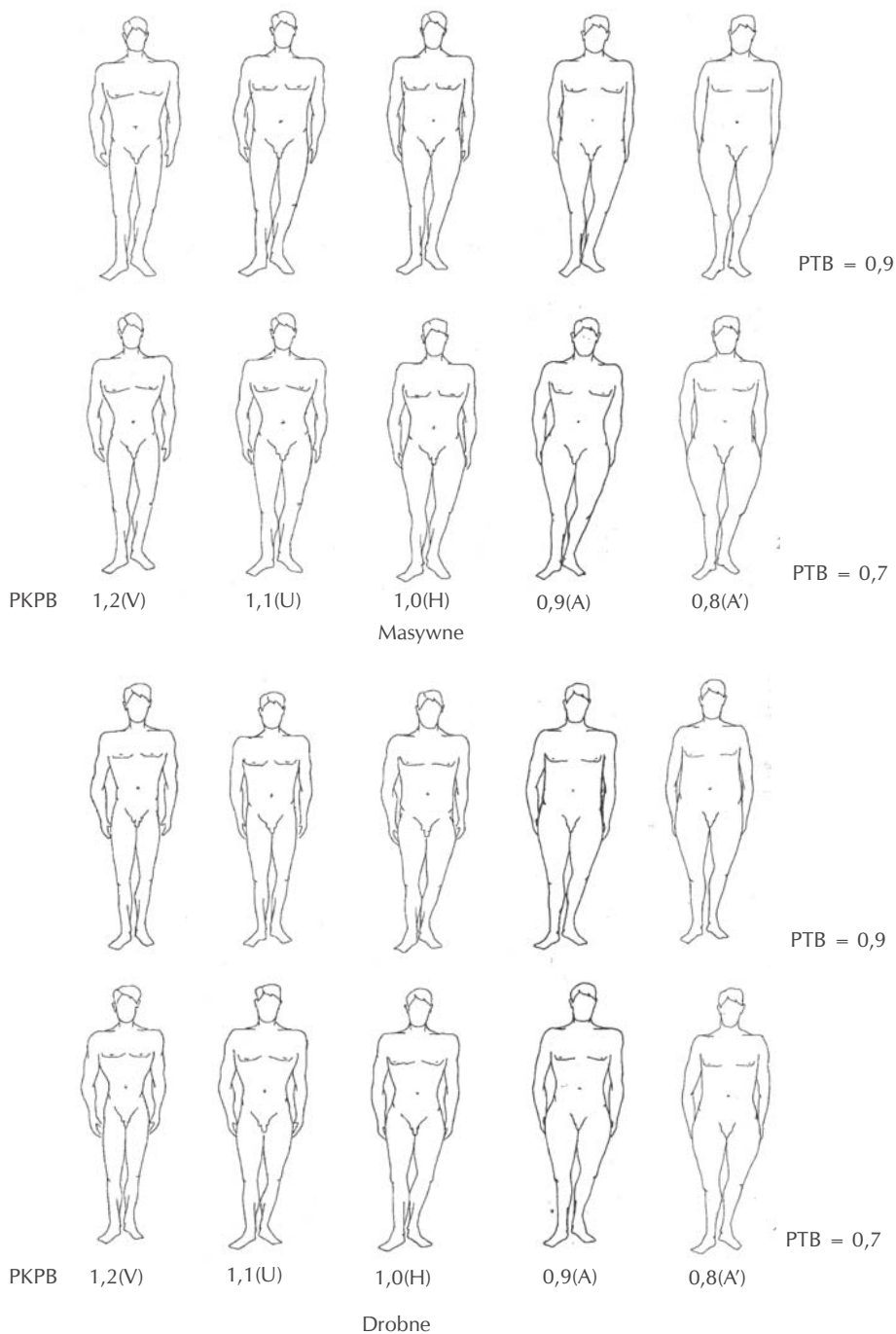
¹⁵ A. Szmajkę, *Proporcja talia/biodra czy ramiona/biodra? Anatomiczne wyznaczniki atrakcyjności męskiej sylwetki w procesie doboru płciowego*, „Studia Psychologiczne” 2004, t. 42, z. 3, s. 107–117; A. Szmajkę, *Wzorce atrakcyjności ciała kobiet i mężczyzn: Czy ewolucja skrzywdziła kobiety*, „Kolokwia Psychologiczne” 2005, nr 13, s. 145–167.

ności losowej, przy czym mężczyźni rozpoczęli badanie od oceniania sylwetek kobiecych, a kobiety od oceniania sylwetek męskich.



PKPB – proporcja klatka piersiowa/biodra; PTB – proporcja talia/biodra.

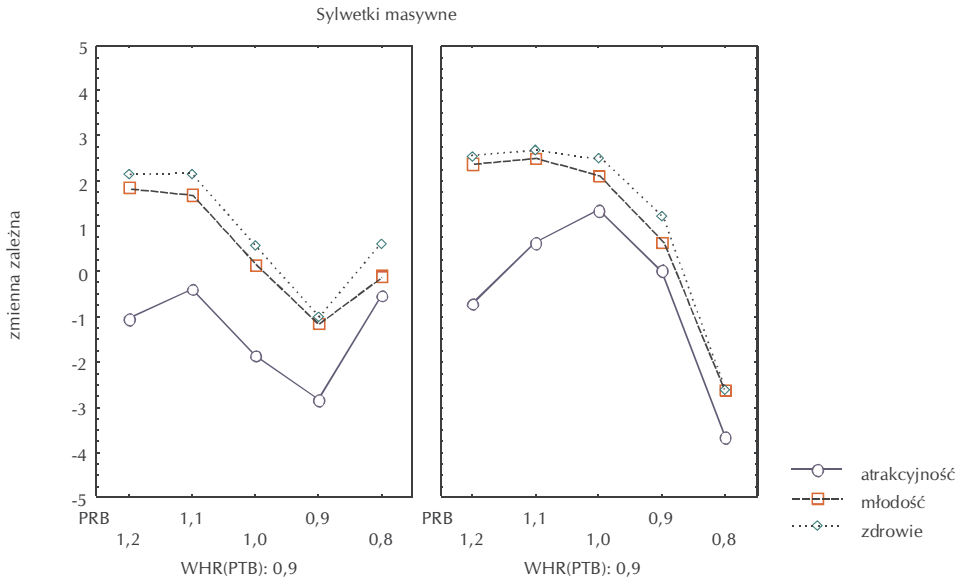
Ryc. 1a. Sylwetki kobiet wykorzystane w badaniu



Ryc. 1b. Sylwetki mężczyzn wykorzystane w badaniu

Rezultaty i ich analiza

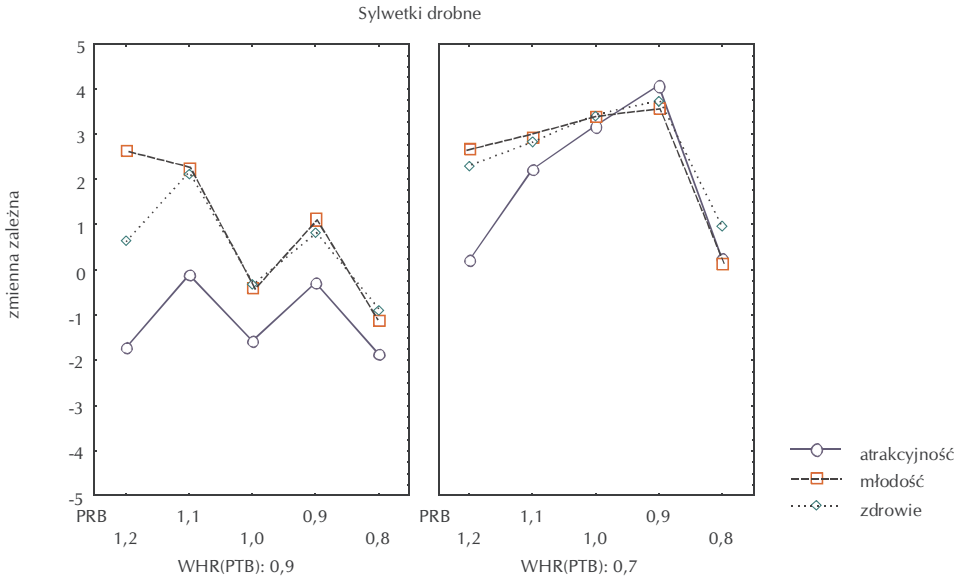
Oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości okazały się zależne od parametrów anatomicznych sylwetek. Dla wskaźników ocen atrakcyjności, zdrowia i młodości Anova wykazała znaczące efekty interakcyjne 4. stopnia (płeć sylwetki \times masywność sylwetki \times proporcja klatka piersiowa/biodra \times proporcja talia/biodra). Wartości Anova (czterozmiennowa interakcja) dla poszczególnych wskaźników wynosiły odpowiednio: atrakcyjność, $F_{[4,440]} = 14,00$; zdrowie, $F_{[4,440]} = 15,24$; młodość, $F_{[4,440]} = 18,77$, i były znaczące statystycznie przy $p < 0,0001$. Tym samym wykazano, że oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości były zależne od tych samych parametrów anatomicznych sylwetki. Charakter (kierunek) wpływu uwzględnionych w badaniu anatomicznych parametrów sylwetki (zróżnicowany dla sylwetek kobiet i mężczyzn) na oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości ilustrują ryc. 2a, 2b oraz 3a i 3b.



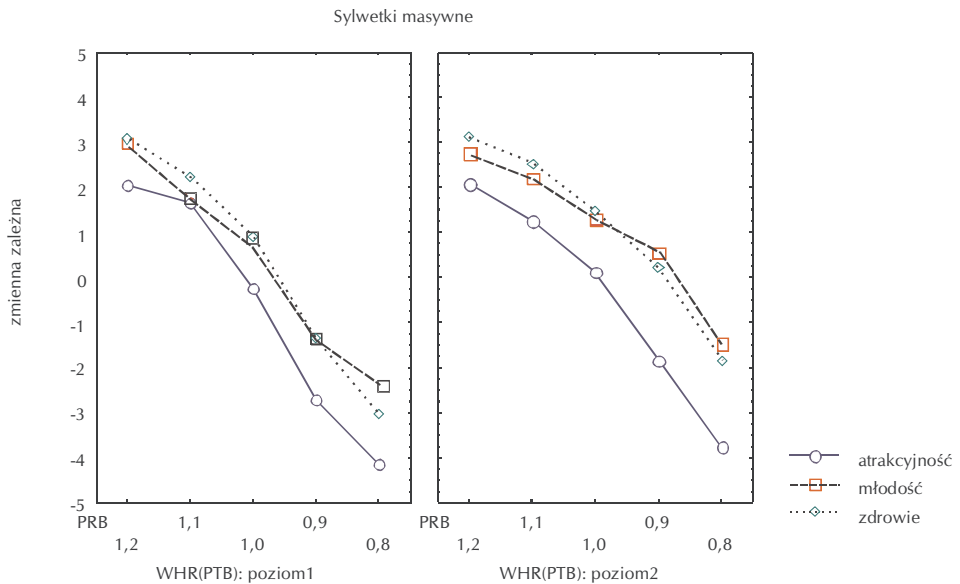
Ryc. 2a. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia jako funkcja parametrów anatomicznych sylwetek kobiet

Im wyższa wartość wskaźników, tym wyższa ocena „atrakcyjności”, „młodości” i „zdrowia”.

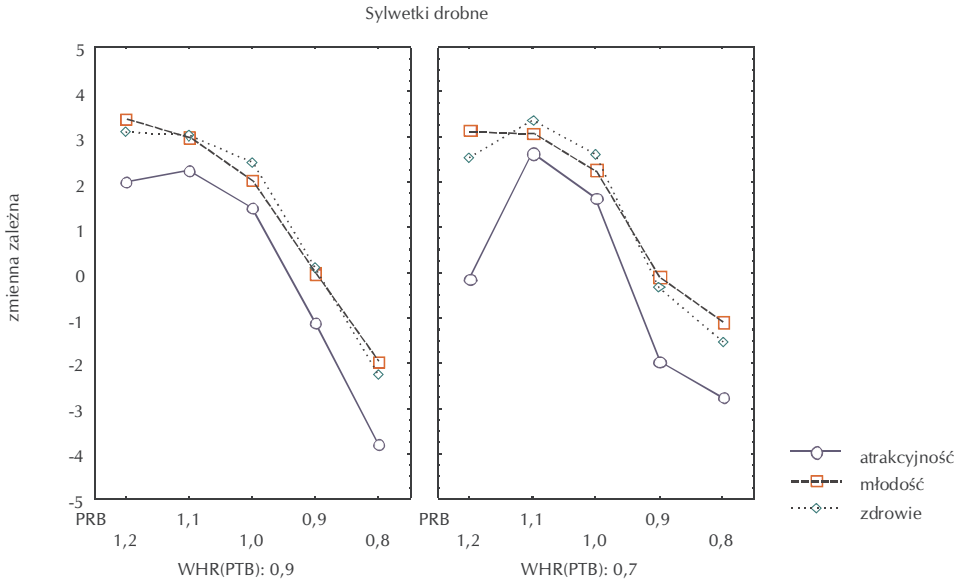
PRB – proporcja klatka piersiowa/biodra; WHR(PTB) – proporcja talia/biodra.



Ryc. 2b. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia jako funkcja parametrów anatomicznych sylwetek kobiet



Ryc. 3a. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia jako funkcja parametrów anatomicznych sylwetek mężczyzn



Im wyższa wartość wskaźników, tym wyższa ocena „atrakcyjności”, „młodości” i „zdrowia”.

PRB – proporcja klatka piersiowa/biodra; WHR(PTB) – proporcja talia/biodra.

Ryc. 3b. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia jako funkcja parametrów anatomicznych sylwetek mężczyzn

Główna hipoteza zakładała, że uwzględnione w badaniu parametry anatomiczne w podobny sposób determinują oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości osoby. Przykładowo: jeśli sylwetki kobiet o niskiej proporcji talia/biodra (z „wcięciem” w talii) są oceniane jako atrakcyjniejsze niż sylwetki bez „wcięcia”, to posiadaczka sylwetki z „wcięciem” w talii powinna być również oceniona jako „zdrowsza” i „młodsza” niż posiadaczka sylwetki o wysokiej proporcji talia/biodra (bez „wcięcia”). Graficzną ilustracją prawdziwości hipotezy na ryc. 2a, 2b, 3a i 3b jest podobieństwo „profilu” (wykresu) ocen atrakcyjności do „profilu” (wykresu) ocen zdrowia i młodości. Gdyby uwzględnione w badaniu parametry anatomiczne w identyczny sposób determinowały oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości, „profile” (wykresy) tych wskaźników przedstawione na ryc. 2a, 2b, 3a i 3b byłyby idealnie równoległe i byłyby to równoznaczne z maksymalnym skorelowaniem ocen atrakcyjności z ocenami zdrowia i młodości ($r = 1,0$).

Dane przedstawione na ryc. 2a, 2b, 3a i 3b sugerują znaczny stopień „równoległości” wykresów ocen atrakcyjności z ocenami młodości i zdrowia osoby o określonej sylwetce. Potwierdza to analiza korelacyjna (por. tab. 1), która wykazała, że oceny atrakcyjności były nie tylko znacząco, lecz nawet silnie (syl-

wetki kobiece) lub bardzo silnie (sylwetki męskie) skorelowane z ocenami młodości i zdrowia. Jak dowodzą dane przedstawione w tab. 1, główna hipoteza została mocniej potwierdzona dla sylwetek męskich niż kobiecych – to anatomiczne cechy męskich sylwetek niemal identycznie (korelacje wyższe niż 0,9) determinowały oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości. Natomiast anatomiczne cechy sylwetek kobiecych determinowały również w podobny sposób oceny atrakcyjności, zdrowia i młodości, ale (odpowiednie korelacje: 0,85 i 0,77) mniej zasadne byłoby tu mówienie o wpływie „niemal identycznym”. Rezultat ten wydaje się zaskakujący w świetle przytaczanej wcześniej (potwierdzonej empirycznie) tezy o większym znaczeniu fizycznej atrakcyjności kobiet dla ich atrakcyjności globalnej. Wyjaśnienia dostarczają wyniki analizy „przypadków skrajnych”.

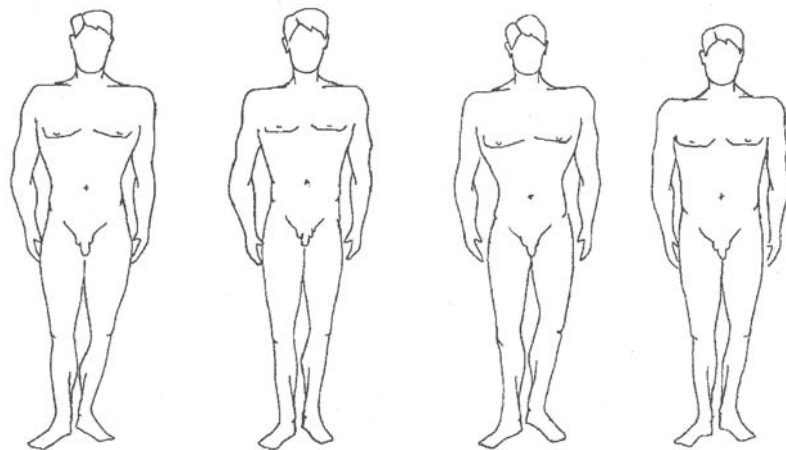
Jeśli skoncentrować się na ocenach atrakcyjności, młodości i zdrowia sylwetek uznanych przez badanych za skrajnie atrakcyjne i skrajnie nieatrakcyjne, ujawnia się wyraźna różnica w ocenach sylwetek kobiet i mężczyzn. W odniesieniu do sylwetek męskich (por. ryc. 4a) obowiązuje jednolity wzorec „nieatrakcyjności” – te sylwetki, które zyskują najbardziej negatywne (ujemne) oceny atrakcyjności, otrzymują też negatywne (ujemne) oceny „młodości” i „zdrowia”. Natomiast w odniesieniu do sylwetek kobiecych (por. ryc. 4b) wyraźnie widać niejednorodność wzorca „nieatrakcyjności” – są to takie sylwetki, które otrzymują negatywne (ujemne) oceny atrakcyjności, ale jednocześnie są realtywnie korzystnie (dodatnio) oceniane ze względu na (szczególnie) „młodość” i „zdrowie”. Sylwetki te, ze względu na ich parametry anatomiczne (wyraźnie węższe biodra niż klatka piersiowa), były najprawdopodobniej spostrzegane przez badanych jako „zbyt męskie” i/lub „niedojrzałe” i stąd ich relatywnie korzystne oceny „młodości” i „zdrowia”, mimo niekorzystnych ocen atrakcyjności. Prawdopodobnie wykorzystanie w niniejszym badaniu tych, a nie innych, parametrów anatomicznych o takich, a nie innych, wartościach doprowadziło do niepełnego „zrównoważenia” sylwetek kobiecych i męskich. Wszystkie męskie „skrajnie nieatrakcyjne” były spostrzegane jako (zbyt) „stare” i w konsekwencji „nieatrakcyjne”, natomiast wśród „skrajnie nieatrakcyjnych”

Tabela 1

Współczynniki korelacji między ocenami atrakcyjności, młodości i zdrowia

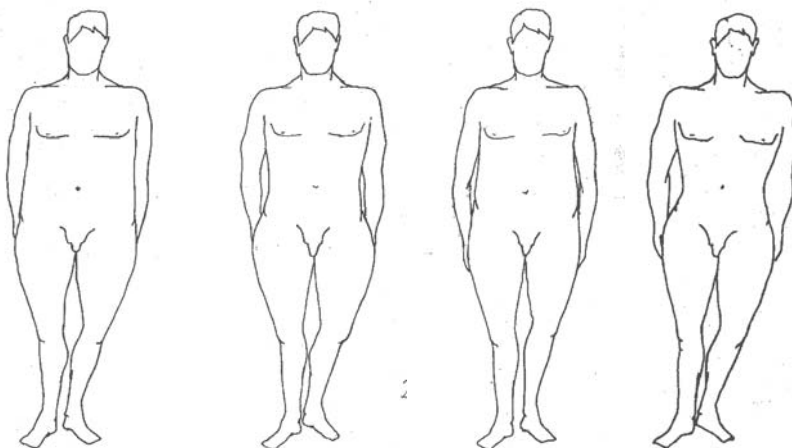
Kryteria	Atrakcyjność	Młodość	Zdrowie
Atrakcyjność		0,77	0,85
Młodość	0,93		0,92
Zdrowie	0,97	0,98	

Nad przekątną – sylwetki kobiet; pod przekątną – sylwetki mężczyzn.



Najbardziej atrakcyjne

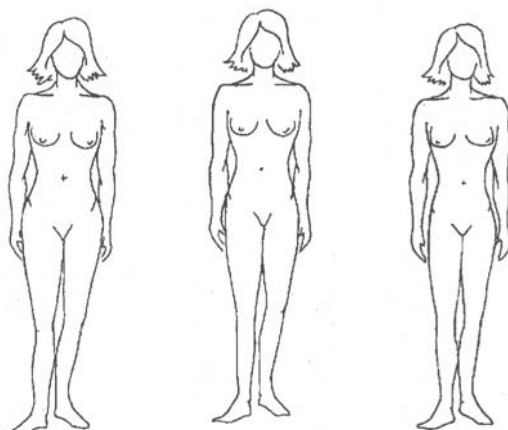
atrakcyjność	2,32	2,25	2,38	2,08
młodość	2,65	2,50	3,31	2,74
zdrowie	3,24	3,03	3,20	2,95



Najmniej atrakcyjne

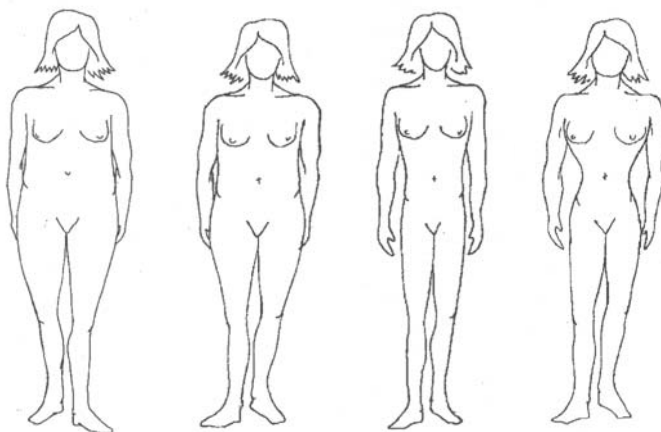
atrakcyjność	-3,78	-3,30	-3,56	-2,40
młodość	-3,35	-1,54	-1,68	-0,97
zdrowie	-2,52	-1,90	-1,84	-1,38

Ryc. 4a. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia sylwetek mężczyzn uznanych za najbardziej i najmniej atrakcyjne



Najbardziej atrakcyjne

atrakcyjność	4,07	3,19	1,87
młodość	3,32	3,46	2,74
zdrowie	3,63	3,46	2,90



Najmniej atrakcyjne

atrakcyjność	-3,87	-3,17	-1,31	-1,04
młodość	-0,95	-1,68	2,68	2,12
zdrowie	-2,53	-0,98	1,08	2,54

Ryc. 4b. Oceny atrakcyjności, młodości i zdrowia sylwetek kobiet uznanych za najbardziej i najmniej atrakcyjne

sylwetek kobiecych, niektóre „skrajnie nieatrakcyjne” były spostrzegane jako (zbyt) „stare”, ale niektóre jako (zbyt) „młode” i to sprawiło, że korelacje między ocenami atrakcyjności a ocenami „młodości” i „zdrowia” były wyraźnie silniejsze przy ocenianiu sylwetek mężczyzn niż przy ocenianiu sylwetek kobiet. Wynik ten należy uznać za „uboczny” skutek wykorzystania w niniejszym badaniu takich, a nie innych, wartości parametrów anatomicznych – pewne kombinacje tworzyły „niedojrzałe” (i dlatego mniej atrakcyjne, choć „młode”) sylwetki kobiet, ale żadna z kombinacji nie tworzyła „niedojrzałej” sylwetki męskiej. Ale nawet jeśli przyjmiemy, że lepszym przybliżeniem rzeczywistości są niższe korelacje między ocenami atrakcyjności a „młodości” i „zdrowia” uzyskane w badaniu sylwetek kobiet (a nie wartości uzyskane w badaniu sylwetek męskich), siła stwierdzonych współczynników korelacji w pełni potwierdza główną hipotezę badawczą (korelacja 0,77 jest wprawdzie istotnie słabsza niż 0,93, ale nadal jest to korelacja nie tylko znacząca statystycznie, ale również bardzo silna).

Podsumowanie

Rezultaty niniejszego badania wykazały, że oceny młodości i zdrowia osoby można uznać za zależne od tych samych parametrów anatomicznych, które determinują oceny atrakcyjności fizycznej. Anatomiczne cechy ciała (kobiet i mężczyzn) determinują ocenę atrakcyjności fizycznej, a także ocenę młodości i zdrowia. Jeśli ciało, ze względu na natężenie określonych parametrów anatomicznych, jest oceniane jako „atrakcyjne”, to jest również oceniane jako „młode” i „zdrowe”, a jeśli jako „nieatrakcyjne” to również jako (relatywnie) „stare” i „chore”. Wyniki są w pełni zgodne z tezą biologii i psychologii ewolucyjnej: atrakcyjność fizyczna osoby jest determinowana tymi cechami fizycznymi, które są jednocześnie dobrymi, wiarygodnymi wskaźnikami („markerami”) wartości reprodukcyjnej osobnika, czyli młodości i dobrej kondycji fizycznej.

Niniejsze badanie dostarczyło kolejnego potwierdzenia jednej z głównych tez psychologii ewolucyjnej. Atrakcyjność fizyczna osobnika jest determinowana przez pewne cechy anatomiczno-fizyczne, a cechy te są wiarygodnymi wskaźnikami „biologicznej wartości” ich nosiciela. Z tego powodu w opiniach innych ludzi to, co (z racji posiadanych cech anatomicznych) jest oceniane jako piękne, jest również oceniane jako „młode” i „zdrowe”, a to, co (z tych samych powodów) zostaje ocenione jako „brzydkie”, jawi się również jako „stare” i „chore”. Wcześniejsze badania dowiodły, że ta prawidłowość „obowiązuje” w odniesieniu do ocen atrakcyjności twarzy kobiet, szczególnie wtedy, gdy osobą oceniającą jest mężczyzna. Niniejsze badanie sugeruje, że prawidłowość ta ujawnia się również w odniesieniu do oceny atrakcyjności kształtu ciała (syl-

wetki), zarówno w ocenianiu atrakcyjności kobiet, jak i mężczyzn, niezależnie od płci osoby oceniającej.

Literatura

- Buss D. M., *Ewolucja pożądania*, GWP, Gdańsk 1996.
- Buss D. M., *Psychologia ewolucyjna*, GWP, Gdańsk 2001.
- Cunningham M. R., Barbee A. P. i Pike C. L., *What do women want? Facialmetric assessment of multiple motives in the perception of male facial physical attractiveness*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, No 59, s. 61–72.
- Dion K., Berscheid E., Walster E., *What is beautiful is good*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1972, No 24, s. 285–290.
- Eagly A. H., Ashmore R. D., Makhijani M. G., Longo L. C., *What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical attractiveness stereotype*, „Psychological Bulletin” 1991, No 110, s. 109–128.
- Ecco U., *Historia piękna*, Rebis, Poznań 2005.
- Etcoff N., *Przetwarzają najpiękniejsi*, CiS, WAB, Warszawa 2000.
- Gangestad S. W., Thornhill R., *Human sexual selection and developmental stability. Evolutionary social psychology*. Eds. J. A. Simpson & D. T. Kenrick Mahwah, NJ: Erlbaum, 1997, s. 169–195.
- Grammer K., Thornhill R., *Human facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness*, „Journal of Comparative Psychology” 1994, No 108, s. 232–242.
- Hamilton W. D. i Zuk M., *Heritable true fitness and bright birds: A role of parasites?* „Science” 1982, No 218, s. 384–387.
- Hatfield E., Sprecher S., *Mirror, mirror: The importance of looks in everyday life*, State University of New York Press 1986.
- Jones D., Hill K., *Criteria of facial attractiveness in five populations*, „Human Nature” 1993, No 4, s. 271–296.
- Langlois J. H., Roggman L. A., *Attractive faces are only average*, „Psychological Science” 1990, No 1, s. 115–121.
- Langlois J. H., Roggman L. A., Musselman L., *What's average and not average about attractive faces?* „Psychological Science” 1994, No 5, s. 214–220.
- Maisey D. S., Vale E. L. E., Cornelissen P. L., Tovee M. J., *Characteristics of male attractiveness for women*, „The Lancet” 1999, No 353.
- Malinowski A., *Zmienność*, [w:] *Antropologia*. Red. A. Malinowski, J. Strzałko, PWN Warszawa 1985, s. 134–225.
- Manning J. T., Koukourakis K., Brodie D. A., *Fluctuating asymmetry, metabolic rate and sexual selection in human males*, „Evolution and Human Behavior” 1997, No 18, s. 15–21.
- Manning J. T., Scutt D., Lewis-Jones D. I., *Developmental stability, ejaculate size, and sperm quality in men*, „Evolution and Human Behavior” 1997, No 19, s. 273–282.
- Mealey L., Bridgstock R., Townsend G. C., *Symmetry and perceived facial attractiveness: A monozygotic co-twin comparison*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1999, No 76, s. 151–158.
- Moller A. P., Swaddle J. P., *Developmental stability and evolution*, Oxford University Press, Oxford 1997.
- Mościsker A., *Natura ludzka i problem przestępczości*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.

Penton-Voak I.S., Little A.C., Jones B.C., Burt D.M., Tiddeman B.P., Perret D.I., *Female condition influences preferences for sexual dimorphism in faces of male humans (homo sapiens)*, „Journal of Comparative Psychology” 2003, Vol. 117, No 3, s. 264–271.

Rhodes G., Proffitt F., Grady J.M., Sumich A., *Facial symmetry and the perception of beauty*, „Psychonomic Bulletin & Review” 1998, No 5, s. 659–669.

Rhodes G., Yoshikawa S., Clark A., Lee K., McKay R., Akamatsu S., *Attractiveness of facial averageness and symmetry in non-Western cultures: In search of biologically based standards of beauty*, „Perception” 1998, No 30, s. 611–625.

Scutt D., Manning J.T., Whitehouse G.H., Leinster S.J., Massey C.P., *The Relationship between breast asymmetry, breast size and the occurrence of breast cancer*, „British Journal of Radiology” 1997, No 70, s. 1017–1021.

Simpson J.A., Gangestad S.W., Christensen P.N., Leck K., *Fluctuating asymmetry, sociosexuality and intrasexual competitive tactics*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1999, Vol. 76, No 1, s. 159–172.

Singh D., *Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1993, No 65, s. 293–307.

Singh D., *Body shape and women's attractiveness: The critical role of waist-to-hip ratio*, „Human Nature” 1993, No 4, s. 297–321.

Singh D., *Is thin really beautiful and good? Relationship between waist-to-hip ratio (WHR) and female attractiveness*, „Personality and Individual Differences” 1994, No 16, s. 123–132.

Szmajke A., *Proporcja talia/biodra czy ramiona/biodra? Anatomiczne wyznaczniki atrakcyjności męskiej sylwetki w procesie doboru płciowego*, „Studia Psychologiczne” 2004, t. 42, z. 3, s. 107–117.

Szmajke A., *Wzorce atrakcyjności ciała kobiet i mężczyzn: Czy ewolucja skrzywdziła kobiety*, „Kolekvia Psychologiczne” 2005, nr 13, s. 145–167.

Thornhill R., Gangestad S., *Human facial beauty: Averageness, symmetry and parasite resistance*, „Human Nature” 1993, No 4, s. 237–269.

Thornhill R., Gangestad S., *Fluctuating asymmetry and human sexual behavior*, „Psychological Science” 1994, 5, s. 297–302.

Thornhill R., Gangestad S., *The evolution of human sexuality*, „Trends in Ecology and Evolution” 1996, No 11, s. 98–102.

Tovee M.J., Tasker K., Benson P.J., *Is symmetry a visual cue to attractiveness in the human female body?*, „Evolution and Human Behavior” 2000, No 21, s. 191–200.

Weeden J., Sabin J., *Physical attractiveness and health in western societies: a review*, „Psychological Bulletin” 2005, No 131, s. 635–653.

Sławomir Śliwa*

Czy dziadkowie są potrzebni?

Rola dziadka zaczyna się w momencie przyjścia wnuka na świat. Dla niektórych zaczyna się nieco wcześniej, kiedy po raz pierwszy ojciec usłyszy od swego dziecka, że jego rodzina ma się powiększyć. To już wtedy stopniowo przyszedł dziadek oswaja się ze swoją nową rolą, jaką ma spełnić w życiu. Jest to dla niego kolejne wyzwanie, a zarazem pojawia się możliwość pocucia się kimś ważnym, wręcz ekspertem od dziecka. Dzieje się to dlatego, że przecież on już przechodził przez trudy ojcostwa i swoje zadanie wypełnił. Teraz, w tej chwili, staje się sprzymierzeńcem synów i zięciów. Zaufanie, jakie budzi w młodych ojcach, nie jest przecież bezpodstawne. Młodzi ludzie dość często utożsamiają się ze swoimi ojcami. Bardzo wiele razy słyszałem od dorosłych już mężczyzn, jak wiele wniósł w wychowanie ich ojciec, a ponadto to, co wniósł, z perspektywy czasu wydaje się im bardzo pozytywne. Nawet kary, z jakimi spotykali się synowie w dzieciństwie wymierzane przez ojca, teraz zdają się praktycznymi wskazówkami, jak należało się zachowywać, żeby „wyjść na ludzi”. Czasami wtedy uzmysławiają sobie, że to ich ojcowie, a nie pedagog, psycholog czy też „super niania” mogą im dać parę dobrych rad dotyczących wychowania. To właśnie kariera ojcostwa, refleksje z własnego życia dają im status „eksperta od dzieci”. Jednak co oznacza w dzisiejszych czasach słowo „dziadek”? I czy na pewno dziadkowie są potrzebni swoim wnukom? Może komputer i wirtualna rzeczywistość zastąpią dziadka, podobnie jak parę innych rzeczy, które odeszły już do przeszłości. I czy naprawdę zdajemy sobie sprawę, jak cennym skarbem jest nasz ojciec, czy przypominamy sobie to tylko wtedy, kiedy chcemy wyjść do kina czy teatru albo udać się na romantyczną kolację we dwoje? Dla mnie odpowiedź jest oczywista. Dziadkowie są potrzebni dzieciom, a często jest tak, że nawet sami nie wiemy, jak bardzo. Dlatego też w dalszej części artykułu będę chciał udowodnić, jak wielką rolę w naszym i naszych dzieci życiu odgrywają dziadkowie. Rolę, o której nieraz zapominamy.

Obecność dziadka w wychowaniu oznacza dla mnie towarzyszenie rodzicom przy wychowywaniu ich dzieci. Towarzyszenie polega na byciu gdzieś w pobliżu, przy rodzicach, czasami dawaniu im rad, a przede wszystkim zaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa wobec swych dzieci. Dobrze jest, żeby

* Mgr, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Opolu

młodzi rodzice wiedzieli, że w razie potrzeby mogą liczyć na dziadków. To towarzyszenie, to spoglądanie na rozwój własnych dzieci i dawanie im satysfakcji z bycia rodzicami. Dlatego rola ta nie może być równoznaczna z rolą rodzica. Jest to niedopuszczalne. Odpowiedzialność rodzicielska spada wyłącznie na rodziców. Dziadkowie darzą wielką miłością swoje wnuczeta. Jednak miłość ta różni się od miłości rodzicielskiej. Także zmienia się system wychowawczy, jaki wcześniej ci sami dziadkowie, będąc rodzicami, praktykowali. Stosunek dziadków do wnuków jest łagodniejszy niż do własnych dzieci. To wtedy bardzo często z ust dziadków można usłyszeć, że rodzice są od wychowania, a dziadkowie od rozpieszczania.

Często zdarza się i tak, że jest to problem na miarę konfliktu między dziadkami a rodzicami. Dziadkowie powinni uczestniczyć w wychowaniu dziecka, jednak całkowita odpowiedzialność za dzieci spoczywa na rodzicach. Oni także powinni mieć decydujący głos w sprawach wychowawczych. Dziadkowie muszą uznać ten priorytet i pamiętać, że to niekonsekwentne wychowanie jest krzywdzące dla samego dziecka¹.

Młodzi ludzie, budując własną nową rodzinę, tzw. rodzinę prokreacyjną, wnoszą ze sobą swoje „stare” rodziny, tzn. rodziny pochodzenia, często nie zdając sobie z tego sprawy. Zdarzają się więc wpływy dwóch różnych środowisk, niekiedy kultur i zapisanych w nich doświadczeń, a także zakazów, nakazów, reguł postępowania itp. Z tego powodu czasami może dojść do zaburzenia struktury rodziny. Struktura rodziny wpływa na rozkład ról, władzy i odpowiedzialności w rodzinie. Członkowie rodziny należą do różnych podsystemów, wśród których najważniejsze to:

- podsystem małżeński;
- podsystem rodzic–dziecko;
- układ między rodzeństwem;
- podsystem rodzic–jego własny rodzic;
- podsystem między dziadkami i wnukami.

W prawidłowym funkcjonowaniu rodziny ważne są jasne i czytelne granice pomiędzy tymi systemami oraz nieblokowanie wzajemnych działań przez dominację jednego z systemów.

Kiedy w rodzinie nie ma dziadków, wtedy brak jest wzorców bycia dziadkami, brakuje wzorca relacji dorosłych dzieci z własnymi rodzicami, a także występuje ograniczenie relacji z innymi dorosłymi spoza rodziny.

Jeżeli dominuje relacja rodzic–dziadek, zostaje zaburzona więź między małżonkami, która powinna być najważniejsza w systemie. Decyzje, wybory czy też sposób funkcjonowania w rodzinie bywają zdominowane przez relacje jednego lub obojga małżonków z matką i/lub ojcem. W ten sposób znacznie

¹G. Sochaczewska, *Współżycie w rodzinie wielopokoleniowej*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1987, nr 7, s. 473.

osłabia się także więź między dziadkami a wnukami. Dziadkowie są traktowani jako sojusznicy rodziców, więc nie mogą stać się sprzymierzeńcem dziecka. Osłabieniu może również ulec rola rodzicielska, gdyż zdarza się często, że w takich podsystemach małżonkowie zamieniają swoją rolę rodzicielską, pozostając w roli dziecka wobec własnych rodziców. Sytuacja ta często jest źródłem zagrożeń dla rozwoju dziecka.

Kiedy w systemie rodzinnym dominuje układ między dziadkiem a wnukiem, zagrożeniem staje się zwolnienie z odpowiedzialności za dziecko jego rodziców. Zdarza się tak, że babcia lub dziadek znacząco wpływają na podejmowanie decyzji w sprawie dziecka, budując w ten sposób silny, emocjonalny związek z nim. Niekiedy taki układ wymusza sytuacja finansowa rodziny, wydarzenia losowe czy też wyjazd rodzica za granicę w celu podjęcia tam pracy. W rodzinach, w których są obecni oboje małżonkowie, dzieje się tak, gdy istnieje silny konfliktowy układ między dziadkiem a rodzicem, dziadkowie nie umieją sobie poradzić z kryzysem opuszczonego gniazda, a wnuk ma zastąpić pustkę po swoich rodzicach, oraz mają problem z zaakceptowaniem przejścia na emeryturę – dziecko wypełnia im czas i podtrzymuje poczucie bycia ważnym.

Kolejną sytuacją są konflikty między rodzicem (matką, ojcem) i jego rodzicem (babcią, dziadkiem). Często jest ona związana z powstawaniem nowego podsystemu, np. dziadek–wnuk. Dziecko, obserwując taką sytuację, nawet nie uczestnicząc w niej, uczy się, jak wyglądają relacje dorosłych z ich starszającymi się rodzicami. Często przez tego typu doświadczenia kształtuje sobie negatywny wzorzec, który może odtwarzać w przyszłości z własnymi rodzicami. Także w takiej sytuacji dziecko może być obciążone psychicznie, stając się mediatorem pomiędzy rodzicami a dziadkami².

Jednak niepodważalna jest rola dziadka, szczególnie w dzisiejszych czasach ma ogromne znaczenie. Kto przecież, jak nie dziadek będący na emeryturze, mógłby zaopiekować się wnuczkiem?

Z badań Stanisława Rogali z 2006 r. wynika, że aż ponad 60% respondentów (grupa badawcza liczyła 863 osoby) uważa, że ludzie starzy są dobrymi opiekunami wnuków oraz dobrymi doradcami rodzinnymi³.

Doświadczenie i mądrość życiowa dziadków oraz ich rozwaga, wyrozumiałość, cierpliwość i czułość w kontaktach dziadkowie–wnukowie powoduje nieraz, że są oni obdarzani przez swoich wnuków miłością, zaufaniem, a także autorytetem. Z jednej strony to bardzo dobre rozwiązanie dla wielu rodzin,

² M. O h m e, R. Kaczan, *Wspólna opowieść dziadków i wnuków – o roli wzajemnych powiązań w systemie rodzinnym*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007, s. 102–106.

³ S. R o g a l a, *Postrzeganie ludzi starych i ich oczekiwań*, [w:] *Wybrane problemy procesu starzenia się*. Red. S. Rogala, Opole 2007, s. 104–105.

z drugiej także danie poczucia przydatności dziadkom w życiu rodziny oraz pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej⁴.

Nie jest to wszystko bezpodstawne. Z komunikatu z badań Centrum Badań Opinii Społecznej z września 2001 r. nt. „Co zawdzięczamy swoim babciom i dziadkom”, aż 59% ankietowanych twierdzi, że zawdzięcza „coś” swoim dziadkom i babciom. Są to przede wszystkim zasady moralne, wiara religijna, poczucie bycia kochanym, znajomość dziejów rodziny czy też obowiązkowość, pracowitość, samodyscyplina, miłość do ojczyzny oraz opieka i wychowanie. Co więcej, im młodszy respondenci, tym częściej posiadają poczucie więzi z dziadkami, tym częściej też wskazują na konkretne dobra, jakie im zawdzięczają. Zatem można wnioskować, że z pokolenia na pokolenia umacnia się rola dziadków i są oni wpisywani w wychowanie kolejnego już pokolenia⁵.

Podobne wnioski uzyskała także Agnieszka Biela w 2002 r., przeprowadzając badania wśród młodzieży jednego z liceum w Pile. Zdecydowana większość młodzieży deklarowała, że babcia i dziadek to osoby dla nich „bardzo ważne” lub „raczej ważne”. Młodzież ze swoimi dziadkami rozmawia, ogląda telewizję, świętuje uroczystości rodzinne czy też wykonuje wiele różnych czynności. Prawie wszyscy badani uczniowie określają czas spędzony z dziadkami za „spędzony przyjemnie.” Młodzież często odpowiadała, że ceni sobie rozmowę z dziadkami, ponieważ opowiadają swoje dzieje. Oznacza to, że dziadkowie pełnią funkcję przekazicieli tradycji⁶.

Jak widać z przeprowadzonych badań, dziadkowie są bliscy wnukom. W wielu rodzinach to właśnie dziadkowie zaspokajają u dziecka potrzebę bezpieczeństwa, akceptacji. Relacje z dziadkami rozszerzają krąg doświadczeń społecznych i psychicznych, stwarzają przy tym podstawy kształtowania się poczucia zakorzenienia w przeszłość rodziny i tym samym sprzyjają rozwojowi tożsamości indywidualnej. Dziadkowie są dla młodzieży źródłem wsparcia w przeżywanych problemach, a także w przekształcaniu stosunków z rodzicami. Jednak szczególne miejsce u dziadków w stosunkach z wnukami zajmuje wspólne wykonywanie czynności. W większości są to zajęcia rekreacyjne, takie jak: spacer, wycieczki, gry, zabawy, czytanie lektur, opowiadanie bajek, oglądanie telewizji czy rozmowy. W nich właśnie wymieniają informacje, wypowiadają swoje poglądy, przekazują swoje doświadczenie życiowe, wiedzę z zakresu historii, często niepublikowaną w podręcznikach do historii, o wiele ciekawszą dla dziecka. Dziadkowie w ten sposób pielęgnują rodzinne tradycje. Zdarza się też, że dziadkowie stają się wzorami do naśladowania dla wnuków, bohaterami. Znaczącą rolę pełnią oni w szczególności wtedy, gdy wychowaniem syna zajmuje się tylko samotna matka. Wtedy to dziadkowie stają się mo-

⁴ G. S o c h a c z e w s k a, *Rola ojca i dziadka*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1987, nr 5, s. 300–301.

⁵ [www.cbos.pl] z dnia 17 lutego 2008 r.

delem zachowań męskich dla młodych, dojrzewających chłopców. Zachowanie dziadka stają się dla dziecka źródłem informacji o sposobach postępowania w różnych sytuacjach. Informacje te wytwarzane są na podstawie niezwykle silnych związków emocjonalnych, podtrzymywane i rozbudowywane przez wieloletni kontakt dziecka z dziadkiem, tak ważnych dla dziecka. To właśnie one w znacznej mierze wyznaczają dziecięcą koncepcję rodziny oraz wizję własnych, przyszłych ról społecznych, tj. rolę ojca i męża. Ale także od wnuczków dziadkowie mogą się wiele nauczyć. Przekazują oni dziadkom swoje doświadczenia ze zdobytych umiejętności, uczą obsługi komputera lub także zapoznają ze swoimi gustami artystycznymi. Dziadkowie w ten sposób czują się młodszy, wciąż potrzebni, a to stymuluje ich do podejmowania nowej aktywności życiowej⁷. W późniejszym okresie wnuczki mogą stać się podporą dla dziadków, gdy ci zaczynają się zmagać z coraz większym brakiem sprawności, chorobami wieku podeszłego. Wtedy to młodzi mają poczucie, że są potrzebni, wiedzą, że ich pomoc przynosi konkretne rezultaty, mają świadomość odpowiedzialności⁸.

Według Anny Brzezińskiej następujące po sobie pokolenia przekazują sobie to, co dla nich najistotniejsze. Jest to wiedza i umiejętności cenione w danej grupie, wizje działania i ideały, wartości, zasady i reguły postępowania w różnych codziennych sytuacjach, zwyczaje i obyczaje, sposoby świętowania czy też rytuały dotyczące różnych ważnych wydarzeń w życiu rodziny czy społeczności. Z drugiej jednak strony, przeszłość może być ciężarem, może utrudniać wykorzystanie wszystkich możliwości i szans działania, jakie daje teraźniejszość. Może także utrudniać tworzenie wizji, budowanie projektów przyszłego działania oraz może ograniczać aspiracje i utrudniać poszukiwanie innych niż znane dotąd i sprawdzone sposoby działania⁹.

W pełnieniu ról między babcią a dziadkiem istnieje różnica. Babcie dłużej towarzyszą wnukom na kolejnych etapach rozwoju do dorosłości, mają większy wpływ na wnuki (szczególnie na wnuczki), dbają o dobry kontakt wnuków z dziadkami, a ich relacje z wnukami bardziej koncentrują się na związkach interpersonalnych. Z kolei dziadkowie posiadają mniejszy wpływ na wnuczków, często tonowany przez babcie. Rola dziadka staje się ważnym źródłem życio-

⁶ A. Biela, *Rola babci i dziadka w opinii młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2003, nr 6, s. 38–39.

⁷ M. Chmielewska, *Rola dziadków w procesie socjalizacji*, „Wychowanie na co Dzień” 2002, nr 7–8, s. 17–19.

⁸ K. Appelt, *Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziótkowska, Poznań 2007, s. 93–94.

⁹ M. O h m e, R. K a c z a n, *Wspólna opowieść...*, op.cit., s. 99.

wej satysfakcji. W relacjach z wnuczkami dziadkowie bardziej niż babcie służą radą dotyczącą nauki, pracy czy finansów¹⁰.

Stosunki dziadków z wnukami mają charakter specyficzny z paru względów. Nie chodzi tu tylko o znaczną różnicę wieku między partnerami, ale także „uśrednienie” tych stosunków przez rodziców. Stosunki te są zależne od rodziców szczególnie w okresie niemowlęcym i dziecięcym. Później zależność ta zmniejsza się wraz z dorastaniem dzieci. W większości normalnych rodzin kontakty między wnukami a dziadkami są częścią życia rodzinnego. Stosunki dorastających wnuków z dziadkami zdają się być kontynuacją więzi utworzonych w dzieciństwie. Jeśli więc więzi takie nie powstały w okresie dzieciństwa, to w późniejszym okresie szanse ich nawiązania mogą się zmniejszyć. Jednak z drugiej strony, proces kształtowania się własnej tożsamości może przyczynić się do poszukiwania własnych korzeni, czyli zrodzi potrzebę bliższego poznania własnych przodków, tzn. dziadków. Sprzyja temu pojawiający się w okresie preadolescencji tzw. okres ciekawości genealogicznej. Dziecko w czasie rozwoju odczuwa potrzebę osadzenia siebie w ciągu pokoleń rodu dla osiągnięcia własnej tożsamości. W procesie tym kontakty z dziadkami, którzy w tej dziedzinie uchodzą za ekspertów, mogą odegrać istotną rolę¹¹.

„Kariera” dziadka, jak już wspominałem wcześniej, rozpoczyna się, gdy pierwszy wnuk przychodzi na świat. Jej pierwszy etap trwa przez kilkanaście lat życia dziecka. W tym okresie dziadkowie nie tylko ustalają i utrwalają relacje uczuciowe, ale także służą bardzo często pomocą jako opiekunowie, osoby pomagające w wykonywaniu w domu niezbędnych czynności czy też jako korepetytorzy. Drugi etap obejmuje okres powolnego dorastania wnuków, kiedy to w okresie „burz i naporów” intensywność kontaktów z rodziną się zmniejsza. Na tym etapie dziadkom towarzyszy odczuwana trudność w wykonywaniu niektórych czynności, co także związane jest z ograniczeniem dotychczas niesionej pomocy. Wtedy po raz pierwszy wnuki zaczynają pomagać swoim dziadkom. Kiedy wnukowie osiągną już dorosłość i założą swoje rodziny, zaczyna się trzeci etap. Dotychczasowi dziadkowie przejmują wówczas symboliczną rolę pradziadków, pozostawiając aktywną rolę dziadków swoim dzieciom. Dla niektórych dziadków przedstawione etapy mogą się zazębiać, a spowodowane jest to zróżnicowanym wiekiem ich wnuków. Także mogą wystąpić w niej różne zakłócenia, np. z przyczyn bezdzietności dzieci lub wnuków¹².

Maria Tyszkowa pisze, że rola społeczna dziadków różni się od pozostałych ról społeczno-rodzinych pełnionych w okresie dorosłości. Przede wszystkim

¹⁰ Ibidem, s. 84–85.

¹¹ M. T y s z k o w a, *Relacje dorastających wnuków z dziadkami i babciami*, „Problemy Rodziny” 1992, nr 1, s. 9–11.

¹² P. S z u k a l s k i, *Dziadkowie, wnuki i pradziadkowie, szkic demograficzny*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 3, s. 19.

jednostka wchodzi w tę rolę niezależnie od wyboru osobistego, ale w rezultacie rozwoju rodziny i naturalnego następstwa pokoleń. Społeczno-rodzinne role dziadków są mniej dokładnie określone niż role rodzicielskie, ale także mają swoje pewne, społecznie utrwalone oczekiwania członków rodziny i szerszego kręgu społecznego. W pełnieniu tych ról można wyróżnić pewne charakterystyczne style, biorąc pod uwagę w szczególności formy i zadania wypełniane przez dziadków w rodzinie, zachowania zgodne ze społecznymi stereotypami pełnienia tych ról bądź niezgodne z nimi czy też stosunek do własnej pozycji w rodzinie i do przedstawicieli poszczególnych, tworzących ją pokoleń.

A oto style pełnienia społecznej roli dziadka w rodzinie.

Pełnienie roli społecznej z pozycji rodzicielskiej. Dziadkowie wchodzący w tę rolę traktują dalej swoje córki lub synów jak dzieci, które wciąż wymagają stałej opieki, kontroli i pomocy. Przejmują więc całkowicie lub w większości obowiązki nad wnukami, zajmują się prowadzeniem domu dorosłych już dzieci, a także wspomagają je finansowo. Dziadkowie o takim stylu funkcjonowania także bardzo często mieszkają wspólnie z rodzinami nuklearnymi swych dorosłych dzieci. W takich układach rodzinnych dziadkowie zajmują pozycję dominującą. Rezultatem jest pełnienie ról nadrzędnych w stosunku do rodziców swoich wnuków. Cała rodzina wraz z rodzicami jest im podporządkowana, także dziadkowie decydują o najważniejszych sprawach, dysponują zasobami i czasem. W ten sposób mają uprzywilejowaną pozycję w rodzinie. Jednak takie funkcjonowanie pozbawia rodziców możliwości indywidualnego rozwoju. Układ taki zwykle trwa, dopóki dziadkowie są sprawni fizycznie lub gdy zbuntują się przedstawiciele średniego pokolenia.

Przeciwnym stylem pełnienia społecznej roli dziadków jest życie przez nich swoim życiem i traktowanie kontaktów z wnukami odświętnie. Dziadkowie „od święta” nie uczestniczą intensywnie w sprawowaniu opieki nad wnukami, wychodząc z założenia, że sprawowanie opieki nad dziećmi jest sprawą wyłącznie rodziców. Sporadycznie więc tylko mogą od czasu do czasu pełnić dyżur przy wnukach w domu ich rodziców lub zabierają je do domu w razie choroby czy też wyjazdu rodziców. Taki styl pełnienia roli dziadka/babci przejawiają zazwyczaj dziadkowie względnie jeszcze młodzi, aktywni zawodowo i towarzysko, skoncentrowani na ogół na własnych sprawach, ale także kochający swoje dzieci i wnuki.

Część dziadków traktuje swoje role jako obciążenie. Na ogół są to osoby starsze (65–70 lat), ale mające wnuki w wieku przedszkolnym, czy też wczesnoszkolnym. Tacy dziadkowie mają kłopot ze spełnieniem oczekiwań swoich dzieci, które spodziewają się od nich większego zaangażowania w sprawy opieki nad wnukami. Dziadkowie nie są jednak już w stanie wyjść naprzeciw tym potrzebom. Z tego powodu czują się sfrustrowani, uświadamiając sobie spadek własnych możliwości i użyteczności wobec młodych pokoleń w rodzinie. Są oni czuli dla swoich wnuków, ale nie są w stanie przebywać z nimi dłużej czy

tym bardziej sprawować nad nimi opiekę. Stopniowo więc zmniejsza się ich zaangażowanie w sprawy rodziny, a stosunki z wnukami ulegają ograniczeniu pod względem czasu i częstotliwości. Jeżeli dziadkowie tacy mieszkają wraz ze swoimi dziećmi i wnukami, często narzekają na hałas, trudności pogodzenia trybu życia młodszego pokolenia ze swoim trybem, co związane jest także z konfliktami na tym tle.

Kolejnym stylem funkcjonowania dziadków jest wspieranie i wspomaganie zarówno moralne, jak i finansowe swoich dorosłych dzieci w wypełnianiu ich zadań życiowych, ale bez zastępowania ich w obowiązkach rodzicielskich. Dziadkowie wchodzący w tę rolę dosyć często przebywają ze swoimi wnukami, ale nie przejmują zadań opieki nad nimi, ani też znaczącej ich części. Traktują swoje dzieci jako osoby dorosłe, mogące w pełni być odpowiedzialne za życie swoje i swoich dzieci. Starają się je wspierać w pokonywaniu trudności, pomagać, gdy zachodzi potrzeba. Ich kontakty z wnukami sprowadzają się głównie do rozmów i rekreacji, przekazywania im wiedzy i doświadczenia, budzenia ich zainteresowań sprawami bliskimi dzieciom, a także wymiany uczuć i informacji o świecie. Dziadkowie, którzy w ten sposób pełnią swoje role, czują się na ogół zadowoleni z posiadania wnuków, są do nich przywiązani. Akceptują swój status dziadka, jednak nie czynią z tego ośrodka swego życia.

Zdarza się i tak, że dziadkowie mieszkają bardzo daleko od wnuków i ich rodziców. Rzadko oni widują swoje wnuki i dorosłe dzieci, a spotkania te zdarzają się podczas świąt i uroczystości rodzinnych oraz w czasie wakacji letnich. Tak zwani dziadkowie wakacyjni często zabierają swoje wnuki na wakacji do siebie. W ten sposób mogą nadrobić stracony czas. Te dłuższe wspólne pobyty wnuków z dziadkami zastępują w pewnej mierze częstsze, ale płytsze kontakty. Takie okresowe mieszkanie z dziadkami pozwala nawiązać bliższą więź uczuciową między nimi. Dziadkowie tacy przeżywają wiele frustracji w związku z tym, że nie mogą częściej przebywać ze swoimi wnukami. Dzięki tym długim okresom rozłąki zarówno dziadkowie, jak i wnukowie idealizują obraz partnera interakcji, jak i wyobrażenia wzajemnych stosunków¹³.

Trochę inną typologizację związków między dziadkami a wnukami proponuje Helen Bee. Wymienia ona trzy typy związków między dziadkami a wnukami.

Pierwszy to związek zdystansowany, gdzie dziadkowie widują wnuki bardzo rzadko i mają bardzo niewielki bezpośredni wpływ na ich życie. To zdystansowanie może być efektem fizycznego i/lub emocjonalnego oddalenia. Według A. Brzezińskiej, takich „dziadków – dalekich krewnych” jest ok. 29%.

Drugi typ to związek zaangażowany, kiedy dziadkowie podejmują się wychowywania wnuków i są aktywnie zaangażowani w stałą opiekę nad nimi, nie-raz zastępując zapracowanych rodziców. Takie związki bardzo często wystę-

¹³M. T y s z k o w a, *Społeczne role dziadków i babci w rodzinie*, „Problemy Rodziny” 1991, nr 1, s. 11–20.

pują w wielopokoleniowych rodzinach, które zamieszkują wspólnie. „Dziadkowie – opiekunowie”, według określenia A. Brzezińskiej, stanowią ok. 16%.

I towarzyski typ związku, który tworzą dziadkowie budujący ciepłe relacje ze swoimi wnuczętami. Są to dziadkowie, którzy kochają swoje wnuczęta, poświęcają im dużo czasu, często je rozpieszczają, ale nie podejmują obowiązków związanych z opieką nad dziećmi. Nie zastępują rodziców. Rola dziadków, choć ważna dla nich, nie jest rolą centralną, na której budują swoje życie. Tacy dziadkowie starają się zachować równowagę pomiędzy troską o siebie a troską o własnych wnuków. „Dziadkowie – towarzysze” stanowią najliczniejszą grupę, bo aż ok. 55% populacji dziadków¹⁴.

V. L. Bengston opisuje cztery symboliczne role, które babcie/dziadkowie mogą pełnić w swoich rodzinach. Po pierwsze – mogą być rodzinnymi „kotwicami”. Stanowią oni stały punkt odniesienia, szczególnie ważny, gdy rodzina doświadcza kłopotów lub podlega zmianie. Są świadectwem trwałości rodziny i koncentrują się na dbałości o kontakty w rodzinie. Po drugie – mogą być rodzinnymi „ochraniarzami”. Są to osoby stojące na straży trwałości rodziny, zapewniają ochronę i opiekę w niebezpieczeństwie, a także wsparcie również finansowe. Po trzecie – są arbitrami w sporach między drugim a trzecim pokoleniem. Obniżają oni napięcia między rodzicami a dziećmi, pełniąc również rolę negocjatorów w konfliktach. Po czwarte – są rodzinnymi historykami, którzy pomagają dostrzec w rodzinie ciągłość między jej przeszłością a teraźniejszością¹⁵.

Dziecko, obserwując zachowanie taty i mamy wobec dziadków, uczy się także szacunku dla starszych, sposobów okazywania im uczuć, udzielania pomocy i opieki. Życie dziecka w znaczący sposób splata się ze ścieżkami dziadków i pradiadków. W procesie wychowania babcia i dziadek dają ciepło i bezpieczeństwo. Dla matki i ojca ich rodzice są także opiekunami dziecka, którym mogą w pełni zaufać i powierzyć im dziecko bez żadnych obaw. Dla dziecka też ma to ogromne znaczenie, ponieważ dziadkowie to osoby znane, które od zawsze przebywały w jego otoczeniu. Dlatego podczas trudnej sytuacji, jaką jest rozstanie z rodzicami, o wiele łatwiej dziecku jest zostać z dziadkami, niż przyzwyczajać się do nowej, nieznannej osoby. Także sposób opieki sprawowanej przez dziadków jest dziecku bliski. Bierze się to stąd, iż rodzice w bardzo wielu sytuacjach wychowawczych reagują podobnie jak dziadkowie, gdyż to od nich nauczyli się, jak zachowywać się w podobnych sytuacjach. Ponadto dziadkowie w większym stopniu niż rodzice wspomagają swoje wnuki, a także spełniają ich zachcianki i marzenia. Jest to szczególnie istotne, kiedy w dzisiejszych czasach rodzice pochłonięci są zarabianiem na życie i zazwyczaj koncentrują się na pilnowaniu, sprawdzaniu i organizowaniu zadań dla własnych dzieci. Dziadkowie pełnią także rolę punktów oparcia dla dzieci – kogoś, kto nie tylko doradza,

¹⁴ K. Applelt, *Współcześni dziadkowie...*, op. cit., s. 85–86.

¹⁵ Ibidem, s. 88–89.

ale potrafi także wysłuchać. Od nich młodzi mogą się także nauczyć, jak radzić sobie z trudnościami, chorobą czy też ograniczeniami. Uczą się, jak naturalnie przyjmować zmiany związane z procesem starzenia się. Także od dziadków uczą się, jak nie bać się śmierci, jak rozstawać się z najbliższymi i ze światem¹⁶.

Dziadkowie obdarzają wnuków zainteresowaniem i akceptacją, którego nieraz nie mogą otrzymać od swoich rodziców. Sprzyjają oni w przełamywaniu barier komunikacyjnych, wyciszają lęki dzieci po porażkach, stwarzają atmosferę wzajemnego zrozumienia, tolerancji, solidarności i lojalności. W kontaktach dziadków z wnukami realizują się przyjaźnie, partnerstwo oraz dialog. Dialogowość jest czymś najcenniejszym w relacjach dziadkowie–dziecko. Podstawą dialogu jest stała gotowość, przez rozmowę oraz inne środki, do zrozumienia innych, zbliżenia się do nich, a także w miarę możliwości do współdziałania z nimi. Dialog może być podstawowym sposobem bycia reprezentowanym przez dziadków i wyzwalanym przez nich w dziecku¹⁷.

Dziadkowie nie tylko są potrzebni wnukom, ale także swoim dzieciom, kiedy mogą pomóc im w procesie wychowania. Dla dziadków opieka nad wnukami to forma aktywności, poczucie bycia potrzebnym. Ścieżki rozwojowe tych trzech pokoleń zawsze przeplatały się i będą się przeplatać. Wszystkie trzy strony tej interakcji, tj. dziadkowie, rodzice i dzieci potrzebują się wzajemnie. Relacje między najstarszym a najmłodszymi pokoleniem dają szansę na zachowanie dynamicznej równowagi w zmieniającej się rzeczywistości. Jednak nad prawidłowymi relacjami powinni czuwać rodzice jako przedstawiciele pokolenia średniego.

Literatura

Appelt K., *Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.

Biele A., *Rola babci i dziadka w opinii młodzieży*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2003, nr 6.

Brzezińska A., Appelt K., *Dziadkowie dobrzy na wszystko*, „Charaktery” 2006, nr 1.

Chmielewska M., *Rola dziadków w procesie socjalizacji*, „Wychowanie na co Dzień” 2002, nr 7–8.

Małeczka B. Z., *Dziadkowie w rodzinie*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 10.

Ohme M., Kaczan R., *Wspólna opowieść dziadków i wnuków – o roli wzajemnych powiązań w systemie rodzinnym*, [w:] *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Red. A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska, Poznań 2007.

Sochaczewska G., *Rola ojca i dziadka*, „Wychowanie w Przedszkolu” 1978, nr 5.

¹⁶ A. Brzezińska, K. Appelt, *Dziadkowie dobrzy na wszystko*, „Charaktery” 2006, nr 1, s. s31–32.

¹⁷ B. Z. Małeczka, *Dziadkowie w rodzinie*, „Edukacja i Dialog” 1997, nr 10, s. 14–16.

Sochaczewska G., *Współżycie w rodzinie wielopokoleniowej*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 7, Warszawa 1987.

Szukalski P., *Dziadkowie, wnuki i pradziadkowie, szkic demograficzny*, „Problemy Rodziny” 2001, nr 3.

Tyszkowa M., *Relacje dorastających wnuków z dziadkami i babciami*, „Problemy Rodziny” 1992, nr 1.

Tyszkowa M., *Spoteczne role dziadków i babcy w rodzinie*, „Problemy Rodziny” 1991, nr 1. [www.cbos.pl].

Wybrane problemy procesu starzenia się, Red. S. Rogala, Opole 2007.