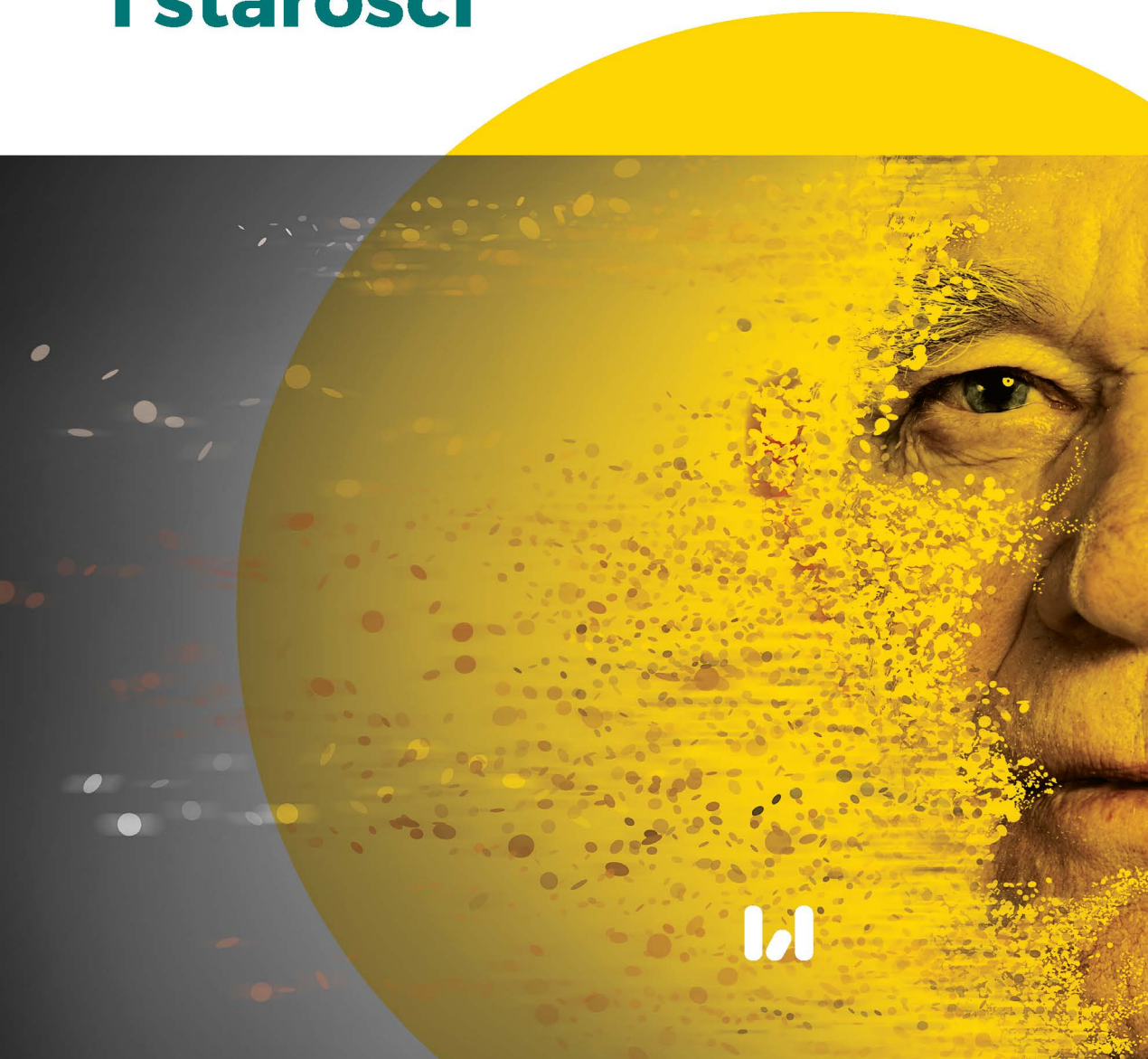


Bogusława Urbaniak, Marek Chałas
Piotr Szukalski, Rafał Zimny, Robert Błaszczak
Magdalena Zadworna



Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości



Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
Łódzkiego

**Bogusława Urbaniak, Marek Chałas
Piotr Szukalski, Rafał Zimny, Robert Błaszczak
Magdalena Zadworna**

Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości

Bogusława Urbaniak – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Logistyki i Informatyki
Katedra Pracy i Polityki Społecznej, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 39

Marek Chałas – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Akademia Seniora „Activus”
90-255 Łódź, ul. POW 3/5

Piotr Szukalski – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Socjologii
Katedra Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 nr 41/43

Rafał Zimny – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Wydział Językoznawstwa, Instytut Filologii Polskiej i Kulturoznawstwa
85-027 Bydgoszcz, ul. Jagiellońska 11

Robert Błaszczak – Kliniczne Centrum Medyczne Seniora
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi
92-003 Łódź, ul. Pieniny 30

Magdalena Zadworna – Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Zdrowia, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RADA REDAKCYJNA SERII GERONTOLOGIA

prof. dr hab. *Elżbieta Kowalska-Dubas*

(Wydział Nauk o Wychowaniu UL) – przewodnicząca
członkowie

prof. dr hab. *Bogusława Urbaniak* (Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny UL)

prof. dr hab. *Piotr Szukalski* (Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny UL)

prof. dr hab. *Grzegorz Bartosz* (Wydział Biologii i Ochrony Środowiska UL)

mgr *Monika Kamińska* (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi)

dr *Natalia Piórczyńska* (Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi)

RECENZENCI

Piotr Błędowski, Kornelia Kędziora-Kornatowska (rozdział 4)

Agnieszka Kula (rozdział 3)

REDAKTOR INICJUJĄCY

Beata Koźniewska

REDAKCJA

Marcin Mach

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

Mariusz Brusiewicz

PROJEKT OKŁADKI

AGENT PR

Mariusz Brusiewicz

Zdjęcie wykorzystane na okładce

© Depositphotos.com/<https://pl.depositphotos.com/stock-photos/starzenia-si%C4%99.html?filter=all&qview=1740989>

Publikacja dofinansowana przez Rektora Uniwersytetu Łódzkiego, Dziekana Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego oraz Kierownictwo Katedry Pracy i Polityki Społecznej Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego

© Copyright by Authors, Łódź-Kraków 2021

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź-Kraków 2021

© Copyright for this edition by AGENT PR, Łódź-Kraków 2021

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.10102.20.0.M

Ark. wyd. 10,0; ark. druk. 12,0

ISBN 978-83-8220-491-9

e-ISBN 978-83-8220-492-6

ISBN AGENT PR 978-83-64462-81-8

<https://doi.org/10.18778/8220-491-9>

Spis treści

Wstęp	7
Bibliografia	12
 1. Graniczne progi starości	15
1.1. Wprowadzenie	15
1.2. Znaczne zróżnicowanie postrzegania progu starości	17
1.3. Dowolność w określaniu granicznego progu starości w Polsce	21
1.4. Przegląd encyklopedycznych i słownikowych interpretacji hasła senior	25
1.5. Wiek prospektywny – poszukiwania nowego granicznego progu starości	31
1.6. Zakończenie	35
Bibliografia	36
 2. Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się póź- na starość?	41
2.1. Wprowadzenie	41
2.2. Podwójne starzenie się ludności	42
2.3. Od kiedy zaczyna się późna starość	44
2.4. Od jakiego wieku zaczyna się funkcjonalnie późna sta- rość?	47
2.5. Liczba osób najstarszych w przyszłości	53
2.6. Przestrzenna koncentracja osób bardzo starych	56
2.7. Zakończenie	58
Bibliografia	59
 3. Eufemizowanie starości we współczesnej polszczyźnie na tle innych tendencji językowego obrazowania starości ...	63
3.1. Wprowadzenie	63
3.2. Zarys stanu badań	64
3.3. Językowe profile starości i człowieka starego	70
3.4. Eufemizowanie starości	80

3.4.1. Eufemizowanie starości – uwarunkowania kulturowo-komunikacyjne	80
3.4.2. Eufemizacja z intencją pozytywną	81
3.4.3. Eufemizacja z intencją negatywną	87
3.5. Zakończenie	95
Bibliografia	96
4. Przebieg starzenia się człowieka w ujęciu medycznym	101
4.1. Wprowadzenie	101
4.2. Proces starzenia i jego konsekwencje	103
4.3. Niejednorodność procesów starzenia	106
4.4. Niesprawność funkcjonalna	108
4.5. Narzędzia do określania stanu zdrowia	110
4.6. Potrzeby zdrowotne i ich znaczenie	116
4.7. Zakończenie	121
Bibliografia	124
5. Psychologiczne aspekty starzenia się we współczesnym świecie	127
5.1. Wprowadzenie	127
5.2. Okres późnej dorosłości i jego specyfika	128
5.3. Wyzwania starości – realizacja zadań rozwojowych typowych dla wieku	130
5.4. Różne oblicza współczesnej starości	133
5.5. Wspieranie pomyślnego starzenia się	134
5.6. Zakończenie	137
Bibliografia	138
6. Czym jest ageizm? Objawy, przyczyny, skutki	145
6.1. Wprowadzenie	145
6.2. Ewolucja pojęcia ageizmu	146
6.3. Przejawy ageizmu w życiu społecznym	153
6.4. Skala rozpowszechnienia ageizmu	159
6.5. Ageizm w pracy	161
6.6. Ageizm w opiece zdrowotnej	166
6.7. Pandemia COVID-19 i ludzie starsi	169
6.8. Skutki ageizmu	172
6.9. Zakończenie	176
Bibliografia	178
O autorach	187

Wstęp

*Bogusława Urbaniak**

 <https://orcid.org/0000-0003-0202-499X>

Tematyka starzenia się i ludzi starszych nigdy nie przyciągała tyle uwagi co obecnie. Wyjaśnień dostarcza demografia, która wskazuje, że ludność świata – a przede wszystkim zamieszkująca obszar Unii Europejskiej – starzeje się w dużym tempie. Ludzi starszych jest i będzie coraz więcej w porównaniu do przedstawicieli najmłodszego pokolenia¹. Przekonuje o tym mediana wieku, która w 1995 r. wynosiła 36,5 lat (UE-27), w 2019 r. już 43,7 lat (UE-28), a zgodnie z przewidywaniami w 2050 r. ma wynieść 46,9 lat. Ludność Polski szybko demograficznie się starzeje, jeszcze w 1995 r. mediana wieku wynosiła zaledwie 33,7 lat (Eurostat 2011), zaś w 2019 r. – 41,0 lat (Eurostat – demo-pjanind). Natomiast w perspektywie do 2050 r. Polska jest wymieniana – obok Malty, Słowacji i Cypru – jako przykład kraju, w którym mediana wieku wzrośnie aż o ponad 8 lat (Eurostat 2019, s. 18).

Nie ma jednej definicji osoby starszej akceptowanej we wszystkich krajach świata. Najczęściej wskazuje się, że są to osoby, które przekroczyły wiek 60. lat. Jednak społeczność ludzi starszych jest niezwykle zróżnicowana, a ich wiek kalendarzowy jest tylko luźno związany z wiekiem biologicznym. Organizmy ludzi starszych są w różnej kondycji, dzieli ich odmienny styl i warunki życia. Nie

* Prof. dr hab., profesor, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Logistyki i Informatyki.

¹ Wzrasta oczekiwana długość ich życia w zdrowiu – w przypadku osób w wieku 65 lat żyjących w UE-27 nastąpił wzrost z przeciętnie 8,0 lat w 2009 r. do 10 lat dla kobiet i 9,8 lat dla mężczyzn w 2018 r.; najdłuższe życie w zdrowiu mieli przed sobą starsze kobiety i mężczyźni w Szwecji – odpowiednio w 2018 r. 15,8 lat dla kobiet i 15,6 lat dla mężczyzn (Eurostat, dane online HLTH_HLYE).

chęć więc być traktowani jako homogeniczna grupa osób potrzebujących wsparcia i opieki z powodu niesprawności.

Na heterogeniczność populacji osób starszych zwrócono uwagę podczas 49. Sesji Komisji Statystycznej Narodów Zjednoczonych wskazując, iż niewiele jak dotąd zrobiono, aby uznać dość oczywistą kwestię, że starsze kobiety i starsi mężczyźni należą do tak samo zróżnicowanej grupy wieku jak pozostałe kategorie wieku. Traktowanie osób starszych jako jednolitej grupy społecznej, określonej wyłącznie na podstawie wieku kalendarzowego, prowadzi do uogólnionych poglądów, co przekłada się na tworzenie polityki ukierunkowanej albo na kompensowanie deficytów i zaspokajanie potrzeb opiekuńczych, albo wspieranie partycypacji i aktywności ludzi starszych. Taki spolaryzowany ogląd, charakterystyczny dla tworzenia „portretu późnej fazy życia jako wspólnego doświadczenia”, nie jest w stanie uchwycić zróżnicowanych doświadczeń kobiet i mężczyzn, ich odmiennego przebiegu życia czy zróżnicowanych dochodów, które kształtują okres starości (European Union Agency for Fundamental Rights 2018, s. 10–11). W związku z tym podkreślono, że nie należy traktować seniorów jako członków jednolitej grupy wiekowej 60+ (United Nations Economic and Social Council 2018, s. 3–13). W marcu 2018 r. została powołana Grupa Titchfield ds. statystyk związanych ze starzeniem się i danych zdezagregowanych według wieku (Titchfield Group on Ageing-related Statistics and Age-disaggregated Data²), która ma na celu określenie standardów wieku starszego dla potrzeb statystyk międzynarodowych; w jej pracach biorą udział krajowe biura statystyczne z 58 krajów, w tym także z Polski.

Tematyka niniejszej monografii pt. „Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości” wpisuje się w dyskusję na temat konieczności redefiniowania granicy starości wobec jej współczesnych, wielowymiarowych uwarunkowań. Starzenie się jest procesem uniwersalnym, lecz jego przebieg zależy od wielu czynników o charakterze medycznym, psychologicznym, ekonomicznym i społecznym. W przeszłości ludzie w starszym wieku usuwali się na ogół

² Ma współpracować nad ustanowieniem międzynarodowych standardów i metod zestawiania statystyk i danych głównych wymiarów starzenia oraz danych zdezagregowanych według wieku w całym cyklu życia. W jej pracach biorą udział inne instytucje Narodów Zjednoczonych oraz organizacje zajmujące się określonymi aspektami starzenia się i odnośnymi statystykami – <https://unstats.un.org/unsd/methodology/citygroups/Titchfield.cshtml> (dostęp: 26.09.2020).

z życia społecznego w zacisze domowe, stawali się „niewidoczni” w życiu społecznym, koncentrując się na transcendentnym przygotowaniu do końca swych dni. Również współcześnie można spotkać zwolenników teorii gerotranscendencji, która uznaje, że polityka społeczna zgodna z paradygmatem *healthy and active ageing* wymusza na ludziach starszych, nierzadko na siłę, aktywność w różnych obszarach, gdy tymczasem seniorom zależy przede wszystkim na życiu duchowym (Muszyński 2016). Nie negując występowania takich potrzeb u osób starszych, widzimy jednak w przestrzeni publicznej ich dużą aktywność społeczną, ekonomiczną i polityczną. To oni są przywódcami politycznymi w wielu krajach, pracują zawodowo i udzielają się w życiu społecznym, kształcą się. Jednak nie zawsze społeczeństwo traktuje ludzi starszych jako równoprawnych uczestników gry. Uwidoczniała to ostatnio sytuacja pandemii COVID-19, gdy wobec świadectw dyskryminacji osób starszych organizacje senioralne na całym świecie zaczęły się domagać gwarancji przestrzegania praw człowieka w odniesieniu do osób starszych (Age-Platform Europe³).

Jest to pierwsza w polskim piśmiennictwie publikacja, w której autorzy, reprezentujący różne dziedziny nauki, próbują odnieść się do – z jednej strony – pewnych uniwersalnych cech procesów starzenia się człowieka, a z drugiej – wskazać na zachodzące współcześnie zmiany, które mają wpływ na weryfikację tradycyjnych ujęć w definiowaniu człowieka starszego.

Celem niniejszej monografii jest ukazanie niezmiennych procesów występujących w fazie życia zwanej starością, związanych z nią niechęci i obaw skłaniających do jej eufeminizacji, a także tych obszarów, które ukazują zmieniający się przebieg starzenia w warunkach współczesności. Postawiono tezę, iż granica wieku wyznaczająca początek starości wymaga redefiniowania – nie tylko w związku z wydłużeniem dalszego trwania życia, ale także pod wpływem zmieniających się zachowań osób starszych. Prowadzone badania, polityka władz na szczeblu krajowym czy terytorialnym dotycząca osób starszych powinny wyróżniać się wrażliwością na

³ Age Platform Europe od wielu lat angażuje się w zwalczanie dyskryminacji ze względu na wiek oraz ochronę praw człowieka w odniesieniu do osób starszych, organizując konferencje, debaty, seminaria, formułując petycje do Parlamentu Europejskiego; działa wspólnie z innymi organizacjami takimi jak np. European Network of Equality Bodies.

odrębności występujące w różnych podgrupach wiekowych ludzi starszych, zamiast traktowania ich jako w miarę jednorodną grupę seniorów w wieku 60+ lub 65+.

Impulsem do powstania niniejszej monografii była konferencja zorganizowana w 2018 r. wspólnie przez Uniwersytet Łódzki i Fundację Activus pt.: „Senior to brzmi dostojnie”. Na kanwie podjętych wątków zostały przygotowane opracowania, które weszły do niniejszej monografii jako rozdziały. W ich napisaniu wzięli udział przedstawiciele trzech dziedzin nauki – nauk społecznych, humanistycznych, medycznych i nauk o zdrowiu. Tym samym publikacja zawiera ogłód zagadnień związanych ze starością i definiowaniem człowieka starszego z wielu perspektyw. Książka składa się z sześciu rozdziałów. Otwiera ją rozdział 1, poświęcony poszukiwaniom granic progu starości. Jego autor, w oparciu o dokonany przegląd literatury stwierdza, że istniejąca mnogość wyznaczania granicy rozpoczynającej starość nie pozwala na jednoznaczne jej zdefiniowanie w oparciu o jednolite kryteria.

W książce znalazł się jedyny rozdział (rozdział 2) poświęcony zagadnieniom demograficznym, który podnosi kwestię podwójnego starzenia się społeczeństw. Zjawisko to, nie mające do tej pory precedensu, polega na szybszym tempie wzrostu osób bardzo starych – w wieku 85 lat i więcej – niż ogółu ludzi starszych. W efekcie szacuje się, że między rokiem 2018 i 2050 liczba osób bardzo starych w UE-28 więcej niż podwoi się, wzrastając aż o 130,3% (Eurostat 2019, s. 15). Autor wnosi pod rozwagę następujące kwestie – czy istnieje zgodność w nauce odnośnie definiowania osób bardzo starych i czy jest to grupa jednorodna z punktu widzenia stanu zdrowia i sprawności. Ponadto przedstawia przyczyny, dla których – niezależnie od odpowiedzi na powyższe dwa pytania – w przyszłości będzie wzrastać zainteresowanie różnorodnie definiowanymi zbiorowościami osób najstarszych.

Starość i ludzie starsi doczekali się w języku polskim wielu określeń, które odzwierciedlają zróżnicowaną gamę uczuć, jakie wzbudzają wśród bliższych i dalszych współobywateli. Współcześnie można wyodrębnić wiele sposobów mówienia o starości, jej obrazowania przede wszystkim w wysłowieniu publicznym, jej eufemizacji. Analizę eufemizowania starości we współczesnej polszczyźnie na tle innych tendencji językowego obrazowania starości zawiera rozdział 3.

Człowiek wkraczający w okres starości – podobnie jak w całym cyklu życia – doświadcza wielu przemian biologicznych, staje się narażony na występowanie różnych chorób i niepełnosprawności. Czy współczesność powoduje, że procesy te mają inny przebieg, są bardziej nasilone, czy może występują w późniejszym wieku niż w dawniej? Odpowiedzi na te i inne pytania poszukujemy w rozdziale 4, gdzie przedstawiono przebieg starzenia się człowieka w ujęciu medycznym. Choć procesów starości nie da się zatrzymać, to sprawnie działająca opieka medyczna, dedykowana osobom starszym, pozwala poprawić jakość ich życia oraz ich poczucie bezpieczeństwa pod względem zdrowotnym.

Psychologia pomaga zrozumieć siebie w procesie przejścia od okresu dojrzałego do starości. Czy w takim razie możemy mówić o pewnej specyfice psychologicznej okresu senioralnego? Jakie są typowe wyzwania stojące przed ludźmi starszymi, czy psychologia może pomóc w dążeniu do pomyślnego starzenia? O psychologicznych aspektach starzenia się we współczesnym świecie traktuje rozdział 5.

W rozdziale 6 przedstawiono kwestie ciemnej strony starości i starzenia się, której odbiciem jest ageizm. Dobitnie dały o nim znać ostatnie wydarzenia związane z pandemią COVID-19. Ograniczenia w poruszaniu się w miejscach publicznych czy zakazy wyjścia z domu doprowadziły do nasilenia przemocy wobec osób starszych oraz wzrostu wszelkiego rodzaju nadużyć fizycznych, emocjonalnych, finansowych i seksualnych, a także zaniedbań. Wiele osób starszych, szczególnie żyjących samotnie, zostało pozbawionych potrzebnej pomocy i usług (United Nations 2020, s. 7). Ageizm nie jest czymś nowym, lecz pandemia dorowadziła do jego nasilenia. W porównaniu z innymi rodzajami dyskryminacji, które wzbudzały ogromny sprzeciw (jak np. rasizm), ageizm stanowi pewne tabu, jest w dużej mierze społecznie akceptowany, silnie zinstytucjonalizowany, nie objęty systematycznymi badaniami i często niekwestionowany (Officer, Schneiders, Wu, Nash, Thiagarajan, Beard 2016, s. 710). Drogą do jego przezwyciężenia jest budowa społeczeństwa inkluzyjnego, przyjaznego osobom starszym zgodnie z ideą zawartą w przyjętej w 2015 roku Agendzie 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju (Ministerstwo Rozwoju 2015).

Przedstawione w rozdziałach tematy przyczyniają się do poznania uwarunkowań tego, jak określamy osoby starsze zarówno

w literaturze, jak i w praktyce. Pozwalają lepiej zrozumieć trudności w definiowaniu procesów starzenia i określaniu granicy, od której zaczyna się starość. Istniejąca wielość czynników wpływających na przebieg procesów starzenia powoduje, że przy charakterystyce wyróżniającej osobę starszą napotykamy na szereg wątpliwości. Obok niezmiennych, trwałych procesów starzenia się, uwarunkowanych geograficznie, społecznie, ekonomicznie itd., dopisywane są nowe, które niesie zmienność współczesnego świata.

Bibliografia

- European Union Agency for Fundamental Rights (2018), *Fundamental Rights Report 2018*, European Luxembourg.
- Eurostat (2011), *Active ageing and solidarity between generations. 2012 edition. A statistical portrait of the European Union 2012*, European Union, Luxembourg.
- Eurostat (2019), *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition*, European Union, Luxembourg.
- Ministerstwo Rozwoju (2015), *Agenda 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju – implementacja w Polsce*, http://www.un.org.pl/files/170/Agenda2030PL_pl-5.pdf (dostęp: 23.09.2020).
- Muszyński M. (2016), *Przegląd wybranych stanowisk dotyczących teorii gerotrandescencji*, [w:] E. Dubas, M. Muszyński (red.), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016, s. 23–36.
- United Nations Economic and Social Council (2018), *Report of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland on ageing-related statistics and age-disaggregated data*. Statistical Commission Forty-ninth session, 6–9 March, <https://undocs.org/E/CN.3/2018/19> (dostęp: 23.09.2020).
- United Nations (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*, May, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf> (dostęp: 15.09.2020).
- Officer A., Schneiders M.L., Wu D., Nash P., Thiyagarajan J.A., Beard J.R. (2016), *Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism*, Bulletin of the World Health Organization, nr 94, s. 710–710A, <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/10/16-184960/en/> (dostęp: 12.09.2020).

Źródła internetowe

https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanind&lang=en (dostęp: 25.09.2020).

<https://unstats.un.org/unsd/methodology/citygroups/Titchfield.cshtml> (dostęp: 26.09.2020).

Age Platform Europe, <https://www.age-platform.eu/> (dostęp: 24.09.2020).

Eurostat, dane online HLTH_HLYE (dostęp: 30.01.2021).

1. Graniczne progi starości

*Marek Chałas**

 <https://orcid.org/0000-0003-0127-7696>

1.1. Wprowadzenie

Istnieje wiele opracowań na temat poszczególnych etapów życia człowieka – badań, raportów, programów odnoszących się do osób starszych. Powstaje potrzeba określenia, o kim mówimy używając pojęcia „osoba starsza”. W niniejszym tekście termin ten będzie używany zamiennie z upowszechniającym się w przestrzeni publicznej określeniem „senior” (chyba że wyraźnie zaznaczone będą odrębności obu pojęć).

Najbardziej rozpowszechnione odniesienia do osoby starszej oparte są na definicjach sformułowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Wyznaczają one granicę wieku rozpoczynającą starość na ukończone 60 lub 65 lat. Definicje te zostały ustalone wiele lat temu. W pojawiających się nowszych tekstach autorzy przyjmują, dla potrzeb własnych rozważań, także odmienne granice wieku wyznaczające początek starości.

Starzenie się ludności występuje z różnym nasileniem na całym świecie. Prognozy demograficzne przewidują, iż proces starzenia się społeczeństw będzie przyspieszał. Potrzebę modyfikacji czy unowocześnienia kryteriów podziału życia człowieka na poszczególne fazy dostrzegła m.in. O. Czerniawska (2019, s. 234), pisząc: „Czysty wiek kalendarzowy przestał być decydującym kryterium wyznaczającym fazy, takie jak: dzieciństwo, młodość, dorosłość i starość”. Dotyczy to również, a może szczególnie, ustalenia wieku, od którego

* Mgr, prezes Fundacji Activus prowadzącej Akademię Seniora Activus przy Uniwersytecie Łódzkim.

zaczyna się starość. Owa trudność towarzyszy też próbom wyróżnienia kilku etapów starości, a także kwestii dokonywania porównań między wynikami różnych badań, na co wskazywano w badaniu PolSenior (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012, s. 11 i 462).

W przestrzeni społecznej można spotkać stereotypy dotyczące opisu seniorów, ich cech, miejsca w rodzinie i sposobów funkcjonowania w społeczeństwie. Utrwalone przyzwyczajenia w określaniu ludzi starszych tworzą w przestrzeni społecznej pewien zamęt. Obszernego zestawienia panujących mitów dotyczących osób starszych dokonał Z. Woźniak (2016, s. 41). Wyobrażenia społeczne o starości podzielił na cztery kategorie:

- 1) przekonania całkowicie nieprawdziwe,
- 2) nadinterpretację pewnych cech i zachowań seniorów,
- 3) przekonania mogące być prawdziwe w pewnych sytuacjach,
- 4) wyobrażenia całkowicie prawdziwe.

Do tych ostatnich zaliczamy stwierdzenie, że seniorzy to kategoria bardzo zróżnicowana. Jednakże zestawiona przez Z. Woźniaka paleta wyobrażeń społecznych o starości pokazuje, jak wiele stereotypów o ludziach starszych w przestrzeni społecznej jest nieprawdziwych, np.: większość ludzi starych żyje w krajach wysoko rozwiniętych albo kategoriyczne stwierdzenie, iż starość zaczyna się po 60. roku życia. Owe stereotypy są usilne i dominują w powszechnym postrzeganiu progu rozpoczynającego okres starości. Bezrefleksyjne przytaczanie stereotypów kreuje pewien chaos pojęciowy. Na co dzień, również w mediach, spotkać można sformułowania dotyczące osób starszych, które albo jeszcze nie zaliczają się do osób starszych, albo przedstawiony opis nietrafnie kwalifikuje je do tej grupy.

W komunikacji społecznej próg starości jest często przyjmowany i rozpowszechniany w sposób upraszczający. Sformułowanie progu starości w sposób uogólniony – bez dodatkowych objaśnień kryteriów wyboru – prowadzi do sytuacji, w której nadawca i odbiorca pod tym samym pojęciem rozumieją co innego. Poszukiwanie granicy starości zawsze pozostanie sprawą umowną, w zależności od założeń przyjętych w badaniu lub raporcie, czy zastosowanych kryteriów. Celem rozdziału jest wskazanie, w jaki sposób przyjęcie różnych poziomów progu starości zmienia skład grupy osób starszych, do których odwołuje się przekaz – co w konsekwencji powoduje jego niespójność. Efektem jest odbiór komunikatu znacząco różniący

się od intencji autora (lub autorów) przekazu. Przykładowo najczęściej wskazywany próg zaliczenia do grupy seniorów osób, które przekroczyły granicę 60 lat (tzw. grupa „60+”) sprawia, że przekaz adresowany jest w tym samym stopniu do osób sześćdziesięcioletnich, jak i do osiemdziesięcioletników, zarówno do osób niesamodzielnych z uwagi na zaawansowany wiek, jak i do osób w pełni aktywności zawodowej bądź społecznej. Powoduje to irytację wśród młodych wiekiem seniorów sprawnych i aktywnych. Zaś zachęcanie do aktywizacji wszystkich seniorów może powodować rozgoryczenie wśród osób najstarszych wiekiem i wymagających wsparcia. Dlatego na potrzeby konkretnych badań oraz polityk kierowanych wobec osób starszych, a także wypowiedzi w przestrzeni społecznej, należy jednoznacznie wskazywać, jakie zostały przyjęte graniczne progi starości oraz progi grup wiekowych wśród seniorów.

1.2. Znaczne zróżnicowanie postrzegania progu starości

Powszechne wyobrażenia o osobach starszych nie uwzględniają znacznego zróżnicowania w tej grupie osób i często są mocno przestarzałe, nieaktualne, stanowią stygmaty. Dotyczy to również decydentów stanowiących prawo dotyczące osób starszych, czyli tych, którzy „wiedzą lepiej”. Ich autorzy często mają jedynie wiedzę potoczną, pełną stereotypowych wyobrażeń kto jest seniorem. Nieprecyzyjne wyobrażenia i określenia osób starszych są stosowane w szczególności przez mniej wyrobione osoby w wieku 40. czy 50. lat, które nie zdają sobie sprawy, że „lada chwila” sami również dołączą do grupy seniorów. Zapewne część nieporozumień związanych z definiowaniem osób starszych ma swoje źródło w nieadekwatnych tłumaczeniach z języka angielskiego. Przyczynę innego niekiedy rozumienia pojęcia starzenia się opisał P. Szukalski (2016), wskazując, że angielski termin *ageing*, tłumaczony jako pochodna słowa „starzeć się”, utożsamiany jest ze starością, tj. pewną fazą życia:

Tymczasem angielskie *age* odnosi się do przechodzenia przez uporządkowane chronologicznie etapy życia, nie ogranicza się tylko do ostatniego z nich, choć najczęściej jego dotyczy [...]. Również i w Polsce rozpowszechnione jest powyższe, zawężające rozumienie

tego terminu, samo bowiem słowo «starzenie się» jest przez większość osób automatycznie łączone z czymś, co «zdarza się» wyłącznie seniorom (Szukalski 2016, s. 201–202).

W Polsce systematycznie zwiększa się grupa osób, które mają pogłębioną wiedzę o seniorach, ich cechach i potrzebach. Ze względu na prognozy demograficzne przewidujące dalszą dynamikę przemian w strukturze społeczeństwa, istnieje potrzeba intensyfikowania dyskusji o świecie i społecznościach z dominującą grupą osób starszych. Pogłębioną refleksję na te tematy można znaleźć w książce „100-letnie życie” (Gratton, Scott 2017).

W wielu tekstach i opracowaniach pojawiają się określenia „trzeci” i „czwarty wiek”. Wynika to z potrzeby wyróżnienia podgrup, związanej ze spostrzeżeniem znacznej różnorodności grupy osób 60+. Taki sposób postrzegania podgrup w ramach grupy seniorów został zaproponowany m.in. w publikacji „Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013” (Czapiński, Błędowski 2014, s. 10).

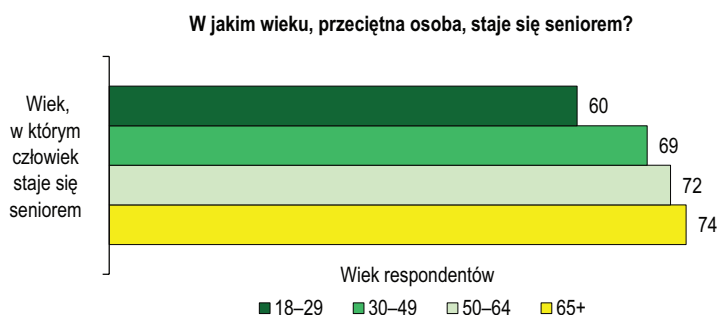
W dalszej części tekstu niniejszego rozdziału nie będziemy zajmować się definiowaniem osoby starszej – wymagałoby to przytoczenia wielu prac w tym zakresie oraz uwzględnienia wielu kryteriów. Zaś intencją tego rozdziału, zgodnie z jego tytułem, jest przegląd cezur wieku wyznaczającej próg, od którego zaczyna się starość.

Coraz więcej autorów, a także działaczy społecznych, dostrzega potrzebę redefiniowania tego, kim jest osoba starsza. Brytyjski geriatra V. Adhiyaman w tekście opublikowanym na łamach British Geriatrics Society Blog (2017) wskazuje, że aktualnie żyjące osoby powyżej 65. roku życia są często bardzo aktywne, zdrowe (jak na swój wiek) i nie akceptują sytuacji, gdy używa się wobec nich określenia „osoba starsza”. Jak zauważa A. Scott, w XX wieku oczekiwana średnia długość życia wydłużyła się o około 10 lat dla każdego pokolenia. Oznacza to, że dzisiejszy 75-latek ma taką samą oczekiwaną średnią liczbę lat do przeżycia jak 65-latek w roku 1950. Jak powiedział A. Scott, prawdopodobnie dzisiaj 75-latek to dawniejszy 65-latek (Scott 2019). Takie stwierdzenie upoważnia również do przemyśleń, badań i redefiniowania wieku osoby starszej.

W ogólnopolskich badaniach PolSenior, wykonanych w latach 2007–2011, na pytanie postawione respondentom, kiedy zaczyna się starość, wskazywano przede wszystkim trzy podstawowe

czynniki występujące w życiu człowieka, które wraz z wiekiem zmieniają się, i które zdaniem respondentów wyznaczają początek starości. Wśród wskazań były to: nasilające się kłopoty ze zdrowiem (55,9%), postępująca zależność od innych (49,5%) oraz odczuwanie utraty sił i malejąca aktywność (46,2%). Kolejno wskazywano kłopoty z pamięcią (27,8%), przejście na emeryturę (16,2%), a także zmiany w zachowaniu i wyglądzie (12,6%)¹ (Halicka 2018, s. 26). Każdy z tych objawów może się pojawić w przypadku indywidualnym, w wieku chronologicznie młodszym lub starszym. Równoległe wystąpienie kilku spośród wskazanych kryteriów również nie daje odpowiedzi na pytanie, kto to jest osoba starsza.

Naukowcy z Pew Research Center przeprowadzili badania ankietowe na próbie 2969 dorosłych Amerykanów. Wśród nich 1332 respondentów było w wieku 65 i więcej lat. W ankiecie były m.in. pytania, kiedy zaczyna się starość oraz według jakich kryteriów należy to ustalać („Growing Old in America” 2009, s. 7). Im starsi byli respondenci, tym więcej było odpowiedzi opóźniających wiek początku starości (wykres 1).



Wykres 1. Wskazania wieku, od którego człowiek staje się seniorem, w zależności od wieku respondenta

Źródło: *Growing Old in America: Expectations vs. Reality*, 2009, s. 7

Ogół badanych (2969) poproszono również o wskazanie cech, które świadczą o tym, że daną osobę można określić jako starszą (wykres 2).

¹ Szersze omówienie odpowiedzi respondentów w badaniach PolSenior na pytania dotyczące tego „Kto to jest osoba starsza?”, z uwzględnieniem zróżnicowanych kryteriów, jak np. wiek, płeć, miejsce zamieszkania, znalazło się w artykule Halicka, Halicki 2011, s. 19–20.



Wykres 2. Cechy decydujące o uznaniu osoby za starszą w wypowiedziach respondentów

Źródło: *Growing Old in America: Expectations vs. Reality*, 2009, s. 2

Przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że już przed rokiem 2009 respondenci pytani, co ich zdaniem wyznacza starszy wiek, podawali najczęściej ukończony wiek 85 lat (79%), a następnie 75 lat (62%); pojawiły się również odpowiedzi wskazujące na inne, istotne zdaniem respondentów kryteria określające osobę starszą, jak „nie może funkcjonować samodzielnie” (75%), czy „nie może prowadzić samochodu” (66%). Uzupełnieniem wniosków płynących z Raportu są spostrzeżenia oparte na wynikach innych badań, według których zaledwie 21% osób badanych w wieku 65–74 czuło się osobami starszymi („When Does Old Age Begin?” 2018).

W badaniu dotyczącym uczestnictwa seniorów w wydarzeniach szeroko rozumianej kultury, przeprowadzonym przez Instytut Kulturoznawstwa Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, zapytano m.in. o wiek, w którym rozpoczyna się okres starości (Męcarski 2013, s. 131–148). Wśród 314 badanych w wieku 60+ za wiek początku starości najczęściej uznawano 70 lat (30,3%), a następnie 60 lat (20,1%), dla 15,3% był to wiek 80 lat. Wśród innych odpowiedzi wskazujących wiek kalendarzowy rozpoczynający starość były również nielicznie wymieniane takie kategorie jak 50 lat i mniej, 90 lat, 100 lat.

W badaniach ankietowych wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Bydgoszczy pytano o subiektywne postrzeganie

własnej starości (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska 2009, s. 137–142). Zdecydowana większość badanych w wieku 55–81 (67,5%) nie postrzegала siebie samych jako seniorów.

1.3. Dowolność w określaniu granicznego progu starości w Polsce

Podejście do tematyki starości charakteryzuje się znacznym zróżnicowaniem. W wielu opracowaniach wskazuje się obszary, na gruncie których można określać granice progu starości. Na przykład Z. Szarota pisze tak:

Starość, jako stan, należy rozpatrywać w powiązaniu ze starzeniem się jako procesem, z jego demograficznymi, ekonomicznymi i społecznymi konsekwencjami, dostrzegając zarazem biologiczne i psychologiczne aspekty osobniczego starzenia się, dlatego też podczas badania procesu starzenia się i starości wskazywane są wydarzenia je rozpoczynające, nazywane progami starości. Zalicza się do nich te charakteryzujące wiek biologiczny, kalendarzowy, psychologiczny, społeczny, ekonomiczny, socjalny (prawny) (Szarota 2010, s. 24–44).

Opis progów starości oraz ich zmienność w czasie przedstawił R. Iwański (2017, s. 114–118). Ich obraz ukazał w ujęciu demograficznym, ekonomicznym, społeczno-psychologicznym, biologicznym oraz prawno-socjalnym.

Zupełnie inne, choć też zróżnicowane, jest podejście do określania progów starości w życiu społecznym. W Polsce obowiązuje ustawa z 11 września 2015 r. o osobach starszych. W art. 4 ust. 1 wskazano, iż: „Użyte w ustawie określenia oznaczają: 1) osoba starsza – osoba, która ukończyła 60. rok życia”². Jest więc ustawowo określony próg wieku, od którego należy traktować osobę jako starszą.

² Granica wieku 60 lat, a w konsekwencji kolejne wskaźniki i określenia, mają zapewne swój początek we wcześniejszych pracach demografów poświęconych problematyce starzenia, np. E. Rosset zdefiniował wskaźnik starości demograficznej jako udział osób w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności (Rosset 1959, s. 13).

W Polsce powszechny wiek emerytalny dla kobiet wynosi 60 lat. Wśród prób określenia progów starości należy wskazać, że w niektórych badaniach społecznych określa się odmiennie próg starości dla obu płci, jako: „60 lat dla kobiet oraz 65 dla mężczyzn” (Stypińska 2015, s. 147).

Prawdopodobnie na bazie zapisu ustawowego, zbieżnego z wiekiem emerytalnym, w przestrzeni społecznej zaczęło funkcjonować określenie „60 plus” jako to, które charakteryzuje grupę seniorów. Jednakże w konkretnych rozwiązaniach istnieje daleko posunięta dowolność kogo należy uznawać za osobę starszą. Przykłady odmiennego od ustawowego ustalenia wieku osoby starszej zestawiono w tabeli 1.

W tekstach programów i raportów dotyczących osób starszych definicje tychże osób często są zbyt lakoniczne, podane bez należytego uzasadnienia. Można taki stan rzeczy usprawiedliwiać wątpliwościami autorów odnośnie tego, czy można w sposób jednoznaczny wyznaczyć granicę, od której rozpoczyna się starość.

W Polsce ustawodawca dostrzegł nieprecyzyjność w definiowaniu progu rozpoczynającego okres starości i wskazał na potrzebę dokonania stosownych korekt. W programie „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” zapisano, że:

Kluczowym aspektem związanym z programowaniem Polityki wobec osób starszych do 2030 r. jest określenie definicji osoby starszej. Zgodnie z przepisami ustawy o osobach starszych, osobą starszą staje się osoba w dniu swoich 60. urodzin. Granica ta nie jest w pełni zgodna ani z cezurą wyodrębnioną na podstawie wieku funkcjonalnego, ani na podstawie wieku ekonomicznego. W długim okresie, dzięki poprawie stanu zdrowia, następować powinno redefiniowanie cezury wieku, od którego rozpoczyna się starość. [...] Wyzwaniem dla przedmiotowej polityki jest dostosowanie działań do znacznego zróżnicowania populacji osób starszych. Osoby starsze z poszczególnych grup wiekowych (60–70 lat, 70–80, 80+) różnią się między sobą ze względu na poziom wykształcenia, stan zdrowia, sytuację ekonomiczną, miejsce zamieszkania, stan cywilny czy też styl życia. Polityki publiczne powinny to zróżnicowanie uwzględniać, jak również różne fazy życia osób starszych, a także dostosowywać programy i działania do sytuacji osób starszych (s. 13).

Tabela 1. Wybrane przykłady progu wieku uprawniającego do zaliczenia do kategorii osób starszych i z tej racji korzystania ze stosownych uprawnień

Instytucja/program	Wiek seniora/osoby starszej
Główny Urząd Statystyczny	„Zgodnie ze standardami EUROSTAT-u oraz OECD przyjęto, że osobami starszymi są osoby w wieku 65 i więcej lat” ^{a)}
Rządowy projekt, Ministerstwo Zdrowia	Projekt Lek 75+ – bezpłatny dostęp do leków dla osób powyżej 75. roku życia ^{b)}
Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Program „Opieka 75+” ^{c)}
Ustawa z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych, art. 4.1.	Osoby, które ukończyły 75 rok życia ^{d)}
Ustawa z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym Oferta funduszy hipotecznych ^{e)}	Brak wskazania minimalnego wieku, które mogą skorzystać z odwróconej hipoteki, choć powstała z myślą o seniorach ^{e)} ; w praktyce banki w drodze umowy mogą ją zawrzeć zarówno z 60-latką jak i 90-latką
Oferty instytucji i przedsiębiorstw dla wybranych kategorii osób	Np. rabaty udzielane przez korporacje taksówkowe dla osób starszych 70+ lub 75+
Samorządowe regulacje komunikacji lokalnej	Zwolnienie z opłat za przejazdy środkami komunikacji miejskiej – najczęściej dla osób w wieku 70+

^{a)} GUS, Urząd Statystyczny w Łodzi 2017, s. 2; ^{b)} <http://75plus.mz.gov.pl>;

^{c)} Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r., Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2019, s. 90; ^{d)} Dz.U. z 2019 r., poz. 1801 (tekst jednolity); ^{e)} Dz.U. z 2014 r., poz. 1585; ^{f)} Oferta Funduszu Hipotecznego DOM S.A. od 2008 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji internetowych.

Jak dotąd zapis powyższy nie wpłynął na zmiany w dostępnych dokumentach rządowych i samorządowych.

W polskiej literaturze z zakresu psychologii, wśród wymienianych ośmiu okresów rozwojowych człowieka, wiek późnej dorosłości

przypada na okres po 55/60 roku życia (np. Trempała, Harwas-Napierała 2004, s. 15). Nie jest to jedyny podział okresów rozwojowych człowieka. W każdym jednak przypadku początkowe etapy życia człowieka, obejmujące od 23 do 25 roczników, są dzielone na 5–7 okresów. Zaś okres życia określany 60+, obejmujący około 50 roczników, jest traktowany sumarycznie – jako okres życia człowieka niewymagający rozróżnienia podgrup i charakterystyk osób do nich przynależnych.

Liczne grono osób, które ukończyły 60. rok życia – w Polsce³ i na świecie⁴ – pozostaje nadal aktywnie zawodowo i/lub społecznie, uzyskuje dodatkowe dochody ze swojej pracy, (często niezależnie od świadczeń emerytalnych), angażuje się w działalność społeczną, niekiedy z dużą intensywnością i ze znaczną odpowiedzialnością. Powstaje zatem pytanie – jak określać te, nadal aktywne, osoby w wieku 60, 65, 70 i więcej lat? Czy są osobami starszymi (seniorami) zgodnie z formalnymi określeniami progów starości, czy wobec ludzi aktywnych, bez względu na wiek, stosowne jest określenie senior w tradycyjnym rozumieniu⁵?

Powyższa dyskusja, dotycząca określania kategorii osób starszych, nie odnosi się do klasyfikowania seniorów na potrzeby statystyki i demografii. Ustalenie wieku granicznego dla poszczególnych podgrup w grupie osób starszych jest niezbędne dla precyzyjnego przeprowadzenia wyliczeń i analiz w tych dziedzinach.

³ Liczne są przykłady aktywnych zawodowo kobiet, które ukończyły 65. rok życia. Przytoczymy tylko kilka z nich, są m.in.: Krystyna Janda, Agnieszka Holland, Teresa Rosati, siostra Małgorzata Chmielewska i wiele innych; wśród aktywnych mężczyzn można wymienić: Jerzego Owsiaka, Andrzeja Mleczko, Janusza Gajosa, Jerzego Buzka, Jarosława Kaczyńskiego, księdza Adama Bonieckiego i wielu innych.

⁴ Przykładów aktywnych seniorów w wieku 65+ można szukać również wśród przywódców państw, należą do nich np. były prezydent Donald Trump (USA), aktualny prezydent Joe Biden (USA), Xi Jinping (Chiny), Władimir Putin (Rosja), Angela Merkel (Niemcy); wielu wykonawców i twórców to seniorzy, choćby Meryl Streep, Andre Rieu, Bill Gates, Richard Gere i wielu innych.

⁵ Por. uprzednio przywołany tekst Z. Szaroty (2010, s. 24–44).

1.4. Przegląd encyklopedycznych i słownikowych interpretacji hasła senior

W encyklopediach i słownikach nie znajdujemy *explicite* definicji osoby starszej, natomiast najczęściej występuje hasło „senior”. M. Rudnicka, badając etymologię i znaczenie słowa senior, na bazie zapisów zamieszczonych w wielu polskich słownikach, przytoczyła znaczenia wyrazu, które w brzmieniu oryginalnym występują jak poniżej (Rudnicka 2018, s. 197):

- 1) najstarszy w zgromadzeniu, starszy przełożony bractwa, zgromadzenia;
- 2) właściciel ziemi, lenności za czasów feudalnych; dawniej: feudał posiadający wasali;
- 3) feudał sprawujący opiekę nad uzależnionym od niego wasalem;
- 4) w okresie rozbicia dzielnicowego Polski: najstarszy z Piastów, któremu podlegali książęta poszczególnych dzielnic senioralnych; rezydujący w Krakowie książę, nadrzędny (bardziej w teorii niż w praktyce) wobec innych książąt dzielnicowych;
- 5) dyrygujący muzyką;
- 6) konwent senjorów – rozumiany jako posiedzenie mężów zaufania, przywódców partii parlamentarnych pod przywództwem prezydenta izby;
- 7) urzędnik w salinach wielickich (później nie notowane);
- 8) starzejszy górnik, pomocnik sztygara i warcabnego w dozowaniu robót, z pomiędzy robotników starszych wybierany (także później nie notowane);
- 9) najstarszy członek rodu, starszy; późniejsze definicje uzupełnione są o informację o osobie najstarszej w zespole i rodzinie lub jako ktoś najstarszy tylko w zespole – osoba najstarsza wiekiem, stażem, latami pracy itp. w jakimś zespole, grupie ludzi; osoba starsza wiekiem w stosunku do innej osoby, z którą jest porównywana;
- 10) mężczyzna starszy wiekiem, mający w rodzinie wysoką pozycję, często sławny i bogaty ojciec, w odróżnieniu od swego syna – juniora;
- 11) ojciec syna noszącego to samo imię; (stawiane po nazwisku) ojciec albo starszy brat;

- 12) starszy student w związku akademickim; starszy student lub kleryk mający nadzór nad kolegami, pilnujący ich;
- 13) sportowiec mający za sobą kilka rekordów (informacja o rekordach pojawia się tylko w jednym słowniku); zawodnik sportowy, który osiągnął wiek właściwy do uprawiania danej dyscypliny sportowej; między 18–20 a 30 rokiem życia;
- 14) w Polsce dzielnicowej: najstarszy z Piastów, któremu podlegali książęta poszczególnych dzielnic;
- 15) jeden ze starszych wiekiem członków sejmu lub senatu, który prowadzi obrady do czasu oboru marszałka.

Powyższe zestawienie M. Rudnickiej można uzupełnić na podstawie współczesnych określeń seniora zawartych w wybranych słownikach i encyklopediach. W Słowniku Języka Polskiego, pod hasłem „senior” znajdują się następujące objaśnienia:

- 1) najstarszy wiekiem członek rodziny lub rodu;
- 2) najstarszy wiekiem lub stażem członek jakiegoś zespołu;
- 3) zawodnik w wieku odpowiednim do uprawiania danej dyscypliny sportowej;
- 4) w Polsce dzielnicowej: najstarszy z Piastów, któremu mieli podlegać książęta poszczególnych dzielnic;
- 5) w prawie lennym: feudał sprawujący opiekę nad uzależnionym od niego wasalem.

W relacyjnym słowniku semantycznym Słowosieć znajdują się określenia podobne do powyższych, które wskazują, że senior to:

- 1) dorosły zawodnik, który może uprawiać jakąś dyscyplinę sportową;
- 2) tytuł nadawany w okresie rozbicia dzielnicowego najstarszemu z Piastów;
- 3) najstarszy, najbardziej doświadczony, powszechnie szanowany członek jakiejś grupy lub społeczności;
- 4) feudał (antonim do określenia wasal, przyp. własny);
- 5) wyższy duchowny ewangelicki stojący na czele senioratu.

W Wielkim Słowniku Języka Polskiego, pod hasłem „senior” znajdziemy kolejne określenia:

- 1) najstarszy wiekiem członek rodziny;
- 2) określenie dodawane do imienia lub nazwiska mężczyzny, mające odróżnić go od syna noszącego to samo imię i nazwisko;
- 3) najstarszy oraz najbardziej doświadczony i zasłużony członek jakiejś społeczności, grupy lub organizacji;
- 4) zawodnik sportowy w wieku dorosłym według przepisów danej dyscypliny sportu;
- 5) w prawie lennym feudał sprawujący władzę i opiekę nad podległym mu wasalem;
- 6) w średniowieczu w okresie rozbitcia Polski na dzielnice najstarszy z Piastów, który sprawował władzę zwierzchnią i któremu podlegali pozostali książęta władający poszczególnymi dzielnicami;
- 7) wyższy duchowny protestancki.

W encyklopedii internetowej Wikipedia, cieszącej się znaczną popularnością wśród internautów, senior (od łac. *senex* – stary, starzec) może odnosić się do:

- 1) senior – feudał sprawujący władzę nad podległymi mu wasalami;
- 2) senior – najstarszy męski przedstawiciel średniowiecznego rodu monarszego;
- 3) biskup senior – biskup diecezjalny lub pomocniczy, który przeszedł w stan spoczynku;
- 4) Senior – tytuł albumu grupy muzycznej Röyksopp;
- 5) senior – miano przyznawane członkom Związku Harcerstwa Polskiego, którzy ukończyli 50 lat;
- 6) senior – najstarszy wiekiem członek rodziny, organizacji lub zespołu, najstarszy stażem pracownik;
- 7) senior – część imienia mężczyzny, która odróżnia go od syna noszącego to samo imię i nazwisko;
- 8) senior – zawodnik sportowy w wieku właściwym dla uprawiania danej dyscypliny;
- 9) senior – wyższy duchowny protestancki stojący na czele diecezji lub senioratu (jednostki administracyjnej kościoła), odpowiedzialny biskupa lub superintendenta;
- 10) senior – tytuł duchownego wyznania ewangelicko: augsburskiego, reformowanego i unijnego w Wojsku Polskim II RP, odpowiadający randze pułkownika (komandora).

Charakterystyczne jest to, iż w przytoczonych encyklopedycznych określeniach seniora/osoby starszej jedynie sporadyczne jest odwołanie do wieku, a nawiązanie do przejścia na emeryturę jest niekiedy tylko pośrednie. Inną cechą charakteryzującą słownikowe definicje seniora jest to, że odnoszą się głównie do pojedynczej osoby; współczesne definicje dotyczą coraz częściej zbiorowości seniorów.

Ciekawym stwierdzeniem dostrzeżonym przez B. Urbaniak (2019) jest ogląd osoby starszej z punktu widzenia pracodawców. Według autorki, pojęcie „starszy pracownik” nie jest jednoznaczne. B. Urbaniak przytoczyła:

Jak zauważa M. Król, nie ma jednego powszechnie akceptowanego wśród badaczy wieku, który jednoznacznie identyfikowałby starszego pracownika. Równie dobrze jak wiek metrykalny, kategorie starszego pracownika można określać na podstawie prawdopodobnej dalszej liczby lat aktywności zawodowej do czasu emerytury. Przykładowo, jeśli osoba planuje wycofanie się z życia zawodowego w wieku 50–55 lat, to starszym pracownikiem będzie już w wieku 40–45 lat.

Analogicznie – jeśli ma możliwość wydłużenia swojej pracy zawodowej do 70 lat, wówczas stanie się starszym pracownikiem w wieku 60 lat (2019, s. 44).

Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia⁶ w Polsce w 2019 r. wynosiło dla kobiet 81,7 lat, zaś dla mężczyzn 74 lata (74,07) (GUS 2020). Jeśli za próg rozpoczynający okres senioralny przyjąć ukończenie 60. roku życia, wówczas prostą konsekwencją jest stwierdzenie, że statystycznie kobiety żyją prawie jedną czwartą swojego życia (22 lata spośród 82) w wieku starszym/senioralnym, zaś mężczyźni w tym samym okresie żyją 14 lat, spośród 74 lat całego życia. Oznacza to, że nieproporcjonalnie duża część życia przypada na okres senioralny.

Doprecyzowanie progów, od którego zaczyna się starość, jest potrzebne nie tylko dla celów formalnych. Staje się niezbędne

⁶ Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia w danym roku oznacza średnią liczbę lat, jaką ma jeszcze do przeżycia osoba w wieku x lat, przy założeniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia.

dla przewidywania i określania wszelkich potrzeb w skali starzejącego się społeczeństwa. Taki sposób myślenia jest prezentowany w publikacji „100-letnie życie. Codziennosc i praca w erze długowieczności” (Gratton, Scott 2017). Autorzy książki, opierając się na prognozach demograficznych dotyczących starzejących się społeczeństw i niekorzystnych struktur wiekowych społeczeństw, poszukują nowego modelu społecznego, w którym coraz liczniejszą grupą będą ludzie w wieku 65+, nastąpi wzrost udziału osób w wieku 80+, a także tych, którzy ukończyli setny rok życia. Społeczeństwa roku 2050 czy 2070 będą całkowicie różne od tych, które znamy i które były opisywane w publikacjach z przełomu XX i XXI wieku. Różnice między krajami lub różnymi kulturami mają jedynie dodatkowe znaczenie. Zjawiska gwałtownie starzejących się społeczeństw występują i będą nadal występować w zdecydowanej większości państw określanych dzisiaj jako rozwinięte lub rozwijające się. Autorzy książki traktują swoje rozważania jako wyzwanie dla przyszłych pokoleń i zachęcają czytelników do dalszej dyskusji na stronie internetowej specjalnie do tego utworzonej: <http://www.100yearlife.com>.

Inspirująca propozycja określenia podgrup wśród osób w wieku 60+ została zaproponowana przez Komisję Europejską. W dokumencie „Growing The European Silver Economy” (European Commission 2015) zaproponowano podział⁷ populacji seniorów (osób starszych) na trzy grupy: aktywnych (*active*), słabnących (*fragile*) oraz niesamodzielnych (*dependant*)⁸. Każda z wymienionych grup ma własny wzorec potrzeb. Dla większej komunikatywności można wskazać dwie zasadnicze grupy seniorów: aktywnych i niesamodzielnych oraz grupę przejściową od aktywnych do niesamodzielnych, czyli seniorów słabnących. Przedstawia to rysunek 1.

⁷ Propozycja podziału grupy seniorów na trzy grupy pojawiła się przy definiowaniu srebrnej gospodarki, której celem jest wzrost zaangażowania osób starszych w życiu społecznym oraz poprawa jakości ich życia – *The French Silver Economy strategy, launched by the Ministère des Affaires Sociales et de la Santé in December 2013*, s. 2, 4.

⁸ Autorzy cytowanego dokumentu przywołali pomysł podziału grupy seniorów na trzy grupy, uzasadniając go badaniami świadczącymi o istnieniu silnej korelacji między wiekiem a stopniem samodzielności („Growing The European Silver Economy” European Commission 2015, s. 7).



Rysunek 1. Schematyczny podział populacji osób starszych 60+

Źródło: opracowanie własne na podstawie propozycji European Commission (2015, s. 7)

Granice między grupami są płynne i nie są określone wskazaniem granic wiekowych. Może to stanowić utrudnienie dla demografów i statystyków, ale jest bardziej przystosowane do rzeczywistości. Wśród ogółu osób 85-letnich czy 90-letnich znajdziemy sprawnych i aktywnych zawodowo lub społecznie, natomiast w grupie 60-latków, czy 65-latków znajdują się osoby wymagające pomocy osób trzecich, tj. niesamodzielni.

W tekstach, dokumentach i opracowaniach naukowych najczęściej nie ma bezpośredniego powiązania seniora/osoby starszej z uprawnieniami emerytalnymi (momentem uzyskania uprawnień emerytalnych). Natomiast w przestrzeni społecznej, w języku potocznym, w dyskusjach medialnych, programach poświęconych osobom starszym i w rozmowach indywidualnych istnieje domniemanie, że moment przejścia na emeryturę oznacza równocześnie przeistoczenie się w seniora/seniorkę/osobę starszą. Można jednak wskazać osoby, które przez wiele lat pobierają emeryturę, a równocześnie są w pełni aktywne, zarówno zawodowo jak i w innych formach aktywności społecznej. Nie chodzi przy tym o aktywność tylko osobistą lub w kręgu rodziny, typu „ogródek”, „książki”, „opieka nad wnuczkami”.

Spektakularnym przykładem długiej aktywności zawodowej, mimo upływających lat życia, były wybory prezydenta Stanów Zjednoczonych w listopadzie 2020 r. Wśród kandydatów na urząd prezydenta kraju byli: Donald Trump, w wieku 74 lat i Joe Biden, wówczas niespełna 78 lat. Obaj kandydaci od wielu lat byli w wieku emerytalnym, lecz z dużym animuszem oraz przy wsparciu i akceptacji grup partyjnych, które reprezentowali, ubiegali się o urząd prezydenta potężnego państwa i największej gospodarki na świecie. Wyborcy amerykańscy na prezydenta swojego kraju wybrali starszego spośród kandydatów.

Niezależnie od granicy powszechnego wieku emerytalnego, jest też wiele grup zawodowych, które uzyskują uprawnienia emerytalne w młodszym wieku, niż wyznaczają to zasady ogólne, np. służby mundurowe, górnicy, osoby, które pracowały w szczególnych warunkach, itd. Specjalne kategorie stanowią młodzi emeryci (nawet poniżej 50. roku życia) oraz osoby starsze bez emerytury. Ciekawym przypadkiem są mężczyźni w wieku 60–65 lat; wszak zazwyczaj nie mają jeszcze uprawnień emerytalnych, a z mocy ustawy są zaliczani do osób starszych.

Utożsamianie emeryta z osobą starszą nie jest więc adekwatne w przypadku wielu grup zawodowych.

1.5. Wiek prospektywny – poszukiwania nowego granicznego progu starości

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Organizacja Narodów Zjednoczonych (UN) systematycznie zajmują się procesami starzenia się na świecie⁹. Jak wynika z zamieszczonych zapisów, Narody Zjednoczone najczęściej jako początek starości przyjmują wiek 65 lat, zaś dla krajów Afryki WHO wskazuje wiek 55 lat. Tak więc definicje osoby starszej mogą się różnić w zależności od regionów świata. Większość krajów rozwiniętych jako początek starości przyjmuje wiek 60 lub 65 lat. Definiowanie starości podlega jednak zmianom, tj. korektom i uzupełnieniom, a zmiany dotyczą także progu wieku, który przyjmuje się za początek starości.

W wypowiedzi pod tytułem „Najwięcej zgonów w Polsce od II wojny światowej. A liczba urodzeń spada” (2019), I. Kotowska zauważyła, że:

okres wieku starszego powinien trwać co najwyżej 15 lat. Na przykład w Szwecji, w 2013 roku, wiek starszy dla kobiet to około 75 lat, zaś dla mężczyzn – 70 lat. W tym samym roku za starszą osobę w Polsce należałoby uznać kobietę w wieku co najmniej 71 lat oraz mężczyznę w wieku 66 lat. Uznaje się, że ten pomiar daje dokładniejszy obraz tego, jak przebiega proces starzenia populacji.

⁹ Bieżące informacje są podawane na stronach <http://www.who.int/ageing> oraz <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>.

Taki pogląd został sformułowany przez Sandersona i Scherbova już w 2008 r. Autorzy wskazali na użyteczność sposobu liczenia osób starszych i ich udziału w populacji, gdy ich oczekiwane dalsze trwanie życia wynosi 15 lub mniej lat. Stosując takie podejście do określenia prognozy, który rozpoczyna okres starości, mówimy o zastosowaniu wieku prospektywnego (*prospective age*). Wiek chronologiczny związany jest z liczbą lat, które osoba już przeżyła, natomiast wiek prospektywny (potencjalny) oparty jest na liczbie lat, które jednostka może jeszcze przeżyć. Wymienieni autorzy wskazywali na trudności wynikające z obliczania udziału osób starszych w całej populacji z wykorzystaniem wieku chronologicznego. Określenie ludzi starych zależy bowiem od wielu czynników fizycznych, psychicznych, społecznych, ekonomicznych i emocjonalnych, ale nie wiadomo, jak rozpatrywać populację osób starszych ze względu na brak wystarczających informacji według poszczególnych kryteriów.

Bardzo silnie ugruntowany jest w wielu społeczeństwach, w tym w polskim, stereotyp kojarzący starość z kresem naszej egzystencji. Może tak być, jeśli wskazujemy ostatnie kilka lat życia człowieka. Jednak stwierdzenie, że taki stan może trwać ostatnie 30–40 lat życia człowieka jest nieuzasadnione. Podobnie jak niesłuszne byłoby założenie, że jakikolwiek inny okres życia człowieka trwa 30–40 lat.

Który kraj na świecie ma najbardziej starzejącą się populację? Na tak postawione pytanie Scommegna (2019) udziela odpowiedzi warunkowej: „To zależy od tego jak się zdefiniuje starość”. Autorka wskazuje na istotne różnice w pomiarze starzenia się społeczeństw w zależności od sposobu zdefiniowania prognozy starości. Wynika to z dylematu, czy początek starości określać przy pomocy wieku chronologicznego, czy może lepiej miarą wieku prospektywnego zaproponowanego przez Sandersona i Scherbova.

Analogiczne spostrzeżenia poczynił Murkowski (2018, s. 226–227) zwracając uwagę na jeszcze jeden aspekt dylematu definiowania początku starości. W rankingu starzejących się społeczeństw według koncepcji wieku prospektywnego aż osiem wśród dziesięciu krajów znajdujących się na czele rankingu to kraje Europy Środkowo-Wschodniej. Autor wskazuje, że według takiego pomiaru stopnia zaawansowania procesu starzenia się ludności:

za kraje „stare” uznamy częściej państwa Europy Wschodniej niż Zachodniej, gdzie mieszkańcy żyją dłużej i jednocześnie w lepszym zdrowiu, a co za tym idzie – później się starzeją. Z tego punktu widzenia nie jest właściwe stosowanie w tradycyjnym ujęciu zawsze takiego samego progu starości dla wszystkich porównywanych państw” (Murkowski 2018, s. 227).

W przyszłości państwa charakteryzujące się wysokim potencjałem życiowym swoich mieszkańców mogą się istotnie różnić w zakresie struktury ludności według wieku od krajów demograficznie „starych”, tj. głównie państw Europy Wschodniej. Kraje z tej części Europy charakteryzują się znacznie niższym wiekiem wyznaczającym początek okresu starości w porównaniu do państw Europy Zachodniej.

Przytoczone rozważania Scommegna i Murkowskiego powstały na podstawie wyliczeń przygotowywanych przez wiedeński The International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), publikowanych od kilku lat w postaci gotowych zestawień *Aging Demographic Data Sheet*. W tabeli 2 przytoczono wyliczenia dla roku 2020. Objasniają one dobitnie wnioski jakie wysnuli wspomniani wcześniej autorzy Scommegna i Murkowski oraz inni autorzy. W tabeli dane rankingowe dziesięciu najbardziej starzejących się społeczeństw na świecie uszeregowano z wykorzystaniem dwóch metod. Metoda tradycyjna – uwzględniająca wiek chronologiczny – jest oparta na odsetku osób w wieku 65+ w całości populacji. Druga metoda jest związana z koncepcją wieku prospektywnego. Bazuje ona na odsetku osób, których oczekiwana długość życia wynosi 15 lat lub mniej w stosunku do średniej dla całości populacji. Na szczycie listy najstarszych krajów świata mierzonych odsetkiem osób w wieku 65+ w całości populacji znalazły się kolejno Japonia (28,4%), Włochy (23,3%), Portugalia (22,8%) i Finlandia (22,6%). Zupełnie inaczej kształtuje się ranking najstarszych krajów świata mierzony odsetkiem osób, których aktualne oczekiwane dalsze trwanie życia wynosi 15 lub mniej lat w całości populacji. W tym rankingu Włochy, Portugalia i Finlandia nie mieszczą się w pierwszej dziesiątce krajów rankingowanych, zaś Japonia jest dopiero na siódmym miejscu. Według koncepcji wieku prospektywnego, najbardziej starzejących się społeczeństw na świecie należy upatrywać w Bułgarii (18,9%), Serbii (16,9%) i Ukrainie (16,5%).

Tabela 2. Dziesięć krajów o najbardziej zaawansowanych procesach starzenia na podstawie udziału osób uznanych za osoby starsze w całej populacji w 2020 r.

Udział osób w wieku 65+			Udział osób, których średnie dalsze trwanie życia wynosi 15 lat lub mniej		
miejsce	kraj	%	miejsce	kraj	%
1	Japonia	28,4	1	Bułgaria	18,9
2	Włochy	23,3	2	Serbia	16,9
3	Portugalia	22,8	3	Ukraina	16,5
4	Finlandia	22,6	4	Chorwacja	16,2
5	Grecja	22,3	5	Łotwa	15,8
6	Niemcy	21,7	6	Rumunia	15,3
7	Bułgaria	21,5	7	Japonia	15,2
8	Chorwacja	21,3	8	Węgry	15,0
9	Portoryko	20,8	9	Niemcy	14,6
10	Francja	20,8	10	Litwa	14,4

Źródło: *Aging Demographic Data Sheet 2020*, IIASA, 2020.

Istotą porównania ujętego w tabeli 2 jest zastosowanie różnych metod pomiaru starzejących się społeczeństw. Stosowanie wieku 65 lat jako progu starości wyolbrzymia wpływ starzenia się na społeczeństwo. Niekiedy wskazuje się, że jest to miara statyczna. Natomiast zastosowanie do pomiaru starzenia się społeczeństwa koncepcji wieku perspektywnego znacznie lepiej odwzorowuje dynamikę tego procesu.

Trwają prace nad znalezieniem granicznego progu starości, który z jednej strony byłby szeroko akceptowany, a drugiej udoskonaliłby porównywalność wyników badań nad procesem starzenia się demograficznego społeczeństw. Poszukiwania i prace trwają m.in. w AGE Platform Europe (2020), a także w ramach projektu ATHLOS (2020). Można oczekiwać, że w niedługim czasie opublikowane zostaną rezultaty tych prac.

1.6. Zakończenie

W niniejszym rozdziale pokazano, że arbitralny dobór progu starości może być w konsekwencji źródłem kłopotów – zarówno dla wywodu prowadzonych prac czy raportów, jak i dla grup odbiorców, do których adresowany jest przekaz. Stosowany powszechnie wiek kalendarzowy nie może być jedynym kryterium określającym próg starości. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy można wskazać uleganie stereotypom i posługiwanie się nimi bez pogłębionej refleksji oraz bazowanie na definicjach ustalonych dużo wcześniej, w odmiennych od dzisiejszych realiach demograficznych. Rozważania rozdziału można podsumować poniższymi stwierdzeniami.

- Ustalenie jednego progu wieku, od którego zaczyna się starość, nie jest możliwe. Jest to zawsze sprawa umowna. W konkretnych przypadkach wskazane jest przyjęcie określonych progów bądź uwarunkowań temu towarzyszących.

- Sformułowanie „60+” jest określeniem zbiorowości bardzo zróżnicowanej i powoduje istotne błędy w postrzeganiu potrzeb i dostosowywaniu programów społecznych dla grup wiekowych, np. 65–79, 80–94, 95+. Podkreślać należy konieczność postrzegania podgrup ludzi starszych i zróżnicowanych potrzeb w każdej z nich.

- Dla uzyskania większej precyzji w definiowaniu grup i podgrup osób starszych należy sięgać po nowsze definicje osoby starszej, np. w ramach prac dotyczących wieku prospektywnego.

- W przypadkach, gdy nie istnieje konieczność ustalenia granic wiekowych podgrup osób starszych według wieku kalendarzowego, wskazane może być posługiwanie się określeniami seniorzy aktywni i seniorzy niesamodzieln.

- Rozpoczęcie pobierania emerytury (lub osiągnięcie wieku emerytalnego) nie jest równoznaczne ze staniem się osobą starszą/seniorem.

- Korzystanie z uprawnień emerytalnych nie musi (a nawet nie powinno) oznaczać rezygnacji z wszelkiej aktywności zarobkowej czy społecznej.

Bibliografia

- Adhiyaman V. (2017), *Is it time to redefine old age?*, British Geriatrics Society Blog <https://britishgeriatricsociety.wordpress.com/2017/09/27/is-it-time-to-redefine-old-age/#more-4812/> (dostęp: 30.01.2020).
- AGE Platform Europe (2020), *We are not all 'old' at the same age: life expectancy is a policy matter*, <https://www.age-platform.eu/special-briefing/we-are-not-all-old-same-age-life-expectancy-policy-matter/> (dostęp: 30.06.2020).
- Aging Demographic Data Sheet 2020*, International Institute for Applied System Analysis (IIASA), Laxenburg, Austria, <https://iiasa.ac.at/web/home/research/researchPrograms/WorldPopulation/PublicationsMediaCoverage/ModelsData/AgingDemDataSheet2020.pdf/> (dostęp: 30.06.2020).
- Czapiński J., Błędowski P. (2014), *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013*, Raport tematyczny, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Czerniawska O. (2019), *Wiek w biegu życia*, [w:] E. Dubas, M. Muszyński (red.), *Starość w nurcie życia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- European Commission (2015), *Growing the European Silver Economy*, Brussels, <http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/silvereco.pdf/> (dostęp: 10.05.2020).
- The French Silver Economy strategy, launched by the Ministère des Affaires Sociales et de la Santé in December 2013*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_-_Signature_contrat_de_filie-re_-_121213.pdf (dostęp: 15.08.2020).
- Gratton L., Scott A. (2017), *100-letnie życie*, Kurhaus Publishing, Warszawa.
- Growing Old in America: Expectations vs. Reality*, Pew Research Center (2009), <https://www.pewsocialtrends.org/2009/06/29/growing-old-in-america-expectations-vs-reality/> (dostęp: 15.06.2020).
- GUS (2020), Baza Demografia, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx> (dostęp: 16.03.2020).
- GUS, Urząd Statystyczny w Łodzi (2017), *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015*, Warszawa.
- Halicka M. (2018), *Starzenie się społeczeństwa i w społeczeństwie*, „Pedagogika Społeczna”, nr 3(69).
- Halicka M., Halicki J. (2011), *Opinie polskich seniorów na temat starości i przygotowania się do niej*, „Polityka Społeczna”, Numer specjalny,

- „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, PolSenior”, s. 17–22.
- Iwański R. (2017), *Nowe oblicza starości z perspektywy dalszego starzenia się populacji*, „Studia Oeconomica Posnaniensia”, t. 5, nr 11, s. 113–128.
- Mękarski M. (2013), *Jak nas widzą? Jak widzimy siebie? Aktywni seniorzy o sobie i swoim wizerunku*, „Studia Kulturoznawcze”, nr 2(4), s. 131–148.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2019), *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2018> (dostęp: 14.09.2020).
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Murkowski R. (2018), *Metody pomiaru zaawansowania procesu starzenia się ludności*, „Humanities and Social Sciences”, t. 23(XXIII), nr 25(3), s. 213–229, <https://doi.org/10.7862/rz.2018.hss.49> (dostęp: 30.07.2020).
- Najwięcej zgonów w Polsce od II wojny światowej. A liczba urodzeń spada*, <https://tvn24.pl/biznes/z-kraju/demografia-polski-ekspert-sgh-i-pan-o-programie-500-plus-ra908039-4506136> (dostęp: 15.01.2020).
- Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, załącznik do Uchwały Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r., M.P. z 2018 r., poz. 1169.
- Rosset E. (1959), *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*, Polskie Wydawnictwa Gospodarcze, Warszawa.
- Rudnicka M. (2018), *Od stosunków feudalnych do dziadka. Co znaczy słowo senior i jaka jest jego stabilność ekspresywna*, „Orbis Linguarum”, t. 51, <https://doi.org/10.23817/olin.51-12> (dostęp: 12.09.2020).
- Sanderson W., Scherbov S. (2008), *Rethinking Age and Aging*, „Population Bulletin”, t. 63, nr 4, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2008/12/63.4aging.pdf> (dostęp: 10.06.2020).
- Scommegna P. (2019), *Which Country Has the Oldest Population? It Depends on How You Define ‘Old.’*, <https://www.prb.org/which-country-has-the-oldest-population/> (dostęp: 16.03.2020).
- Scott A. (2019), *Is 75 the New 65? How the Definition of Aging Is Changing*, <https://www.nextavenue.org/definition-of-aging-is-changing/> (dostęp: 15.06.2020).
- Stypińska J. (2017), *Starszy pracownik na rynku pracy w Polsce: 40+? 50+? czy tylko „Plus”?*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 143–165.

- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Kraków.
- Szukalski P. (2016), *Polityka aktywnego starzenia się*, [w:] B. Kłos, P. Ruszel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Wydawnictwa Sejmowe.
- Szukalski P. (2019), *Polska – kraj starych ludzi! 1/4 Polaków ma przynajmniej 60 lat*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny”, nr 3, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/29640/2019-03%20Staro%c5%9b%c4%87.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 12.05.2020).
- Trempała J., Harwas-Napierała B. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- United Nations, *World Population Prospects 2019*, June 2019, <https://population.un.org/wpp> (dostęp: 05.03.2020).
- Urbaniak B. (2019), *Starzenie się zasobów pracy przejawem zmienności uwarunkowań demograficznych tworzących kontekst ZZL*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 6(131), s. 35–58.
- Ustawa z dnia 21 kwietnia 2005 r. o opłatach abonamentowych, Dz.U. z 2019 r., poz. 1801 (tekst jednolity).
- Ustawa z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym, Dz.U. z 2014 r., poz. 1585.
- WHO (2002), *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*, <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (dostęp: 16.03.2020).
- Woźniak Z. (2016), *Starość. Bilans – Zadanie – Wyzwanie*, Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM, Poznań.
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020* (2019), pierwotna wersja zatwierdzona przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju 8 maja 2015 r., wielokrotnie zmieniane, m.in. z dnia 8 lipca 2019 r. – decyzja MliR/2014-2020/18(05).
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. (2009), *Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Gerontologia Polska”, t. 17, nr 3, s. 137–142.

Źródła internetowe

- ATHLOS Projekt, <http://athlosproject.eu/> (dostęp: 10.02.2020).
- Definicja starości zmienia się wraz z... wiekiem respondentów* (2009), <http://www.zycie.senior.pl/147,0,Definicja-starosci-zmienia-sie-wraz-z-8230-wiekiem-responentow,6705.html> (dostęp: 30.01.2020).

Fundusz Hipoteczny DOM S.A., <https://www.funduszhipoteczny.pl/odwrocona-hipoteka> (dostęp: 16.09.2020).

Leki 75+, Oficjalna strona rządowego projektu zapewniającego bezpłatny dostęp do leków dla osób powyżej 75. roku życia, <http://75plus.mz.gov.pl> (dostęp: 16.09.2020).

When Does Old Age Begin? (2018), wpis S. O'Brien na stronie <https://www.liveabout.com/when-does-old-age-begin-2969194> (dostęp: 15.06.2020).

SłowoSieć, <http://plwordnet.pwr.wroc.pl/wordnet/> (dostęp: 30.05.2020).

Słownik Języka Polskiego, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/senior.html> (dostęp: 30.05.2020).

Wikipedia, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Senior> (dostęp: 30.05.2020).

Wielki Słownik Języka Polskiego, https://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=11112&id_znaczenia=3661949&l=23&ind=0 (dostęp: 09.05.2020).

<http://www.100yearlife.com>

<http://www.who.int/ageing>

<https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>

* * *

Old age thresholds

(abstract)

In ageing studies, older people are usually defined using demographic criteria as persons older than 60 or 65 years. These age thresholds are not the only ones possible, because a generally accepted criterion indicating the beginning of old age has not been established. This chapter provides a review of the various definitions of old age thresholds used in the Polish language in different sciences and for different purposes.

Keywords: old age, ageing, senior, old age threshold, prospective age

Graniczne progi starości

(streszczenie)

W badaniach nad starością osoby starsze są zwykle definiowane za pomocą kryteriów demograficznych jako osoby w wieku 60 lat i więcej lub 65 lat i więcej. Te progi wiekowe nie są jedynymi możliwymi, gdyż nie ma ustalonego, ogólnie przyjętego kryterium wskazującego na początek starości. W rozdziale dokonano przeglądu progów starości występujących w języku polskim określonych w obszarach naukowych i dla różnych celów.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, senior, próg starości, wiek perspektywny

2. Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość?

*Piotr Szukalski**

 <https://orcid.org/0000-0002-2631-3238>

2.1. Wprowadzenie

Cały niniejszy tom ma dwa główne przesłania: 1) wskazanie na niejednoznaczność terminu „starość” z perspektywy wieku kalendarzowego oraz 2) wskazanie na niejednorodność przebiegu starości, a zatem wzrastające wraz z wiekiem zróżnicowanie zdrowotne, funkcjonalne i sprawnościowe osób w tym samym wieku.

W poniższym rozdziale chciałbym skupić się na obu powyższych przesłaniach, patrząc na nie z nieco innej perspektywy – nie ogółu ludności uznawanej za seniorów, lecz jedynie tej subpopulacji osób, w przypadku których w miejsce przymiotnika „starzy” najchętniej użylibyśmy terminu „bardzo starzy”. Stąd też cel niniejszego opracowania jest trojaki. Po pierwsze – zastanowienie się, czy istnieje jedna, powszechnie akceptowana w nauce definicja osób bardzo starych, po drugie – sprawdzenie, na ile taka ewentualna grupa jest jednorodna z punktu widzenia stanu zdrowia i sprawności, po trzecie – przedstawienie przyczyn, dla których (niezależnie od odpowiedzi na pytania powiązane z dwoma wcześniejszymi celami) zainteresowanie różnorodnie definiowanymi zbiorowościami osób najstarszych będzie w przyszłości narastać.

* Dr hab., profesor Uniwersytetu Łódzkiego, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Socjologii.

2.2. Podwójne starzenie się ludności

Rozpocząć należy od określenia podstawowego trendu demograficznego, który prowadzi do rozrostu liczbowego populacji osób bardzo starych, tj. podwójnego starzenia się ludności.

Wraz z obniżaniem się umieralności i wydłużaniem się długości typowego ludzkiego życia widoczne jest zwiększanie się prawdopodobieństwa dożycia do zaawansowanego wieku. W efekcie liczba osób dożywających do wieku 70, 80 czy 90 lat w trakcie powojennego okresu w świecie Zachodu stale wzrasta.

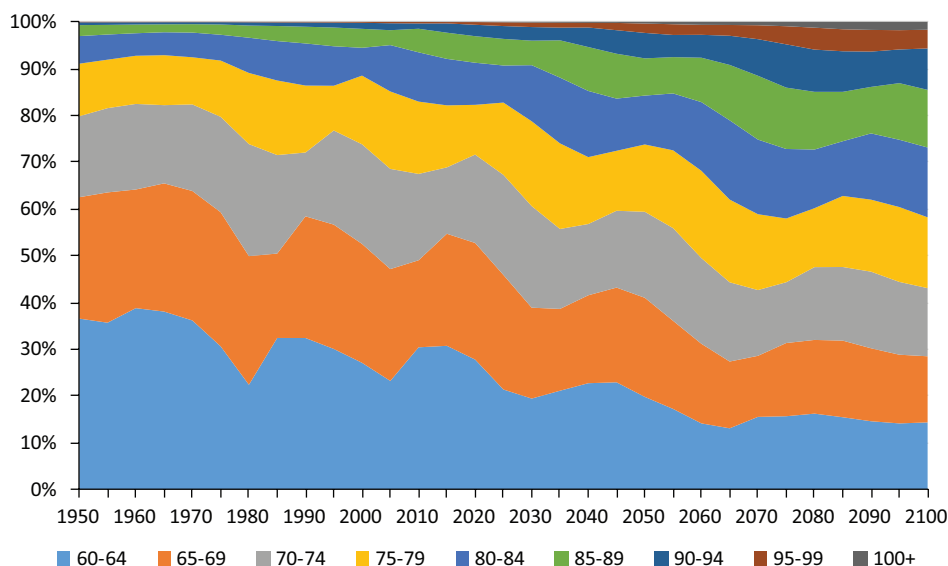
Dodatkowo wzrost ten jest napędzany – a niekiedy okresowo modulowany – czynnikiem kohortowym², tj. wpływem zdarzeń sprzed wielu dekad, które oddziaływały na występującą wówczas liczbę urodzeń. Przykładowo, obie wojny światowe doprowadziły do zmniejszenia liczby nowo zawieranych małżeństw i do rozłąk między małżonkami, prowadząc do okresowego zmniejszenia się w ich trakcie liczby urodzeń. Podobnie działo się w okresie kryzysu ekonomicznego początku lat 30. XX wieku, choć czynniki prowadzące do niższej liczby urodzeń miały inne uwarunkowania. Z drugiej strony, po każdym takim kryzysie społecznym pojawia się faza kompensacji, a zatem czas, gdy – w przypadku powyższych przykładów dzięki nastaniu pokoju lub obniżeniu się drastycznego poziomu bezrobocia do poziomu standardowego – osoby odkładające na później swe plany matrymonialne i prokreacyjne mogły przystąpić do realizacji swych zamierzeń (Szukalski 2012). W takiej sytuacji wzrasta na kilka lat liczba urodzeń. Takie zaszłości rzutują na liczbę osób znajdujących się na poszczególnych etapach życia z odpowiednim opóźnieniem. Przykładowo, 60 lat po wybuchu drugiej wojny światowej, widoczny wówczas spadek liczby zawieranych związków małżeńskich i urodzeń doprowadził w Europie do spadku liczby osób osiagających swe 60. urodziny.

W rezultacie w rosnącej grupie seniorów³ wzrasta liczba i udział tych najstarszych, niezależnie od stosowanej cezurę wie-

² W demografii termin kohorta oznacza grupę osób, w życiu których w tym samym czasie wystąpiło to samo zdarzenie, np. grupę osób, które urodziły się w tym samym roku kalendarzowym.

³ Na potrzeby tego opracowania korzystać będę z obowiązującej od 2015 r. w Polsce definicji osoby starszej jako osoby mającej co najmniej 60 ukończonych lat. Osoby te w powojennej Polsce stanowiły szybko rosnącą grupę, odpowiadając za 2,045 mln w 1950 r., 4,194 mln w 1970 r., 5,586 mln w 1990 r., 7,418 mln

ku określającego początek późnej starości, zaś zmiany liczebności poszczególnych, jednorodnych grup wieku seniorów odzwierciedlają wspomniane wyżej przemiany o charakterze sekularnym i nadzwyczajnym (rys. 1–2).



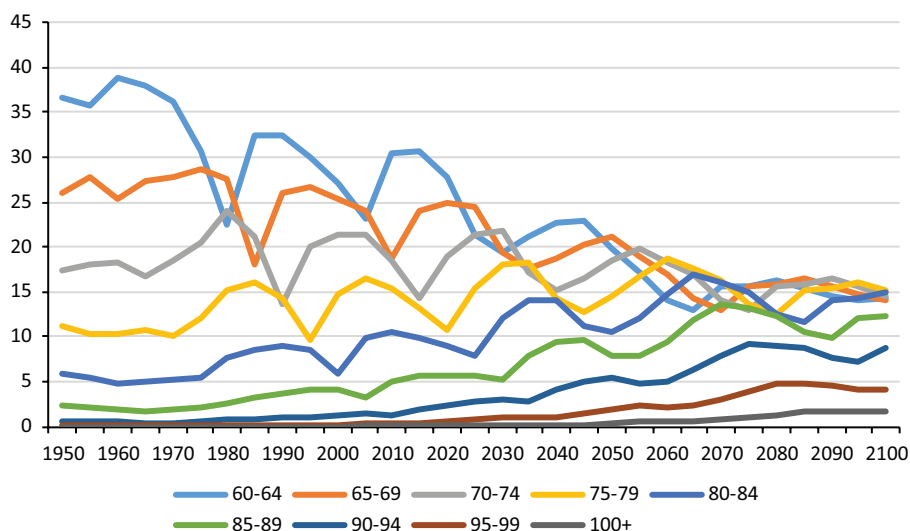
Rysunek 1. Struktura wieku osób 60+ w Polsce
w latach 1950–2100 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

Ciekawy jest zwłaszcza rysunek 2. Pokazuje on, jak w trakcie długiego (obejmującego półtora wieku) okresu w Polsce – z jednej strony – stale wzrasta ważność osób najstarszych wśród ogółu seniorów, z drugiej zaś – zanika wpływ czynnika kohortowego w warunkach braku kryzysów społecznych, założonego w projekcji ludnościowej ONZ z 2019 roku. Z obu rysunków wynika, że w dzisiejszej Polsce występuje zjawisko podwójnego starzenia się ludności, a zatem – tym szybszy wzrost liczby ludności, im wyższego wieku to dotyczy. W efekcie występuje wzrost udziału osób najstarszych

w 2010 i 9,508 mln na koniec 2018 r. Również w przyszłości rosnąć ma ich liczba – do 10,647 mln w 2030 r. i 12,919 mln w 2050 r. Wielkości te stanowią odpowiednio: 8,2, 12,9, 14,7, 19,4, 24,8, 28,1 i 38,8% ludności ogółem.

wśród ogółu seniorów, nawet i wówczas, gdy liczba ludności i liczba seniorów będzie się zmniejszać. Proces ten obserwowany jest zarówno w Polsce, jak i w innych krajach Europy i świata (Maier, Jeune, Vaupel 2021; Szukalski 2004, 2006).



Rysunek 2. Udział ludności według 5-letnich grup wieku wśród wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej, Polska, 1950–2100 (w %)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

2.3. Od kiedy zaczyna się późna starość

Odpowiedź na pytanie o początek późnej starości jest trudna i prosta zarazem. Trudna – nie można bowiem jednoznacznie określić momentu jakościowej przemiany wśród wszystkich osób dożywających zaawansowanego wieku. Łatwa – gdyż w ostatnich dekadach pojawiło się kilka podejść uznających osiągnięcie pewnego uznaniowo wyznaczonego wieku jako wyodrębniającego ludzi bardzo starych od tych „nie aż tak starych”. Upodobanie do „okrągłego” wieku – widoczne i w przeszłości w postaci częstego podwyższania wieku do liczb kończących się na 0 i w mniejszym stopniu na 5 – przejawia się występowaniem w tym przypadku kilku wielkości różniących się od siebie o 5 lat, a mianowicie wieku 75, 80, 85 i 90

lat. W takiej też kolejności przedstawię te granice, choć – patrząc na chronologię ich powstawania – kolejność winna być inna: 80, 75, 90, 85 lat.

Granica 75 lat pojawiła się pod koniec lat 60. XX wieku, gdy amerykańska psycholog i gerontolog Bernice Neugarten próbowała zwalczać mity o homogeniczności zbiorowości osób starszych. Próbuując „odczarować” osoby we wczesnej fazie starości, podzieliła zbiorowość seniorów na dwie grupy: „młodych starych” i „starych starych”, przyjmując granicę 75 lat jako odgradzającą ich cezurę. Zabieg ten miał na celu odróżnienie wśród mających prawo w USA do finansowanych ze źródeł federalnych świadczeń w ramach zabezpieczenia społecznego i do bezpłatnej opieki zdrowotnej (tj. w wieku 65+) osób, które są w pełni samodzielne, od osób wymagających wsparcia ze strony swych rodzin, sąsiadów i społeczności lokalnych. Jak pokazał czas, powyższe rozróżnienie, mające na celu zdjęcie odium ciężaru i niesamodzielności z grupy „młodych starych”, nie poprawiło ich image’u, pogarszając dodatkowo percepcję społeczną „starych starych” (Suzman, Manton, Willis 1992).

Wiek 80 lat z kolei pojawił się jako granica umożliwiająca oddzielenie „trzeciego wieku” od „czwartego wieku”. W obu przypadkach chodzi o osoby, które z uwagi na wiek charakteryzują się tzw. niesamodzielnością ekonomiczną, tj. utrzymywaniem się z transferów publicznych (emerytury, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinne). Różnica między nimi odnosi się do samodzielności funkcjonalnej, czyli możliwości wykonywania (prawie) wszystkich czynności dnia codziennego bez pomocy innych. Tak rozumiana samodzielność jest typowa dla osób w „trzecim wieku”, podczas gdy w przypadku tych w „czwartym wieku” zakłada się konieczność ustawicznego korzystania ze wsparcia innych. Najczęściej jako autorkę tych terminów podaje się Simone de Beauvoir (jej *La vieillesse* z 1970 r.), czasami jednak zauważa się, iż de Beauvoir upowszechniła jedynie (głównie dzięki wpływowemu, angielskiemu tłumaczeniu tej pracy, która ukazała się w 1972 r. pod tytułem *The coming of age*) pojęcia stosowane we Francji w latach 60. (Silver 2003).

Kolejna cezura, tj. wiek 85 lat, może być wyjaśniana na dwa sposoby. Po pierwsze, ćwierć wieku po pracach B. Neugarten ukazała się wpływowa praca pod redakcją R.M. Suzman, D.P. Willisa i K.G. Mantona, ukierunkowana na wskazanie, że kłopoty zdrowotne, socjalne, funkcjonalne, społeczne i psychiczne „starych

starych” nie są bynajmniej domeną ich młodszego odłamu, ale że widoczna jest w każdym z przywołanych wymiarów różnica pomiędzy „najstarszymi starymi” (tj. osobami w wieku 85+) a pozostałą częścią „starych starych” (tj. grupy definiowanej odtąd jako 75–84 lat) (Suzman, Manton, Willis 1992). Po drugie, na początku XXI w. prace biogerontologów poświęcone kwestii dziedziczenia predyspozycji do długowieczności wykazały, iż regularne przekraczanie przez przodków danej osoby wieku 85 lat wskazuje na występowanie u danej osoby predyspozycji do osiągania bardzo zaawansowanego wieku. Dodać należy, że owi przodkowie są dość szczególni, albowiem są to kobiety z matrylinearnej strony rodziny (matka, matka matki i jej matka itp.), co związane jest z umiejscowieniem zegara biologicznego określającego czas replikacji DNA i skracania się chromosomów w tej części komórki, która dziedziczona jest po matce. Zaznaczyć przy tym trzeba, iż niedożywianie przodkiń do zaawansowanego wieku nie musi oznaczać braku genetycznych predyspozycji do długowieczności, gdyż przedwczesne zgony z powodu wypadków, zatruc czy chorób zakaźnych nie są traktowane jako dowody genetycznego zaprogramowania do wczesnego zgonu (Gavrilov, Gavrilova 2001; Carey 2003).

Wreszcie ostatnia granica, tj. wiek 90 lat, została przyjęta w 1974 r. na Światowym Kongresie Ludnościowym w Bukareszcie jako granica długowieczności definiowanej demograficznie, a nie genetycznie. W tym przypadku przyczyną prowadzącą do wyodrębnienia takiej cezury była widoczna w latach wcześniejszych fascynacja długowiecznością rozumiana jako dożywanie do wyjątkowo wysokiego wieku (stulatkowie i pierwsi tzw. superstulatkowie, czyli osoby w wieku 110 lat i więcej, choć w ich przypadku występował często brak wiary w prawdziwość wieku) i chęć zrozumienia biologicznych i społecznych uwarunkowań, które umożliwiają powszechne dożycie do tak wysokiego wieku w zdrowiu i sprawności (Rosset 1979).

Jak widać, przedstawione cezury zazwyczaj odnoszą się do spodziewanego związku pomiędzy wiekiem a zdrowiem, sprawnością i samodzielnością. Choć realistycznie oceniając, zdawać sobie należy sprawę, iż relacja ta ma charakter probabilistyczny (tj. z wiekiem zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia problemów), a nie deterministyczny (tj. po przekroczeniu pewnego wieku wszyscy mają pewne problemy zdrowotne), w literaturze gerontologicznej

i demograficznej od lat stosuje się podziały wskazujące na inny typ związku. To, na ile ów „typ idealny” – uproszczony ogląd świata lub pewnej zbiorowości, mający podkreślić ich najważniejsze cechy – samoistnie kreuje pewien sposób myślenia o specyfice późnej starości w kategoriach problemów zdrowotnych i niemożności samodzielnego funkcjonowania, jest kwestią dyskusyjną, choć wysoce prawdopodobną.

2.4. Od jakiego wieku zaczyna się funkcjonalnie późna starość?

Jak już wspomniano, zbiorowość osób najstarszych jest bardzo zróżnicowana wewnętrznie z punktu sprawności i samodzielności. Podstawowym czynnikiem oddziałującym na te dwie cechy jest stan zdrowia, który – co oczywiste – wraz z wiekiem się pogarsza. Patrząc z tej perspektywy, rodzi się pytanie – czy rzeczywiście widoczne są w ramach zbiorowości seniorów aż tak duże różnice w poszczególnych podgrupach wieku, które by uzasadniały wyodrębnianie podzbiorowości osób najstarszych. Na to pytanie postaramy się w niniejszym punkcie znaleźć odpowiedź.

W pierwszej kolejności spojrzymy, jak we współczesnej Polsce zmienia się wraz z wiekiem udział osób mających różnorodne problemy zdrowotne (tabela 1).

Tabela 1. Choroby przewlekłe i dolegliwości wśród polskich seniorów według płci (m – mężczyźni, k – kobiety) i wieku w 2014 r. (jako % ludności w danym wieku i płci)

Wyszczególnienie	Ogółem 60+	60–69 lat	70–79 lat	80 lat i więcej
1	2	3	4	5
Chorujący przewlekłe	88,9	85,2	92,5	95,2
m	85,4	82,3	89,1	93,0
k	91,4	87,8	94,6	96,1
Astma	7,2	6,4	7,9	8,5
m	7,0	5,8	7,5	11,3
k	7,4	7,0	8,2	7,2

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP, rozedma płuc	6,9	5,9	7,6	8,7
m	7,4	5,8	8,6	12,6
k	6,5	6,0	6,9	7,0
Zawał serca i jego konsekwencje	9,3	6,8	11,7	13,6
m	13,0	10,0	16,7	20,1
k	6,7	4,0	8,5	10,8
Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	26,8	18,2	34,1	42,2
m	24,9	19,2	30,8	40,3
k	28,1	17,5	36,2	43,0
Wysokie ciśnienie krwi	52,6	47,6	58,5	59,4
m	47,3	45,0	51,7	49,4
k	56,4	49,8	62,9	63,8
Udar mózgu i jego konsekwencje	6,1	4,5	7,6	9,0
m	7,5	5,6	10,6	10,6
k	5,1	3,5	5,7	8,3
Choroba zwyrodnieniowa stawów	39,7	32,9	45,6	52,2
m	29,0	25,0	33,4	39,3
k	47,3	39,5	53,5	58,0
Bóle dolnej partii pleców	41,7	39,3	44,0	45,8
m	36,3	34,3	37,4	43,3
k	45,5	43,5	48,2	46,9
Bóle środkowej partii pleców	29,0	25,8	30,4	36,9
m	24,0	22,2	25,8	29,1
k	32,4	28,8	33,3	40,3

1	2	3	4	5
Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	29,7	27,8	31,3	33,2
m	23,8	22,7	25,4	25,4
k	33,9	32,2	35,1	36,7
Cukrzyca	17,7	14,6	21,6	21,5
m	17,8	15,7	20,2	22,3
k	17,7	13,6	22,5	21,2
Alergia	9,0	8,6	9,4	9,7
m	5,4	5,5	5,1	5,4
k	11,5	11,1	12,2	11,6
Marskość wątroby	1,2	1,0	1,4	1,5
m	1,4	1,0	1,7	2,3
k	1,1	0,9	1,2	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	8,0	7,5	9,5	7,4
m	7,7	7,9	6,7	8,7
k	8,2	7,1	11,2	6,9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	12,2	6,6	14,1	27,0
m	7,5	3,9	10,3	19,5
k	15,5	8,9	16,5	30,3
Problemy z nerkami	8,1	6,4	10,0	10,7
m	6,8	5,3	8,3	11,1
k	9,1	7,4	11,1	10,5
Silne bóle głowy (migrena)	11,6	10,7	12,8	12,3
m	6,9	7,2	6,4	6,9
k	14,8	13,8	16,8	14,7

Tabela 1 (cd.)

1	2	3	4	5
Depresja	6,8	5,9	7,6	8,3
m	4,3	3,6	4,6	7,3
k	8,6	7,9	9,5	8,7
Choroby tarczycy	11,7	12,1	12,1	9,4
m	3,7	3,5	4,2	3,5
k	17,3	19,4	17,2	12,1
Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego) – tylko u mężczyzn	22,7	14,7	32,3	41,2
Inne choroby	18,9	17,1	19,5	23,8
m	16,5	15,1	17,9	20,3
k	20,6	18,8	20,5	25,3

Źródło: Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia z 2014, za MRPiPS 2019, s. 34–35.

Choć widoczne jest narastanie problemów zdrowotnych wraz z coraz wyższym wiekiem, zmiany te mają stopniowy charakter, uniemożliwiając znalezienie jakiegoś empirycznego punktu rozdzielającego osoby starsze na wyraźnie różniące się podzbiorowości.

Narastające wraz z wiekiem problemy zdrowotne są przyczyną utrzymującego się związku pomiędzy wiekiem a częstością deklarowania niepełnosprawności prawnej czy biologicznej⁴. Jednakże należy zdawać sobie sprawę z tego, że w przypadku niepełnosprawności tylko biologicznej – tj. tej ocenianej często subiektywnie – występują bardzo duże zmiany w zakresie poziomu deklarowanej niepełnosprawności w długim okresie. Pogląd na skalę takich zmian dają wyniki ostatnich Narodowych Spisów Powszechnych (tabela 2).

⁴ Niepełnosprawność prawna jest potwierdzona orzeczeniem odpowiedniej komisji lub lekarza orzecznika, natomiast niepełnosprawność biologiczna wynika z rzeczywistego odczuwania przez badanych niemożności samodzielnego wykonywania czynności typowych dla danej fazy życia.

Tabela 2. Niepełnosprawność w Polsce wśród osób starszych według wieku i płci w świetle danych spisów powszechnych (NSP) z lat 1978–2011 (w przeliczeniu na 1000 osób danej płci i wieku)

Rok NSP	Wiek w latach				
	60–64	65–69	70–74	75–79	80+
mężczyźni					
1978	261	254	267	310	360
1988	356	335	355	376	409
2002	408	368	414	458	472
2011	285	292	336	386	428
kobiety					
1978	202	207	234	274	327
1988	286	302	340	362	416
2002	308	351	415	463	495
2011	220	289	349	404	446

Źródło: GUS, 1999; GUS, 2003a, GUS, 2013.

Niezależnie od czynników warunkujących owe długofalowe, różnokierunkowe zmiany, bez wątpienia w przypadku osób najstarszych występuje w każdym przypadku wyższa częstość deklarowanej niepełnosprawności. Jednakże ponownie – choć w tym przypadku skala zachodzących zmian jest zdecydowanie bardziej widoczna – brak jest jakiegoś jednoznacznie i samorzutnie narzucającej się cezury wieku rozdzielającej poszczególne podzbiorowości.

Zdecydowanie ważniejsze z punktu widzenia stopnia samodzielności i sprawności nie jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności czy postrzeganie siebie jako osoby z niepełnosprawnościami, lecz rzeczywiste występowanie ograniczeń funkcjonalnych. Do ich badania używa się skali Katza (ADL) i skali Lawtona (IADL). Pierwsza z nich mierzy zdolność do wykonywania 6 podstawowych czynności dnia codziennego (mycie całego ciała, ubieranie się, korzystanie z toalety, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, jedzenie), przypisując tym czynnościom punktację, która maksymalnie osiąga razem 6 pkt (pełna samodzielność). Druga skupia się na wykonywaniu nieco bardziej skomplikowanych, mniej

podstawowych czynności – np. samodzielne zakupy, korzystanie z komunikacji miejskiej, wykonywanie prac domowych i pranie. W pełni samodzielne osoby mogą uzyskać łącznie 24 pkt.

Realizowane w latach 2010–2011 badanie PolSenior umożliwia uzyskanie porównywalnych danych odnoszących się do 5-letnich grup wieku (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki skali Katza i Lawtona według wieku i płci w Polsce (w punktach)

Wiek	Skala Katza		Skala Lawtona	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
65–69	5,98	5,99	22,89	23,36
70–74	5,92	5,98	22,44	23,08
75–79	5,83	5,93	21,53	21,54
80–84	5,80	5,66	20,31	19,30
85–89	5,52	5,35	18,20	16,85
90+	5,31	4,81	15,41	13,84

Źródło: Wizner, Skalska, Klich-Rączka i inni, 2012, s. 85, 87.

W tym przypadku dopiero w wieku 80 lat i więcej zauważyć można rozpoczynanie się skokowych zmian w zakresie oceny stopnia samodzielnego funkcjonowania badanych seniorów, choć ocena ta jest uznaniowa, albowiem dopiero w przypadku dwóch najstarszych grup wieku (85–89 lat i 90+) występujące różnice są bezsprzecznie duże w każdym z przedstawionych przypadków.

Badanie PolSenior umożliwia również spojrzenie na inny wymiar, wielokrotnie wspominany przy okazji omawiania teoretycznych podejść do cezury wieku rozdzielającej seniorów na tych młodszych i starszych – zależności od pomocy innych. Udział osób potrzebujących pomocy ze strony innych wynosił 14,5% w grupie wieku 65–69, a w nieco starszych grupach wieku wzrastał, osiągając wartości 19,1% oraz 31,5%. Począwszy od wieku 80–84 lata, prawie połowa potrzebowała pomocy (48,6%), w grupie wieku 85–89 lat – 62,5%, a wśród osób w wieku 90 i więcej lat – 80,4% (Błędowski 2012). Patrząc zatem z perspektywy samooceny konieczności bycia wspieranym, wiek 80 lat ponownie pojawia się jako granica, od której co

najmniej połowa seniorów potrzebuje stałego wsparcia funkcjonalnego ze strony rodziny, znajomych, sąsiadów lub instytucji.

Podsumowując niniejszy punkt, stwierdzić należy, że w rzeczywistości brak jest jakiegś samonarzucającej się cezury wieku, która umożliwiłaby dokonanie podziału starości na wczesną i późną. Jeśli już cezura taka jest potrzebna, to – o ile nie może być osadzona na pełnej uznaniowości – powinna jednak odnosić się do granicy 80 lub nawet 85 lat, tj. wieku na tyle zaawansowanego, że wyraźnie różniącego typową zdolność do samodzielnego działania wśród jednostek o kilka lat raptem starszych lub młodszych.

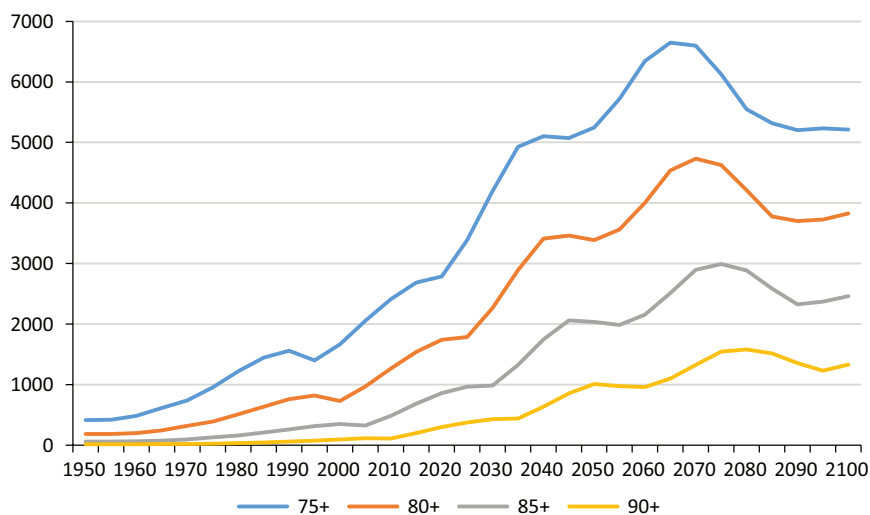
2.5. Liczba osób najstarszych w przyszłości

Warto teraz zastanowić się nad przyczynami, dla których zainteresowanie różnorodnie definiowanymi zbiorowościami osób najstarszych będzie w przyszłości narastać. Dziać się tak będzie z uwagi na długotrwały wzrost liczby i odsetka osób najstarszych. W praktyce zdecydowanie ważniejsze jest wskazanie tego, jak w nadchodzących 2–3 dekadach – a zatem w okresie na tyle niedługim, aby uwzględniać go w społecznej wyobraźni – zwiększać się będą zastępy najstarszych Polek i Polaków.

Trzymając się prezentowanych wcześniej czterech odmiennych sposobów definiowania osób bardzo starych, przyjrzyjmy się zmianom liczebności wyodrębnianych na ich podstawie podzbiorowości seniorów (rysunek 3).

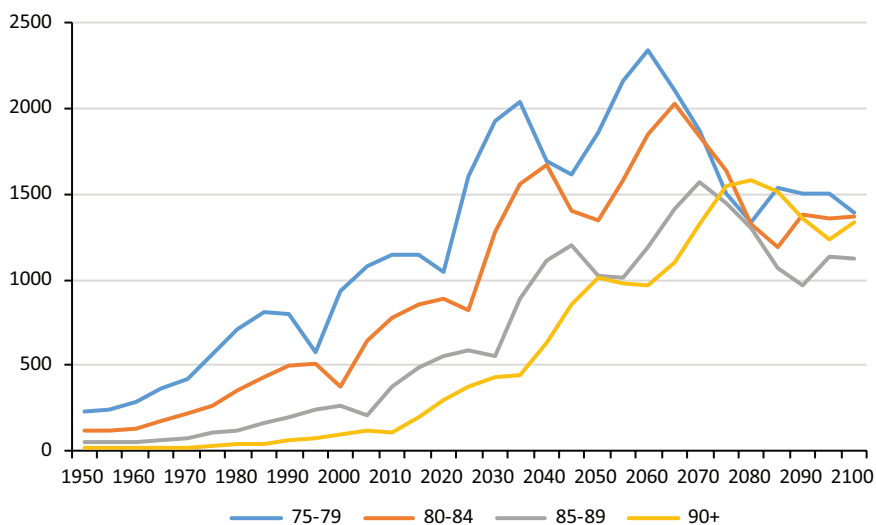
Niezależnie z jaką cezurą późnej starości mamy do czynienia, w każdym przypadku oczekiwać należy szybkiego wzrostu liczby osób bardzo starych. W porównaniu do odnotowanej na koniec roku 2018 liczby osób w poszczególnych grupach wieku, w roku 2030 ich liczba będzie wyższa o (w nawiasie dane dla roku 2040): 75+ – 54,1% (87,3%), 80+ – 35,9% (104,9%), 85+ – 25,1% (120,9%), 90+ – 70,8% (153,5%). W przypadku najstarszych grup ich liczebność ma w ciągu 12 lat zwiększyć się przynajmniej o 25%, zaś w 2040 r. liczba osób mających co najmniej 80 lat może ulec podwojeniu.

Nierównomierne tempo wzrostu poszczególnych podgrup wynikać ma zarówno z odmiennego wpływu redukcji umieralności, jak i z wpływu czynnika kohortowego, tj. bardzo widocznego w przypadku poszczególnych podgrup wieku wpływu drugiej wojny światowej i powojennej kompensacji (rysunek 4).



Rysunek 3. Liczba osób w różnych kategoriach wieku późnej starości, Polska, 1950–2100 (w tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)



Rysunek 4. Liczba osób bardzo starych według wieku, Polska, 1950–2100 (w tys. osób)

Źródło: opracowanie własne na podstawie UN Population Division, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019)

Już od roku 2021 – tj. 75 lat od rozpoczęcia się powojennej kompensacji⁵ – widoczny będzie szybki wzrost liczby „starszych seniorów”, odnoszący się z odpowiednim opóźnieniem do kolejnych grup wieku.

Tak szybki wzrost liczby najstarszych mieszkańców naszego kraju samoistnie przekłada się na wzrost potrzeb społecznych specyficznych dla tej grupy wieku. W tym miejscu chciałbym wspomnieć tylko o dwóch konsekwencjach, związanych odpowiednio z większym zapotrzebowaniem na: 1) opiekę zdrowotną i 2) instytucjonalne formy całodobowej opieki.

W pierwszym przypadku warto zaznaczyć, iż brak jest szacunków odnoszących się jedynie do konsekwencji wzrostu liczby osób bardzo starych, istnieją natomiast prace poświęcone wskazaniu rezultatów zachodzących przemian demograficznych, w tym i podwójnego starzenia się ludności. W takim przypadku przykładowo oczekuje się, że liczba hospitalizacji pomiędzy 2010 a 2030 tylko pod wpływem przemian demograficznych wzrośnie o 9,6%, natomiast w warunkach zakładanej powolnej depopulacji oznaczać to będzie wzrost częstości pobytów szpitalnych w przeliczeniu na stałą liczbę ludności o 11,4%. Jednocześnie liczba hospitalizacji osób w wieku 80+ wzrosłaby o 66,4%, zaś udział hospitalizacji tak zdefiniowanych osób bardzo starych wśród ogółu pobytów szpitalnych podniósłby się z 8,3 do 12,6% (Golinowska, Kocot, Sowa 2013, s. 141). Zaznaczyć trzeba jednak, że w tego typu szacunkach nie uwzględnia się specyfiki pacjenta bardzo starego, wynikającej np. z typowej wielochorobowości i wielolekowości, prowadzących do dłuższej hospitalizacji i większej liczby niezbędnych badań na osobę, a zatem wyższych jednostkowych kosztów (Wieczorowska-Tobis 2011).

Z kolei w przypadku drugim szacunki (Szweda-Lewandowska 2008) wskazują, że samo podwójne starzenie się ludności, prowadząc do postępującego wzrostu liczby osób 75+, odpowiadałoby za konieczność wzrostu liczby miejsc dla tej kategorii wieku w domach pomocy społecznej z 22 tys. w 2005 do 44,1 tys. w 2030 r. w sytuacji braku zmian częstości występowania niepełnosprawności i korzystania z tego typu instytucji. Nawet optymistycznie zakładając,

⁵ Z uwagi na trwanie ciąży – jak i w mniejszym zakresie na czas potrzebny do organizacji ślubu i wesela – efekty zakończenia wojny widoczne były w przypadku urodzeń dopiero od 1946 r.

iż występować będzie długotrwale zmniejszanie się skali niepełnosprawności o 2% w skali roku, liczba miejsc w DPS-ach dla tej grupy wieku musiałaby się zwiększyć do 25,1 tys.

Oba szacunki wskazują na wagę procesu podwójnego starzenia się ludności dla funkcjonowania sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Powyższe przykładowe zmiany są bez wątpienia wskazówką odnośnie do skali przemian w zakresie popytu na szereg usług społecznych, wynikających z przedstawionych przeobrażeń demograficznych. Należy sobie zdawać sprawę z tego, że w przypadku krajowych prognoz demograficznych przygotowywanych przez GUS zaobserwować można, jak wraz z pojawianiem się kolejnych ich wersji wzrastają przewidywane liczby najstarszych Polek i Polaków pod wpływem uwzględniania szybszego, niż to było zakładane, spadku umieralności (tabela 4).

Tabela 4. Liczba osób w wieku 80 lat i więcej w latach 2015–2035 według prognoz GUS z lat 1997–2014 (w tys.)

Prognoza z roku	2015	2020	2025	2030	2035
1997	1 281	1 336	–	–	–
1999	–	1 358	–	1 821	–
2003	1 471	1 548	1 536	2 053	–
2008	1 488	1 566	1 537	2 005	2 574
2014	1 560	1 684	1 680	2 206	2 869

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 1999, 2009, 2014; RRL 2000.

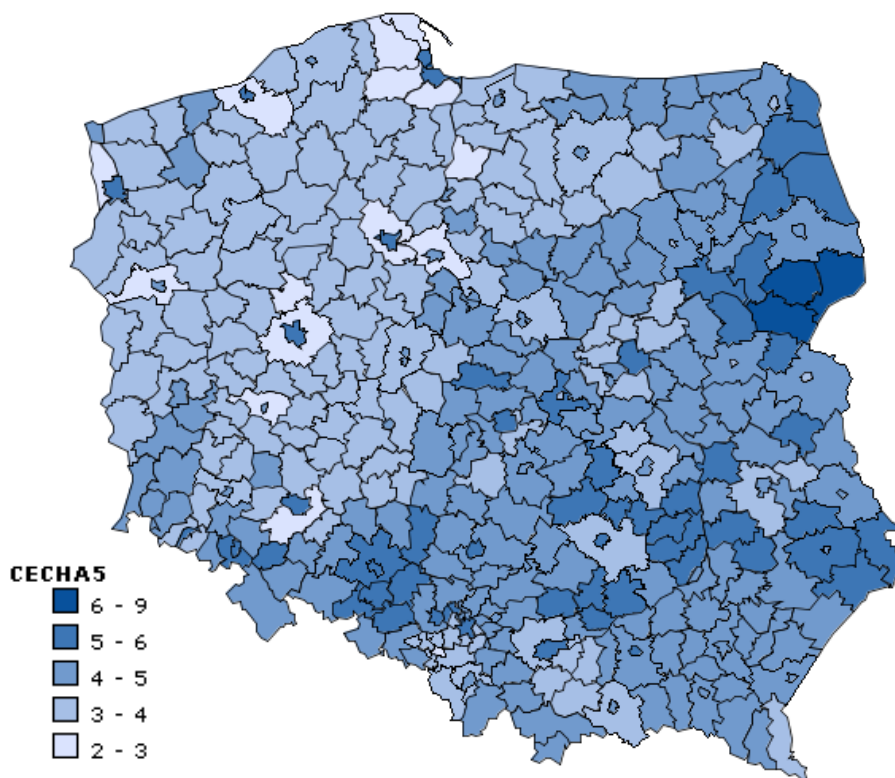
Może się zatem zdarzyć, zwłaszcza w sytuacji nieoczekiwanego odkrycia leków lub opracowania nowych skutecznych procedur medycznych w zakresie kuracji nowotworowej i chorób układu krążenia, że podwójne starzenie przebiegać będzie zdecydowanie szybciej, potęgując wspomniane wcześniej problemy z zapewnieniem odpowiedniego poziomu usług z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

2.6. Przestrzenna koncentracja osób bardzo starych

Przedstawiając powyżej prognozy demograficzne, wspomniano o spodziewanym znaczącym wzroście liczby i udziału najstarszych Polaków oraz o konsekwencjach takich zmian dla dostarczania wybranych usług społecznych. Zaznaczyć zatem trzeba, że już dziś na

poziomie lokalnym w szeregu polskich gmin znaleźć można przykłady terenów, gdzie udział osób bardzo starych jest zdecydowanie wyższy niż ten spodziewany w skali kraju w 2050 roku. Przykładowo, na koniec roku 2017 w gminie Orla (woj. podlaskie) osoby w wieku 80+ stanowiły 16,1% ogółu ludności, z kolei w gminie Dubicze Cerkiewne (również z Podlasia) – 14,6%.

W układzie powiatowym owo zróżnicowanie jest zdecydowanie mniejsze, albowiem na koniec 2019 r. – przy minimum w powiatach polickich i żorskim (2,2% ludności w wieku 80+) – maksima występowały w: powiecie grodzkim Sopot (8,3%) i powiatach ziemskich hajnowskim (7,7%), bielskim (7,0%) i siemiatyckim (6,6%) – mapa 1.



Mapa 1. Udziały ludności w wieku 80 lat i więcej według powiatów na koniec 2019 r. (jako % ludności ogółem)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS

Tak wysoki udział najstarszych seniorów występuje na obszarach długotrwale poddanych zjawisku depopulacji, gdzie kilka kolejnych dekad ucieczki młodych prowadzi do niewielkiej liczby urodzeń, a w rezultacie do wypaczenia struktury wieku, gdzie seniorzy już dziś odpowiadają za prawie połowę ludności (w przywołanych gminach to: Orla – 43,3%, Dubicze Cerkiewne – 44,0%). W efekcie oczekiwać można, iż powiązane z podwójnym starzeniem się problemy są na takich obszarach szczególnie dotkliwe. Obecnie i w przyszłości proces ten w największym stopniu dotyczyć będzie położonych peryferyjnie obszarów wiejskich, a zatem gmin o najniższych dochodach własnych, co jednoznacznie wskazuje na niemożność rozwiązywania wyłaniających się z przemian demograficznych problemów przez władze lokalne *per se*.

W warunkach miejskich koncentracja ludzi bardzo starych występuje często w przypadku budynków i osiedli mieszkaniowych zasiedlanych pół wieku temu, gdy – po odczekaniu swojej kolejki – wprowadzali się do nowych mieszkań z reguły trzydziestolatkiem. W naturalny sposób po upływie kilku dekad znaczna część pozostałych przy życiu mieszkańców osiąga bardzo zaawansowany wiek, mając problemy z klatkami schodowymi pozbawionymi wind, brakiem infrastruktury umożliwiającej samodzielne poruszanie się czy odległościami do sklepów i punktów usługowych.

2.7. Zakończenie

W nadchodzących dekadach czeka nas szybki wzrost liczby osób bardzo starych, zaś opowiedzenie się za wyższą cezurą wieku, od którego zakwalifikujemy daną osobę do tej populacji, prowadzi jedynie do późniejszego wystąpienia efektu powojennego baby-boomu z jednocześnie większym względnym przyrostem liczebności tej grupy. Przed samym wzrostem – pomijając możliwość utrwalenia się niekorzystnych zmian w zakresie umieralności obserwowanych w latach 2016–2019, pogłębionych przez epidemię COVID-19 – nie ma ucieczki, zaś sam ów przyrost traktowany być powinien jako namacalny rezultat poprawy warunków i jakości życia w naszym kraju.

Zmiany te dostrzegane są przez decydentów, choć słabo przekłada się to na programowane działania. Przykładowo prawie

w przypadku każdego województwa (wyjątkiem jest łódzkie) w priorytetach polityki zdrowotnej na nadchodzące lata wpisywane są rozwój odpowiednio przygotowanej kadry i instytucji oraz rozwój specjalistycznych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, choć realny stan rozwoju geriatry i opieki długookresowej wskazuje dopiero na początek procesu nadrabiania wieloletnich zaległości. Większość województw wpisuje w swoje dokumenty strategiczne również rozwój srebrnej gospodarki, choć sam ten termin bywa rozmaicie rozumiany. Słabość, a w zasadzie brak, reprezentantów osób najstarszych prowadzi do rzeczywistego pomijania ich interesów przy projektowaniu polityk publicznych (Szukalski 2014).

Jednocześnie ów prognozowany przyrost liczby osób najstarszych powinien już dziś zachęcać decydentów do podjęcia przygotowań związanych zarówno z zapewnieniem odpowiedniej opieki lekarskiej, usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jak i nowych usług o charakterze aktywizacyjnym. O ile w przypadku pierwszej grupy potrzeb uznać można, iż prezentowana we wrześniu 2019 r. w Pałacu Prezydenckim, wypracowana przez Narodową Radę Rozwoju, koncepcja funkcjonowania Centrów Zdrowia 75+ stanowi całościową próbę rozwiązania przyszłych problemów, o tyle w przypadku pozostałych dwóch grup potrzeb brak jest nawet próby nieholistycznego, choćby i jedynie częściowego, podejścia do problemu.

Czas mija, zaś za kilka, góra kilkanaście, lat obudzimy się w Polsce, w której mieć będziemy setki tysięcy najstarszych Polek i Polaków wymagających wzmożonej, długotrwałej opieki. Czy do tego czasu wypracujemy szczególne podejście do postrzegania problemów długowieczności, sugerowane przez niektórych badaczy? (Phillipson 2015). Trudno przewidzieć, niewiele na to wskazuje.

Bibliografia

- Błędowski P. (2012), *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, s. 449–466, <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 20.04.2020).
- Carey J.R. (2003), *Longevity. The biology and demography of life span*, Princeton, Oxford.

- Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. (2001), *The reliability theory of aging and longevity*, „Journal of Theoretical Biology”, t. 213.
- Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, t. 11, nr 2, s. 125–147.
- Główny Urząd Statystyczny (1999), *Seniorzy w polskim społeczeństwie*, ZWS GUS, Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2003), *Prognoza ludności na lata 2003–2030*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2003-2030,1,2.html/> (dostęp: 20.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (2003a), *NSP 2002. Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I – Osoby niepełnosprawne*, <https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/narodowe-spisy-powszechne/narodowy-spis-powszechny-2002/osoby-niepelnosprawne-oraz-ich-gospodarstwa-domowe-2002-czesc-i-osoby-niepelnosprawne,6,1.html>
- Główny Urząd Statystyczny (2009), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, ZWS GUS, Warszawa, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf (dostęp: 20.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (GUS) (2013), *Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Wyniki NSP 2011*, ww.stat.gov.pl/gus/5840_14834_PLK_HTML.html/ (dostęp: 25.04.2020).
- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, ZWS GUS, Warszawa, http://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5469/1/5/1/prognoza_ludnosci_na_lata____2014_-_2050.pdf (dostęp: 20.04.2020).
- Maier H., Jeune B., Vaupel J.W. (red.) (2021), *Exceptional Lifespans*, Demographic Research Monographs, Springer.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) (2019), *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.*, Warszawa, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2018> (dostęp: 20.04.2020).
- Phillipson C. (2015), *The political economy of longevity: Developing new forms of solidarity for later life*, „The Sociological Quarterly”, t. 56, s. 80–100, <https://doi.org/10.1111/tsq.12082>
- Rosset E. (1979), *Trwanie życia ludzkiego*, Ossolineum, Wrocław.
- Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) (2000), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 1999–2000*, RCSS, Warszawa, s. 213.
- Silver C.B. (2003), *Gendered identities in old age: Toward (de)gendering?*, „Journal of Aging Studies”, t. 17, s. 379–397.
- Suzman R.M., Manton K.G., Willis D.P. (1992), *Introducing the oldest old*, [w:] R.M. Suzman, D.P. Willis, K.G. Manton (red.), *The oldest old*, Oxford University Press, Oxford–New York, s. 3–14.

- Szukalski P. (2004), *Osoby bardzo stare w Polsce i w krajach Unii Europejskiej – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość*, „Prace Instytutu Ekonometrii i Statystyki UŁ”, nr 142, s. 33, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3573/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2006), *Populacja osób bardzo starych w społeczeństwie polskim – stan obecny i perspektywy*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo UŁ, Łódź, s. 115–150, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/5597> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2012), *Wpływ kryzysów na zachowania demograficzne*, „Wiadomości Statystyczne”, nr 4, s. 17–30, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3643/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szukalski P. (2014), *Ludzie bardzo starzy w Polsce – niewidoczna grupa docelowa polityki społecznej?*, „Studia Demograficzne”, nr 2(166), 57–78, <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/11159/> (dostęp: 20.04.2020).
- Szweda-Lewandowska Z. (2008), *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej*, [w:] J.T. Kowalewski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- UN Population Division (2019), *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/> (dostęp: 18.12.2019).
- Wieczorowska-Tobis K. (2011), *Specyfika pacjenta starszego*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 18–27.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. (2012), *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] M. Mosakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia, Warszawa, <http://212.87.21.2/polsenior/sites/polsenior.iimcb.gov.pl/files/file/monografia/monografiaPolSenior.pdf> (dostęp: 20.04.2020).

**Double population ageing
– when does the very old age start?**

(abstract)

Population ageing is a well-recognized demographic and social phenomenon, unlike the so-called double ageing of the population – defined as a sharp increase in the number and proportion of very old people. This chapter is an attempt to characterize the subpopulation of very old people, to define the onset of very old age, and to identify the social and institutional consequences of an increase in the share of very old people in proportion to the general population.

Keywords: longevity, the oldest olds, population ageing, Poland, 21st century

JEL: H4, J11, J14, Z1

**Podwójne starzenie się ludności
– od kiedy zaczyna się późna starość?**

(streszczenie)

Starzenie się ludności jest dobrze rozpoznany zjawiskiem demograficznym i społecznym, w przeciwieństwie do tzw. podwójnego starzenia się populacji, definiowanego jako gwałtowny wzrost liczby i odsetka osób w bardzo podeszłym wieku. W niniejszym rozdziale podjęto próbę scharakteryzowania subpopulacji osób bardzo starych, zdefiniowania początku bardzo starej starości oraz zidentyfikowania społecznych i instytucjonalnych konsekwencji wzrostu udziału osób bardzo starych w stosunku do ogółu populacji.

Słowa kluczowe: długowieczność, ludzie bardzo starzy, starzenie się ludności, Polska, XXI wiek

3. Eufemizowanie starości we współczesnej polszczyźnie na tle innych tendencji językowego obrazowania starości

Rafał Zimny*

 <https://orcid.org/0000-0003-3547-8496>

3.1. Wprowadzenie

Starość i starzenie stają się obecnie dla społeczeństw i państw rozwiniętych jednym z najważniejszych problemów do rozwiązania zarówno w sensie kulturowym, jak i politycznym. Przyczyn tego stanu rzeczy jest wiele, wiele jest też możliwych aspektów rozpatrywania go na gruncie różnych dyscyplin szczegółowych współczesnej nauki (literatura na ten temat przyrasta w świecie zachodnim, w tym – w Polsce, w postępie geometrycznym). Niektóre z tych kluczowych zagadnień omówione zostały dokładniej w zamieszczonych w niniejszym tomie opracowaniach, napisanych przez specjalistów reprezentujących różne dziedziny wiedzy i różne podejścia metodologiczne¹.

W niniejszym rozdziale – zgodnie ze swoją specjalizacją naukową, którą jest językoznawstwo polonistyczne – skupię się na przedstawieniu dających się współcześnie wyodrębnić sposobów

* Dr hab., prof. uczelni, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Językoznawstwa, Katedra Stylistyki i Pragmatyki Językowej.

¹ W miarę pełny obraz współczesnej polskiej refleksji naukowej nad problemem starości i starzenia się można znaleźć w wydanej niedawno *Encyklopedii starości, starzenia się i niepełnosprawności* (Zych 2017), liczącej ponad 1400 haseł.

mówienia o starości, tj. językowych tendencji obrazowania starości, obecnych przede wszystkim w wysłowieniu publicznym, choć nie tylko, ze szczególnym uwzględnieniem eufemizacji jako tendencji najczęstszej. Chcę tym samym ukazać – na bazie danych językowych – profile pojęcia *starość* i tendencje jej językowego obrazowania. Odwołuję się w swojej próbie ujęcia zagadnienia do szeroko rozumianej metodologii językowego obrazu świata², polegającej na odsłanianiu „światów za słowami”³, czyli – w uproszczeniu – na opisie tego, co użytkownicy języka myślą, wyobrażają sobie lub w co wierzą, używając danych jednostek językowych⁴, a nie na tym, co jednostki te – systemowo opisane – znaczą w źródłach leksyko-graficznych. Przyjmuję więc w analizie kierunek od użycia do słownika, a nie od słownika do użycia. W analizie odwołuję się do ustaleń poczynionych przeze mnie w kilku wcześniejszych pracach (zob. Zimny 2007, 2009, 2010, 2011, 2017a, 2017b), w niniejszej poszerzam jednak pole obserwacji i obszar ekscerpacji użyć.

3.2. Zarys stanu badań

Zagadnienie językowego obrazowania starości pojawiło się w kręgu zainteresowań polskich lingwistów stosunkowo niedawno, bo dopiero przed około ćwierćwieczem (pierwsze przyczynkarskie prace: Niewiara 1995, Wolny 2003), i – jak dotąd – nie doczekało się jeszcze wyczerpującego omówienia monograficznego. Wedle mojej wiedzy obecnie dysponujemy w naszej dyscyplinie co najwyżej kilkunastoma pracami dotyczącymi tego tematu, w tym jedną monografią, ujmującą jednak problem z perspektywy socjolingwistycznej, tj. dotyczącą starości jako zjawiska postrzeganego i językowo waloryzowanego tylko przez najmłodsze pokolenie (Potent-Ambroziewicz 2013).

O wiele bogatszym dorobkiem w zakresie opisu sposobów modelowania starości mogą się pochwalić natomiast pokrewne

² Zob. np. Bartmiński 1990.

³ Określenie R. Tokarskiego (Tokarski 2013).

⁴ Przez jednostkę językową należy tu rozumieć podstawowy element konstrukcyjny języka – tradycyjnie za jednostki języka uważa się: fonemy, morfemy, wyrazy (leksemy), stałe wyrażenia (frazjeologizmy) i zdania. W niniejszym tekście główny nacisk położony zostanie na wyrazy, frazeologizmy oraz teksty. Tych ostatnich już nie zalicza się do jednostek języka.

lingwistyce dyscypliny, tj. literaturoznawstwo i kulturoznawstwo. Związane jest to zapewne z zainteresowaniem tych dyscyplin komunikacją artystyczną i/lub retoryczną, w której od czasów starożytnych topos starca odgrywa znaczącą rolę. Ze względu na ograniczenie miejsca odsyłam tu zainteresowanych czytelników do kilku wydanych w ostatnich latach źródeł literaturo- i kulturoznawczych eksplorujących temat starości w kulturze (Nawarecki, Dziadek 1995; Gomółka, Rygielska 2013; Kuran 2016).

Zanim jednak przejdę do przedstawienia własnego ujęcia tytułowego problemu, krótko omówię dostępne obecnie jego ujęcia przeprowadzone z perspektywy lingwistycznej.

A. Niewiara w swoim szkicu (1995), bazującym zarówno na analizie diachronicznej (tj. etymologiczno-porównawczej), jak i synchronicznej (tj. opartej na danych słownikowych i uzualnych), dochodzi do wniosku, że pojęcie *stary* (odnoszone przez nią i do ludzi, i do innych bytów) funkcjonuje we współczesnej polszczyźnie w dwóch odsłonach. Pierwsza z nich tożsama jest z oglądem zewnętrznym obiektu, któremu przypisuje się atrybut *stary*, co konotuje takie cechy tego obiektu, jak: brzydota, zużycie, rysy, niepasowanie do otoczenia (w ten sposób mówiący wyrażają zdaniem badaczki ocenę tego, jak *stary* człowiek czy przedmiot funkcjonuje „tu i teraz”, w konkretnym momencie i miejscu determinującym ocenę). Druga perspektywa wynika z wewnętrznego oglądu obiektu, o którym orzeka się, że jest *stary*, co implikuje z kolei takie jego cechy, jak: wartość długiego trwania w czasie, możliwość dobrego poznania, bliskości z kimś, kogo bardzo długo się zna, co oznacza pewność co do jego zachowań (w ten sposób wyrażana jest więc – jak twierdzi uczona – analiza czyichś doświadczeń, które doprowadziły do „tu i teraz”).

Koncepcja ta – oparta wprawdzie na fragmentarycznej obserwacji uzusu – zarysowuje podstawową opozycję aksjologiczną w obrębie opisywanego w tym artykule zagadnienia: starość ludzka pojmowana jako ułomność *versus* starość postrzegana jako przymiot. Opozycję tę widać także w polskich przysłowiach dotyczących starości (więcej o tym, zob. Zimny 2017a).

M. Wolny także skłania się do ujęcia dychotomicznego – zauważa ona w swojej pracy (2003) zarówno tendencję do dowartościowywania starości (którą utożsamia z eufemizacją wyrażen ją nazywających), jak i przeciwstawne co do znaku dowartościowania dążenie

do jej deprecjonowania i ośmieszania (wiązane przez nią z kakofemizowaniem⁵ wysłowienia odnoszonego do ludzi starych). Charakterystyczne dla tego ujęcia jest to, że eufemizowanie starości uznawane jest za jej dowartościowywanie, czyli odsłania – być może wbrew intencjom badaczki – punkt widzenia osoby młodej. Niżej dokładniej omówię sposoby i funkcje eufemistycznego mówienia o ludzkiej starości.

Przedstawione przez M. Wolny podejście ma duży walor poznawczy w zestawieniu z omówionymi przez nią w tym samym szkicu sposobami kakofemizowania młodości, czego jednak w swoim artykule nie rozwija. Otóż wyrażenia typu: *mieć mleko pod nosem*, *gówniarz*, *szczeniak*, które przytacza i które nazywają deprecjatywnie cechy wieku młodego – mimo że są kakofemistyczne – nie niosą z sobą jednoznacznego wartościowania negatywnego, w ich znaczenie wpisana jest bowiem przewaga doświadczenia osoby starszej nad doświadczeniem osoby młodszej. Można te znaczenia pojmować jako przejaw paternalistycznego, ale troskliwego podejścia pokolenia starszego do młodszego. Inaczej jest jednak z kakofemizmami lub eufemizmami o intencji negatywnej (zob. niżej) odnoszonymi do starości, np. *wiek poprodukcyjny*, *emeryt*, *pudernica*, *piernik* – zawsze powoływanymi do życia przez pokolenia młodsze. Mimo że są omowne, to odzwierciedlają jednak dominujące w (po)nowoczesnym społeczeństwie podejście do starości, polegające na tym, że to pokolenia młodsze roszczą sobie większe prawo oceniać pokolenie starsze niż na odwrót. W szerszej perspektywie omówione w artykule Wolny fakty językowe ilustrują kulturowy zwrot od gerontocentryzmu ku pajdocentryzmowi.

M. Marcjanik (2014) wyodrębnia następujące utrwalone w potocznym wariacie języka profile obrazu osób, którym nie można przypisać cechy *młody*:

- 1) osoby w średnim wieku (zaczynające się starzeć), nazywane *starszymi*: neutralnie – np. *starszym mężczyzną/kobietą*, z szacunkiem – *starszym panem/panią*, z dystansem lub niechęcią – *starszym facetem*, eufemistycznie – *starszawym*, *w pewnym wieku* itp.;
- 2) osoby z wyraźnymi cechami starości, nazywane *starymi*: neutralnie – np. *starym mężczyzną/kobietą* – lub częściej z niechęcią, np. *starym facetem*, *dziadygą*;

⁵ Kakofemizm jest odwrotnością eufemizmu (zob. dalej).

3) osoby bardzo stare, tzn. wykazujące cechy zniedołężnienia, nazywane różnie w zależności od stosunku mówiącego do starości innej osoby: neutralnie – *osobami w podeszłym wieku*, pozytywnie – *staruszką/staruszkciem*, ze współczuciem – *starowiną/starowinką*, negatywnie – *staruchą/staruchem*.

Badaczka zauważa, że nie jest możliwe przyporządkowanie tym kategoriom wyrazistych przedziałów wiekowych ze względu na relatywizm ocen (im młodszy człowiek, tym niżej lokuje granicę „niemłodości”) oraz rozmytość granic poszczególnych faz wieku starego w różnych koncepcjach formułowanych na gruncie nauk społecznych.

Ujęcie zaproponowane przez M. Marcjanik ma dla językoznawcy istotny walor typologiczny – pozwala bowiem w sposób systematyczny obserwować uzus pod kątem poszukiwania sposobów językowego obrazowania starości w zależności od jej stadium (od wczesnej do późnej). Cytowana autorka dalej w swoim szkicu przedstawia punktowo pewne spostrzeżenia językowe (do niektórych z nich odwołam się w kolejnych częściach wywodu), nie porządkuje jednak ich tak, aby układały się w zauważalne w dyskursie publicznym tendencje mówienia o ludzkiej starości. Jednym z celów niniejszego rozdziału jest właśnie próba skonstruowania schematu opisu modelowania obrazu starości zarówno w wysłowieniu publicznym, jak i niepublicznym.

Warto wziąć jeszcze pod uwagę zrekonstruowany przez M. Potent-Ambroziewicz (2013) na podstawie anonimowych ankiet stereotyp starego człowieka, obecny w świadomości młodzieży szkół średnich. Obejmuje on następujące cechy – stary człowiek jest:

- a) samotny i smutny,
- b) siwy, zgarbiony,
- c) czekający na śmierć,
- d) zniedołężniały, schorowany, leżący w łóżku, mający trudności z poruszaniem,
- e) brudny, zaniedbany, zarośnięty, śmierdzący,
- f) niezdolny do pracy, bezczynny,
- g) aseksualny,
- h) sfrustrowany, rozdrażniony,
- i) zacofany,
- j) z zaburzeniami wzroku, słuchu, tikami nerwowymi.

Na tej podstawie konstruuje ona dalej modele osobowe negatywnie waloryzowanej starości, które oddają tu swoimi słowy tylko hasłowo:

- 1) słabość fizyczna,
- 2) pesymizm i zniechęcenie,
- 3) wykluczenie społeczne oraz zaniedbanie psychiczne i fizyczne,
- 4) konserwatyzm, dewocja i przemądrzałość.

Ta sama autorka odtwarza w swoim dziele na podstawie nie-anonimowych wypracowań uczniowskich stereotypowy obraz cech pozytywnych człowieka starego, składający się z następujących charakterystyk:

- a) mądry, doświadczony,
- b) mający czas dla bliskich,
- c) cierpliwy i wyrozumiały,
- d) potrafiący doradzić w trudnej sytuacji,
- e) patriota,
- f) opowiadający o przeszłości,
- g) rozmodlony, uduchowiony, znający tajemnicę.

Obraz ten wskutek zastosowanej metody pozyskania danych należy traktować jednak jako stereotyp typu „wzór”, odzwierciedlający cechy pożądane obiektu, a nie jego cechy realne. Także w związku z tymi konceptualizacjami M. Potent-Ambroziewicz przedstawia pozytywne w oczach młodego pokolenia modele osobowe starości:

- 1) mędrzec o ustabilizowanym systemie wartości, patriota, otwarty na zdanie młodszego pokolenia, umiejący słuchać, zarażać pasją, organizować czas młodszym,
- 2) czuła, troskliwa babcia, dobra gospodyni, świetnie gotująca,
- 3) człowiek schorowany, wzbudzający współczucie, ważny ze względu na pielęgnowanie więzi rodzinnych lub pamięć o dobrych relacjach w przeszłości.

Ujęcie badaczki jest bardzo szczegółowe, oparte na solidnym badaniu, odzwierciedla jednak tylko obraz starości w oczach najmłodszego pokolenia, wkraczającego dopiero w dorosłość, w związku z czym ustalone kategorie zachowują relewancję tylko w perspektywie socjolingwistycznej, tj. ukazują schematy pojęciowe właściwe tylko grupie nastoletniej. Nie od dziś jednak wiadomo, że poglądy i wyobrażenia młodzieży stanowią prognostyk dla przyszłej rzeczywistości, dlatego ustalenia M. Potent-Ambroziewicz należy przyjąć

zarówno jako ocenę ludzkiej starości, jak i jako wyraz oczekiwań młodego pokolenia wobec pokolenia najstarszego.

Głos na temat sposobów mówienia i językowego postrzegania starości zabierają też niekiedy przedstawiciele nauk społecznych. Niżej krótko omówię dwa z takich głosów, opublikowane w ramach raportu z prac Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich (Szatur-Jaworska [red.] 2014).

B. Szatur-Jaworska (2014) wskazuje za G. Minois na dwie tradycje postrzegania starości współistniejące w kulturze europejskiej – platońską (idealizującą starość jako wiek mądrości i zbierania owoców trudu całego życia, a dla starców przewidującą w idealnym państwie władzę, prestiż i ochronę)⁶ oraz arystotelesowską (utożsamiającą starość z utratą sił fizycznych i intelektualnych oraz nie z mądrością, ale z nieufnością, małodusznością i trwożliwością, dlatego przewidującą dla starców tylko funkcje religijne). W dalszym ciągu swojego wywodu badaczka konstatuje, że w języku potocznym przeważa spojrzenie arystotelesowskie (pejoratywne określenia *emeryt*, *staruch*, *dziadyga*, a także negatywnie wartościujące kolokacje typu: *ubiera się jak stara baba*, *kombatanckie wspominki*). Z kolei obrazowanie starości i osób starych w mediach jest zdaniem badaczki bliższe modelowi arystotelesowskiemu niż platońskiemu (np. określenia takie jak *demograficzne/geriatryczne tsunami*). Zauważa dalej B. Szatur-Jaworska, że „doświadczenie [...] i mądrość starszego pokolenia dostrzegane są i doceniane tylko w kontekście ról rodzinnych” (2014, s. 77), po czym omawia nową tendencję ujmowania starości w mediach, tj. eksponującą aktywne spędzanie przez ludzi starych swojego wolnego czasu (określenia *senior* czy *trzeci wiek* dość ściśle się z nią wiążą)⁷, która wymyka się opozycji tradycji platońskiej i arystotelesowskiej. Na koniec swoich rozważań autorka skupia się na języku debaty publicznej (inaczej – języku oficjalnym), w którym z uwagi na poprawność polityczną *emeryta* zastąpił *senior*, i dochodzi do wniosku, że język oficjalny tylko powierzchownie jest wyrazem platońskiego podejścia do starości, choć w istocie przeważa w nim tradycja arystotelesowska.

Ostatni w tym przeglądzie autor, P. Czekanowski (2014), zwraca uwagę na wieloznaczność (a właściwie niejednoznaczność)

⁶ Niekiedy w odniesieniu do tej tradycji stosuje się w literaturze humanistycznej termin *senilizm*.

⁷ Dla mnie jest to przejaw eufemizacji z intencją pozytywną (zob. niżej).

stosowanych w języku naukowym i urzędowym określeń dotyczących ludzi starych. Badacz wskazuje na brak zasadności dla traktowania jako bliskoznacznych m.in. takich określeń, jak: *ludzie w trzecim/czwartym wieku*, *seniorzy*, *ludzie starzy*, *ludzie starsi*, *ludzie w podeszłym wieku*, *ludzie sędziwi*, *starcy*, *emeryci*, *emeryci i renciści*. W swoich rozważaniach badacz przytacza liczne problemy wynikające z używania – w imię poprawności politycznej – określeń łagodzących, np. błędy poznawcze wynikające z utożsamiania nazw przedstawicieli pewnych grup ludzi (np. *babcia*, *dziadek*, *emeryci i renciści*) z kategorią ludzi starych czy ludzkiej starości. Wskutek tego uczony postuluje używanie w funkcji terminów wyrażen *ludzie starzy* i *starość* jako neutralnych i wystarczająco precyzyjnych.

Oba te ujęcia ilustrują nie tylko ścieranie się obecnie w języku publicznym dwóch odziedziczonych jeszcze po myślicielach starożytnych sposobów konceptualizowania starości, ale także postępujące różnicowanie się obrazu starości i ludzi starych w świadomości społecznej.

W następującej dalej części analitycznej przedstawiam – bazując na danych językowych i metodologii językowego obrazu świata – własną propozycję typologiczną opisu tendencji obrazowania starości dających się współcześnie zaobserwować w rozmaitych przejawach aktywności językowej mówiących po polsku, przy czym główny akcent kładę na tendencję eufemizacyjną jako najpowszechniejszą. Ujęcie poniższe traktuję jako porządkujące językowy obraz starości i ludzi starych.

3.3. Językowe profile starości i człowieka starego

Na podstawie obserwacji współczesnych zachowań językowych, zarówno prywatnych (zasadniczo reprezentujących potoczny wariant języka), jak i publicznych (praktykowanych za pomocą formalnego wariantu języka, w tym: naukowego, urzędowego i dziennikarskiego) można wyróżnić cztery dominujące we współczesnej komunikacji społecznej w Polsce językowe tendencje obrazowania starości: eufemizacyjną (w odmianie negatywnej i pozytywnej), kakofemizacyjną, honoryfikacyjną i infantyilizacyjną. W dalszej części więcej uwagi poświęcę pierwszej z nich, w tym miejscu tylko zarysowo przedstawiam opis pozostałych trzech tendencji⁸.

⁸ Bazuję tu na własnym ujęciu przedstawionym w: Zimny 2017b.

Kakofemizacja, według ujęcia A. Dąbrowskiej (1990, s. 241–242; 1993, s. 60–62), to przeciwieństwo eufemizacji. Kakofemizmy (inaczej – dysfemizmy) są wyrażeniami, które nie ukrywają, ale uwypuklają, nie łagodzą, ale wyostwiają – czasem w sposób rubaszny, niewybredny, niesmaczny – realne cechy danego zjawiska. Używa się ich głównie w celu zdeprecjonowania, zdewaluowania, ośmieszenia pewnego wycinka rzeczywistości. Kakofemizmy nie należy utożsamiać z wulgaryzmami – wulgaryzm jest bowiem najczęściej dosadny i dosłowny, naruszający przyjęte tabu obyczajowe, podczas gdy kakofemizm – tak jak eufemizm – zachowuje omowność w ujęciu danego zjawiska. W odniesieniu do starości kakofemizacyjne są określenia typu *stara raszpla* czy *stary ramol*, a wulgarne – wyrażenia typu *stara piżdziawa* czy *stary sraluch* (dwa ostatnie przykłady zasłyszane). Wulgaryzację wysłowienia można ostatecznie uważać za skrajny przejaw kakofemizacji.

Tendencja kakofemizacyjna w językowym obrazowaniu starości przejawia się m.in. w następujących potocznych lub środowiskowych nazwach osób starych (motywowanych przez różne negatywnie oceniane cechy ludzi starych): *staruch*, *starucha* (rejestrowane np. przez „Słownik języka polskiego” pod red. W. Doroszewskiego – dalej SJPD); (*stara*) *baba*, *franca*, *jędza*, *klepa*, *lampucera*, *prukwa*, *pudernica*, *purchase*, *raszpla*, *ropucha*, *rura*, (*stare*) *babsko*, *pudło*, *próchno*; (*stary*) *babsztyl*, *cap*, *dziad*, *dziadyga*, *grząbiel*, *grzyb*, *pierdola*, *pierdziel*, *piernik*, *pryk*, *ramol*, *sklerotyk*, *wapniak*, *zgred*; *dziadek pierduśnik* (przykłady z: „Praktycznego słownika współczesnej polszczyzny” pod red. H. Zgólkowej – dalej PSWP, „Słownika gwary studenckiej” – dalej SGS, „Słownika polszczyzny potocznej”, oraz nieliczne zasłyszane). Do tej kategorii należy również zaliczać potoczne ekspresywne synonimy czasownika *starzeć się*: *babieć*, *dziadzieć*, *flaczeć*, *grzybieć*, *kapcanieć*, *kwaśnieć*, *pierniczeć*, *próchnieć*, *ramoleć*, *tetryczeć*.

Ograniczyłem się tu tylko do zasygnalizowania powtarzalnych zjawisk leksykalnych, choć kakofemizowanie starości może przejawiać się także w rozmaitych zindywidualizowanych realizacjach tekstowych. Tendencja ta służy przede wszystkim ekspresji ujemnych emocji związanych z czyjąś starością, dlatego ograniczona jest zasadniczo do języka potocznego i środowiskowego, a jeśli występuje w wysłowieniu oficjalnym, wtedy z reguły pełni jakąś dodatkową

funkcję pragmatyczną (stylizacja, żart, parodia, świadome naruszenie etykiety itp.), inaczej jest błędem komunikacji.

Honoryfikacja to tendencja, która polega na wyrażaniu ze względów kulturowych i etykietałnych szacunku, podziwu, a nawet na składaniu hołdu starości, zwłaszcza tej najpóźniejszej. Znajduje ona wyraz głównie w aktach ceremonialnych (laudacje, gratulacje, życzenia, podziękowania), nierzadko rytualnych, najczęściej przy okazji rocznic, jubileuszy, świąt, ale dostrzegalna jest także w publicznych i prywatnych narracjach heroicznych czy wspomnieniowych.

Komunikaty publiczne, w których przejawia się ta tendencja, można podzielić na dwie grupy:

A) dotyczące jednostek wybitnych, znanych i zasłużonych dla historii czy tożsamości narodowej,

B) dotyczące tzw. zwykłych ludzi, tj. osób „niewybitnych” w skali ogólnonarodowej czy ogólnospołecznej.

W grupie A dadzą się ponadto wyróżnić jeszcze co najmniej dwie odmiany: A1) ceremonialna (z dalszymi zróżnicowaniami na typy: protokolarny, funeralny, okolicznościowy i inne typy mieszane) i A2) publicystyczna (także dalej się wewnątrz, ale nieregularnie, różnicująca).

Cechami charakterystycznymi dla odmiany ceremonialnej (A1) są m.in.: eksponowanie tylko osiągnięć i zasług wybitnych ludzi starych, unikanie szczegółów biograficzno-psychologicznych honorowanej osoby, styl wysoki (podniosły), uniżona postawa nadawcy. Niżej podaję trzy przykłady ilustrujące to zjawisko:

- [1] Czcigodny Panie Prezydencie! Z okazji pięknego jubileuszu 90-lecia urodzin pragnę złożyć Panu Prezydentowi bardzo serdeczne gratulacje. Pozwolę sobie przy tej okazji wyrazić moje najwyższe uznanie dla postawy i dorobku Pana Prezydenta. Pański życiorys to jedna z najpiękniejszych kart naszej najnowszej historii. Zapisana w wielu miejscach cierpieniem, ale przede wszystkim zwycięską pasją działania, godnością i miłością do Ojczyzny. Nigdy nie pogodził się Pan z narzuconym jałtańskim porządkiem i w sposób nieprzerwany walczył o wolną i suwerenną Polskę. Dla dzisiejszych pokoleń jest Pan symbolem niepodległego ducha narodu, jak również więzi łączących Polaków ponad granicami. Proszę przyjąć życzenia dobrego zdrowia oraz wielkiej satysfakcji z życiowych osiągnięć. Jestem

dumny, że mogę się cieszyć z Pana życzliwości i przyjaźni (list Rzecznika Praw Obywatelskich Janusza Kochanowskiego do Ryszarda Kaczorowskiego, 27.11.2009); <https://www.rpo.gov.pl/pliki/12633045600.pdf> (dostęp: 05.05.2020).

- [2] Pana życie rozgrywało się w scenerii czasów wyjątkowo burzliwych i dramatycznych. Dotknięty represjami po wydarzeniach marcowych 1968 roku, udał się Pan na emigrację, ale gdy przebywał Pan poza granicami kraju, Pana książki i prace były istotną częścią polskiej kultury. Dał Pan wiele dowodów swojego literackiego i translatorskiego kunsztu, angażując się zarazem w działania opozycyjne wobec panującego w Polsce systemu. [...] Swojego przywiązania do Ojczyzny dowiódł Pan w 1994 roku, kiedy na stałe powrócił Pan do suwerennej i demokratycznej Polski i z ogromnym zaangażowaniem kontynuował swoją pracę. [...] Pozostaje Pan jednym z największych specjalistów w dziedzinie stosunków polsko-rosyjskich oraz sytuacji politycznej, społecznej i kulturalnej współczesnej Rosji. Polsko-rosyjskie relacje, by mogły się rozwijać w sposób stabilny i korzystny dla obu stron, niczym powietrza potrzebują zaangażowania osób takich jak Pan – zrównoważonych w sądach, zdolnych do zrozumienia stanowiska drugiej strony, poszukujących tego, co wspólne. Dzięki Pana aktywności i zasługom stał się Pan ambasadorem Polski w Rosji i zarazem Rosji w Polsce. Z wszystkimi przymiotami charakteru i umysłu, z wszystkimi swoimi osiągnięciami – tak jak przez minione lata, tak i dzisiaj – jest Pan Polsce bardzo potrzebny (z listu prezydenta RP Bronisława Komorowskiego do prof. Jerzego Pomianowskiego z okazji jubileuszu 90-lecia, 9.02.2011); <https://www.prezydent.pl/archiwum-bronislawa-komorowskiego/aktualnosci/wypowiedzi-prezydenta/wystapienia/art,45,list-prezydenta-rp-z-okazji-jubileuszu-prof-pomianowskiego.html> (dostęp: 05.05.2020).
- [3] Odchodzi człowiek, który w swoim życiu – przez swoje życie – był nie tylko świadkiem historii Rzeczypospolitej, [...] był kreatorem historii Rzeczypospolitej. Był z całą pewnością – patrząc na te sto lat odrodzonej Polski po 1918 roku – jedną z najważniejszych postaci w jej historii. [...] zawsze marzył i wierzył w wolną, suwerenną i niepodległą Polskę. Ona była jego marzeniem, dążeniem i w jakimś sensie – obok żony

i rodziny – była treścią jego życia. I stworzył nie tylko naszą historię, ale też Polskę taką, jaką dzisiaj mamy. Mówię „dzisiaj” w najaktualniejszym znaczeniu tego słowa. [...] Walczył o taką Polskę, [...] w której ma zwyciężać uczciwość, a nie cynizm i draństwo. To było w jakimś sensie wielkie motto jego całego życia, wyrażone potem właśnie przez Prezydenta. O taką Polskę walczył, taki testament nam zostawia: że to jest nasz obowiązek (z wystąpienia prezydenta RP Andrzeja Dudy na pogrzebie Jana Olszewskiego, 16.02.2019); <https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wypowiedzi-prezydenta-rp/wystapienia/art,637,jan-olszewski-walczył-o-polske-w-ktorej-ma-zwycieczac-uczciwosc.html> (dostęp: 05.05.2020).

W odmianie publicystycznej (A2) publiczny tekst honoryfikujący daną osobę wybitną (także po jej śmierci) cechuje styl swobodniejszy, pojawiają się wątki z jej życia prywatnego, nadawca sygnalizuje krótszy dystans między sobą a adresatem, preferowana jest forma narracyjna niż opisowa, obok treści pochwalnych występują anegdoty, wspomnienia, osobiste refleksje nadawcy, czasem głos zabiera też honorowana osoba. Dla przykładu przywołuję tylko dwa cytaty:

- [4] [tytuł] W wieku 94 lat zmarła Alina Janowska, wspaniała aktorka i wielki człowiek. [tekst] Energiczna i energetyczna, zawsze w ruchu, pełna pomysłów, które konsekwentnie realizowała, odważna, dowcipna i zawsze otwarcie mówiąca, co myśli. [...] Żartowała, że aktorką została, by udowodnić reżyserce Liddii Zamkow, że się myliła. [...] Na planie wszędzie było jej pełno, dużo mówiła, dowcipkowała. Zniecierpliwiona reżyserka powiedziała jej w końcu: „Alina, ty nie zostaniesz aktorką, bo nie potrafisz się skupić”. „No to jej pokazałam” – śmiała się, wspominając „Skarb” pół wieku później. [...] Społeczniką była od zawsze. W czasie wojny ciotka wciągnęła ją do konspiracji, ich mieszkanie było punktem przerzutowym broni, tajnej prasy, tam też organizowano kryjówki dla Żydów, którym udało się wydostać z getta. W 1942 roku ktoś ich zadenuncjował, Janowska trafiła na Pawiak. Po wyjściu wzięła udział w powstaniu warszawskim, była łączniczką. Była radną warszawskiej dzielnicy Żoliborz, założyła Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom „Gniazdo”

i orkiestrę Mała Filharmonia [...]. Aktywnie działała w ZASP, na rzecz Domu Artystów Weteranów Scen Polskich w Skolimowie, szefowała sekcji estradowej i organizowała Festiwal Sztuki Estradowej, chcąc uchronić tę sztukę przed upadkiem. Przez dekady była filarem kwesty na Powązkach, zbierała datki na renowację zabytkowych grobów (Aneta Kyzioł, *W wieku 94 lat zmarła Alina Janowska, wspaniała aktorka i wielki człowiek*), <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kultura/1727444,1,w-wieku-94-lat-zmarla-alina-janowska-wspaniala-aktorka-i-wielki-czlowiek.read> (dostęp: 15.05.2020).

- [5] Mieczysław F. Rakowski dołącza właśnie do grona 80-latków, którzy już mają swoje stałe miejsce w historii polskiej współczesności, a także [...] w historii polskiej kultury i polskiej inteligencji. Przez ponad 20 lat MFR był redaktorem naczelnym „Polityki”, do czasu, gdy w 1981 r. został wicepremierem i oddał się polityce przez małe „p”. [...] Potrafił pozyskać dla „Polityki” wielu wybitnych dziennikarzy i autorów, a przede wszystkim sympatię milionów czytelników. Spod jego pióra wyszło wiele ważnych tekstów [...]. Pamiętamy, że w łańcuchu historii naszego pisma – które za 3 miesiące obchodzić będzie jubileusz – w tym czym i kim dzisiaj jesteśmy, olbrzymi udział miał Mieczysław F. Rakowski. Dostojny Jubilacie, Panie Mieczysławie, Mietku, wszystkiego najlepszego, sto lat (zespół „Polityki”, *Mieczysław F. Rakowski kończy 80 lat*, „Polityka”, nr 48/2006 (2582), s. 18).

W odniesieniu do ludzi zwykłych (grupa B) tendencja honoryfikacyjna realizowana jest w tekstach publicznych w nieco inny sposób – przeważa tu intencja stereotypizacyjna, wyrażająca się w tym, że eksponuje się w nich w kilku zaledwie powtarzalnych aspektach głównie życie osobiste osób językowo honorowanych, a indywidualizacja wizerunku dotyczy przede wszystkim szczegółów biograficznych czy psychologicznych. W przestrzeni publicznej komunikaty typu B dotyczą przede wszystkim osób stuletnich – tylko z okazji obchodzenia jubileuszu stulecia są one zauważone, tylko wtedy się o nich mówi i pisze. Sylwetki nieznanych szerzej osób stuletnich budowane są zasadniczo z dwóch typów cech: B1) relacyjnych – wartościujących pozytywnie wyłącznie ze względu na sędziwy wiek portretowanej osoby, gdyż kulturowo przypisuje się je

ludziom młodym, oraz B2) nierelacyjnych – kulturowo właściwych ludziom starym.

Spośród tych pierwszych (B1) najczęściej eksponuje się w tekstach publicznych: a) optymizm, b) żywotność oraz c) pasje, hobby i marzenia osób stuletnich. Takie treści wprowadzane są do tekstów z grupy B przez ludzi z pokoleń młodszych (dziennikarzy, rodzinę, opiekunów osób najstarszych). Wymienione wyżej cechy typu B1 można zilustrować kilkunastoma zdaniami wynotowanymi z prasowych sylwetek osób stuletnich, publikowanych w lokalnym bydgoskim dodatku do „Gazety Wyborczej” w latach 2003–2007:

- [6] Wszyscy ją chętnie odwiedzają, bo zaraża swoim optymizmem nawet największego ponuraka (AGA, *Dostojne jubilatki. Razem to dwa wieki*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 237/2003, 10.10.2003, s. 2).
- [7] Wszyscy zgodnie podkreślają pogodę ducha stulatki (AL, *Setne urodziny Władysławy Babyszeki. Uśmiech daje długowieczność*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 272/2005, 23.11.2005, s. 2).
- [8] Wygląda na co najmniej 30 lat mniej, tryska optymizmem i humorem (Dominika Kulesza, *Z uśmiechem idzie przez życie*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 97/2007, 25.04.2007, s. 2).
- [9] To pracowitość i pogoda ducha zadecydowały o jej długowieczności (AL, *Setne urodziny Władysławy Babyszeki. Uśmiech daje długowieczność*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 272/2005, 23.11.2005, s. 2).
- [10] Pan Teodor swoją świetną kondycję zawdzięcza zdrowej diecie i miejscu urodzenia (DK, *Ma 102 lata i nadal podróżuje*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 255/2006, 31.10.2006–01.11.2006, s. 2).
- [11] Nie narzeka na problemy ze zdrowiem, nie opuszcza jej poczucie humoru i lubi przyjmować gości (KS, *Jubileusz bydgoszczanki. Medal dla stulatki*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 94/2004, 21.04.2004, s. 2).
- [12] Hoży staruszek prawnuki nosiłby na rękach (DK, *Hoży staruszek prawnuki nosiłby na rękach*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 171/2006, 24.07.2006, s. 3).

- [13] Wędkowanie to moje hobby – przyznaje 100-latek (DK, *Stuletni jubilaci przybyli z daleka*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 269/2004, 17.11.2004, s. 2).
- [14] Nie kryje jednak, że wciąż marzy o kilku podróżach (AL, *Stulatka, która jeszcze wyszywa obrusy*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 107/2006, 09.05.2006, s. 2).
- [15] Pani Urszula uwielbia czytać gazety (AGA, *Dostojne jubilatki. Razem to dwa wieki*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 237/2003, 10.10.2003, s. 2).

Z kolei spośród cech nierelacyjnych, za pomocą których portretuje się w dyskursie publicznym osoby stuletnie (typ B2), na plan pierwszy wysuwają się następujące: a) życie w trudnych historycznie czasach (II wojna światowa, powojenne rządy partii komunistycznej), b) wynikające z tego trudności bytowe i dramaty życiowe, c) traktowanie wielopokoleniowości jako istotnej wartości. O tym rodzaju cech charakteryzujących stuletnią starość mówią w tekstach publicznych nie tylko podmioty ją opisujące (dziennikarze i rodzina), ale także sami portretowani. Poniższe przykłady także pochodzą z lokalnych dodatków do „Gazety Wyborczej” z lat 2004–2007:

- [16] Wybuchła wojna, pewnego dnia Sowietci zabrali mojego męża i już nigdy więcej go nie widziałam – mówi pani Bronisława. – Po latach dowiedziałam się, że rozstrzelali go w lesie pod Mińskiem. Do dziś nie wiem, gdzie jest jego mogiła – przyznaje. Rodzina [...] została repatriowana do [...] (DK, *Stulatka z Bydgoszczy o swoim życiu. Moda na długowieczność*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 14/2006, 17.01.2006, s. 2).
- [17] W 1937 r. zostałam wdową, syn miał wtedy dwa lata i cztery miesiące – wspomina. – Czy było ciężko? Oczywiście. Ale nigdy nie załamywałam rąk. Przeżyłam jedną wojnę, pomyślałam, że przeżyję drugą. Dziecko było małe, więc musiałam pracować. Byłam księgową w niemieckiej fabryce [...] – opowiada (AT, *Czyta, pisze i rachuje jak za młodu*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 229/2006, 30.09.2006–01.10.2006, s. 3).
- [18] Pani Zenobia nie miała łatwego życia. [...] W czasie II wojny światowej pracowała przymusowo dla Niemców, a jej mąż przebywał w różnych obozach hitlerowskich. Owdowiała

- w 1960 roku (PB, *Urodziny stulatki. Dwieście lat, dwieście lat...*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek trójmiejski, nr 236/2004, 07.10.2004, s. 2).
- [19] Razem z mężem szczęśliwie prowadzili gospodarstwo rolne. Wychowywali dwie córki. Rodzinną sielankę przerwała wojna. W 1945 roku [...] zostali repatriowani do [...], potem przewieziono ich do [...]. – Było ciężko, bo mama musiała przejść codziennie piechotą sześć kilometrów do pracy w polu – mówi córka (DK, *101 urodziny bydgoszczanki z Czyżkówka*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 137/2006, 13.06.2006, s. 3).
- [20] Jubilatka doczekała się już 44 wnuków, prawnuków i praprawnuków (DAW, *Dwustu lat, pani Józefo*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 55/2007, 06.03.2007, s. 1).
- [21] Cieszę się tą uroczystością, tym, że moje dzieci, wnuki i prawnuki są przy mnie – mówił jubilat (TP, *Przeżył 100 lat w dobrym zdrowiu i z humorem*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek częstochowski, nr 206/2006, 04.09.2006, s. 4).

W efekcie powstaje w obrębie tendencji honoryfikacyjnej dość sztywny wzorzec (stereotyp) publicznego mówienia o osobach starych – odbiorcy przekazów medialnych powinni szanować stare osoby wybitne za ich zasługi dla społeczeństwa czy kraju (gdyż ich specyficzne doświadczenie życiowe czy zawodowe jest trudnym do osiągnięcia wzorem cnoty), osoby „niewybitne” zaś – za ich prywatne doświadczenie życiowe (mogące wskutek swojej typowości służyć jako parenetyczny wzór dla większości odbiorców komunikatów publicznych).

Najsłabiej udokumentowaną i najtrudniej badawczo uchwytaną tendencją obrazowania starości jest infantylizacja. Wynika ona z postrzegania ludzi bardzo starych jako niedołącznych nie tylko fizycznie, ale także intelektualnie i społecznie i przejawia się w stosowaniu w komunikacji z osobami starymi wszelakich środków językowych typowych dla kontaktu dorosłego z małym dzieckiem lub dla języka dziecięcego (tzw. *baby talk*), co bywa motywowane troską, ale może być też wynikiem deprecjonującego podejścia osoby młodszej do osoby starej. Takie zachowania językowe występują niemal wyłącznie w kontakcie interpersonalnym – rodzinnym lub profesjonalnym (pielęgniarki, opiekunki), dlatego trudno

je badawczo obserwować i dokumentować⁹. Incydentalnie tendencja ta może się przejawiać także w języku publicznym (np. akcja *Schowaj babci dowód*¹⁰ przed wyborami parlamentarnymi w 2007 roku). Językowo infantylizacja ludzi starych wiąże się z adresatywnym używaniem zdrobnień czy spieszceń typu *babciu, dziadku*, także afektonimów¹¹ w rodzaju *słoneczko, gwiazdeczko, perełko*, często skorelowanych z mówieniem starym ludziom per ty, używaniem „matczynej” liczby mnogiej. M. Marcjanik (2014, s. 12) podaje następujące przykłady infantylizowania kontaktu z osobą starą: *Babciu, idziemy do zabiegowego; Babciu, wyciągamy rękę; Dziadku, przekręć się na bok*. Z własnych obserwacji mogę dorzucić jeszcze hybrydalne etykietalnie (mieszanie form *pan/pani* i *ty* w jednym komunikacie) konstrukcje typu: *Pani Gieniu, brałaś już leki?* lub *Gieniu, Pani już brała leki?* (opiekunka do 80-letniej kobiety, zasłyszane). Niektóre językowe zachowania infantyliczujące ludzi starych mogą być oceniane jako ambiwaletne etycznie – nawet jeśli wynikają z troski o dobrostan psychiczny osoby starej, mogą być odbierane zarówno przez nią, jak i jej bliskich jako akty deprecjonujące, lekceważące, przede wszystkim w sytuacji, kiedy osoba stara zachowuje sprawność intelektualną przy braku kontroli nad własnym ciałem (zwłaszcza fizjologią).

Należy w tym miejscu dodać jeszcze, że w literaturze z zakresu nauk społecznych za infantyliczowanie starości uważa się także przesadnie optymistyczne portretowanie osób starych w reklamach, popularnych piosenkach czy serialach. Omawianie tego zagadnienia wykracza jednak poza założone ramy niniejszego rozdziału.

⁹ Z perspektywy andragogicznej wątek *baby talk* w komunikacji z osobami w wieku senioralnym podejmują L. Kataryńczuk-Mania i J. Gebreselassie (2018, s. 156).

¹⁰ Zob. mój opis tego sloganu w *Słowniku polszczyzny politycznej* (Zimny, Nowak 2009, s. 231–232) – dalej SPPol.

¹¹ Afektonimy to w językoznawstwie nacechowane pozytywnymi emocjami wyrazy, którymi zwracają się do siebie osoby pozostające ze sobą w szczególnie bliskich stosunkach (zwłaszcza w rodzinie, w relacji partnerskiej i przyjacielskiej). Czasem spotykane także w innych typach kontaktu społecznego (nauczyciel – uczeń, sprzedawca – klient).

3.4. Eufemizowanie starości

3.4.1. Eufemizowanie starości – uwarunkowania kulturowo-komunikacyjne

Najpowszechniejszą tendencją językowego profilowania starości jest jednak eufemizacja. U jej źródeł leży społeczno-kulturowe tabu, niepozwalające – przynajmniej w pewnych sytuacjach – mówić wprost o czyjejs starości, tj. używać określeń: *stary* (o osobach), *starzec*, *dom starców*. Wynika ono z tego, że w społeczeństwach rozwiniętych, w których statystyczna długość życia jest relatywnie duża, starość staje się faktem powszechnym, spodziewanym, a zatem – w jakimś sensie kłopotliwym dla pokoleń młodszych (zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i kulturowym). Unika się więc mówienia o niej, wybierając określenia eufemistyczne, a osobom starym czasem narzuca się wręcz swoisty przymus myślenia i mówienia o sobie tak, jakby były młodsze, niż w rzeczywistości są (określenia typu: *w pełni sił*, *dojrzały*, *wyglądać młodo/nieźle* – przykłady za: Dąbrowska 1993, s. 138).

W wielu kulturach przednowoczesnych starość szanowano i otaczano czcią dlatego, że – po pierwsze – wieku starczego dożywali nieliczni (choć czasem ludzi starych, już nieproduktywnych po prostu wypędzano, jak świadczy o tym np. przykład Jagustynki w „Chłopach” Reymonta), po drugie – w społecznościach niepiśmiennych i niemających kultury literackiej starcy pełnili funkcję „biblioteki”, byli strażnikami pamięci kulturowej, depozytariuszami tożsamości wspólnoty, po trzecie w końcu – ludzi starych uważano za mądrych, doświadczonych, umiejących sobie radzić z trudnościami życia, pokornych wobec losu, co czyniło z nich żywy (w sensie dosłownym) dla pokoleń młodszych wzór do naśladowania. Ten stan rzeczy – zwłaszcza w społecznościach wiejskich – był w Polsce względnie trwały jeszcze w połowie XX wieku. Relacje między młodymi i starymi odwróciła dopiero rewolucja obyczajowa i technologiczna lat 60. (satyrycznie ukazano ją w popularnych telewizyjnych komediach „Wojna domowa” z połowy lat 60. i „Czterdziestolatek” z połowy lat 70. ubiegłego wieku) – od tego momentu można mówić, przynajmniej w odniesieniu do Polski, o tzw. „kulcie młodości”, który jako zjawisko kulturowe przyczynił się w sposób znaczący do wyraźnego przyrostu określeń eufemizujących starość.

3.4.2. Eufemizacja z intencją pozytywną

Eufemizowanie starości występuje w języku w dwóch odmianach: z intencją pozytywną i negatywną. Eufemizmy z intencją pozytywną bazują na eliminacji z pola widzenia użytkownika języka ujemnie ocenianych aspektów starości, służą więc przesłanianiu tabu, czyli łagodzeniu wysłowienia po to, by dowartościować zjawisko, którego dotyczą (ludzką starość), a pośrednio – okazywaniu w ten sposób szacunku ludziom starym i ich starości. Mówiąc jeszcze inaczej – centrum pojęciowym tego typu eufemizmów jest STAROŚĆ.

Poniżej zamieszczam przegląd utrwalonych już dość mocno w języku wyrażen pełniących tę funkcję.

Najczęściej spotyka się w takim użyciu formy spieszczone: *staruszek* i *staruszka*¹², a także formy stopnia wyższego stosowane zamiast form stopnia równego: *starszy/starszawy* (*pan, człowiek, mężczyzna, facet*) i *starsza/starszawa* (*pani, kobieta, dama*). Dla zaznaczenia późnej starości dodaje się czasem dodatkowe określenia intensyfikujące, zwłaszcza mocno: *mocno starsza pani*, *(być) w mocno starszym wieku*, niekiedy *bardzo: bardzo starsza pani* (przykłady z Narodowego Korpusu Języka Polskiego – dalej NKJP).

W obiegu komunikacyjnym jako eufemizmy z intencją pozytywną funkcjonuje także wiele sfrageologizowanych peryfraz (określeń omownych) opartych zasadniczo na metonimii¹³, rzadziej na metaforze: *trzeci wiek*, *wiek matuzal(em)owy*, *słuszny wiek*, *podeszły wiek*, *dojrzały wiek*, *późny wiek*, *piękny wiek*, *złoty wiek*, *wieczór życia*, *jesień życia*, *osoba (już) niemłoda* (tu dodatkowo *litota*¹⁴), *osoba zaawansowana wiekowo*, *(być) nie pierwszej młodości*, *być w pewnym wieku*, *mieć włosy przyprószone siwizną*.

¹² Formalnie są to zdrobnienia od kakofemizmów *staruch* i *starucha* (zob. wyżej).

¹³ Metonimia – inaczej zamiennia – operacja polegająca na zastąpieniu nazwy właściwej (dosłownej) inną pozostającą z nią semantycznie w relacji przyległości (styczności). Tym się właśnie różni od metafory (przenośni), która oparta jest na relacji podobieństwa przedmiotów czy zjawisk. Z podanych dalej w tekście przykładów metonimia jest np. zwrot *mieć włosy przyprószone siwizną* (bo starzy ludzie mają w rzeczywistości siwe włosy), a metaforą – wyrażenie *złoty wiek* (oparte na dostrzeżeniu podobieństwa między wartością złota a wartością ludzkiej starości).

¹⁴ Litota to retoryczna figura pomniejszania lub osłabiania znaczenia. Najczęściej polega na zastąpieniu określenia pozytywnego lub neutralnego (tu: *stary*) zaprzeczonym wyrażeniem o przeciwnym sensie (tu: *niemłody*).

Nieco więcej uwagi poświęcę w tym miejscu trzem kolejnym zyskującym coraz większą frekwencję sposobom eufemistycznego wyrażania pozytywnego stosunku do osób starych.

Na początek zajmę się słowem *senior* (w wariancie żeńskim – *seniorka*) – jest to słowo łacińskiej proveniencji, będące stopniem wyższym od przymiotnika *senex* ‘stary’. W słownikach współczesnej polszczyzny definiuje się je w aspekcie rodzinnym (‘najstarszy wiekiem członek rodziny, rodu’, synonim pragmatyczny słowa *nestor*, zob. niżej), społecznościowym (‘najstarszy wiekiem lub latami pracy członek jakiegoś zespołu, jakiejś społeczności’), sportowym (‘zawodnik w wieku odpowiednim do uprawiania danej dyscypliny sportu, zwykle mający ukończone 19 lat’) oraz historycznym (‘w Polsce dzielnicowej: najstarszy z Piastów, któremu podlegali książęta poszczególnych dzielnic; w prawie lennym: feudał sprawujący opiekę nad zależnym od niego wasalem’) (podaję za „Uniwersalnym słownikiem języka polskiego” pod red. S. Dubisza – dalej USJP). Jak widać, słowniki jeszcze nie odnotowały nowego eufemistycznego znaczenia wyrazu *senior* ‘człowiek stary’, a właściwie ‘emeryt’, co świadczy o tym, że jest ono względnie nowe, ale już stabilizujące się w systemie językowym (por. szerzące się wyrażenia typu *klub seniora*, *zajęcia dla seniorów*, *edukacja seniorów*, a także nazwy programów, produktów czy usług typu: *Bezpieczny i Aktywny Senior*¹⁵, *Bilet dla Seniora*¹⁶, *gimnastyka dla seniora*, *wczasy dla seniora* itp.). Z przytoczonych przykładów wynika, że słowo *senior* jako pozytywny eufemizm *człowieka starego/starca* lub *emeryta* specjalizuje się w wyrażaniu znaczenia ‘człowiek stary, emeryt zachowujący aktywność intelektualną i/lub fizyczną’. W tym sensie *senior* nie jest ani *starcem*, ani *staruszką*. Zauważalne jednak są także kolokacje, w których widać dążenie mówiących do nadania leksemowi *senior* waloru określenia neutralnego, np. *opieka nad seniorem* (wymienne z *opieką nad osobą starszą*), *polityka senioralna*¹⁷ (synonimicznie z *polityką społeczną wobec osób starszych*), *dom seniora* (równoległe do *domu spokojnej starości*). Wydaje się więc, że określenie *senior* przechodzi z wolna ze sfery użycia eufe-

¹⁵ Tytuł postronny w rządowym serwisie <http://senior.gov.pl>.

¹⁶ Nazwa usługi świadczonej przez spółkę PKP Intercity (tańszego biletu na przejazd dla osób, które skończyły 60 rok życia).

¹⁷ Znamienne jest w tym kontekście to, że rządowa strona poświęcona tym kwestiom ma adres: <http://senior.gov.pl>.

mistycznego do rejestru neutralnego, choć obecnie jest jeszcze odczuwane jako nacechowane godnościowo (dlatego nie rejestrują go jeszcze słowniki), które to nacechowanie dziedziczy ze swojej pierwotnie eufemistycznej funkcji. Z tych powodów słowo *senior* stało się określeniem stosowanym (czasem wymiennie z *osobą starszą*) w języku oficjalnym (polityka, media, instytucje kultury, publikacje naukowe, komunikacja publiczna¹⁸).

M. Marcjanik (2014, s. 14) wskazuje jeszcze na inne spotykane w języku publicznym eufemizmy *człowieka starego*, mianowicie: *nestor*, *weteran*, *oldboy* (w sporcie) i *dinozaur* (w rozrywce). Zaważmy najpierw, że funkcjonują one z o wiele mniejszą frekwencją niż wyraz *senior*, co wynika albo z ograniczeń kontekstu, albo ograniczeń stylu. Słowa *nestor* można użyć zasadniczo tylko w odniesieniu do relacji międzyludzkich w rodzinie (*nestor rodu/rodziny*) lub w jakiejś organizacji czy społeczności (np. *nestor legnickich ratowników wodnych*, *nestor operatorów filmowych*, *nestor polskich polarników* – przykłady z NKJP), a ponadto niesie ono z sobą bardzo silne nacechowanie ceremonialnością, a nawet podniosłością, dlatego winno być rozpatrywane jako przejaw tendencji honoryfikacyjnej (zob. wyżej). Z kolei słowa *weteran*, *oldboy* i *dinozaur* wypuklają przede wszystkim czyjeś doświadczenie w jakiejś dziedzinie (np. *weterani opozycji demokratycznej*, *weteran szoferów stołecznych*, *mecz oldboyów*, *grać w oldboyach*, *dinozaur polskiej krytyki filmowej*, *dinozaur rocka* – przykłady z NKJP) i niekoniecznie odnoszą się do ludzi rzeczywiście starych, więc ich moc eufemizująca jest nieco słabsza i silnie zależna od jednostkowego kontekstu. Oczywiście, wyraz *weteran* użyty w znaczeniu realnym (dosłownym) ‘uczestnik walk wojennych’¹⁹ należy dziś obok takich określeń, jak: *sybirak*, *więzień Auschwitz*, *powstaniec warszawski*, *akowiec* do wysłowienia honoryfikującego starość (tę już najpóźniejszą – z racji upływu 75 lat od zakończenia wojny), wobec czego dodatnia wartość eufemizacyjna tych wyrażen pozostaje w realnych aktach komunikacji na drugim planie.

¹⁸ Np. określenie *godziny dla seniorów* stosowane przez sklepy podczas pandemii koronawirusa w Polsce.

¹⁹ Mam tu na myśli, oczywiście, weteranów II wojny światowej, a nie weteranów późniejszych międzynarodowych konfliktów zbrojnych, w których brali udział polscy żołnierze.

Kolejnym zyskującym popularność eufemizmem o intencji pozytywnej jest przymiotnik *srebrny*, odnoszony do ludzkiej starości na prawach metonimii (kolor włosów za wiek człowieka zob. przypis 13). Wydaje się, że mamy tu do czynienia z zapożyczeniem semantycznym (zapewne z języka angielskiego, w którym wyraz *silver* używany jest w identycznej funkcji). Wyrażenia z tym przymiotnikiem stosowane są przede wszystkim w publicystyce, nie mają statusu terminów. Spośród zawierających ten eufemistyczny przymiotnik określeń o najwyższej frekwencji warto odnotować jedno o znaczeniu ogólnym – *srebrny wiek* (wiek emerytalny), jedno odnoszące się do realiów ekonomicznych – *srebrna gospodarka* (wytworzenie i sprzedaż produktów i usług przeznaczonych wyłącznie dla ludzi starych) oraz jedno mające charakter demograficzny – *srebrne tsunami* (tak określa się albo gwałtowne przyrastanie liczby osób starych w populacji, albo pokolenie ludzi najstarszych, emerytów). W tym ostatnim wyrażeniu skontrastowano pozytywny eufemistyczny przymiotnik *srebrne* z metaforycznym określeniem mogącym wywoływać negatywne skojarzenia – *tsunami*. Zacytowane kolokacje można uważać już za eufemizmy słownikowe (według definicji A. Dąbrowskiej 1990, s. 235), tj. takie, które trwale zasiłyły system leksykalny języka. Jednakże przymiotnik *srebrny* w interesującym tu mnie znaczeniu wchodzi także w skład eufemistycznych wyrażań okazjonalnych, np. *srebrne wilki* (mężczyźni, którzy zostają ojcami w późnym wieku²⁰, a także lojalni wobec marki konsumenci w późnym wieku²¹), *srebrne miasteczka* (kompleksy mieszkaniowe z domami spokojnej starości²²), *srebrny przemysł* (bliskoznacznik

²⁰ „Ostatnie lata zaowocowały wysypem «srebrnych wilków», czyli mężczyzn zaliczanych już wiekowo do seniorów, ale wciąż chcących cieszyć się pełnią życia, a więc także ojcostwem” (S. Czubkowska, J.K. Kowalski, *Srebrne wilki pragną mieć dzieci*), <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/839065,srebrne-wilki-pragnamiec-dzieci.html> (dostęp: 10.10.2020).

²¹ „Po wielu latach ignorancji wobec grupy dojrzałych konsumentów, marketerzy w końcu wzięli pod uwagę również ich potrzeby. I zostali mile zaskoczeni, bowiem «srebrne wilki» okazały się lojalnymi odbiorcami ich usług” (M. Książek, *Na tropie srebrnych wilków. Słów parę o silver tsunami*), <https://marketerplus.pl/teksty/artykuly/na-tropie-srebrnych-wilkow-slow-pare-o-silver-tsunami> (dostęp: 15.05.2020).

²² „Srebrny przemysł jest wciąż w powijkach – twierdzi Yoko Marikawa, która prowadzi firmę konsultingową zajmującą się kompleksami dla ludzi starszych i stworzyła nazwę «srebrne miasteczka»” (MM, P. Waldmeir, *Chiny: starość jest w modzie, srebrne miasteczka napędzają gospodarkę*), <https://forsal.pl/>

*srebrnej gospodarki*²³). Schemat *srebrny* + *rzeczownik* bywa wykorzystywany także dla utrakcyjniania różnych ideonimów, tj. nazw własnych pewnych efektów aktywności twórczych dotyczących problemów starości, np. „Srebrne tabu” (tytuł książki²⁴), czy „Srebrny odcień depresji” (nazwa kampanii antydepresyjnej Fundacji ITAKA z 2016 roku). Pozytywna moc konotacyjna przymiotnika *srebrny* w omawianym tu użyciu eufemistycznym wynika ze skojarzeń ze szlachetnością kruszcu, którym jest srebro. Można więc przyjąć, że posługiwanie się tym przymiotnikiem w odniesieniu do ludzi starych pełni nie tylko funkcję eufemizacyjną, ale także honoryfikacyjną, o której pisałem wyżej.

W podobny sposób jak przymiotnika *srebrny* używa się też niekiedy, choć o wiele rzadziej, leksemu *siwy* lub *siwiejący*, np. *siwa broda*, *siwa głowa*, *siwy włos* (ogólnie o człowieku starym), mniej oczywiste są kolokacje *siwy rynek* (grupa produktów kupowanych wyłącznie przez osoby stare), *siwa przestępczość* (o zjawisku popełniania drobnych przestępstw przez ludzi starych po to, by otrzymać opiekę i wyżywienie w więzieniu), *siwy rozwód* (przeprowadzony w późnym wieku, po wielu latach pożycia małżeńskiego), *siwy dolar* (określenie amerykańskie, oznacza tworzenie filmów o starszych ludziach, intensywnie przeżywających schyłek życia – jeśli taki trend pojawi się w Polsce, być może będzie nazywany *siwą złoćką*), *siwiejący świat* (tytuł artykułu prasowego²⁵ o problemach ze starzeniem się społeczeństw).

Tytułem uzupełnienia należy tu dodać jeszcze poetyckie określenie *szron*: „już szron na głowie i nie to zdrowie, a w sercu ciągle maj” (z piosenki Kabaretu Starszych Panów); „pan dobrze już szronem wieku upudrowany” (z powieści N. Żmichowskiej) – przykłady odnotowane przez A. Dąbrowską w „Słowniku eufemizmów polskich” (dalej SEP).

Trzecim i ostatnim zabiegiem służącym pozytywnemu językowemu kamuflowaniu starości, który tu omówię, jest wprowadzanie w obieg komunikacyjny, często z powodów marketingowych,

amp/510328,starosc-jest-w-modzie-srebrne-miasteczka-napedzaja-gospodarke.html (dostęp: 15.05.2020).

²³ *Ibidem*.

²⁴ Kamińska, Mularska-Kucharek 2018.

²⁵ P. Rożyński, *Siwiejący świat*, „Rzeczpospolita”, dodatek „Plus Minus”, 16–17.06.2012.

określeń liczebnikowych ze znakiem + lub, rzadziej, wyrazem *plus* w znaczeniu ‘osoby po danym roku życia’ (sygnalnie piszą o tym m.in. M. Marcjanik 2014, s. 14, P. Czekanowski 2014, s. 54–55). Zaskakujące jest to, że „plusowanie” zaczyna się współcześnie już od 30+, a kończy na 75+, co pokazuje duży relatywizm poznawczy wpisany dziś w komunikacyjną wartość pojęć *starość* i *starzenie się*. Określenia tego typu są stosowane najczęściej w nazwach lub opisach produktów czy usług przeznaczonych dla określonej kategorii wiekowej, np. *Krem przeciwzmarszczkowy 30+*, *Portal Randkowy dla 40+ latków* [sic!], *Skrzypovita 40+*, *Spokojne Wakacje 50+*, *Gimnastyka 50+*, *Bydgoska Karta Seniora 60+*, *Program Senior 60+*, *Program „Lublin Strefa 60+”*, *Krem do twarzy 70+*, *Technologia wieku 70+*, *Program Opieka 75+*. Uzus dostarcza także przykładów łączenia liczby „z plusem” z wyrazami gatunkującymi, jak np. *osoby* lub *seniorzy*. I o ile nie dziwią zestawienia typu: *osoba 60 plus*, *seniorzy 60+*, o tyle zdumienie mogą wywoływać autentyczne nazwy typu: *Warsztaty dla seniorów 40+*, *Stowarzyszenie Seniorzy 50+*, *Aktywni 50 plus – Akademia Seniora*²⁶, choć nie można wykluczyć, że autorzy tych nazw intencjonalnie posłużyli się słowem *senior* nie w znaczeniu eufemistycznym, ale słownikowym (uwagam to jednak za mało prawdopodobne). Od strony pragmatycznej schemat *liczba+* jest dla nadawców bardzo wygodny – jest skrótowy, wyrazisty, a także ze względu na wyłącznie lewostronne ograniczenie zakresu pozwala na szeroką interpretację – *osoba 60+* jest bowiem zarówno ktoś, kto ma 61 lat, jak i ktoś w wieku lat 69 lub nawet więcej. Ta okoliczność przesądza o – by tak rzec – pozytywnym potencjale eufemizacyjnym omawianej tu konstrukcji. Drugim powodem jej popularności jest prawdopodobnie to, że znak + czy słowo *plus* dodane do liczby przeżytych lat pełni w tym schemacie funkcję synekdochy²⁷ (dalsza część życia za całość życia), co pozwala osobom starszym myśleć o sobie i dalszym swoim życiu z optymizmem (na zasadzie: mam jeszcze *plus* do przeżycia), bo mimo że nie sposób określić „długości” owego *plusa*, to sam fakt jego istnienia motywuje i zachęca do dbania jak najdłużej o swój dobrostan.

²⁶ Wszystkie przykłady w tym akapicie pochodzą z kwerendy internetowej przeprowadzonej za pomocą wyszukiwarki Google.

²⁷ Synekdocha to rodzaj metonimii (zob. przypis 13), polegająca na zastąpieniu wyrażenia o znaczeniu ogólniejszym przez mniej ogólne (część za całość – *pars pro toto*) lub na odwrót (*totum pro parte*).

No i w końcu marketingowa popularność matrycy *liczba+* w jakimś stopniu wpływa na to, że ludzie rzeczywiście starzy mogą wciąż czuć się podmiotami aktywnymi rynkowo, czyli ludźmi subiektywnie młodszymi. Lewostronne ograniczanie granicy wieku (*osoby 60 plus* można by wszak hipotetycznie nazywać *osobami 70 minus*) pełni więc w moim przekonaniu funkcję eufemizacyjną, gdyż językowo „odmładza” o kilka lat większość osób z danego przedziału wiekowego²⁸.

Jak widać z powyższej analizy, eufemizacja z intencją pozytywną dotycząca starości jest przede wszystkim cechą dyskursu publicznego. Dowodzi to z jednej strony przestrzegania społecznego tabu, motywowanego wrażliwością, troską i współczuciem okazywanymi ludziom starym, z drugiej strony – powoduje, że wiele określeń z tej kategorii wykazuje tendencję do stabilizowania się w języku jako uniwersalne eufemizmy, inaczej niż omawiane dalej eufemizmy z intencją negatywną, które są przede wszystkim zjawiskami tekstowymi (eufemizмами okazjonalnymi), którym przynależy raczej analiza pragmatyczna (tj. analiza użycia języka), a nie leksykologiczna.

3.4.3. Eufemizacja z intencją negatywną

Eufemizmy z intencją negatywną motywowane są przez kontrastowanie starości z dodatnio postrzeganą młodością (ujmowaną mentalnie jako norma). Cechą typologiczną tej kategorii wyrażań jest to, że centrum pojęciowym jest dla nich MŁODOŚĆ. Nazywam więc tu eufemizmy tego typu negatywnymi właśnie dlatego, że racją ich funkcjonowania w tekstach jest zawsze milczące afirmowanie młodości i akceptowanie lub tylko tolerowanie starości, ale bez przekraczania granicy kakofemizacji. Odróżniam przy tym akceptowanie starości od tolerowania starości. Pierwsza postawa powołuje do życia wyrażenia dowartościowujące starość (jak np. *wyglądać młodo jak na swoje lata*, *trzymać się nieźle mimo upływu lat*), druga – może generować omowne określenia ironiczne, złośliwe czy szydercze (jak np. *dziadek* w znaczeniu ‘nieznany stary mężczyzna’, *z tyłu liceum*, *z przodu muzeum* ‘o starej kobiecie starającej się wyglądać młodo’).

²⁸ Działa tu ten sam mechanizm, który stosowany jest w marketingu sklepowym – większość klientów towar kosztujący 12,99 zł postrzega jako kosztujący 12 złotych „z groszami”, a nie niemal 13 złotych.

Granica między tymi intencjami nie jest jednak wyraźna, gdyż wyrażenia pierwszego typu mogą mieć także ironiczne lub złośliwe zabarwienie. Eufemizmy „tolerujące” są zasadniczo charakterystyczne dla wypowiedzi ludzi, którzy uważają się za „niestarych”, a jeśli używają ich ludzie faktycznie starzy – czynią to z reguły żartobliwie albo autoironicznie. Z kolei eufemizмами „akceptującymi” mogą posługiwać się zarówno ludzie młodzi, jak i starzy, przy czym w przypadku młodych reprezentują one ich naturalny punkt widzenia (młodzi patrzą na starych), dla starych są przyjęciem perspektywy młodych (starzy patrzą na siebie oczami młodych).

W dalszej części wywodu przedstawię bliżej typowe dla obu typów eufemizmów realizacje tekstowe. Ze względu na sygnalizowaną już wyżej specyfikę językową omawianego tu zjawiska, tj. umiarkowaną leksykalizację reprezentujących je wyrażen, będę je egzemplifikował częściej cytatami z tekstów²⁹ niż definicjami słownikowymi.

Omówię najpierw negatywne eufemizmy „akceptujące”. Mają one najczęściej postać związku wyrazowego o charakterze łączliwym z wymiennym członem (tożsamym z nazwą jakiejś cechy czy działania osoby starej, które stereotypowo przypisuje się ludziom młodym), wskutek czego pełnią w tekstach funkcję swoistych operatorów tekstowych sygnalizujących intencję eufemizacyjną w opisywanej tu odmianie. W ten sposób łagodzi się i maskuje przykre aspekty starości (choroby, niedołężność, cierpienie, samotność, depresję), zwłaszcza tej najpóźniejszej. Współcześnie używa się w tej funkcji kilku co najmniej połączeń. Poniżej omawiam wraz z komentarzem i przykładami najczęstsze z nich:

– *jak na swój wiek* (*być/czuć się jakimś, mieć coś*) – konstrukcja w olbrzymiej większości stosowana do osób najmłodszych, zwłaszcza dzieci (np. *wyrośnięty jak na swój wiek*), w odniesieniu do ludzi starych występuje przede wszystkim w rytualnych, jubileuszowych opisach publikowanych w mediach z okazji czyjogoś stulecia:

- [22] Obecnie czuję się jeszcze nieźle jak na swój wiek. Mam kłopoty z oczami i poruszaniem się [osoba stuletnia o sobie].
- [23] Dziś pani Anna mieszka w Sztumie i jak na swój wiek czuje się dobrze [o osobie stuletniej].

²⁹ Jeśli nie podaję inaczej, cytaty pochodzą z NKJP (z oficjalnych tekstów drukowanych).

– *jak na swoje lata (być/czuć się jakimś, robić coś); pomimo swojego wieku (być jakimś, robić coś)* – konstrukcje rzadsze, służące charakteryzowaniu niemal wyłącznie ludzi starych:

- [24] Zażywny pan zbiegał rąco jak na swoje lata z nasypu w kierunku ostróg.
- [25] Kobieta, jak na swoje lata, była bardzo sprawna fizycznie i umysłowo [o osobie 80-letniej].
- [26] Znakomity aktor jak na swoje lata wykazywał fantastyczną kondycję fizyczną i intelektualną [o aktorze Leonie Niemczyku w okresie jego śmiertelnej choroby].
- [27] Pomimo swojego wieku (63 l.) jest w stanie błogosławionym.
- [28] Pomimo swojego wieku mistrz trzyma się świetnie, ma doskonałą pamięć.

– *(być jakimś, robić coś) jak za młodu* – konstrukcja stosowana do opisywania osób w jakimś sensie życiowo doświadczonych, od wieku średniego do późnej starości:

- [29] Może opowiesz jak za młodu krad... pardon – pożyczalesz bez pytania rowery na osiedlu.
- [30] Tym razem nogi same zaniosły go nad Wisłę, jak za młodu [o osobie starej].
- [31] Czyta, pisze i rachuje jak za młodu [o osobie stuletniej] (AT, *Czyta, pisze i rachuje jak za młodu*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 229/2006, 30.09.2006–01.10.2006, s. 3).

– *jeszcze/wciąż/nadal/do dziś (coś robić, mieć coś, być jakimś); chociaż/mimo że oczy/nogi już nie te//wzrok/słuch już nie ten, to (jeszcze/wciąż/nadal)... + nazwa działania ocenianego pozytywnie* – konstrukcje stosowane przede wszystkim do opisywania aktywności ludzi starych i bardzo starych:

- [32] Stulatka, która jeszcze wyszywa obrusy (AL, *Stulatka, która jeszcze wyszywa obrusy*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 107/2006, 09.05.2006, s. 3).
- [33] Wciąż marzy o podróży do Ameryki (MP, *Marzenie stulatki*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek katowicki, nr 71/1999, 25.03.1999, s. 2).

- [34] Nadal czyta codzienną prasę i ogląda filmy, i to bez pomocy okularów [o osobie stuletniej] (DK, *Życzymy dwustu lat*, „Gazeta Wyborcza”, dodatek bydgoski, nr 107/2007, 09.05.2006, s. 2).
- [35] Czytam bardzo dużo, choć oczy już nie te [wypowiedź osoby starej]; http://zagnansk.pl/asp/en_start.asp?typ=13&sub=156&menu=372&dzialy=372&akcja=artykul&artykul=5581 (dostęp: 15.05.2020).
- [36] Jeszcze dziś obszywam rodzinę, choć oczy już nie te [wypowiedź kobiety ponadsiedemdziesięcioletniej] (M. Oberlan, *Wierna rodzina Radia Maryja*); <https://nowosci.com.pl/wierna-rodzina-radia-maryja/ar/10895429> (dostęp: 15.05.2020).
- [37] Ma bardzo dobrą pamięć i kondycję, choć słuch już nie ten [wypowiedź o osobie 102-letniej]; <https://radioszczecin.pl/1,40603,najstarsza-mieszkanka-szczecina-swietuje> (dostęp: 15.05.2010).
- [38] Tu biuścik zachwyci, tam nóżka, bo nie ten, bo nie ten już wzrok [fragment piosenki „Wesołe jest życie staruszka”³⁰ w wykonaniu Wiesława Michnikowskiego z repertuaru „Kabaretu Starszych Panów”].

Przechodzę teraz do omówienia negatywnych eufemizmów starości w wariantach „tolerujących”. W odróżnieniu od eufemizmów „akceptujących” ta szczegółowa intencja realizowana jest najczęściej przez jednostki słownika (wyrazy lub frazeologizmy). Eufemizmy takie z reguły tylko pozornie zasłaniają niepożądaną na mocy tabu treść (czyjaś starość) – używa się ich najczęściej po to, by za-manifestować przewagę młodości nad starością, by uwyraźnić różnicę między nimi, by nie naruszając jawnie tabu, ugruntować się we własnej pokoleniowej tożsamości. Eufemizmy tego typu pełnią więc z jednej strony funkcję separującą (pokolenia od siebie), z drugiej – integrującą członków pokolenia młodszego. Dowodów słownikowych i tekstowych na ten stan rzeczy jest bez liku. Przedstawię dalej tylko kilka charakterystycznych przykładów.

Rozpocznę od słowa *dinozaur*, omówionego wyżej jako przykład eufemizmu z intencją pozytywną. Współcześnie funkcjonuje ono jednak również w użyciach deprecjatywnych (głównie w odniesieniu

³⁰ Autor tekstu – Jeremi Przybora.

do osób zajmujących się działalnością polityczną), sygnalizując, że czyjeś poglądy, poziom wiedzy, kompetencje czy umiejętności są nieadekwatne do wymagań współczesności. Z tego potencjału znaczeniowego korzysta m.in. młody autor satyrycznego materiału pt. *Dinozaur polskiej polityki*, poświęconego osobie Janusza Korwina-Mikkego, w którym wypowiada m.in. takie zdanie: *Legendy głoszą, że ostatnia aktualizacja tych poglądów [J. Korwin-Mikke] nastąpiła około miliarda lat temu*; <https://www.youtube.com/watch?v=-oQsKVAZELk> (dostęp: 05.05.2020). W podobny sposób (z intencją ironiczną lub deprecjatywną) używa się też czasem słowa *styropian*, nazywającego opozycjonistów z lat 80., np. w zdaniach: *Ty jesteś inne pokolenie. Ty jesteś styropian* (z „Gazety Wyborczej”, rok 1999, cytata za NKJP) oraz *Stare czasy, co? Kto dzisiaj pamięta styropian?* (ze scenariusza serialu „Samo życie”, rok 2010, odcinek 228, cytata za NKJP)³¹.

Kolejnym z omówionych przykładów niech będzie funkcjonowanie słów *emeryt* i *emerycki* (ale już nie *emerytalny*). Zarówno M. Marcjanik (2014, s. 14), jak i P. Czekanowski (2014, s. 53–54) sygnalizują (patrząc z różnych perspektyw badawczych) niepokojące utożsamianie pozornie neutralnego określenia *emeryt* z *człowiekiem starym*, w czym można dopatrywać się deprecjonowania starości, wyśmiewania jej, przesuwania jej granic do tyłu. Z punktu widzenia przyjętych w tej pracy kryteriów definicyjnych określenie *emeryt*, nawet jeśli użyte z intencją deprecjonującą, nie narusza jednak granicy kakofemizacji, dlatego umieszczam je tu w obszarze zabiegów eufemizacyjnych. Na podstawie przeglądu uzyskanego z wyszukiwarki NKJP obrazu użyć obu tych słów (nieco ponad 30 000 kontekstów) widać jednoznacznie, że ich neutralny sens dosłowny jest niezagrożony. Niemniej jednak w obiegach środowiskowych i medialnych, a także w ogólnym języku potocznym, da się zauważyć nacechowane użycia jednego lub drugiego z tych leksemów, także złożień z elementem *emeryt* – „Nowy słownik gwary uczniowskiej” (dalej NSGU) notuje na przykład wyrażenie *emeryckie adidas* – ‘śmieszne, niemodne buty’, a internetowy „Słownik slangu młodzieżowego” – jednostkę *emerytowóz* – ‘stała linia autobusowa lub pojedynczy autobus, którego pasażerami w zdecydowanej większości są ludzie starsi, w wieku emerytalnym’. W tekście

³¹ Zob. też opis tego słowa w SPPol (s. 246–247).

piosenki zespołu Püdelši „Emeryten Party” z 1999 roku, śpiewanej przez M. Maleńczuka, czytamy: „Zeszli się tu chyba z całej okolicy/ Wszyscy renciści i wszyscy emeryci./ Niby z wyglądu ludzie całkiem młodzi,/ Ale nikt nie kuma czaczy, nie wie o co chodzi”³². Wszystkie te użycia nabierają swojego negatywnego eufemistycznego znaczenia wskutek tego, że słowa te wypowiedzieli ludzie młodzi (nastolatki i niespełna 40-letni wówczas piosenkarz), dla których realia życia na emeryturze są jeszcze bardzo odległe, dlatego z ich perspektywy określenia *emeryt* i *emerycki* konotują staroświeckość, apatię, groteskowość, nienowoczesność.

Na podobnej zasadzie funkcjonuje w publicystyce i języku potocznym określenie *moherowe berety* (skręcane czasem do postaci *moher*). Dokładniej opisałem to wyrażenie w SPPol (s. 154–155), tu więc skupię się tylko na omówieniu jego właściwości jako eufemizmu z intencją negatywną. Określenie to ma status metonimii (*moherowy берет* to część garderoby noszona przede wszystkim przez kobiety stare) i funkcjonuje jako omowna formuła nazywająca osoby (kobiety) o konserwatywnych poglądach, staroświeckie, pobożne, przywiązane do religii i kościoła, a w szczególności do Radia Maryja, niechętne zmianom obyczajowym i światopoglądowi liberalnemu. Z tego powodu wyrażenie *moherowe berety* stało się wyrazistym składnikiem dyskursu politycznego, w którym jest negatywnie wartościującą etykietką, stosowaną głównie przez ludzi młodych o przekonaniach postępowych. Negatywizm tego eufemizmu wynika ze stereotypowego postrzegania ludzi starych jako zacofanych, wstecznych, zaściankowych i wskutek tego głosujących w wyborach na partie konserwatywne. Oto dwie typowe egzemplifikacje potwierdzające żywotność funkcjonowania tego eufemistycznego wyrażenia w opisanym tu znaczeniu:

- [39] Wyborcy PiS to już nie tylko moherowe berety, partia przyciąga coraz więcej młodych („Super Express”, podaje za: Ł. Lipiński, *Na kogo głosują młodzi. Czy pokochali Kaczyńskiego?*; <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kraj/1927064,1,na-kogo-glosuja-mlodzi-czy-pokochali-kaczyńskiego.read> (dostęp: 15.05.2020).

³² Autor tekstu zbiorowy (zespół Püdelši).

- [40] Kiedyś czułam, że to wielkie pięknięcie, które się tworzy w polskim społeczeństwie, ma charakter pokoleniowy. Tam – tzw. moherowe berety, staruszki i staruszkowie słuchający Radia Maryja, tu – my, młodzi, tolerancyjni, liberalni, patrzący w przyszłość (wypowiedź artystki Klementyny Stepińskiej, przytaczana w artykule prasowym: P. Sarzyński, *Uczucia religijne*, „Polityka”, nr 35/2019 (3225), s. 76).

Eufemizmami o intencji negatywnej są też leksemy *babcia* i *dziadek*, używane do nazywania ludzi starych poza kontekstem rodzinnym, najczęściej w języku potocznym i środowiskowym. Znaczenia takie notują najważniejsze powojenne słowniki ogólnej:

- *babcia* – SJPd: ‘pieszczotliwie o starej kobiecie, staruszcze’, USJP: ‘stara kobieta, staruszka’, PSWP: ‘stara kobieta, staruszka’;
- *dziadek* – SJPd: ‘stary mężczyzna, staruszek’, USJP i PSWP: ‘stary mężczyzna’ z kwalifikatorem *potoczny*³³.

Z kolei NSGU rejestruje m.in. następujące znaczenia tych wyrazów występujące w slangu uczniowskim: *babcia* ‘osoba płci żeńskiej, dziewczyna, kobieta, matka; nauczycielka, zwłaszcza starsza’; *dziadek* ‘mężczyzna, stary nauczyciel; każdy mężczyzna starszy od ucznia’, oraz kilka charakterystycznych kolokacji, np. *babcia gra-witacja* ‘nauczycielka fizyki’, *babcia wędrowniczka* ‘nauczycielka chodząca po klasie w czasie lekcji’, *dziadek do orzechów* ‘starszy pan’. Wyolbrzymianie przez pokolenie najmłodsze dystansu wieku między sobą a pokoleniem bezpośrednio starszym jest typową cechą rozwojową, czego językowymi potwierdzeniami są przytoczone tu znaczenia.

Powszechnie używane jest także potoczne określenie *babcia klozetowa* (notowane przez PSWP), rzadziej *toaletowa* (tak np. u Worcella w „Zaklętych rewirach”).

Słowo *babcia* o nacechowaniu żartobliwym lub lekceważącym wykazuje także potencjał metaforyzacyjny widoczny w okazjonalnych personifikacjach typu: *babcia komuna*³⁴ i *babcia Grecja*³⁵.

³³ Egzemplifikacje użyć w podanych znaczeniach w SJPd i PSWP. Zob. też wyżej w niniejszym tekście przykłady użycia tych wyrazów w funkcji infantylizującej.

³⁴ Z twórczości R.M. Grońskiego. *Komuna* ‘potocznie: okres PRL’. Przykład za NKJP.

³⁵ Z twórczości E. Berberyusz: „Babcia Grecja siłę ma, ciocia Anglia pomoc da i jest jeszcze USA” (hasło pisane kredą na warszawskich murach podczas okupacji

W ostatnich latach silnej frazeologizacji uległo także wyrażenie: *babcia rocka* (lub *rock and rolla*), odnoszone z sympatią, a nawet podziwem, do Tiny Turner, amerykańskiej wokalistki notującej sukcesy estradowe w późnym wieku. Mimo dodatkowego nacechowania akcentuje ono jednak przewagę młodości nad starością.

Jak więc widać, ten eufemistyczny, ale lekceważący (rzadziej żartobliwy) sposób nominacji osób starych ma zasięg ogólnospołeczny. Dlatego też wyrazy te w podanym rozumieniu wykorzystuje się także w tekstach o różnej funkcji pragmatycznej. Dla przykładu można tu przytoczyć choćby scenkę z bardzo popularnej kilka lat temu reklamy pewnego towarzystwa ubezpieczeniowego, w której grupka dwudziestokilkuletnich mężczyzn w chuligański sposób naprzykrza się na stacji benzynowej starszemu kierowcy, po czym jeden z nich zaczepnie mówi do starego bohatera: *Trzeba mieć fantazję, dziadku*. W odpowiedzi starszy kierowca celowo najeżdża swoim autem na samochód młodych mężczyzn, uszkadzając go, i gdy odjeżdża, rzuca do młodego awanturnika: *Trzeba mieć fantazję i pieniądze, synku*. Filmik reklamowy kończy się odtworzeniem refrenu piosenki „Wesołe jest życie staruszka” (zob. wyżej, przykład [38]). Całość tego przekazu ma wydźwięk bardzo pozytywny, pro-senioralny, afirmujący starość, dlatego słowo *dziadek* występujące w tym kontekście uznać można za przewrotną ilustrację jego potocznego użycia w funkcji eufemizmu z intencją negatywną.

W kategorii eufemizmów „tolerujących” należy ponadto umieścić takie językowe środki, jak: *młodość już minęła, przeleciały młode lata, życie jest już za kimś* (przykłady za: M. Wolny 2003, s. 195–196) (wszystkie te formuły realizują metaforę CZAS TO PRZEDMIOT RUCHOMY, a człowiek stoi w miejscu), *ktoś posuwa się w latach* (metafora CZAS TO PRZEDMIOT STATYCZNY, a człowiek porusza się w kierunku przyszłości), *wiek trolejbusowy* (potoczne żartobliwe określenie warszawskie – podaje za „Wielkim słownikiem języka polskiego” pod red. P. Żmigrodzkiego³⁶), *wyglądać jak osiemnastka/ licealistka, stary, ale jary, mieć za nic metrykę, efekt upływu czasu*

hitlerowskiej przez członkinie dziewczęcej organizacji harcerskiej, do której należała autorka). Przykład za NKJP.

³⁶ W znaczeniu ‘u kobiety okres między 50 a 60 rokiem życia’ (w związku z niedysiejszą numeracją trolejbusów warszawskich). W Bydgoszczy – mieście, w którym mieszkam – używano w tym znaczeniu określenia *wiek autobusowy* (numeracja autobusów bydgoskich zaczyna się od 51).

‘starzenie się ciała, zwłaszcza skóry’ (wyrażenie z reklam kosmetyków), *mocno średni wiek* (trzy ostatnie przykłady za SEP), *komatanckie wspominki* (cytowane już wyżej), *z tyłu liceum, z przodu muzeum* (frazelogizm potoczny, SGS), *wieczór w tonacji ra-moll* ‘wieczór spędzony w towarzystwie starszych ludzi’, *nadwyżka statystyczna* ‘stara panna’ (frazelogizmy środowiskowe, odnotowane w SGS).

Przedstawione w tym paragrafie refleksje wskazują na to, że eufemizacja z intencją negatywną jest trwałą tendencją obrazowania ludzkiej starości we współczesnym języku polskim, która najprawdopodobniej będzie wykazywać trend wzrostowy, gdyż coraz bardziej będzie przesuwana granica między wiekiem młodym (*de facto* średnim, który jest dziś często postrzegany jako „przedłużenie młodości”) a wiekiem starym, oraz dlatego, że umacniać się będą wzorce kulturowe, które młodość faworyzują, a ludziom starym stawiać będą wymóg pozostawania aktywnymi do jak najpóźniejszych lat życia.

3.5. Zakończenie

Na podstawie omówionych wycinkowo w tym artykule danych językowych można wnioskować, że starość ludzka jest wciąż chronioną przez tabu wartością kulturową, której zakres ochrony jednak będzie się stopniowo zmniejszał (przyrastanie określeń kakofemizujących).

Zarysowany wyżej model językoznawczego opisu tendencji obrazowania starości może stanowić podstawę dalszych rozbudowanych analiz, prowadzących do opracowania monograficznej syntezy tego zagadnienia, a także – być może – do powstania opracowania leksykograficznego, rejestrującego będące w użyciu gerolingwizmy³⁷. Nie ma bowiem leksykonów, które obejmowałyby leksykę i frazeologię (ogólną, potoczną i środowiskową) służącą nazywaniu i wyrażaniu najrozmaitszych aspektów zarówno samej starości, jak i jej postrzegania. Słownik gerolingwistyczny mógłby usunąć – przynajmniej w pewnym zakresie – tę lukę.

³⁷ Proponowany przeze mnie termin na określenie wyrażeń dotyczących ludzkiej starości.

Wydaje się ponadto, że zarysowana w niniejszym artykule problematyka będzie z czasem zyskiwać na znaczeniu ze względów zarówno kulturowych, jak i społeczno-politycznych, gdyż doświadczanie własnej czy cudzej starości będzie udziałem coraz większej liczby osób żyjących w Polsce i mówiących po polsku. Dlatego już dziś potrzebna jest rzetelna naukowa refleksja językoznawcza nad tym, jak mówimy o starości. Mam nadzieję, że przedstawione w tej pracy ujęcie się do niej w pewnej mierze przyczynia.

Bibliografia

- Anusiewicz J., Skawiński J. (1996), *Słownik polszczyzny potocznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Bartmiński J. (red.) (1990), *Językowy obraz świata*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Czekanowski P. (2014), *Wieloznaczność określeń odnoszonych do ludzi starych*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 52–59.
- Dąbrowska A. (1990), *Zniekształcanie obrazu rzeczywistości poprzez użycie pewnych środków językowych (eufemizm i kakofemizm)*, [w:] J. Bartmiński (red.), *Językowy obraz świata*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 231–244.
- Dąbrowska A. (1993), *Eufemizmy współczesnego języka polskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Dąbrowska A. (1998), *Słownik eufemizmów polskich, czyli w rzeczy mocno, w sposobie łagodnie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Doroszewski W. (red.) (1958–1969), *Słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Państwowe Wiedza Powszechna; Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, t. I–XI.
- Dubisz S. (red.) (2003), *Uniwersalny słownik języka polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gomół A., Rygielska M. (red.) (2013), *STAROŚĆ jako wyobrażenie kulturowe*, Wydawnictwo grupakulturalna.pl, Katowice; lub http://www.grupakulturalna.pl/pliki/Gomola_Rygielska-Starosc.pdf (dostęp: 15.09.2020).
- Kaczmarek L., Skubalanka T., Grabias S. (1994), *Słownik gwary studenckiej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Kataryńczuk-Mania L., Gebreselassie J. (2018), *Kompetencje komunikacyjne seniorów – wybrane wątki*, „Dyskursy Młodych Andragogów”, nr 19, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra, s. 151–161; lub <http://www.dma.wpps.uz.zgora.pl/index>.

- php?journal=DMA&page=article&op=view&path%5B%5D=50&path%5B%5D=44 (dostęp: 10.10.2020).
- Kamieńska M., Mularska-Kucharek M. (2018), *Srebrne tabu. Przyjaźń, miłość i seks w wieku dojrzałym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kuran M. (red.) (2016), *Starość i młodość w literaturze i kulturze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Marcjanik M. (2014), *Językowy obraz osoby starej*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 11–17.
- Narodowy korpus języka polskiego, <http://www.nkjp.uni.lodz.pl>.
- Nawarecki A., Dziadek A. (red.) (1995), *Starość. Wybór materiałów z VII Konferencji Pracowników Naukowych i Studentów Instytutu Nauk o Literaturze Polskiej UŚ*, Górnośląska Macierz Kultury, Katowice.
- Niewiara A. (1995), *Starość „starości”, czyli wstęp filologiczny*, [w:] A. Nawarecki, A. Dziadek (red.), *Starość. Wybór materiałów z VII Konferencji Pracowników Naukowych i Studentów Instytutu Nauk o Literaturze Polskiej UŚ*, Górnośląska Macierz Kultury, Katowice, s. 10–14.
- Potent-Ambroziewicz M. (2013), *Starość w języku młodzieży współczesnej*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Słownik slangu młodzieżowego, <https://www.miejski.pl>.
- Szatur-Jaworska B. (2014), *Mówienie i myślenie o starości*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 76–80; lub <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/O%20sposobach%20%20mowienia%20o%20starosci.pdf> (dostęp: 15.05.2020).
- Szatur-Jaworska B. (red.) (2014), *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Tokarski R. (2013), *Światy za słowami*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Wolny M. (2003), *Językowy obraz starości ludzi i zwierząt w polszczyźnie* [w:] A. Dąbrowska (red.), *Język a Kultura*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, t. 15, s. 189–199.
- Zgółkowska H. (red.) (2004), *Nowy słownik gwary uczniowskiej*, Wydawnictwo EUROPA, Wrocław.
- Zgółkowska H. (red.) (1994–2005), *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, Wydawnictwo Kurpisz, Poznań, t. 1–50.
- Zimny R. (2007), *Portret osoby stułetniej w doniesieniach prasowych (analiza pragmatyczno-kulturowa)*, [w:] B. Brehmer von, V. Ždanova, R. Zimny (hrsg.), *Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (Polyslav)*, Band 10, Verlag Otto Sagner, München, s. 199–208.

- Zimny R. (2009), *Gatunkowy kształt prasowej sylwetki osoby stuletniej*, [w:] M. Święcicka (red.), *Polszczyzna bydgoszczan 4*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, s. 135–159.
- Zimny R. (2010), *Medialna sytuacja komunikacyjna a obraz świata (na przykładzie doniesień prasowych poświęconych stuleciu urodzin)*, [w:] G. Sawicka (red.), *Sytuacja komunikacyjna i jej parametry*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, s. 269–277.
- Zimny R. (2011), *Recepta na długowieczność, czyli jak dożyć stu lat. Pragmatyczny składnik rady w prasowych sylwetkach osób stuletnich*, [w:] W. Żarski, B. Staniów (red.), *Miłość niejedno ma imię. Studium monograficzne*, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koszalinie, Koszalin, s. 175–185.
- Zimny R. (2014), *Językowy obraz osób stuletnich w doniesieniach prasowych – kilka uwag*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości. Debata. Analiza. Przykłady*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 85–93.
- Zimny R. (2017a), *Starość i starzenie się w przysłowiaach polskich*, [w:] A.A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski, Katowice, t. 3, s. 339–344.
- Zimny R. (2017b), *Stulatkwie w komunikacji społecznej i medialnej*, [w:] A.A. Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski, Katowice, t. 3, s. 505–510.
- Zimny R., Nowak P. (2009), *Słownik polszczyzny politycznej po roku 1989*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zych A.A. (red.) (2017), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski, Katowice, t. 1–5.
- Żmigrodzki P. (red.), *Wielki słownik języka polskiego*, <https://wsjp.pl>.

* * *

Euphemisation of old age in contemporary Polish vis-à-vis other linguistic tendencies in depicting old age

(abstract)

This chapter provides a review of how the formal varieties of the language (used in the media, science and official communication) and its substandard varieties (colloquiality and sociolects) describe old age. It starts with an outline of the manifestations of the tendency to cacophemise old age (phrases referring to its downsides), to honour it (phrases expressing respect

for the elderly), and to infantilise it (talking to old people as if they were little children, etc.). It is followed by a detailed description of the tendency to euphemise old age (to use phrases/terms the more troubling aspects of old age), which predominates in linguistic communication. A distinction is drawn between euphemisation used with a positive intention (affirming oldness) or with a negative intention (affirming youth), and the systemic and textual means of their expression are analysed. The chapter concludes with the observation that while old age as a cultural value is still surrounded by a taboo, the level of its protection in the language (the euphemising tendency) is likely to decrease in time. A need for compiling the first gerontolinguistic dictionary in the history of Polish lexicography is also indicated.

Keywords: social communication, linguistic picture of the world, contemporary Polish, old age linguistic profiling, euphemisms

**Eufemizowanie starości we współczesnej polszczyźnie
na tle innych tendencji językowego obrazowania starości**
(streszczenie)

Rozdział dotyczy językowych tendencji obrazowania starości obecnych zarówno w oficjalnych odmianach języka (medialnej, naukowej, urzędowej), jak i w odmianach substandardowych (potoczność i socjolekty). Autor najpierw krótko omawia przejawy tendencji kakofemizacyjnej (uwypuklanie realnych negatywnych aspektów starości), honoryfikacyjnej (wyrażanie szacunku osobom starym) oraz infantyilizacyjnej (mówienie do osób starych jak do małych dzieci), po czym szczegółowo charakteryzuje najczęściej występującą w komunikacji językowej tendencję eufemizacyjną (ukrywanie negatywnych aspektów starości). Autor wyróżnił eufemizację z intencją pozytywną (opartą na afirmacji kategorii STAROŚĆ) oraz eufemizację z intencją negatywną (opartą na afirmacji kategorii MŁODOŚĆ) oraz przeanalizował zarówno środki systemowe, jak i tekstowe służące jej wyrażaniu. W podsumowaniu autor formułuje wniosek, że starość ludzka jest wciąż chronioną przez tabu wartością kulturową, ale zakres jej językowej ochrony (której wyrazem jest tendencja eufemizacyjna) będzie się stopniowo zmniejszał. Ponadto sygnalizuje on potrzebę opracowania pierwszego w historii polskiej leksykografii słownika gerolingwistycznego.

Słowa kluczowe: komunikacja społeczna, językowy obraz świata, współczesny język polski, profile starości, eufemizmy

4. Przebieg starzenia się człowieka w ujęciu medycznym

*Robert Błaszczak**

 <http://orcid.org/0000-0002-3660-0580>

4.1. Wprowadzenie

Zarówno na świecie jak i w Polsce obserwuje się postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Proces demograficznego starzenia się populacji państw rozwiniętych jest nieodwracalną wypadkową kilku czynników: z jednej strony znaczącego wzrostu średniej długości życia oraz zmniejszenia śmiertelności, będących następstwem wielkich osiągnięć i postępów cywilizacyjnych (poprawa warunków bytowych, rozwój medycyny), z drugiej strony – zmniejszenia dzietności kobiet i spadkiem liczby urodzeń. Wśród krajów Unii Europejskiej, społeczeństwo polskie należy do starzejących się najszybciej. Według raportu Komisji Europejskiej z roku 2015 w Polsce udział w populacji osób w wieku 65–79 lat ma się zwiększyć dwukrotnie do roku 2060, natomiast udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie. W związku z powyższym udział osób w wieku emerytalnym w populacji zwiększy się z 14% w 2015 do 27,8% w roku 2060 (Bank Światowy 2015).

Według GUS udział osób w wieku emerytalnym w 2050 roku zwiększy się do 32,7% (do 22,3% w grupie wiekowej 65–79 i do 10,4% w grupie wiekowej 80+) (GUS 2014).

Wśród potrzeb osób starszych na pierwsze miejsce wysuwa się potrzeba zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, aby osoby te

* Dr n. med., zastępca kierownika Kliniki Geriatrii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi, kierownik Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii.

mogły funkcjonować jak najdłużej samodzielnie. Starzejące się społeczeństwo to wyzwanie zarówno medyczne, jak i społeczne, ekonomiczne i kulturowe, które stwarza konieczność rozwoju różnych form opieki nad osobami starszymi.

Osoby starsze wymagają odpowiedniej opieki medycznej, dostosowanej do ich potrzeb i specyfiki schorzeń. Zwykle chorują na kilka chorób jednocześnie (co najmniej 3–4) i przyjmują duże ilości leków przepisanych na receptę, a także środków dostępnych bez recepty. Dlatego na świecie od wielu lat rozwijana jest geriatryka – dziedzina medycyny kompleksowo zajmująca się zdrowiem, chorobami i opieką nad osobami w wieku podeszłym. Geriatryka łączy zarówno fizyczne, jak i psychiczne, funkcjonalne i społeczne problemy starszych pacjentów, pozwalając całościowo oceniać i rozwiązywać złożone problemy wieku podeszłego.

Cecha systemu opieki nad osobami starszymi powinno być podejmowanie działań mających na celu utrzymanie ich niezależności życiowej, wczesne wykrywanie schorzeń, ich leczenie oraz rehabilitację.

Najważniejszymi założeniami systemu opieki nad osobami w starszym wieku powinno być:

- dążenie do utrzymania człowieka starszego w jego środowisku domowym, w miarę możliwości dostosowanym do jego zmieniających się możliwości poruszania się;
- wspieranie samodzielności i autonomii, gdzie własne dochody (świadczenie emerytalne, rentowe) oraz ewentualne wsparcie z pomocy społecznej umożliwia samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego;
- integracja osób starszych ze społeczeństwem, utrzymywanie więzi społecznych – zarówno wewnątrz grupy, jak i z pozostałą częścią społeczeństwa – poprzez organizowanie placówek dziennego pobytu, różnego rodzaju klubów seniora, ośrodków, uniwersytetów trzeciego wieku;
- opieka nad osobami wymagającymi wsparcia zarówno w miejscu zamieszkania w formie usług opiekuńczych, jak i w placówkach całodobowego wsparcia jakimi są np. domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze;
- skoncentrowanie uwagi na profilaktyce zdrowotnej, zapewnianiu coraz większą sprawność w zaawansowanej starości, umożliwienie bycia aktywnym, uznanie starszego pokolenia za wartościową część zasobów społecznych, wspieranie i budowanie solidarności międzypokoleniowej;

- podnoszenie świadomości społecznej – promowanie pozytywnego obrazu osób starszych;
- udzielanie kompleksowej i wielokierunkowej pomocy, zgodnie z potrzebami i oczekiwaniami osób starszych;
- łączenie różnych form pomocy;
- wsparcie rodzin i opiekunów, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych;
- współpraca zespołu sprawującego opiekę nad osobą starszą (zespół powinien składać się – optymalnie – z lekarza geriatry lub lekarza ze specjalizacją z medycyny rodzinnej oraz pielęgniarki; wspólnie współpracowaliby z pracownikiem socjalnym i opiekunem osoby starszej).

Sprawnie działająca opieka medyczna nad osobami starszymi pozwala seniorom czuć się bezpiecznie pod względem zdrowotnym i opiekuńczym. Jeżeli przyjrzymy się definicji zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia, która jest następująca: „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”; <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (dostęp: 28.08.2020) i pominiemy pierwszą część – brak choroby czy kalectwa – to tak naprawdę stan dobrostanu osiągamy zaspokajając swoje potrzeby (Constitution of the World Health Organization Conference 1946).

4.2. Proces starzenia i jego konsekwencje

Starzenie się jest procesem ciągłym, powolnym, rozciągniętym w czasie, którego zakończeniem jest śmierć będąca fizjologicznym kresem życia biologicznego. Cechy procesu starzenia się człowieka to m.in.: powszechność, progresywność, długotrwałość i złożoność etiologii. Pod względem medycznym proces starzenia się to nic innego jak zespół fizjologicznych zmian, które zachodzą w strukturze i funkcji organizmu oraz na poziomie adaptacji jednostki do wymagań otoczenia (Bromley 1969, s. 17–19). Starzeje się każdy z nas i jest to proces postępujący, przebiegający w czasie, na który nakładają się wzajemnie zarówno zmiany inwolucyjne poszczególnych narządów jak i schorzenia współlistniejące, a co najważniejsze proces ten charakteryzuje się własną dynamiką, pozostająca w dużej mierze poza kontrolą jednostki. Niewątpliwie proces starzenia się

człowieka trudno jest uogólnić, ponieważ ma wymiar jednostkowy. Starzenie się jest jednym z prawidłowych etapów rozwoju ludzkiego, którego nie można cofnąć, zatrzymać czy odwrócić, i przebiega etapami. Każdy człowiek przechodzi przez ten proces w sposób indywidualny. Pojęcie „starzenie się” ma zatem charakter dynamiczny i jest sprzężone z narastającym upośledzeniem funkcji organizmu oraz prawdopodobieństwem śmierci.

Za granice starości chronologicznej, wyznaczonej liczbą przeżytych lat, uważa się przekroczenie 65. (wg Organizacji Narodów Zjednoczonych – ONZ) lub 60. (wg Światowej Organizacji Zdrowia – WHO) roku życia. Klasyfikacja WHO przyjmuje trzy podokresy starości demograficznej: wiek podeszły (60–75 lat), wiek starchy (75–90 lat) i wiek sędziwy – długowieczność (powyżej 90 roku życia).

Zachodzące w procesie starzenia, postępujące w czasie zmiany inwolucyjne powodują osłabienie mechanizmów adaptacyjnych, pozwalających naszemu organizmowi na utrzymanie homeostazy – równowagi wewnętrznego środowiska. Organizm funkcjonuje w warunkach kruchej równowagi, która może być zaburzona nawet przez niewielkie zmiany: odwodnienie, stan zapalny, upadek, stres, stosowanie leku w nieprawidłowej dawce albo przyjmowanie zbyt dużej ilości farmaceutyków. W geriatrici funkcjonuje pojęcie zespołu kruchości, słabości (*frailty syndrome*). Zespół kruchości to zespół objawów wynikający m.in. ze starzenia się organizmu, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw fizjologicznych, zaburzeniami endokrynologicznymi i immunologicznymi, które prowadzą do zwiększonej podatności organizmu na czynniki stresogenne i zwiększonego ryzyka wystąpienia szeregu niekorzystnych następstw zdrowotnych. Zespół kruchości to tak naprawdę balansowanie na granicy zachwiania naszego zdrowia. W przypadku osoby starszej sprawnej, reakcja na niewielkie zaburzenie w stanie zdrowia nie powoduje żadnych skutków długofalowych. Ale niewielkie schorzenie u osoby starszej, u której występuje zespół kruchości, może spowodować, że jej sprawność ulega pogorszeniu i często powrót do stanu sprzed zachorowania trwa długo, a u części pacjentów nie ma powrotu do sprawności i formy oraz ponownej niezależności. Jednym z podstawowych narzędzi rozpoznania zespołu kruchości są kryteria według Fried, które obejmują zmniejszenie siły mięśniowej, uczucie osłabienia, wyczerpania, niezamierzone chudnięcie, małą aktywność fizyczną i wolny chód – spełnienie

trzech z tych warunków powinno zwrócić naszą uwagę, że możemy mieć do czynienia u pacjenta starszego z zespołem kruchości (Fried, Tangen, Walston i inni 2001).

Ważną cechą biologicznego wymiaru starzenia się jest osłabienie układów obronnych organizmu, a przejawem zaburzeń odporności są częstsze infekcje o cięższym przebiegu, procesy nowotworowe i zaostrzenie współistniejących chorób, np. cukrzycy, niewydolności serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (Parnowski 2013).

W naturalnym procesie starzenia się już w średnim wieku następuje stopniowy zanik (atrofia) czynnych komórek w poszczególnych tkankach i narządach, średnio o 1% na dekadę życia. Ubożeje masa kostna i mięśniowa, ulega zmniejszeniu podstawowa przemiana materii, osłabieniu ulega funkcja poszczególnych układów (endokrynologicznego, odpornościowego, sercowo-naczyniowego, oddechowego, pokarmowego itd.). Wiek podeszły koreluje ze wzrostem występowania osteoporozy (dotykającej przede wszystkim kobiet powyżej 60. roku życia), chorób nowotworowych, cukrzycy, zmian zwyrodnieniowych układu kostno-stawowego (dotykających 30–70% populacji osób po 65 roku życia), chorób płuc oraz uszkodzeń narządów zmysłów (pogorszenie wzroku następuje u prawie 75% osób pomiędzy 65. a 70. rokiem życia, a upośledzenie słuchu u ok. 30% populacji powyżej 65. roku życia). Zaznaczają się tzw. zewnętrzne cechy upływającego czasu: zmarszczki na skórze, włosy siwieją, zmienia się sylwetka ciała, zmniejsza się ogólna sprawność funkcjonalna i intelektualna. Pojawiają się tzw. wielkie problemy geriatryczne, a mianowicie: ograniczenie mobilności, unieruchomienie, zaburzenia stabilności postawy, skłonność do upadków, nieprzytrzymanie zwieraczy, upośledzenie funkcji poznawczych, depresja, niedożywienie, upośledzenie wzroku i słuchu, zespoły jatrogenne.

Trudności w leczeniu chorych w podeszłym wieku wynikają z niespecyficzności objawów chorobowych, które należy rozumieć jako obraz kliniczny choroby inny od typowego dla młodszych grup wiekowych. Obejmuje to z jednej strony brak typowych objawów (np. zawał serca bez typowych dolegliwości bólowych), a z drugiej strony pojawienie się objawów nietypowych. Przykładem nietypowej manifestacji chorób mogą być również upadki, które mogą być konsekwencją m.in.: zawału mięśnia sercowego wskutek pogorszenia ukrwienia ośrodkowego układu nerwowego, czy też zapalenia płuc, gdy następuje zmniejszenie transportu tlenu do ośrodkowego

układu nerwowego. Upadki mogą być także pierwszym objawem nadczynności tarczycy czy też niedokrwistości. Poza upadkami częstą, nietypową manifestacją chorób w starości jest ogólne pogorszenie sprawności funkcjonalnej, czy też nagłe pogorszenie kontaktu z pacjentem. Częstość występowania objawów nietypowych jest znaczna w grupie chorych po 80. roku życia, a także u chorych z otępieniem. Depresja, zaburzenia łaknienia, bóle i zawroty głowy, biegunki, wymioty, zaparcia, zmiany skórne, osłabienie, apatia, hipokaliemia polekowa to inne częste objawy u pacjentów geriatrycznych w wielu schorzeniach. U wielu osób starszych rozwija się co najmniej jeden problem geriatryczny. Dla większości z nich w starzenie się wpisana jest konieczność radzenia sobie z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością.

4.3. Niejednorodność procesów starzenia

Należy pamiętać, że osoby starsze nie są grupą jednorodną. Jej różnorodność wynika z jednej strony z przebiegu procesu starzenia, który u każdego jest procesem indywidualnym, a z drugiej strony z występowania u każdej osoby innych, przewlekłych procesów chorobowych, nakładających się na fizjologiczne zmiany w organizmie. Dodatkowo wraz z wiekiem coraz większą rolę odgrywa czynnik psychospołeczny. Ma on znaczenie dla występowania i przebiegu niektórych chorób (np. przynależność lub jej brak do grupy, zainteresowanie własną osobą, poczucie użyteczności dla społeczeństwa lub jej braku – mogą być przyczyną zaburzeń depresyjnych).

Biorąc pod uwagę fakt, że przebieg procesu starzenia jest indywidualny oraz to, że u niektórych pacjentów współwystępują schorzenia, które wpływają na ogólną sprawność, wśród osób starszych możemy wyodrębnić grupę osób, u których na stopień sprawności funkcjonalnej wpływają zmiany tylko wynikające z procesu starzenia. Mówimy wtedy o tzw. starzeniu pomyślnym (*successful ageing*). W przypadku innej grupy osób, u których na ich sprawność wpływa nie tylko sam proces starzenia, lecz dodatkowo współwystępujące schorzenia, mówimy o starzeniu niepomyślnym, patologicznym (*impaired ageing*). Występuje wówczas szybko postępujące upośledzenie wielu funkcji życiowych (Rowe, Kahn 1997; Bień 2006).

W populacji osób w wieku podeszłym możemy wyróżnić zarówno osoby zdrowe, które często prowadzą aktywny tryb życia, chorych sprawnych, mimo występowania często licznych procesów chorobowych, jak i chorych z różnego stopnia niesprawnością funkcjonalną.

Pacjent w wieku starszym wymaga specjalistycznego podejścia, całościowej oceny, wnikliwego i szerokiego przeanalizowania jego problemów i rozpoznania priorytetowego problemu, który najbardziej zaburza jego jakość życia. Istotne jest przywrócenie dobrego samopoczucia, poprawy sprawności, samodzielności, zdolności do samoobsługi. Ludzie starsi najbardziej boją się samotności, cierpienia, braku zdolności do samodzielnego zajmowania się sobą, uzależnienia się od osób trzecich. Pragną żyć w zdrowiu i sprawności do ostatnich swoich dni, we własnym środowisku, w otoczeniu bliskich osób, w zgodzie ze swymi wartościami, cieszyć się swoim życiem, mieć przyjaciół, odczuwać, że są potrzebni.

Stan funkcjonalny naszego organizmu – jak już wiemy – stopniowo pogarsza się wraz z wiekiem, powodując narastanie problemu rozpowszechnienia niesprawności, zwłaszcza w okresie zaawansowanej starości, w tym długotrwałego unieruchomienia i całkowitej zależności. Stwarza to potrzebę wdrażania w systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej działań zmierzających do poprawy funkcjonowania człowieka zarówno w domu, jak i w różnego typu instytucjach zajmujących się opieką nad pacjentami. Ciężka niesprawność i współistnienie wielu chorób powodują konieczność korzystania z kwalifikowanej opieki instytucjonalnej wśród coraz większej grupy osób starszych.

Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia wskaźniki niesprawności wykazują korelację z wiekiem. Problemy z samodzielną, codzienną egzystencją stwierdzić można u 30–40% w grupie osób w wieku 75 lat i więcej. Granice pomiędzy zdrowiem, chorobą a niepełnosprawnością nie zawsze są ostre. Niepełnosprawność może, ale wcale nie musi być następstwem choroby. Zwłaszcza rozgraniczenie pomiędzy chorobą przewlekłą a niepełnosprawnością może bardzo często nie być wyraźne. Mówiąc o chorobie mamy na myśli proces. Niepełnosprawność natomiast to pewien wynikający z niej stan (Wieczorowska-Tobis 2011).

W rozumieniu medycznym niepełnosprawność to długotrwały stan występowania pewnych ograniczeń w prawidłowym funkcjonowaniu

organizmu człowieka. Ograniczenia te powstają na skutek obniżenia sprawności funkcji fizycznych, psychicznych bądź umysłowych. Niepełnosprawność to także uszkodzenie, czyli utrata lub wada psychiczna, fizjologiczna czy też anatomiczna struktury naszego organizmu. Utrata ta może być całkowita, częściowa, trwała lub okresowa, wrodzona lub nabyta, ustabilizowana lub postępująca. Jeżeli spojrzymy na zmiany zachodzące w organizmie w miarę upływu lat i dodatkowo nakładające się na nie współistniejące schorzenia, szczególnie w przypadku seniora z wielochorobowością, to niepełnosprawność funkcjonalna jest zjawiskiem bardzo częstym wśród osób starszych. Według WHO, co zostało ujęte także w aktach prawnych naszego kraju, niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. Osobami z niepełnosprawnościami są więc te, które nie mogą częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości samodzielnego, normalnego życia indywidualnego i społecznego, na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/lub psychicznych. Należy pamiętać, że niezależnie od przyczyny niepełnosprawności, każdej osobie z niepełnosprawnością należy się pełne i równe korzystanie z ze wszystkich praw człowieka i podstawowych wolności (Karta Praw Osób Niepełnosprawnych 1997; Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych; Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych; Ustawa z dnia 15 czerwca 2012 o ratyfikacji konwencji ONZ).

4.4. niesprawność funkcjonalna

Zmiany towarzyszące starzeniu się zwiększają ryzyko występowania niesprawności funkcjonalnej, co wynika m.in. z tego, że wraz z wiekiem ulega osłabieniu percepcja narządów zmysłów gwarantujących stabilność postawy, takich jak: wzroku, słuchu, równowagi oraz czucia powierzchownego i głębokiego. Dodatkowo w miarę upływu lat mamy do czynienia ze zmniejszaniem się masy mięśniowej (tzw. sarkopenia) oraz jednocześnie ze zmniejszeniem siły mięśniowej. Zjawiska te powodują trudności stabilizacji postawy oraz szybkiej reakcji na nagle pojawiające się przeszkody. Dodatkowo, wskutek postępujących zmian zwyrodnieniowych w układzie

mięśniowo szkieletowym dochodzi do zmiany wzorca chodu. Typowy chód starczy ma swoje cechy: długość kroku ulega skróceniu, zmniejszają się współruchy kończyn górnych, dłużej trwa faza obunóżnego podporu, pochylenie sylwetki przesuwają środek ciężkości ku przodowi, chód spowalnia się.

W czasie starzenia spowalnia się również przewodnictwo nerwowe, wydłuża czas reakcji oraz dochodzi do zaburzeń integracji reakcji czuciowych i ruchowych. Wszystkie te zmiany niekorzystnie wpływają na zdolność utrzymania równowagi, wynikiem czego jest ograniczanie fizycznej aktywności, a to jest znaczącym czynnikiem ryzyka wystąpienia upadku. Niezależnie od przyczyny niesprawności, wiele osób w wieku podeszłym w pewnym momencie staje się osobą unieruchomioną, a to niesie za sobą szereg konsekwencji, często nawet groźnych dla życia.

Najważniejsze skutki unieruchomienia to:

- upośledzenie funkcjonowania układów krążenia, oddechowego i ruchu;
- obniżenie zdolności do wysiłku, czyli spadek wydolności fizycznej;
 - nasilony zanik masy i siły mięśni szkieletowych;
 - obniżenie odporności, co w połączeniu ze zmniejszoną wentylacją płucną, zagęszczeniem i osłabionym usuwaniem wydzieliny, może skutkować zapaleniem płuc;
 - obniżenie tolerancji ortostatycznej;
 - obniżenie tolerancji glukozy;
 - obniżenie beztłuszczowej masy ciała, czyli masy tkanek aktywnych (głównie z powodu atrofii mięśni i kości);
- w związku ze zwiększonym wydalaniem w moczu wapnia i fosforanów oraz zwiększonym stężeniem szczawianów i kwasu moczowego, skłonność do powstawania kamieni nerkowych;
- zwiększenie lepkości krwi (zwiększenie stężenia fibrynogenu w osoczu, skrócenie czasu krzepnięcia, zmniejszenie ilości osocza) oraz zmniejszenie ilości krwi krążącej;
 - zakrzepica żył głębokich;
 - skłonność do powstawania odleżyn;
 - zwiększona hipertermia wysiłkowa;
 - upośledzenie perystaltyki jelit, skłonność do zaparc.

Negatywne następstwa hipokinezy są często poważniejsze od skutków choroby podstawowej. Dlatego ruch – jako niezastąpiony

lek – powinien być podstawą usprawniania i prewencji wielu chorób wieku starszego (choroba wieńcowa, nadciśnienie, otyłość, cukrzyca, osteoporoza).

4.5. Narzędzia do określania stanu zdrowia

Starzenie się, jak wiemy, jest procesem naturalnym, ciągłym, zachodzącym w czasie, przebiegającym na kilku płaszczyznach – fizycznej, psychologicznej, społecznej. Biorąc pod uwagę fakt, że procesy starzenia dotyczą każdego narządu i układu organizmu, ważne jest, abyśmy mogli posługiwać się narzędziem, które na każdym etapie określi nam stan zdrowia seniora zarówno w środowisku domowym, jak i w szpitalu czy domu opieki, oraz wskaże na jego potrzeby. Takim narzędziem jest wykorzystywana w geriatrici Całościowa Ocena Geriatryczna. Obejmuje ona ocenę stanu czynnościowego, stanu zdrowia fizycznego, poziomu funkcji umysłowych oraz sytuacji socjalno-środowiskowej.

Według definicji zdrowia WHO Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jest wielokierunkowym, zintegrowanym procesem diagnostycznym, którego celem jest ustalenie zakresu zaburzenia dobrostanu, ustalenie priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych, potrzeb i możliwości zapewnienia dalszego leczenia/rehabilitacji/opieki (dom, dom opieki, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział szpitalny) (Wieczorowska-Tobis, Rajska-Neumann, Styszyński, Józwiak 2006).

Całościowa Ocena Geriatryczna jest pierwszym etapem w procedurze indywidualnego podejścia geriatrycznego. Wprowadzenie tego narzędzia w procesie diagnostycznym umożliwia racjonalną opiekę nad osobą starszą oraz – co najważniejsze – zwiększa szansę pomyślnego starzenia dla pacjenta w wieku podeszłym. COG wykracza poza rozpoznanie pojedynczej choroby lub pojedynczego deficytu psycho-ruchowego. Jest kompleksowym procesem diagnostycznym, zmierzającym do określenia zakresu możliwości i ograniczeń osoby starszej w środowisku jej funkcjonowania.

Całościowa Ocena Geriatryczna pozwala na wykrycie zaburzeń klinicznych, funkcjonalnych, psychicznych oraz problemów socjalnych, które mogłyby być niezauważone przy standardowym postępowaniu klinicznym, chociażby z tego względu, że o niektórych problemach seniorzy nie mówią wprost lub uważają, że nie jest to

objaw chorobowy, a tylko oznaka starości. COG jest narzędziem uniwersalnym, ponieważ może być wykorzystane w każdym środowisku, w którym przebywa senior – zarówno w środowisku domowym, jak i w szpitalu lub domu opieki.

Ten zintegrowany proces diagnostyczny umożliwia ustalenie zakresu zaburzenia zdrowia, priorytetów, potrzeb oraz możliwości zapewnienia dalszego leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji i opieki. Jest też narzędziem prognostycznym w zakresie pomocy w przyszłości. Obejmuje ocenę stanu czynnościowego, ocenę stanu zdrowia fizycznego, funkcji umysłowych oraz ocenę socjalno-środowiskową. Pozwala określić zdolność osoby w wieku podeszłym do samodzielnego funkcjonowania w środowisku oraz ustalić jej potrzeby zdrowotne, psychologiczne i socjalne. Dzięki niej możemy określić hierarchię potrzeb osoby starszej i zaplanować ewentualną opiekę nad nią.

Pierwszym etapem COG jest na ogół ocena stanu czynnościowego osoby starszej. W ocenie stanu czynnościowego najczęściej stosowanymi metodami są:

- skala oceny podstawowych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania codziennego (*Activites of Daily Living* – ADL);
- skala oceny złożonych czynności życia codziennego, czyli funkcjonowania instrumentalnego (*Instrumental Activites of Daily Living* – IADL);
- skala Barthel.

Skala ADL zawiera pytania dotyczące stopnia samodzielności w zakresie wykonywania codziennych czynności przez pacjenta, do których zaliczono utrzymanie higieny, ubieranie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie zwieraczy, karmienie oraz poruszanie się związane ze zdolnością do kładzenia się i wstawania z łóżka oraz siadania i wstawania z krzesła. Niewielka liczba zdobytych punktów wg tej skali świadczy o niezdolności osoby do samodzielnego funkcjonowania oraz konieczności pomocy ze strony innych osób w zakresie poszczególnych czynności życia codziennego.

Skala IADL ocenia parametry funkcjonowania instrumentalnego dotyczące zdolności posługiwania się telefonem, dokonywania zakupów, przygotowywania posiłków, sprzątanía, prania, korzystania ze środków transportu, przyjmowania leków oraz posługiwania się pieniędzmi. Przy pomocy skali IADL oceniamy niezależność człowieka w funkcjonowaniu w otaczającym go świecie.

Niezależność osoby badanej zmniejsza się wraz ze spadkiem liczby punktów, czyli mniejszą zdolnością do wykonywania określonych czynności.

Skala Barthel jest stosowana głównie do określenia poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich i konieczności instytucjonalizacji osoby starszej. Skala ta ocenia punktowo wykonywanie czynności życia codziennego takich jak spożywanie posiłków, poruszanie się, utrzymywanie higieny, ubieranie się itp. Wraz z mniejszą liczbą punktów badany jest kwalifikowany do grupy osób wymagających określonej opieki innych osób.

Kwestionariusz EASY-Care jest kolejnym narzędziem mogącym być wykorzystanym w ocenie stanu czynnościowego osoby starszej. Poprzez kompleksową ocenę funkcjonalną umożliwia on analizę potrzeb zarówno medycznych, jak i socjalnych osoby starszej w środowisku zamieszkania. Kwestionariusz EASY-Care obejmuje samoocenę stanu zdrowia, samopoczucia oraz analizę sprawności w zakresie czynności codziennych (ADL) jak i instrumentalnych (IADL), rozszerzoną o wskazanie osoby pomagającej w wykonywaniu danej czynności. W dalszej części kwestionariusz EASY-Care zawiera sześciopunktowy test badający stopień upośledzenia czynności poznawczych oraz pytania dotyczące indywidualnych potrzeb respondenta. Jest więc narzędziem złożonym, łączącym zarówno ocenę stanu czynnościowego jak i wstępną ocenę stanu psychicznego osoby badanej.

Oprócz wymienionych powyżej podstawowych skal w analizie sprawności funkcjonalnej stosuje się niekiedy szereg innych testów. TUG test (*timed „up and go” test*) – test „wstań i idź” ocenia dwie podstawowe funkcje życia codziennego: przejście z pozycji siedzącej do stojącej oraz marsz na krótkim dystansie. Pacjent w jak najszybszym czasie podnosi się z pozycji siedzącej na krzesło o standardowej wysokości do pozycji stojącej (jeśli to konieczne może używać rąk do podparcia), maszeruje na dystansie 3 m, wykonuje zwrot, maszeruje z powrotem do krzesła i siada. Po opisie słownym i praktycznej próbie pacjent powtarza test dwukrotnie. Czas mierzony jest stoperem. Do analizy używana jest próba, podczas której pacjent uzyskał lepszy wynik. Osoby sprawne wykonują test w czasie ok. 10 sekund. Osoby zniedołężniałe potrzebują co najmniej 20 sekund. Wynik powyżej 14 sekund wskazuje na zwiększone ryzyko upadków.

Bardzo pomocnym w ocenie stanu fizycznego, a jednocześnie sprawności funkcjonalnej, jest stosowanie skali oceny równowagi i chodu (skala Tinetti). W skali Tinetti ocenia się równowagę podczas siedzenia, wstawanie z miejsca, równowagę bezpośrednio po wstaniu z miejsca, równowagę podczas stania, równowagę podczas próby trącania przy otwartych i zamkniętych oczach badanego, obracanie się o 360° i siadanie. Podczas oceny chodu badany stoi obok badającego, idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika (o ile posługuje się nimi w życiu codziennym). Ocenia się zapoczątkowanie chodu, długość i wysokość kroku, zasięg ruchu prawej i lewej stopy przy wyroku, symetrię kroku, ciągłość chodu, ścieżkę chodu (należy dokonać oceny na odcinku ok. 3 metrów, odnotować odchylenie rzędu 30 cm), kołysanie tułowia i korzystanie z przyrządów pomocniczych, pozycję pięt podczas chodzenia. Wynik końcowy ocenia się w punktach (maksymalnie 28). W teście tym mamy zbiorczą ocenę funkcji układu nerwowego i ruchu. W przypadku otrzymania niskiej punktacji musimy brać pod uwagę potrzebę wyposażenia badanej osoby w nocne oświetlenie podłogi, poręczę przy łóżku, w łazience, chodzik itd.

Podczas Całościowej Oceny Geriatrycznej mamy także możliwość wykonania kilku prostych testów funkcjonalnych, takich jak test sześciominutowego marszu, test marszu na dystansie sześciu metrów i dziesięciu metrów, test zasięgu funkcjonalnego (mierzy najdalszy zasięg kończyny górnej osiągnięty w pozycji stojącej bez podparcia i bez wykonywania kroków) i test równowagi dynamicznej (pacjent startując z pozycji stojącej, najszybciej jak to możliwe pokonuje dwukrotnie dystans 10 m po torze w kształcie ósemki).

Innym testem wykorzystywanym w ocenie stanu fizycznego pacjenta w wieku podeszłym jest test oceniający stan odżywienia i jednocześnie sprawność funkcjonalną przy pomocy kwestionariusza oceny stopnia odżywienia Mini Nutritional Assessment (MNA). Wersja pełna kwestionariusza zawiera 18 pytań dotyczących oceny stopnia odżywiania, tzn.: przyjmowania pokarmów, utraty masy ciała, zdolności do samodzielnego poruszania się, występowania ostrej choroby lub stresu w przeciągu ostatnich trzech miesięcy, problemów neurologicznych, wskaźnika masy ciała BMI, liczby przyjmowanych leków, spożywania posiłków, obwodu ramienia

i łydki. Łączna liczba punktów równa jest 30. Grupa osób, które otrzymują liczbę punktów $>23,5$, określona jest jako posiadająca dobry stan odżywienia. Osoby znajdujące się w przedziale $17,0 < 23,5$, charakteryzowane są jako grupa ryzyka niedożywienia.

Wykorzystujemy w ocenie stanu fizycznego także skalę Nortona, którą stosujemy w celu określenia ryzyka powstawania odleżyn i ukierunkowanie działań prewencyjnych. Oceniamy w tej skali m.in. mobilność pacjenta, stan jego świadomości.

Kolejnym etapem Całościowej Oceny Geriatrycznej jest ocena stanu umysłowego. W tym miejscu oceniamy zarówno czynności poznawcze, jak również stan emocjonalny pacjenta w wieku podeszłym.

Skale, które umożliwiają nam ocenić ilościowo czynności poznawcze (sprawność umysłową), to m.in.:

- skala Folsteina (*MMSE – Mini Mental State Examination*) – bada najważniejsze aspekty sprawności umysłowej – orientację, zapamiętywanie, liczenie i koncentrację uwagi, pamięć świeżą i funkcje językowe;
- skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona;
- Test Rysowania Zegara;
- skala niedokrwienna Hachinskiego – pozwala różnicować otępienie naczyniowe i chorobę Alzheimera.

Spośród skal oceniających stan emocjonalny (afekt, lęk i depresję) najczęściej stosowana jest piętnastopunktowa geriatryczna skala oceny depresji Yesavage'a – *Geriatric Depression Scale (GDS)*.

W skali oceny stanu psychicznego *Mini-Mental State Examination (MMSE)* zawarto sześć grup zadań, sprawdzających stopień funkcjonowania podstawowych procesów psychicznych, takich jak: orientacja w czasie i w miejscu, zapamiętywanie, uwaga i liczenie, przypominanie, funkcje językowe oraz praxja konstrukcyjna. Wynik możliwy do zdobycia wynosi 30 punktów. Wynik 27–30 punktów określany jest jako prawidłowy. Osoby badane uzyskujące wynik od 24 do 26 punktów charakteryzowane są jako posiadające zaburzenia poznawcze, ale jeszcze bez otępienia. Wynik 19–23 punktów mówi nam o możliwości występowania u respondenta otępienia w stopniu lekkim, 11–18 punktów – w stopniu średnim oraz 0–10 punktów w głębokim stopniu otępienia.

Skrócony test sprawności umysłowej wg Hodgkinsona i test rysowania zegara (*clock drawing test – CDT*) są testami przesiewowymi służącymi do oceny funkcji umysłowych.

CDT polega na narysowaniu tarczy zegara, wstawieniu cyfr oznaczających godziny oraz wskazówek godzinowej i minutowej (najczęściej ustawionych na godzinie trzeciej). Interpretacja testu nie jest jednak jednoznaczna i musimy pamiętać, że może służyć jedynie do oceny orientacyjnej stanu pacjenta.

Geriatryczna skala oceny depresji (GDS) w wersji skróconej ocenia stan samopoczucia osoby badanej w ciągu ostatnich 2 tygodni. Zawiera 15 pytań, każde uwzględniające dwie możliwe odpowiedzi: tak lub nie. Osoba badana, wybierając odpowiedź świadczącą o występowaniu złego samopoczucia, otrzymuje 1 punkt. Wynik do 5 punktów, oceniany jest jako prawidłowy, od 6 do 10 punktów oznacza depresję umiarkowaną, 11–15 punktów określa osoby z ciężką depresją.

Ostatnim etapem COG jest ocena socjalno-środowiskowa, która ma na celu określenie potrzeb w zakresie opieki i pomocy, zarówno aktualnej jak i długoterminowej. Ten etap powinien być prowadzony z udziałem pracownika socjalnego, pielęgniarki środowiskowej i – jeśli to możliwe – rodziny/opiekunów pacjenta. Całościowa Ocena Geriatryczna jest narzędziem wykorzystywanym przede wszystkim w zakresie oceny stanu zdrowia fizycznego i psychicznego seniora oraz jego sprawności, ale testy wchodzące w jej skład mogą naprawdę dużo powiedzieć nam o osobie starszej – jej możliwościach, oczekiwaniach i potrzebach, zarówno w sferze podstawowej, jak i możliwościach realizowania się i oczekiwań w zakresie potrzeb wyższych.

Analizując potrzeby osób starszych wydaje się, iż należy poddać szczegółowej analizie właśnie poziom sprawności funkcjonalnej seniorów. Zmniejszenie aktywności ruchowej z równoczesnym występowaniem trudności w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego u osób w podeszłym wieku może być pierwszym zwiastunem wielu chorób zarówno somatycznych, jak i psychicznych. To poziom sprawności funkcjonowania codziennego w zakresie czynności podstawowych i złożonych może stanowić o jakości życia człowieka w społeczeństwie. Sprawność starszych osób stanowi wypadkową postępującego procesu starzenia się, współistniejących patologii, schorzeń, następstw przebytych urazów, stylu życia oraz czynników psychospołecznych. W grupie seniorów obserwujemy znaczne zróżnicowanie poziomu sprawności funkcjonalnej. Obniżenie poziomu sprawności funkcjonalnej postępuje

zwykle w określonej kolejności, zaczyna się od czynności bardziej złożonych, np. posługiwania się pieniędzmi przy dokonywaniu zakupów czy opłat, przygotowania posiłków, korzystania ze środków komunikacji miejskiej. W dalszym okresie następuje bezradność nawet przy wykonywaniu najprostszych czynności dnia codziennego, jak mycie się, korzystanie z toalety czy ubieranie, a nawet samodzielne spożywanie posiłków.

Obniżenie poziomu sprawności funkcjonalnej skutkuje, szczególnie wśród populacji osób w podeszłym wieku, koniecznością korzystania z pomocy innych osób w czynnościach umożliwiających własne funkcjonowanie. Ograniczenie własnej sprawności i konieczność korzystania z pomocy jest czynnikiem pogłębiającym złe samopoczucie seniorów. Często niekorzystną sytuację osób o obniżonym poziomie sprawności funkcjonalnej potęgują między innymi niedostosowanie mieszkań do potrzeb, bariery architektoniczne czy brak sprzętu ortopedycznego.

4.6. Potrzeby zdrowotne i ich znaczenie

Tak jak jest wiele definicji potrzeb, tak jest wiele teorii i modeli potrzeb człowieka. Potrzeby dotyczą każdego z nas, ale w zależności od okresu naszego życia, w którym się znajdujemy, ulegają osłabieniu lub wzmocnieniu. Potrzeby, które w okresie dorastania lub dojrzałości są najważniejsze, stawiane na pierwszym miejscu, wraz z upływem lat znacznie słabną. W okresie starości zmienia się sytuacja życiowa i zachodzą charakterystyczne zmiany w życiu człowieka. Pogarsza się stan zdrowia, osłabia aktywność fizyczna, zachodzą zmiany w relacjach społecznych. Senior potrzebuje akceptacji, wsparcia, poczucia bezpieczeństwa. Ze względu na zakończenie aktywności zawodowej, a także aktywności dotyczącej różnych sfer życia, czuje się bardzo często niepotrzebny i niedoceniony. Gerontolodzy w dużej mierze skupiają się na potrzebach społecznych i psychicznych w życiu ludzi starszych.

B. Synak wyróżnił (za: Orzechowska 1999, s. 25–26)

- potrzebę przynależności – integracji i towarzystwa;
- potrzebę użyteczności i uznania;
- potrzebę niezależności;
- potrzebę bezpieczeństwa i satysfakcji życiowej.

Nie ulega jednak wątpliwości, że jedną z ważniejszych potrzeb dla osób starszych, nie ujętą jako osobna grupa w klasyfikacji potrzeb człowieka, jest potrzeba zdrowotna, której zaspokojenie sprawia, że osoba w wieku starszym odczuwa bezpieczeństwo – czuje, że jest potrzebna, ponieważ społeczeństwo o nią dba. Realizacja potrzeb w znaczeniu zdrowotnym to m.in. zapewniony dostęp do świadczeń medycznych, uczestnictwo w programach profilaktycznych.

Biologia i zmiany w organizmie wymuszają pewne modele zachowań, co ma wpływ na zmianę potrzeb. Człowiek w podeszłym wieku staje się coraz mniej wydolny, bardziej podatny na choroby i urazy, a naturalne starzenie się organizmu powoduje zmiany również w układzie nerwowym, co pociąga za sobą zmiany w zachowaniu. Dolegliwości i urazy powodują ból, pojawia się niesprawność. Pomocna może być odpowiednio dobrana aktywność fizyczna. Wspólne spacerowanie czy drobne ćwiczenia wpłyną pozytywnie na samopoczucie i odporność osoby starszej. Zredukują występowanie jednostek chorobowych i wzmocnią ciało. Gdy nie jest to już możliwe ze względu na stan osoby starszej, zawsze miejmy na uwadze to, jak my byśmy się czuli w danej sytuacji i czego byśmy potrzebowali. Aktywność fizyczna osób starszych, obarczonych niepełnosprawnością jest bardzo często utrudniona, ponieważ musimy pamiętać, że problemy związane z ostrością widzenia, postrzeganiem kontrastu i nadwrażliwością na światło wpływają na orientację w terenie. Przestrzeń naszpikowana reklamami czy też przyjmowane leki mogą wywoływać u osób starszych dezorientację i kłopoty z odnalezieniem się w przestrzeni. Biorąc pod uwagę wielochorobowość u osób starszych i związaną z tym niepełnosprawność funkcjonalną, to brak rozwiązania i udogodnień, które nie mają większego znaczenia dla osób sprawnych (np. brak windy) sprawiają, że osoby starsze stają się więźniami we własnym domu, a jeśli go opuszczają, narażają się na urazy. Problem jest znacznie szerszy niż tylko podjazdy dla wózków i poręcze. Problemom kardiologicznym (np. w niewydolności serca) towarzyszy większa męczliwość, a zatem brak możliwości pokonania nawet niewielkich dystansów bez odpoczynku. W tych chorobach mogą się także zdarzać zaburzenia równowagi i widzenia. Dlatego tak potrzebne są ławki, na których można odpocząć. Dla wielu seniorów spacerowanie, nawet niedaleko domu, jest szczególnie trudne, ponieważ nie mogą tego zrobić z możliwością odpoczynku. Problemy neurologiczne (np. łagodne zaburzenia

poznawcze) i zaburzenia psychiczne (np. depresja) mogą skutkować podatnością na dezorientację w terenie i gubienie się, niedostrzeganiem istotnych oznaczeń, spowolnieniem reakcji (np. na zmieniające się światło) oraz kłopotami z koordynacją ruchową (większa podatność na upadki). Przyjazna dla wszystkich przestrzeń powinna być zaprojektowana z uwzględnieniem tego rodzaju uciążliwości dla jej użytkowników. Wiele osób starszych boi się wychodzić z domu, bo martwi się o dostępność toalety podczas pobytu poza domem. A kiedy już wyjdą, często nie piją odpowiedniej ilości płynów w obawie o brak możliwości skorzystania z toalety. Powstrzymywanie się od picia to z kolei narażanie się na problemy z równowagą, zaburzenia rytmu serca i w konsekwencji m.in. ryzyko upadku, który dla osób starszych jest jednym z najistotniejszych czynników ryzyka śmierci. Bardzo często nie zdajemy sobie sprawę z tego, że dla starszych osób problematyczne są też skwery i parki użytkowane przez dzieci, rolkarzy czy rowerzystów. Idealnym rozwiązaniem byłoby stworzenie na każdym osiedlu nawet niewielkich cichych, odosobnionych terenów zieleni lub chociaż wydzielanie w dużych parkach przestrzeni dedykowanych seniorom, tworzenie ogrodów sensorycznych czy ogrodów zdrowia, które wpływają na zmysły. Dostęp do rehabilitacji zdrowotnej i dodatkowych usług z nią związanych jest bardzo ważny dla większości osób z niepełnosprawnościami, w szczególności dla osób z dysfunkcją ruchu oraz z zaburzeniami poznawczymi.

Szeroko pojęta aktywność, a właściwie aktywna postawa wobec życia, w każdym wieku przyczynia się do rozwoju osobowości, poszerzenia naszych horyzontów myślowych, wzrostu wiary we własne siły i ustalenia samooceny na właściwym poziomie. Czynniki te mają wpływ na konstruowanie pozytywnego obrazu samego siebie i w efekcie lepszego radzenia sobie z różnymi problemami pojawiającymi się w życiu.

Potrzeby psychospołeczne osób starszych w dużej mierze pokrywają się z potrzebami osób z innych grup wiekowych, tak jak w przypadku innych potrzeb, jednak ich niezaspokojenie ma większy wpływ na zdrowie i związane z nim potrzeby zdrowotne, ponieważ związane jest z częstszym występowaniem zaburzeń depresyjnych. Jedną z najbardziej trafnych klasyfikacji potrzeb psychospołecznych jest klasyfikacja zaproponowana przez gerontologa Clarka Tibbittsa (Tibbitts 1974), według którego są to:

- potrzeba wykonywania społecznie użytecznych działań;
- potrzeba wykorzystywania czasu wolnego w satysfakcjonujący sposób;
- potrzeba bycia uznanym za część społeczeństwa, społeczności i grupy oraz odgrywania w nich określonej roli;
- potrzeba uznania jako jednostki ludzkiej;
- potrzeba utrzymywania normalnych kontaktów towarzyskich;
- potrzeba stwarzania okazji dla doznań i autoekspresji;
- potrzeba ochrony zdrowia i dostępu do opieki społecznej;
- potrzeba odpowiednio ustalonego trybu życia i utrzymania stosunków z rodziną;
- potrzeba odpowiedniej stymulacji umysłowej i psychicznej;
- potrzeba duchowej satysfakcji.

Wymienione potrzeby mają różną hierarchię u każdej osoby, a ich niezaspokojenie może prowadzić do poczucia bezsensowności, chwiejności emocjonalnej, zaburzeń snu, czy też być mechanizmem wyzwalającym zaburzenia depresyjne. Wiek podeszły i towarzysząca mu bardzo często niepełnosprawność funkcjonalna nie powinny nigdy być przeszkodą w dążeniu do realizacji swoich potrzeb – czy to samemu, czy z pomocą innych – ponieważ obok wszystkich potrzeb każdy ma prawo do swojej godności, w tym również w zakresie opieki zdrowotnej, rozumianej poprzez szeroko pojętą profilaktykę. W przypadku profilaktyki osób starszych można wdrożyć podział wśród pacjentów na dwie grupy. Grupa pierwsza – do 70. roku życia – w tej grupie zakres profilaktyki obejmowałby profilaktykę chorób, które często ujawniają się około 70. roku życia (osteoporoza, nietrzymanie moczu, nowotwory piersi, szyjki macicy, gruczola krokowego, jelita grubego).

Grupa druga – powyżej 70. roku życia – w której to grupie profilaktyka zapobiegałaby głównie chorobom najczęściej występującym po 70. roku życia (np. zaburzenia widzenia, zaburzenia słuchu, zaburzeń metabolicznych, zaburzeń układu ruchowego, zaburzenia poznawcze).

Stale zwiększająca się liczba osób starszych, zwłaszcza tych powyżej 85. roku życia, prowadzi do zwiększenia się liczby potencjalnych potrzeb tej grupy, które będą musiały być zaspokojone przez opiekę zdrowotną i socjalną. Niezbędne jest zatem narzędzie do badania potrzeb osób starszych, które pomoże nakreślić konieczne rozwiązania praktyczne w służbie zdrowia i opiece socjalnej,

ponieważ dokładna ocena potrzeb zdrowotnych osób starszych ma duże znaczenie w przypadku planowania zakresu opieki zdrowotnej, która ma być im udzielona.

Współwystępowanie niepełnosprawności, przewlekłych schorzeń fizycznych i psychicznych oraz współwystępowanie problemów socjalnych sprawia, że u osób starszych najczęściej występują złożone potrzeby zdrowotne, które niekiedy mogą mieć charakter długoterminowy. Odpowiednia ich ocena wymaga wystandaryzowanego narzędzia, które w sposób systemowy oceni potrzeby w odniesieniu do jednostki jako całości. W przypadku osób starszych najlepiej będzie do tego służyła opisywana wcześniej Całościowa Ocena Geriatryczna, z dodatkowo wykonanymi testami dotyczącymi oceny stanu somatycznego, takimi jak: skala NYHA (New York Heart Association), służąca do oceny nasilenia ciężkości symptomów niewydolności serca; skala HAS-BLED (znana również jako skala krwawień Birmingham) – skala medyczna używana do oceny ryzyka krwawień u chorych z migotaniem przedsionków w trakcie terapii przeciwkrzepliwej; skala CHA₂DS₂-VASc, służąca do oceny ryzyka wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków. Skala umożliwia wskazanie pacjentów, u których konieczne jest wdrożenie terapii przeciwkrzepliwej lub przeciwwzakrzepowej. U osób po przebytym udarze mózgu potrzeby można pośrednio oceniać za pomocą: National Stroke Audit, NIHSS (NIH Stroke Scale) oraz „Simply questions to assess outcome after stroke”. W 1997 roku NHS (National Health Service) wprowadził National Stroke Audit – narzędzie oceny jakości udzielanej opieki pacjentom po przebytym udarze mózgu, a tym samym stopnia zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych. W przypadku oceny potrzeby asysty u pacjentów leczonych na oddziałach rehabilitacyjnych jest wykorzystywana m.in. skala FIM – Functional Independence Measure, dzięki której oceniamy zdolność poszczególnych pacjentów do bycia niezależnym. Pacjenci podlegają ocenie 72 godziny po przyjęciu na oddział rehabilitacyjny, około 72 godziny przed wypisem ze szpitala oraz między 80. a 180. dniem po wypisie. Narzędzie to umożliwia ocenę w 7-stopniowej skali, gdzie 1 to najniższa z możliwych ocen i oznacza „całkowitą pomoc”, natomiast 7 to najwyższa ocena w skali – oznacza „całkowitą niezależność”.

W przypadku osób starszych należy mieć również na uwadze także pewne specyficzne potrzeby zdrowotne, choćby związane

z ograniczeniami poznawczymi, które nakładają się na podstawowe, nie odbiegające od tych występujących w pozostałych grupach wiekowych. Pacjenta w wieku podeszłym charakteryzują cechy, które wpływają na jego zdrowie i samopoczucie psychiczne: psychologiczne następstwa przejścia na emeryturę, postępująca utrata zdrowia fizycznego, występująca izolacja społeczna, utrata bliskich osób, występowanie zaburzeń otepiennych wzrastające wraz z wiekiem (Gordon, Carter, Scott 1997). Dlatego też, mając na uwadze te czynniki, wiele osób starszych będzie wymagało wsparcia ze strony psychiatrycznej opieki zdrowotnej, co również powinno być brane pod uwagę w planowaniu opieki medycznej nad osobami starszymi.

4.7. Zakończenie

System opieki nad osobami starszymi musi być zorientowany na problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku, w powiązaniu z ich problemami środowiskowymi i socjalnymi. Powinien całościowo oceniać i rozwiązywać problemy wieku podeszłego przy poszanowaniu odrębności biologicznych, psychicznych i społecznych tej fazy rozwojowej człowieka, by w efekcie zoptymalizować stan zdrowia osób starszych, ich samodzielność, a także poprawić jakość życia. Zadania te najlepiej byłoby realizować zarówno w ramach poradni geriatrycznych, jak i na oddziałach geriatrycznych i rehabilitacyjnych, przeznaczonych dla osób starszych z ukierunkowaniem na rehabilitację ogólnoustrojową.

W praktyce odejście od definiowania zdrowia jako braku choroby na rzecz podejścia holistycznego, obejmującego stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu (definicja zdrowia wg Światowej Organizacji Zdrowia WHO), powoduje konieczność oceny potrzeb pacjenta oraz ich zaspakajania. Zdefiniowanie problemu umożliwia nam podjęcie odpowiedniej interwencji lub wdrożenie terapii, które mogą pomóc zredukować problem. Ponadto zaspakajanie potrzeb zdrowotnych jest powiązane ze wzrostem jakości życia, ponieważ do oceny jakości życia niezbędne są nie tylko czynniki obiektywne, ale także czynniki subiektywne, wśród których największe znaczenie mają właśnie potrzeby zdrowotne pacjenta oraz jego satysfakcja z usług medycznych (Neville, Boyle, Baidon 1999).

W dniu 16 grudnia 1991 roku (rezolucja nr 46/91) Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło *Zasady działania na rzecz osób starszych* (http://www.tus.org.pl/uploads/dokumenty/zasady_dzialania_onz_na_rzecz_osob_starszyc.pdf dostęp: 01.09.2020, s. 2), zachęcając rządy do uwzględnienia ich w działaniach na rzecz seniorów i włączenia do ogólnokrajowych programów. Jest to Katalog Podstawowych Praw Osób Starszych, którego hasło przewodnie brzmi „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia”. W tym katalogu wymienia się takie prawa jak: prawo do niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. I właśnie w zakresie opieki w przywołanym dokumencie zapisano:

Osobom starszym należy się opieka ze strony rodzin i społeczności oraz ochrona zgodna z systemem kulturowych wartości poszczególnych narodów; osoby starsze powinny mieć dostęp do opieki medycznej służącej utrzymaniu lub odzyskaniu optymalnego poziomu fizycznej, umysłowej i emocjonalnej aktywności jak również zapobieganiu chorobom lub opóźnianiu ich nadejścia; osoby starsze powinny mieć dostęp do usług socjalnych i prawnych dla wzmocnienia swojej autonomiczności, ochrony i opieki; osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z właściwych form opieki instytucjonalnej zapewniającej ochronę, rehabilitację oraz społeczną i umysłową aktywizację w humanitarnym i bezpiecznym środowisku; osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną, mając na uwadze pełne poszanowanie ich godności, przekonań, potrzeb i prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości życia (http://www.tus.org.pl/uploads/dokumenty/zasady_dzialania_onz_na_rzecz_osob_starszyc.pdf, s. 2).

Tymczasem na podstawie kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2015 roku (Najwyższa Izba Kontroli 2016) okazało się, że brak jest powszechnych, kompleksowych i zstandaryzowanych procedur postępowania przeznaczonych dla osób w wieku podeszłym. W polskim systemie opieki zdrowotnej starszy człowiek ze swoimi dolegliwościami trafia najczęściej w pierwszej kolejności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ponieważ osoba starsza najczęściej cierpi na wiele chorób jednocześnie,

wysyłana jest więc do wielu różnych specjalistów. Każdy z nich z kolei leczy pacjenta w swoim zakresie, często nie zwracając uwagi na inne, wcześniej zaordynowane leczenie. Pacjent hospitalizowany na oddziale geriatrycznym przechodzi kompleksową, odpowiednią do swego stanu – wieku i schorzeń – diagnostykę oraz terapię. Dzięki temu opuszcza oddział z lepiej dobranym, celowanym leczeniem, ograniczonym do minimum. W ten sposób starsza osoba po wypisaniu z oddziału geriatrycznego nie musi tak często korzystać z pomocy lekarzy w poradniach specjalistycznych, zmniejsza się także ilość powtórnych hospitalizacji. Takie kompleksowe postępowanie pozwala także efektywniej gospodarować funduszami przeznaczonymi na leczenie pacjentów powyżej 60. roku życia. Dlatego ważne jest, aby pacjent w wieku starszym mógł być objęty opieką zdrowotną zogniskowaną na całości jego osoby – zarówno pod względem medycznym, psychospołecznym jak i środowiskowym, po to, aby mógł jak najdłużej być samodzielny, nie uzależniony całkowicie od innych osób, i odczuwał w pełni satysfakcję życiową.

Mając świadomość, że wraz z upływem lat rośnie prawdopodobieństwo pogorszenia stanu zdrowia, powstania niepełnosprawności, obecnie nie powinniśmy obliczać „lat do przeżycia”, tylko „lata do przeżycia w zdrowiu”. Powinniśmy starać się, aby w Polsce było coraz więcej oddziałów geriatrycznych, poradni geriatrycznych, aby wyrównać do średniej europejskiej pod względem zabezpieczenia dla osób starszych. Niezbędne są programy profilaktyczne, które promują zdrowy i aktywny tryb życia, dostęp do lekarzy specjalistów w celu systematycznych kontroli lekarskich, umożliwiających wczesne wykrycie chorób i szybka interwencje. Potrzebne są również całodobowe świadczenia zdrowotne, rehabilitacja pacjentów niewymagających hospitalizacji, produkty lecznicze i medyczne służące usprawnianiu i poprawie zdrowia oraz placówki, które zapewniają wszechstronna opiekę zdrowotną, psychologiczną i społeczną nad ludźmi starszymi w stanach terminalnych oraz wsparcie dla ich rodzin. Powinniśmy także pamiętać, że aktywność społeczna, rozwijanie zainteresowań i kontakt z ludźmi wpływają pozytywnie na stan psychiczny seniorów.

Reasumując, opieka nad osobami starszymi powinna zawierać stałe komponenty, których poszczególne składniki będą tworzyć kompleksową opiekę geriatryczną:

- 1) powszechność opieki – czyli dostęp wszystkich ludzi w podeszłym wieku do świadczeń ochrony zdrowia na równych prawach;
- 2) dostępność opieki – bliskość placówek ochrony zdrowia od miejsca zamieszkania i nieodpłatność świadczeń;
- 3) długotrwałość opieki – ciągłość wynikająca z długofalowości starzenia i chorób towarzyszących;
- 4) jakość opieki – stosowanie specjalistycznej wiedzy gerontologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem zasad etyki;
- 5) kompleksowość opieki – całościowe rozwiązywanie problemów w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa oraz innych osób posiadających wykształcenie kierunkowe w ochronie zdrowia w zakresie całościowej oceny i opieki geriatrycznej.

Bibliografia

- Bank Światowy (2015), *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20Światowy%20Opieka_długoterminowa.pdf (dostęp: 17.08.2020).
- Bień B. (2006), *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Warszawa.
- Bromley B.D. (1969), *Psychologia starzenia się*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Constitution of the World Health Organization Conference*, 1946; World Health Organization, 1948 (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>).
- Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seemen T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. (2001), *Fragility in older adults: evidence for a phenotype*. „Journal of Gerontology: Medical Sciences”, vol. 56A, no. 3, s. 146–156.
- Gordon D.S., Carter H., Scott S. (1997), *Profiling the care needs of the population with dementia: A survey in central Scotland*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, no. 12, s. 753–759.
- Najwyższa Izba Kontroli (2016), *Opieka nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej*, „Kontrola Państwowa”, Numer 1 Specjalny – Styczeń 2016, Warszawa.
- Neville P., Boyle A., Baildon S. (1999), *A descriptive survey of acute bed usage for dementia care in old age psychiatry*, „International Journal of Geriatric Psychiatry”, no. 14, s. 348–354.

- Orzechowska G. (1999), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn.
- Parnowski T. (2013), *Jak się starzejemy? Wymiar biologiczny procesu starzenia się*, [w:] *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania, trendy i metody*, Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych, Warszawa.
- Rezolucja nr 46/91 (1991) Zgromadzenie Ogólne ONZ *Zasady działania na rzecz osób starszych*, http://www.tus.org.pl/uploads/dokumenty/zasady_dzialania_onz_na_rzecz_osob_starszyc.pdf (dostęp: 19.08.2020), s. 2.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1997), *Successful aging*, „The Gerontologist”, vol. 37, no. 4, <https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033> (dostęp: 01.09.2020).
- Tibbitts C. (1974), *Handbook of Social Gerontology: Societal Aspects of Aging*, University of Chicago Press, Chicago.
- Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 roku „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”, M.P. z 1997 roku nr 50, poz. 475.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 1997 roku, nr 123, poz. 776 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. z 1998 roku, nr 162, poz. 1118 z późn. zm.
- Wieczorowska-Tobis K. (2011), *Specyfika pacjenta starszego*, [w:] K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrici*, PZWL, Warszawa, s. 18–28.
- Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Styszyński A., Józwiak A. (2006), *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*, „Geriatrics Polska”, nr 2, s. 38–40.

Źródła internetowe

- <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> (dostęp: 18.08.2020).

The medical perspective on human ageing

(abstract)

Ageing and chronic diseases accompanying physiological changes affect people differently, making older people a very diverse group. The ageing of the population entails the question about the best ways to provide seniors with care services and medical assistance, meeting their special diagnostic, treatment, and health prevention needs. The responsibilities of a care system for seniors include supporting them in having independent lives, early detection of diseases, medical treatment and rehabilitation services. This chapter presents various tools for assessing older people's health status. One of them is the Comprehensive Geriatric Assessment (COG), a multidisciplinary diagnostic and treatment process allowing the extent of physical, cognitive, affective, social, financial, environmental, and spiritual issues in elderly persons to be determined, as well as identifying their treatment or rehabilitation and care needs and the ways of meeting them.

Keywords: old age, gerontology, geriatrics, Comprehensive Geriatric Assessment, successful ageing

Przebieg starzenia się człowieka w ujęciu medycznym

(streszczenie)

Starzenie się i choroby przewlekłe towarzyszące zmianom fizjologicznym dotyczą ludzi w różny sposób, co ma wpływ na to, że osoby starsze stanowią bardzo zróżnicowaną grupę. Starzenie się społeczeństw pociąga za sobą pytanie o najlepsze sposoby zapewnienia seniorom usług opiekuńczych i pomocy medycznej, spełniających szczególne potrzeby diagnostyczne, lecznicze i profilaktyczne. Do obowiązków systemu opieki nad seniorami należy wspieranie ich w prowadzeniu samodzielnego życia, wczesne wykrywanie chorób, leczenie i rehabilitacja. W rozdziale przedstawiono różne narzędzia służące ocenie stanu zdrowia osób starszych. Jednym z nich jest Kompleksowa Ocena Geriatryczna (COG), multidyscyplinarny proces diagnostyczno-leczniczy pozwalający określić zakres problemów fizycznych, poznawczych, afektywnych, społecznych, finansowych, środowiskowych i duchowych u osób starszych, a także określić sposób ich leczenia bądź rehabilitacji oraz występujące potrzeby opiekuńcze wraz ze sposobami ich zaspokajania.

Słowa kluczowe: starość, gerontologia, geriatria, Całościowa Ocena Geriatryczna, pomyślne starzenie się

5. Psychologiczne aspekty starzenia się we współczesnym świecie

Magdalena Zadworna*

 <https://orcid.org/0000-0002-0585-019X>

5.1. Wprowadzenie

Współcześnie żyjemy coraz dłużej, żyjemy także inaczej. Wzrasta liczba seniorów w populacji ogólnej, a wraz z nią zainteresowanie potrzebami tej grupy wiekowej. Prognozy Głównego Urzędu Statystycznego na najbliższe dziesięciolecie wskazują, iż udział osób starszych w ogólnej populacji Polski do roku 2050 może przekroczyć 30% (GUS 2014). Procesy demograficzne i społeczne zapotrzebowanie skłaniają więc do naukowego zgłębiania tematu starzenia się i starości, a przede wszystkim poszukiwania czynników sprzyjających wysokiej jakości życia na ostatnim jego etapie.

Starość wiąże się z doświadczaniem wielu zdarzeń kryzysowych i koniecznością sprostania specyficznym wyzwaniom tego okresu. Nie jest to jednak tylko okres strat i trudności. Identyfikowanie uwarunkowań tzw. „pomyślnej starości” daje podstawy do kreowania programów promocji zdrowia i wzmacniania dobrostanu osób starszych. Mimo pozytywnych zmian w tym zakresie, jakość życia seniorów w naszym kraju wymaga szczególnej uwagi. Aktualna wartość wskaźnika tzw. „aktywnego starzenia się” (*active aging index*) przyjmuje w Polsce piątą od końca pozycję w rankingu krajów Unii Europejskiej (Active Aging Index 2019). Wskaźnik obejmuje angażowanie się w pracę zarobkową osób starszych, uczestnictwo w życiu społecznym, niezależne, zdrowe i bezpieczne życie

* Dr, adiunkt, Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk o Wychowaniu, Instytut Psychologii.

oraz możliwości i warunki sprzyjające aktywnemu starzeniu się. Z punktu widzenia psychologii najistotniejsze jego wymiary to samopoczucie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne seniorów. Psychologia i prowadzone w jej obszarze badania mają bowiem znaczący udział w poszukiwaniu dróg do poprawy jakości życia osób starszych. W szczególności psychologia rozwoju człowieka podkreśla, iż człowiek rozwija się przez całe życie, a kresem autokreacji i samorealizacji nie jest bynajmniej okres młodości. Według koncepcji biegu ludzkiego życia, człowiek intensywnie rozwija się również w dorosłości, także tej późnej. Opisuje się specyficzne warunki wspierania rozwoju na każdym jego etapie, a także określone kryzysy i zadania rozwojowe, których realizacja pozwala na osiągnięcie osobistego dobrostanu.

Jaka jest zatem specyfika psychologiczna starzenia się i okresu senioralnego? Jakie są typowe wyzwania stojące przed ludźmi starszymi? Jak na tle pędzącego świata zestarzeć się pomyślnie i czy psychologia może w tym pomóc? Poniższy tekst jest próbą nakreślenia wielowymiarowego obrazu starości z perspektywy psychologicznej.

5.2. Okres późnej dorosłości i jego specyfika

Psychologia rozwoju człowieka określa czas po 60–65 roku życia mianem późnej dorosłości (Straś-Romanowska 2011). W okresie tym można wyróżnić kategorie – młodych starych (60–75), starych starych (75–85) i najstarszych starych (powyżej 85) (Bee 1998). Osoby do 80. roku życia zwykle charakteryzują się wyższym poziomem aktywności życiowej i kondycji psychofizycznej, zaś dopiero po 80. roku życia najczęściej obserwuje się istotne pogorszenie stanu zdrowia, obniżenie sprawności i potrzebę pomocy w codziennych aktywnościach ze strony innych osób (Błędowski 2012). Jest to jednak czas rozwojowo niejednorodny i szczególnie indywidualnie zróżnicowany. Wśród ludzi starszych w podobnym wieku występuje duża indywidualna zmienność, zarówno w obszarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego, jak i społecznego. Wynika to z odmiennych cech biologicznych, właściwości psychicznych, osobistych biografii, a także różnych warunków życia. Przebieg okresu starości jest naturalną konsekwencją uwarunkowań bio-psycho-społecznych, a to jak żyjemy na wcześniejszych etapach ma decydujący wpływ na jakość życia w okresie jego schyłku.

Kreśląc możliwie najbardziej pełny obraz starości warto posłużyć się pojęciem zmiany rozwojowej. W badaniu procesów rozwoju wyróżnia się trzy rodzaje zmian rozwojowych – uniwersalne, wspólne i indywidualne. Zmiany uniwersalne odnoszą się do każdego człowieka w danej grupie wiekowej, są uwarunkowane procesami biologicznymi i uniwersalnymi doświadczeniami społecznymi. Zmiany tego typu są przypisane do wieku, wynikając z działania tak zwanego zegara biologicznego i społecznego, czyli zbliżonych doświadczeń ludzi w podobnym wieku, uwarunkowanych podobieństwem zadań życiowych, wymagań społecznych i norm regulujących postępowanie. Zmiany wspólne z kolei wynikają z przynależności do danej społeczności i wiążą się z podobieństwem doświadczeń i przeżyć. Przyczyną zmian nie jest w tym przypadku wiek, a odmienne uwarunkowania środowiskowe, kulturowe, polityczne i ekonomiczne. Każde pokolenie (kohorta) żyje w tym samym czasie historycznym, tej samej kulturze oraz środowisku fizycznym i społecznym, zaś poszczególne grupy pokoleniowe mogą się różnić między sobą. Trzeci zaś rodzaj zmian to zmiany indywidualne, które są wywołane specyficznymi czynnikami oddziałującymi tylko na daną jednostkę (Bee 1998).

To właśnie uniwersalne zmiany związane ze starzeniem się określają typową specyfikę okresu późnej dorosłości. Można je rozpatrywać w wymiarze biologicznym, psychologiczno-podmiotowym i psychospołecznym (Straś-Romanowska 2011). W wymiarze biologicznym zauważalna jest stopniowa degeneracja komórek. Obniża się sprawność fizyczna oraz pojawiają choroby i dolegliwości, często kilka równocześnie. Tzw. „mnoga patologia”, która jest wynikiem przewagi procesów katabolicznych nad metabolicznymi, obejmuje najczęściej choroby związane z obniżeniem odporności organizmu, choroby układu krążenia, oddechowego, pokarmowego, choroby narządu ruchu oraz układu hormonalnego (głównie cukrzycę). Po 65. roku życia wzrasta także prawdopodobieństwo wystąpienia chorób psychicznych.

Wymiar psychologiczno-podmiotowy starości obejmuje w szczególności zmiany w sferze percepcyjno-motorycznej, intelektualnej oraz pamięci i zapamiętywania. Zauważyć można – choć w różnym tempie u różnych osób – obniżenie sprawności psychomotorycznej, słabszą wrażliwość zmysłów, spowolnienie czasu reakcji. Obniża się zdolność zapamiętywania oraz zwiększają deficyty pamięci

– największe w zakresie pamięci mechanicznej i bezpośredniej. Pamięć długoterminowa z kolei ulega osłabieniu w znacznie mniejszym stopniu. Od około 60. roku życia zauważalne jest obniżenie ogólnego ilorazu inteligencji oraz spadek w zakresie zdolności takich jak myślenie indukcyjne, wyobrażenia przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowa. Pojawia się stopniowy rozpad funkcji inteligencji płynnej, czyli wrodzonej, zdeterminowanej cechami biologicznymi, decydującej o nabywaniu nowych sprawności. Inteligencja skryształizowana, tzw. społeczna, ma jednak tendencję do utrzymywania się na stałym poziomie.

Na obraz faktycznej sprawności funkcjonowania osoby starszej składają więc się efekty zmian związanych z nieuchronnym dla każdego człowieka procesem starzenia się (mającym podłoże biologiczne) oraz konsekwencjami indywidualnych doświadczeń, a także stylu życia, podejmowanych aktywności i zachowań prozdrowotnych (Zadworna 2020). Dla przykładu, w sferze intelektu porównania między poszczególnymi osobami ujawniają różnice wynikające między innymi z rodzaju aktywności, wykształcenia, zawodu czy różnych indywidualnych zdarzeń losowych (Marcinek 2007). Z tych przyczyn obraz funkcjonowania poszczególnych osób starszych może być zupełnie odmienny.

5.3. Wyzwania starości – realizacja zadań rozwojowych typowych dla wieku

Wymiar psychospołeczny starości uwarunkowany jest tzw. „zdarzeniami krytycznymi”, do których należy pogorszenie zdrowia, kondycji i atrakcyjności fizycznej, utrata bliskich osób, obniżenie statusu społecznego i ekonomicznego, utrata poczucia przydatności i prestiżu, a także zbliżająca się perspektywa śmierci (Finogenow, Zadworna-Cieślak 2013). Zdarzenia te wyróżniają się z codziennego życia, dotyczą cenionych przez człowieka wartości, wymuszając na jednostce konieczność przystosowania się do nowych warunków i prowadząc do zmiany psychologicznej, społecznej i/lub ekonomicznej sytuacji, w której on się znajduje. Adaptacja do starości polega na radzeniu sobie z tymi zdarzeniami i także w tym zakresie zauważyć można znaczne różnice indywidualne.

Zdaniem E.H. Eriksona (2002), twórcy psychospołecznej teorii rozwoju, w starszym wieku jednostka stoi przed wyzwaniem rozwiązania kryzysu późnej dorosłości i koniecznością przyjęcia miejsca na kontinuum „integralność – rozpacz”. Wystąpienie zdarzeń krytycznych, a także konfrontacja z obrazem siebie samego z przeszłości, stawiają człowieka w konflikcie między dwiema silnymi tendencjami: z jednej strony dążeniem do osiągnięcia poczucia sensu i poczucia „dobrze przeżytego życia”, czyli osiągnięcia poczucia integralności, z drugiej zaś tendencją do popadania w rozpacz i beznadzieję. Jednostka dokonuje wówczas integracji poprzednich etapów i godzi się ze swoją tożsamością. Dążenie do integralności to uzyskiwanie poczucia, że własne życie miało sens. Dokonuje się to z szerszej perspektywy ponownej syntezy przeżytych doświadczeń, doświadczania bilansu własnego życia, a jeśli towarzyszy temu akceptacja – pozwala pokonać lęk przed własnym przemijaniem i śmiercią. Właściwe rozwiązanie tego kryzysu zapewnia poczucie spełnienia, a wyłaniającą się w tym procesie cnotą jest transcendentna mądrość.

W późnym okresie życia stają przed jednostką specyficzne zadania rozwojowe, czyli wyzwania będące ważnym wyznacznikiem przebiegu prawidłowego rozwoju i jego efektów (Havighurst 1963, 1981; Hutteman, Hennecke, Orth i in. 2014). Ich źródłem są zmiany biologiczne organizmu związane z wiekiem oraz tradycja kulturowa i indywidualne dążenia. Skuteczne realizowanie zadań rozwojowych dostarcza człowiekowi poczucia zadowolenia i może być podstawą wnioskowania o normatywności rozwoju indywidualnego. Z kolei trudności w ich realizacji, zwłaszcza długotrwałe, mogą prowadzić do pogorszenia poczucia dobrostanu. W takim przypadku życie człowieka odstawać będzie od ustalonych wzorów kulturowych i rytmów biologicznych, co prowadzić może do nasilenia symptomów nieprzystosowania. Według Havighursta (1963, 1981) – autora koncepcji zadań rozwojowych – w okresie po 60. roku życia do zadań tych należy przystosowanie się do spadku sił fizycznych, do emerytury i zmniejszonych dochodów, pogodzenie się ze śmiercią współmałżonka, utrzymywanie stosunków towarzyskich z ludźmi w swoim wieku, przyjmowanie i dostosowywanie się do zmiennych ról społecznych (np. roli babci/dziadka) oraz urządzenie w sposób dogodny fizycznych warunków bytu.

Zmiany wymuszone przez współczesną cywilizację wydają się zmieniać wiele codziennych wyzwań, a wraz z nimi w pewnym stopniu mogą modyfikować zadania rozwojowe. Ścieżki rozwojowe charakteryzują się również współcześnie większą indywidualnością, a droga do osiągnięcia zintegrowanej osobowości może być różnie rozpatrywana w zależności od kultury i dominującego stylu życia w danym kraju (Buhl, Lanz 2007). Dla przykładu, współczesny rozwój naukowo-techniczny i szybkie tempo życia z pewnością stanowią wyzwania dla wielu polskich seniorów. Poradzenie sobie w społeczeństwie informacyjnym wymaga wysiłków przystosowawczych, co nie każdej osobie starszej ma szansę się udać, rodząc frustrację i poczucie izolacji (Kędziora-Kornatowska, Grzanka-Tykwińska 2011).

Niemniej jednak wyodrębnione przez R. Havighursta zadania wydają się opierać na kluczowych zagadnieniach późnej dorosłości, związanych z podsumowaniem własnego życia, kształtowaniem postaw akceptacji, przyjmowaniem zachowań związanych z adaptacją do zmian związanych ze starzeniem się oraz godzeniem się z odchodzeniem osób bliskich z tego samego pokolenia i perspektywą własnej śmierci (Zadworna-Cieślak 2020). Większość wyzwań starości pozostaje uniwersalnych, a fundamentalna dla zaawansowanego wieku jest w szczególności akceptacja nieuchronności śmierci (Röcke, Cherry 2002).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że jakość życia w starości nie wynika tylko z podejmowanych aktywności, ale obejmuje także potrzebę głębokiej refleksji i wycofania się. W zakresie aktywności najbardziej znacząca jest kontynuacja stylów zachowania typowych dla wcześniejszych okresów życia, realizowanie własnych planów i potrzeb, lecz przy uwzględnieniu radzenia sobie z obniżoną sprawnością fizyczną i psychiczną, utratą osób bliskich i obniżeniem materialnych standardów (Havighurst 1963). Sprawne realizowanie zadań typowych dla wieku senioralnego jest istotnym warunkiem pomyślnego starzenia się, zachowania zdrowia psychicznego i optymalnego funkcjonowania w późnych latach życia. Jak wynika z badań, stopień realizacji zadań rozwojowych pozytywnie oddziałuje na zadowolenie osób starszych ze swojego życia (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2019).

5.4. Różne oblicza współczesnej starości

Okres senioralny może być czasem pogodnej „jesieni życia”, optymalnego funkcjonowania i relatywnie dobrego zdrowia. Jego negatywne oblicze wiąże się jednak z możliwością wystąpienia niepełnosprawności, zależności, samotności, co może skutkować pogorszeniem stanu psychicznego.

Sprawność fizyczna i intelektualna w późnym okresie życia może być – jak wykazano powyżej – u poszczególnych osób bardzo zróżnicowana. Przy dobrym zdrowiu i aktywnym trybie życia niepełnosprawność i konieczność opieki ze strony otoczenia pojawia się często dopiero po 80. roku życia, a tak zwany wiek funkcjonalny wielu osób znacznie różni się od wieku kalendarzowego. Większość starszych osób funkcjonuje w stopniu satysfakcjonującym, mimo pogarszającej się pamięci, spowolnienia reakcji i trudności w abstrakcyjnym rozumowaniu. Obniżenie z wiekiem elementarnych sprawności poznawczych nie musi ograniczać zasadniczo możliwości rozwojowych człowieka, a zdolność do radzenia sobie z problemami codziennego życia u większości osób jest zachowana do późnej starości (Marcinek 2007). W procesie „selektywnej optymalizacji i kompensacji” wielu ludzi w zaawansowanym wieku utrzymuje w pewnych wyspecjalizowanych dla nich dziedzinach sprawność na wysokim poziomie, w innych zaś starają się kompensować zaistniałe deficyty (Baltes, Baltes 1990).

Pomyślna starość zależy od wielu obiektywnych i subiektywnych czynników, między innymi od warunków życia, stanu zdrowia, lecz także czynników psychologicznych, wielowymiarowego wsparcia oraz rozwoju psychospołecznego i dokonywanego bilansu życiowych dokonań/strat (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska 2010). Senior starzejący się pomyślnie odczuwa satysfakcję ze swojego życia (Villar 2012). Co ciekawe, nie sam wiek, ale subiektywne jego odczucie (jako młodszego niż kalendarzowy) wraz ze stanem zdrowia i poziomem podejmowanych aktywności zdają się być dominującymi determinantami zadowolenia z życia (Alexandre, Cordeiro, Ramos 2009; Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska 2010).

Dobrostanowi w starszym wieku sprzyjają także indywidualne cechy osobowości i psychospołeczne zasoby osobiste, takie jak prężność psychiczna, optymizm życiowy, poczucie koherencji, inteligencja emocjonalna, nadzieja, duchowość czy poczucie własnej

wartości (Świeżewska 2010; Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik 2019). W jego osiąganiu ważną rolę pełni pozytywny bilans swojego życia oraz aktywność własna zgodna z wyzwaniami okresu rozwojowego (Dezutter, Wiesmann, Apers i inni 2013; Brudek 2017a; Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak 2018). Nie sposób przecenić aktywności edukacyjnej podejmowanej przez emerytów – uczestnictwa w Uniwersytetach Trzeciego Wieku i Klubach Seniora oraz realizowania własnych pasji i zainteresowań w różnych formach. Jak wskazują badania, osoby starsze będące aktywnymi uczestnikami Uniwersytetu Trzeciego Wieku charakteryzują się lepszym subiektywnym stanem zdrowia i bardziej prozdrowotnym stylem życia niż ich rówieśnicy nie korzystający z żadnych zajęć dodatkowych (Zadworna 2020). Edukacja ustawiczna może być czymś więcej niż tylko strategią wypełnienia czasu na emeryturze lub radzenia sobie z samotnością. Może być szansą na samorealizację i osiągnięcie celów, których nie udało się osiągnąć na wcześniejszych etapach rozwojowych, np. z powodu braku czasu lub pieniędzy.

Czasem jednak zły stan zdrowia i niepełnosprawność uniemożliwiają osobom starszym korzystanie z rozwijających aktywności poza domem. Część seniorów żyje w instytucjach, wymagając całodobowej opieki. Warto jednak zaznaczyć, że zły stan zdrowia somatycznego i instytucjonalizacja nie muszą wykluczać dobrej subiektywnej jakości życia i zadowolenia z niego (Cybulski, Krajewska-Kulak, Jamiolkowski 2015). Indywidualne cechy osobowościowe, w tym w szczególności odporność psychiczna i duchowość, przy odpowiednim wsparciu, pomagają utrzymać pozytywne nastawienia psychiczne nawet mimo trudnych wyzwań życiowych związanych z podeszłym wiekiem i wielochorobowością (MacLeod, Mulsich, Hawkins i inni 2016; Zadworna, Kossakowska 2020).

5.5. Wspieranie pomyślnego starzenia się

Wyzwaniem współczesności wydaje się dziś przede wszystkim określenie dróg wspierania dobrostanu osób starszych. Psychologiczne oddziaływania kierowane do grupy seniorów powinny być prowadzone kompleksowo, na drodze wielowymiarowego wsparcia, z uwzględnieniem profilaktyki, psychoedukacji, poradnictwa psychologicznego oraz rehabilitacji psychicznej dla osób starszych w instytucjach pomocy.

Oddziaływania te powinny być dostosowane do specyfiki okresu rozwojowego, stanu zdrowia, rodzaju niepełnosprawności i wsparcia instytucji. Zasoby osobiste, zachowania prozdrowotne i realizację zadań rozwojowych można bowiem skutecznie wzmacniać w każdym wieku, także zaawansowanym (Luthans, Vogelgesang, Lester 2006; Zadworna-Cieślak 2015). Podejmowane oddziaływania poprzedzić można pomiarem psychometrycznym, w zakresie którego wypracowano na gruncie psychologii szereg narzędzi kierowanych typowo do grupy seniorów. Za ich pomocą możliwa jest między innymi ocena stopnia realizacji zadań rozwojowych, procesów tzw. gerotranscendencji czy różnych zachowań zdrowotnych typowych dla wieku senioralnego (Zadworna-Cieślak 2017; Brudek 2018; Zadworna-Cieślak 2020). Profesjonalny pomiar może być pierwszym krokiem do kształtowania samoświadomości osoby badanej, zarówno w wymiarze retrospektywnym, jak i prospektywnym. To z kolei stanowić będzie podstawę wyznaczania dróg samorealizacji. Zastosowanie psychometrycznych narzędzi pomiaru dedykowanych osobom starszym może być wartościowym wsparciem procesu diagnostycznego i terapeutycznego w pracy psychologa praktyka.

Uniwersalnym w każdym wieku kierunkiem wsparcia psychologicznego wydaje się być obszar kompetencji emocjonalno-społecznych i rozwijanie adaptacyjnych właściwości osobowości, takich jak prężność psychiczna, inteligencja emocjonalna czy poczucie własnej wartości. Jednak w okresie późnej dorosłości szczególnego znaczenia nabiera obszar realizacji zadań rozwojowych i adaptacji do starości, a także obszar rozwoju duchowego. Profilaktyka w tym kontekście powinna mieć charakter profilaktyki egzystencjalnej, zorientowanej na rozwijanie zasobów wspierających seniorów w procesie radzenia sobie z przemianami i kryzysami typowymi dla okresu starości (Tokarska 2002). W szczególności zasadne wydają się być: psychoedukacja ukierunkowana na analizę poszczególnych zadań rozwojowych starości, pomoc w dokonywaniu indywidualnego bilansu życia, wspieranie pełnienia ról społecznych i poszukiwania nowych aktywności po przejściu na emeryturę. Kluczowe zadania w tych obszarach to także wypracowywanie dojrzałej filozofii życia, poczucia jego sensu, a także budowanie akceptującej postawy wobec siebie samego (Zbonikowski 2012).

Wsparcie psychologiczne jest szczególnie istotne w przypadkach, gdy dokonywany bilans życia uświadamia jednostce utracone szanse i popełnione błędy. Efektem takiej refleksji może być z jednej strony poczucie bezsensu dalszej egzystencji, a z drugiej – impuls do twórczej przemiany w kierunku zmian w obszarach, w których jest to jeszcze możliwe. Pomoc psychologiczna może ukierunkować przemyślenia jednostki także na spostrzeganie tych obszarów życia, w których było ono wartościowe i pozytywne oraz kształtowanie dojrzałej, egzystencjalnej refleksji wobec doświadczeń życiowych. Ważne jest w tym procesie wzbudzanie nadziei oraz wskazanie sposobów radzenia sobie ze stresem wynikającym z wielorakich strat (Brudek, Steuden 2016).

W procesie poznawania siebie w wieku senioralnym istotna jest także świadomość i akceptacja własnego przemijania. Budowanie adekwatnych postaw wobec śmierci, zarówno osób bliskich, jak i nieuchronności kresu własnego życia, wydaje się być jednym z najtrudniejszych wyzwań psychoedukacji kierowanej do ludzi starszych. W toku pomocy psychologicznej istotne jest także towarzyszenie seniorom w procesie pokonania kolejnych etapów żałoby, duchowej transformacji i w pozytywnym przewartościowaniu życia (Brudek 2017b).

Ponadto istotne cele oddziaływań stoją przed psychologią zdrowia. Także w okresie późnej dorosłości znacząca jest promocja zdrowia w jego różnych wymiarach – przede wszystkim poprzez kształtowanie prawidłowych zachowań wzmacniających zdrowie – oraz profilaktyka zachowań dla zdrowia szkodliwych, od których okres starości bynajmniej nie musi być wolny (Zbonikowski, Zadworna-Cieślak 2016). Chodzi tu w szczególności o optymalną aktywność fizyczną, właściwą dietę, przestrzeganie zaleceń lekarskich czy dbałość o swój stan psychiczny, a także unikanie używek. Zmiany w stylu życia w okresie starości mogą mieć istotny wpływ na redukcję chorobowości, wydłużenie życia i poprawę samopoczucia tak fizycznego, jak i psychicznego.

Badania wskazują na skuteczność interwencji i programów profilaktycznych skierowanych do osób starszych, także tych żyjących w instytucjach (Kim i inni 2003; Justine, Hamid 2012). Warto nadmienić, że szanse powodzenia interwencji psychologicznych wzrosną, jeśli prowadzone one będą systemowo, nie tylko wobec samych seniorów, lecz także ich bliskiego otoczenia społecznego,

a w przypadku klientów instytucji pomocowych – personelu instytucji. W tym zakresie jako kluczowe można wskazać następujące zadania: rozwijanie umiejętności budowania kontaktu w sytuacji pomagania, pracę z własnymi emocjami i wzmacnianie samokontroli emocjonalnej oraz pomoc w radzeniu sobie ze stresem i trudnościami w pracy z klientem lub opieką nad bliskim członkiem rodziny. Zharmonizowanie oddziaływań na obu powyższych frontach zwiększa szansę na osiągnięcie zadowalających rezultatów w zakresie wspierania rozwoju ludzi starszych (Zbonikowski 2012).

5.6. Zakończenie

Świadomość dokonujących się zmian demograficznych rodzi potrzebę całościowego opisu transformacji rozwojowej na ostatnim etapie życia ludzkiego – zarówno poprzez pryzmat zagrożeń i strat, ale także szans i nowych możliwości rozwojowych. Uchwycenie wielowymiarowej specyfiki tego okresu daje szansę na dostrzeżenie jego negatywnych i pozytywnych stron, a tym samym chroni przed pomijaniem czy bagatelizowaniem trudności, jakich doświadczają osoby starsze (Brudek 2017b). Zwieńczeniem tej charakterystyki powinno być uwypuklenie uwarunkowań pomyślnego starzenia się. Konfrontacja z pełnym obrazem zmian związanych ze starością daje bowiem szansę na zmniejszenie lęku przed nią, nie odsuwanie jej na margines świadomości, lecz spostrzeżenie jej specyfiki w pełnym świetle. Dopiero wówczas możliwe będzie oswojenie się ze starością i podjęcie kroków w kierunku jej pomyślnego przebiegu. Wiedza psychologiczna, w szczególności z zakresu psychologii rozwoju oraz zdrowia, wydaje się być w tym procesie bardzo pomocna.

Współczesny kontekst społeczno-kulturowy wprowadza istotne zmiany w doświadczaniu starości. Osoba starsza musi radzić sobie z nowymi wyzwaniami, do których należy między innymi obecny w kulturze kult ciała, młodości i zewnętrżności (Halicki 2010; Dubas 2013). Utrudniać to może realizację zadań rozwojowych wieku późnego, której immanentną cechą jest akceptacja zmian związanych ze starzeniem się organizmu oraz wynikających z niego strat – wigoru, fizycznej sprawności i zdrowia. Adaptacji do starości nie służy także lansowana w mediach masowych tzw. nowoczesność starości, związana z przymusem nadążania za zmianami cywilizacyjnymi i osiągnięciami nowoczesnych technologii

informatycznych. Wszechobecne nastawienie na permanentny rozwój, mnogość ról, pośpiech i szybkie tempo życia to także cechy współczesności utrudniające pomyślne starzenie się. Poszukuje się także swoistego medycznego panaceum na starość. Spektakularne osiągnięcia medycyny w walce z chorobami nie dość mocno są jednak zespolone są z działaniami wspierającymi jakość życia człowieka w późnym wieku.

Warto jednak zwrócić uwagę także na pozytywne aspekty starzenia się i starości we współczesnym świecie. Należą do nich między innymi poprawa socjalnych i zdrowotnych warunków życia, powszechne zabezpieczenie emerytalno-rentowe, większa dostępność mediów masowych i oferty kulturalno-edukacyjnej kierowanej do seniorów, wzrost mobilności, a nade wszystko powszechne uznanie praw człowieka starszego, a co za tym idzie – wyższy stopień samoświadomości i podmiotowości seniorów (Dubas 2013).

Do starości przygotowujemy się całe życie. Zmieniający się kontekst społeczno-kulturowy jest jedynie tłem procesów, których źródłem jest wewnętrzna aktywność jednostki. W okresie późnej dorosłości – w odróżnieniu od innych okresów rozwojowych – realizacja zadań rozwojowych opiera się głównie na procesach o charakterze głębokiej autorefleksji zmierzającej do adaptacji, akceptacji siebie i swojego życia, a także jego przemijania. Wyzwania te nie muszą być balastem. Odpowiednie przygotowanie do pomyślnej starości to całozyciowy proces osobowego dojrzewania. Mimo postępu cywilizacyjnego i związanych z nim potencjalnych zagrożeń, także współcześnie można i warto poszukiwać wartości związanych ze starością, ukazujących ten etap życia jako wzbogacający nie tylko z punktu widzenia jednostkowego, ale i społecznego.

Bibliografia

- Active Aging Index* (2019), Analytical Report, United Nations, Geneva, http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf (dostęp: 18.08.2020).
- Alexandre T.D.S., Cordeiro R.C., Ramos L.R. (2009), *Factors associated to quality of life in active elderly*, „Revista de Saúde Pública”, nr 43(4), s. 613–621, <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009005000030> (dostęp: 20.08.2020).

- Baltes P.B., Baltes M.M. (1990), *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, [w:] P.B. Baltes, M. Baltes (red.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge University Press Cambridge, s. 1–34.
- Bee H. (1998), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zyska i Spółka, Poznań.
- Błędowski P. (2012), *Polityka wobec osób starych – cele i zasady*, „Studia BAS”, nr 2(30), s. 201–216.
- Brudek P. (2017a), *Mediacyjna rola bilansu życiowego w związkach cech osobowości i jakości życia osób starszych*, „Gerontologia Polska”, nr 25, s. 168–175.
- Brudek P. (2017b), *Starość – szansą czy zagrożeniem? Psychologiczna analiza funkcjonowania osób w okresie późnej dorosłości*, [w:] M. Guzewicz, J. Czerkawski (red.), *Praktyczna psychologia dla teologów*, Wydawnictwo Jedność, Kielce, t. 2, s. 57–81.
- Brudek P. (2018), *Skala Gerotranscendencji Typu 1 (GST-1) Larsa Tomstama – polska adaptacja metody*, „Psychologia Rozwojowa”, nr 2, s. 85–98, <https://doi.org/10.4467/20843879PR.18.012.8946> (dostęp: 20.08.2020).
- Brudek P., Steuden S. (2016), *Style radzenia sobie ze stresem, samoocena i nadzieja na sukces u osób w okresie późnej dorosłości o odmiennej specyfice bilansu życiowego*, „Psychoterapia”, nr 176(1), s. 87–102.
- Buhl H.M., Lanz M. (2007), *Emerging adulthood in Europe: Common traits and variability across five European countries*, „Journal of Adolescent Research”, nr 22(5), s. 439–443, <https://doi.org/10.1177/0743558407306345> (dostęp: 16.08.2020).
- Cybalski M., Krajewska-Kulak E., Jamiolkowski J. (2015), *Preferred health behaviors and quality of life of the elderly people in Poland*, „Clinical Interventions in Aging”, nr 10, s. 1555–1564, <https://doi.org/10.2147/CIA.S92650> (dostęp: 16.08.2020).
- Dezutter J., Wiesmann U., Apers S., Silke A., Koen L. (2013), *Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair*, „Aging & Mental Health”, nr 17(7), s. 839–843, <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.792780> (dostęp: 16.08.2020).
- Dubas E. (2013), *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*, „Rocznik Andragogiczny”, nr 20, s. 135–152, <http://dx.doi.org/10.12775/RA.2013.007> (dostęp: 08.08.2020).
- Erikson E.H. (2002), *Dopełniony cykl życia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Finogenow M., Zadworna-Cieślak M. (2013), *Wydarzenia krytyczne w okresie późnej dorosłości*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. 14, z. 5, cz. 1 „Zarządzanie stresem”, s. 97–116.

- Główny Urząd Statystyczny (2014), *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognozaludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> (dostęp: 20.04.2019).
- Halicki J. (2010), *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Havighurst R. (1961), *Successful aging*, „Gerontologist”, nr 1(1), s. 8–13, <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433> (dostęp: 20.07.2020).
- Havighurst R. (1981), *Developmental tasks and education*, Longman and Green, New York.
- Hutteman R., Hennecke M., Orth U., Reitz A.K., Specht J. (2014), *Developmental tasks as a framework to study personality development in adulthood and old age*, „European Journal of Personality”, nr 28(3), s. 267–278, <https://doi.org/10.1002/per.1959> (dostęp: 20.07.2020).
- Justine M., Hamid T.A. (2012), *A multicomponent exercise program for institutionalized older adults: effects on depression and quality of life*, „Journal of Gerontological Nursing”, nr 36(10), s. 32–41, <https://doi.org/10.3928/00989134-20100330-09> (dostęp: 20.07.2020).
- Kędziora-Kornatowska K., Grzanka-Tykwińska A. (2011), *Osoby starsze w społeczeństwie informacyjnym*, „Gerontologia Polska”, nr 19(2), s. 107–111.
- Kim C.G., June K.J., Song R. (2003), *Effects of a health-promotion program on cardiovascular risk factors, health behaviors, and life satisfaction in institutionalized elderly women*, „International Journal of Nursing Studies”, nr 40(4), s. 375–381, [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00102-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00102-5) (dostęp: 20.07.2020).
- Kim S., Park S. (2017), *A Meta-Analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults*, „Research on Aging”, nr 39(5), s. 657–677, <https://doi.org/10.1177/0164027516656040> (dostęp: 17.08.2020).
- Luthans F., Vogelgesang G.R., Lester P.B. (2006), *Developing the psychological capital of resiliency*, „Human Resource Development Review”, nr 5(1), s. 25–44, <https://doi.org/10.1177/1534484305285335> (dostęp: 20.07.2020).
- MacLeod S., Musich S., Hawkins K., Alsgaard K., Wicker E.R. (2016), *The impact of resilience among older adults*, „Geriatric Nursing”, nr 37(4), s. 266–272, <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014> (dostęp: 17.08.2020).
- Marcinek P. (2007), *Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości*, „Gerontologia Polska”, nr 15(3), s. 69–75.
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M. (2018), *Bilans życiowy a posttraumatyczny wzrost u osób starszych zmagających się z przewlekłymi*

- chorobami somatycznymi – mediacyjna rola prężności*, „Gerontologia Polska”, nr 26, s. 28–35.
- Röcke C., Cherry K.E. (2002), *Death at the end of the 20th century: Individual processes and developmental tasks in old age*, „The International Journal of Aging and Human Development”, nr 54(4), s. 315–333, <https://doi.org/10.2190/L9FW-GD24-GC5H-DXHW> (dostęp: 17.08.2020).
- Straś-Romanowska M. (2011), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 326–350.
- Świerżewska D. (2010), *Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia*, „Psychologia Rozwojowa”, nr 15(2), s. 89–99.
- Tokarska U. (2002), *Profilaktyka egzystencjalna jako forma przygotowania do radzenia sobie ze zmianami życiowymi*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 67–73.
- Villar F. (2012), *Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age*, „Ageing & Society”, t. 32, nr 7, s. 1087–1105, <https://doi.org/10.1017/S0144686X11000973> (dostęp: 17.08.2020).
- Westerhof G.J., Bohlmeijer E.T., McAdams D.P. (2017), *The Relation of Ego Integrity and Despair to Personality Traits and Mental Health*, „Journals of Gerontology – Series B Psychological Sciences and Social Science”, t. 72, nr 3, s. 400–407, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv062> (dostęp: 14.08.2020).
- Zadworna M. (2020), *Healthy Aging and the University of the Third Age – Health behavior and subjective health outcomes in older adults*, „Archives of Gerontology and Geriatrics”, t. 70, s. 104–126, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104126> (dostęp: 14.08.2020).
- Zadworna M., Kossakowska K. (2020), *Health behavior among Polish institutionalized older adults: the effect of resiliency mediated by satisfaction with life*, „Journal of Public Health: From Theory to Practice”, https://www.researchgate.net/publication/341947387_Health_behavior_among_Polish_institutionalized_older_adults_the_effect_of_resiliency_mediated_by_satisfaction_with_life (dostęp: 14.08.2020).
- Zadworna-Cieślak M. (2015), *Dobrostan psychiczny seniorów – znaczenie oddziaływań psychoedukacyjnych*, [w:] V. Tanaś, W. Welskop (red.), *Lifelong learning*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu, Łódź, s. 321–328.
- Zadworna-Cieślak M. (2017), *Pomiar zachowań zdrowotnych w okresie późnej dorosłości – Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 20, nr 3, s. 661–699, <https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.3-3pl> (dostęp: 14.08.2020).

- Zadworna-Cieślak M. (2020), *Psychometric properties of the Developmental Tasks Questionnaire for Seniors*, „Current Psychology”, nr 39, s. 1172–1180, <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00380-0> (dostęp: 18.08.2020).
- Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. (2019), *Satisfaction with Life in Old Age – the Role of Developmental Tasks Attainment and Resiliency*, „Przegląd Badań Edukacyjnych”, t. 1, nr 28, s. 23–35, <http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2019.002> (dostęp: 18.08.2020).
- Zbonikowski A. (2012), *Psychoedukacja jako forma wspierania rozwoju osobowości człowieka dorosłego*, [w:] R. Szczepanik, J. Wawrzyniak J. (red.), *Opieka i wychowanie w instytucjach wsparcia społecznego. Diagnoza i kierunki rozwoju*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź, s. 339–350.
- Zbonikowski A., Zadworna-Cieślak M. (2016), *Czas wolny jako przestrzeń ryzykownego doświadczania starości przez seniorów*, [w:] V. Tanaś, W. Welskop (red.), *Kultura czasu wolnego we współczesnym świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu, Łódź, s. 413–422.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. (2010), *Determinanty satysfakcji życiowej w późnej dorosłości – w świetle rodzimych doniesień badawczych*. „Psychogeriatrya Polska”, nr 7(1), s. 11–16, <https://silo.tips/download/determinanty-satysfakcji-yciowej-w-ponej-dorosoci-w-wietle-rodzimych-doniesie-ba> (dostęp: 14.08.2020).

* * *

The psychological aspects of ageing in the modern world

(abstract)

The growing number of seniors in the population promotes research into ageing processes and factors contributing to a high quality of life in older years. While old age is widely perceived as involving major crises and challenges, it is not only losses and difficulties that older adults experience. Being able to identify factors in successful ageing is a prerequisite to designing health promotion programmes and strengthening the well-being of older adults. This chapter focuses on their psychological distinctiveness and the challenges they face, the nature of crises and development tasks related to late adulthood, as well as on the psychological support for successful ageing.

Keywords: old age, aging, late adulthood, developmental tasks, psychology, modernity

**Psychologiczne aspekty starzenia się
we współczesnym świecie**
(streszczenie)

Rosnąca liczba seniorów w populacji sprzyja badaniu procesów starzenia i czynników wpływających na wysoką jakość życia w starszym wieku. Chociaż starość jest powszechnie postrzegana jako związana z poważnymi kryzysami i wyzwaniem, osoby starsze doświadczają nie tylko strat i trudności. Umiejętność zidentyfikowania czynników sprzyjających pomysłnemu starzeniu się jest warunkiem wstępnym projektowania programów promocji zdrowia i wzmacniania dobrostanu osób starszych. W rozdziale skupiono się na ich psychologicznej odrębności i wyzwaniach przed którymi stoją, naturze kryzysów i zadań rozwojowych związanych z późną dorosłością, a także na psychologicznym wsparciu pomysłnego starzenia się.

Słowa kluczowe: starość, starzenie się, późna dorosłość, zadania rozwojowe, psychologia, współczesność

6. Czym jest ageizm?

Objawy, przyczyny, skutki

*Bogusława Urbaniak**

 <http://orcid.org/0000-0003-0202-499X>

6.1. Wprowadzenie

Nie ma powszechnej akceptacji momentu wyznaczającego początek etapu życia, w którym człowiek dojrzały zamienia się w seniora. Jest to związane z tym, że wiek kalendarzowy nie pokrywa się z wiekiem społecznym bądź funkcjonalnym, a ludzie kierują się emocjami w przypisywaniu cech, które ich zdaniem odpowiadają wiekowi senioralnemu. O wiele łatwiej zrozumieć otaczający świat, jeśli wprowadzimy pewne uporządkowanie i w sposób jednoznaczny przypiszemy określone atrybuty ludziom należącym do grup wieku, w tym do osób starszych. W „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2018 r.” (2019) czytamy, że osoba starsza wyróżnia się: określonymi cechami fizycznymi (gorszy wzrok i słuch, spowolnione reakcje), charakterem (łatwowierność), zazwyczaj mniejszym niż przeciętny stopniem świadomości, uwagi i ostrożności przy podejmowaniu decyzji dotyczących zawieranej umowy handlowej, nie mającymi należytego rozeznania przy ocenie działań przedsiębiorcy i skutków z nich wynikających (s. 187). Być może jest wiele osób, które pasują do tego opisu, i to niezależnie od wieku. Istnieje również wiele innych osób niepasujących do tej charakterystyki, choć w wieku kalendarzowym zbliżonym do wieku określanego jako wiek senioralny. W ten sposób powstają stereotypy jako schematy poznawcze, od których już niedaleko do tego, co nazywamy ageizmem.

* Prof. dr hab., profesor, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Logistyki i Informatyki.

Starość człowieka jest rezultatem ciągłych interakcji pomiędzy zmianami biologicznymi, społeczno-kulturowymi oraz przekonaniami odnośnie przebiegu indywidualnych procesów starzenia (Staudinger 2015). Ta interaktywna natura starzenia składa się na istotę jego plastyczności (Staudinger, Butler 2019). Plastyczność ta to trwała możliwość modyfikacji zmian wywołanych starzeniem się, która odnosi się do jego różnych obszarów, nie tylko do aspektów neurologicznych. W świetle osiągnięć neurobiologii wiemy, że mózg dorosłego człowieka może nadal się rozwijać, powstają nowe neurony, zaś „umiarkowana aktywność fizyczna i wysiłek intelektualny przynoszą dodatni efekt w postaci ich rozpowszechniania, zróżnicowania oraz przetrwania” (Jamka 2015, s. 127). Przeciętny poziom funkcji poznawczych społeczeństw wyraźnie zwiększył się od początku XX w. Wzrosła aktywność ludzi i liczba ról społecznych odgrywanych w późniejszym wieku. To wszystko powoduje względność historyczną ocen starzenia się. Zmienia się także subiektywne postrzeganie starości i własnego wieku starszego, co ma związek z postępem medycyny oraz szeregiem czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych.

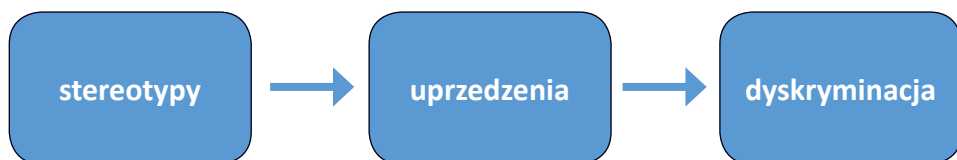
Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie istoty ageizmu z punktu widzenia dorobku literatury, ukazanie obszarów, w których występują jego przejawy w pracy, rodzinie, opiece zdrowotnej. Ageizm ma wiele przyczyn, zasadniczo przynosi negatywne konsekwencje indywidualne, społeczne i gospodarcze. Nowe wymiary ageizmu dostarczyły wydarzenia związane z pandemią COVID-19. Wskazują one na kruche podstawy solidaryzmu społecznego wobec skutków nieprzewidywalnych zjawisk.

6.2. Ewolucja pojęcia ageizmu

Trudno zrozumieć pojęcie ageizmu bez odwołania się do dyskryminacji i powodów jej występowania. Dlaczego ludzie traktują pewne osoby w mniej przychylny sposób niż inne w porównywalnej sytuacji tylko dlatego, że ktoś posiada inną cechę, taką jak płeć, wiek, niepełnosprawność, kolor skóry itd.? Dyskryminacja powstaje na bazie stereotypów, czyli uproszczonego, niezróżnicowanego obrazu grupy, często błędnego, niereprezentatywnego dla rzeczywistości i z trudem poddającego się modyfikacji.

Jako zjawisko społeczne dyskryminacja występowała na każdym etapie rozwoju ludzkości, zarówno w starożytności, jak i współcześnie. W najostrzejszej formie polegała na upokarzaniu, poniżaniu oraz prześladowaniu. W literaturze przedmiotu przywołuje się aforizm przypisywany Senece, który stwierdził, że starość jest chorobą (*senectus morbidus est*). Jego strach wiązał się z ograniczeniami fizycznymi i społecznymi towarzyszącymi długiemu życiu (Achenbaum 2008, s. 29). Biorąc pod uwagę upływający czas, ageizm stał się zjawiskiem endemicznym. Ludzie starsi, niezależnie od tego jak dużą stanowią część ogółu ludności, wciąż obawiają się przemocy fizycznej i psychicznej (Achenbaum 2015, s. 14). Temat współcześnie jest o tyle ważny, że od wielu lat następuje wzrost liczebny populacji ludzi starszych; udział osób w wieku 65 lat i więcej w UE-27 wzrósł z 17,3% w 2008 r. do 20,3% w 2019 r. (dane Eurostatu).

T. Niedziński zdefiniował dyskryminację jako „nierówne, gorsze traktowanie osoby ze względu na jej przynależność do pewnej grupy, wyróżnionej na podstawie jednej cechy, i będące pochodną istniejących stereotypów i uprzedzeń” (Niedziński 2018, s. 21). Jest to krzywdzące potraktowanie pewnych jednostek tylko z powodu przynależności do grupy wyróżnionej na podstawie określonej cechy. Można mówić o łańcuchu dyskryminacji, który ukazuje kolejne etapy procesu prowadzącego do formowania się dyskryminacji (rysunek 1).



Rysunek 1. Łańcuch dyskryminacji

Źródło: opracowanie własne

Istotną cechą dyskryminacji jest systematyczność działania zmierzającego do utrzymania uprzywilejowanej pozycji grupy dominującej względem grupy upośledzonej (Niedziński 2018, s. 22). Dyskryminacja ze względu na wiek jest zabroniona na mocy prawa UE (art. 2 ust. 1 Karty praw podstawowych UE). Jest jednak obecna w praktyce i często występuje z innymi rodzajami dyskryminacji, z racji płci, niepełnosprawności, pochodzenia etnicznego,

wyznania, orientacji seksualnej itd. Wówczas mamy do czynienia z dyskryminacją zwielokrotnioną, która jest przejawem postaw niebezpiecznych, prowadzących do stygmatyzacji. Dogłębne analizy na temat zakresu prawnej ochrony przed dyskryminacją ze względu na wiek w krajach członkowskich Unii Europejskiej przedstawiła E. Dewhurst (2020).

Dyskryminacja może występować w formie bezpośredniej i pośredniej, prowadzić do nękania i wiktymizacji; dwa ostatnie przypadki są najostrzejszą formą dyskryminowania osób starszych.

W społecznym odbiorze wiek starszy wywołuje o wiele częściej reakcje negatywne (wywołane dyskryminacją) niż wiek młody. Na kanwie dotychczasowych rozważań pojawia się pojęcie ageizmu, który jest wywoływany negatywnym stanem emocjonalnym prowadzącym do postaw i zachowań dyskryminujących osoby starsze. Jest wytworem negatywnych stereotypów, przekonań i uprzedzeń, które powstają – jak zaznacza P. Szukalski – na bazie biologicznego zróżnicowania ludzi (Szukalski 2009, s. 61), występującego w miarę upływu lat kalendarzowych, wyznaczających proces starzenia się.

Na początku lat 50. XX w. zwrócono uwagę, że w kulturze nacechowanej fascynacją młodości i dużym tempem zmian oczekuje się, że ludzie starsi usuną się w cień, a ich rola będzie mniejsza w życiu społecznym i gospodarczym (Tuckam, Lorge 1953). Takie nastawienie kulturowe zachęca do formułowania błędnych przekonań i stereotypów odnośnie starszego wieku (Levy, Macdonald 2019). Na kulturowe uwarunkowania ageizmu zwraca uwagę także P. Szukalski (2009, s. 59) podkreślając, że na jego powstanie mają wpływ oczekiwania społeczne odnośnie aprobowanych zachowań członków społeczności w zależności od ich wieku. Tworzą się w ten sposób stereotypy, u podstaw których leżą przekonania o homogeniczności procesów starzenia się, jednakowo obejmujących osoby w danej kategorii wieku. Współcześnie kult młodości prowadzi do pojawienia się wręcz ageistowskiego szowinizmu (Burzyński 2015).

Pojęcie ageizmu¹ pojawiło się w literaturze w 1969 r. za sprawą R.N. Butlera. Określił on, że jest to pewien stan umysłu, gdy usilnie

¹ W języku polskim „ageizm” próbowano zastąpić polskim odpowiednikiem „wiekizm”, lecz proponowany termin nie uzyskał społecznej akceptacji. Jest to być może spowodowane bliską analogią do wyrażenia „wiekowy”, które wprost wskazuje na bardzo stary wiek; w użyciu upowszechniona jest spolszczona wersja wyrażenia angielskiego.

i niesprawiedliwie nie lubi się innych ludzi, idei itd. Stan, „który jesteśmy skłonni aktualnie przeoczyć to dyskryminacja na bazie wieku lub ageizm, uprzedzenie jakie żywi jedna grupa wieku wobec innych grup wieku” (Butler 1969, s. 243).

Współczesne definicje ageizmu wskazują, że jest to

wielowymiarowa koncepcja, która obejmuje stereotypy dotyczące wieku (zarówno pozytywne, jak i negatywne przekonania), postawy stygmatyzujące, nacechowane uprzedzeniami oraz dyskryminację ze względu na wiek (Azulai 2104, s. 3, cyt. za Horst 2019, s. 27).

Możemy więc wyodrębnić dwa ujęcia ageizmu. Pierwsze odnosi się do mentalności, która może prowadzić do dyskryminacji ze względu na wiek, rozumianej jako zestaw działań, których wyniki można zmierzyć, ocenić i porównać (Livesley 2009, s. 9). Drugie ujęcie jest tożsame z dyskryminacją ze względu na wiek.

Głęboko osadzony niepokój ludzi młodych i w średnim wieku daje się odczytać jako osobisty sprzeciw i niechęć wobec starzenia się, słabości, choroby i niepełnosprawności; to ich strach przed bezsilnością, „bezużytecznością” i śmiercią powoduje, że o tych, którzy weszli już do grupy ludzi starszych wypowiadają się z wyższością. Tak więc u podstaw ageizmu indywidualnego (dotyczy postrzegania pojedynczych osób) leży gerontofobia, czyli lęk przed własną przyszłością, w której czeka starość i kres życia (Kowalewski, Moczydłowska s. 116). Strach i bezradność wobec zbliżającego się końca życia powoduje, że grupę tych, którzy na trajektorii życia zbliżają się ku jego końcowi, traktuje się w kategorii „gorszych”. Starsi dorośli przypominają o własnej starości i śmierci. Ten pogląd jest charakterystyczny dla teorii opanowania trwogi, która wskazuje, że trwoga będąca skutkiem świadomości nieuniknionej śmierci ma podstawowy wpływ na ludzkie przekonania (Martens i inni 2005). Zauważono, że obawa przed starością jest powiązana z ageizmem – im bardziej jednostka przeżywa własną starość, tym bardziej podlega negatywnym stereotypom wieku (Burke i inni 2010, Brunton, Scott 2015, Levy, Macdonald 2019). Lęk przed starzeniem się ma prawdopodobnie także negatywny wpływ na zdrowie i zadowolenie z życia (Brunton, Scott 2015, s. 786).

Ageizm jako rodzaj pogardy dla słabszych jest dziedzictwem kultury społeczeństw, w których wartość człowieka była

oceniana na podstawie użyteczności dla systemu gospodarczego, związanej z tężyzną fizyczną i zdrowiem. W powieści W. Reymonta „Chłopi” stara Agata opuszcza swoich krewnych na zimę, gdyż jako nieprzydatna w gospodarstwie nie chce być dla nich ciężarem. Nie wiadomo, czy ta jej decyzja wynikała z postaw ageizmu jej najbliższych, czy była przejawem autoageizmu. Szerze badania na temat tego w jaki sposób predyktory autoageizmu są moderowane przez wartości kulturowe przeprowadzono w Polsce, Portugalii, Francji i Niderlandach. Wykazały one m.in. wpływ stosunku do hierarchii i poziomu autonomii intelektualnej (Schuurman i inni 2020).

W późniejszym czasie zwrócono uwagę, że ageizm obejmuje szkodliwe postawy wobec wieku starszego, ludzi starszych i procesów starzenia się, włączając w to postawy osób starszych wobec siebie samych. W tym ostatnim przypadku chodzi o postawy deprecjonujące samych siebie z racji przynależności do populacji osób w starszym wieku, które prowadzą do samoograniczania (powyższy przykład starej Agaty z powieści „Chłopi”). Ilustracją takiego podejścia może być rezygnacja z przynależnych praw i zgoda na nierówne traktowanie, „bo ludzie starsi już nie potrzebują jeździć na wczasy, chodzić do teatru, kupować nowych ubrań, chodzić do fryzjera i tak dalej”. To samoograniczanie własnych aspiracji i możliwości upowszechnia się na zasadzie kuli śnieżnej i dociera do grup w młodszym wieku, które z uznaniem zauważają zbieżność poglądów swoich i ludzi starszych. Dociekania na temat przyczyn tego stanu rzeczy prowadzą do indywidualnej internalizacji stereotypów ludzi starszych, co wpływa w późniejszym wieku na ich oczekiwania i zachowania. Zjawisko to wyjaśnia B. Tomaszewska-Hońka wskazując, że stereotypy starości sformułowane w dzieciństwie i utrwalone w toku doświadczeń w kolejnych latach życia powodują, że „Siła uwewnętrznionego wzoru jest na tyle duża, że zgodnie z nim projektujemy własną starość, a wówczas zinternalizowane stereotypy stają się autostereotypami” (2019, s. 95).

Z ageizmem można się spotkać w:

- a) sklepach, hotelach, ośrodkach rozrywki i sportu;
- b) przychodniach, szpitalach, domach spokojnej starości;
- c) zakładach pracy;
- d) transporcie publicznym;
- e) dostępie usług – w bankach, instytucjach ubezpieczeniowych;

f) mediach – prasie, telewizji, gdzie kwestie związane ze starzeniem się opisywane są głównie przez pryzmat narastających problemów i kosztów.

Występuje jako ageizm indywidualny, który może przerodzić się w tzw. ageizm instytucjonalny. W pierwszym przypadku pojawia się w indywidualnych relacjach, postawach, zachowaniach jednostek względem innych w starszym wieku. To różnego rodzaju nieprzyjemne zwroty, demonstrowanie zniecierpliwienia w relacjach młodszy-starszy. Występuje zarówno w rodzinie, jak i w różnych przejawach życia publicznego. Ageizm współczujący (*compassionate ageism*) wynika z przekonania, że starsi ludzie z uwagi na wiek to grupa potrzebujących, którzy zasługują na specjalną opiekę. Jest podyktowany współczuciem, które faktycznie prowadzi do faworyzowania uzyskanych wyników, aby realizatorzy (pracownicy sektora publicznego, domów opieki, wolontariusze itd.) mogli odnieść korzyści (wynika to z przeświadczenia, które ilustrują stwierdzenia „ludzie starsi to problem – my jesteśmy kimś innym”, „wizerunek ludzi starszych – negatywny, cechuje ich degradacja”, „starości należy unikać – wywołuje litość”). Może sprzyjać postawom paternalistycznym, protekcyjnym oraz traktowaniu wszystkich starszych osób jako ofiar procesu starzenia się i osiągnięcia starości (Eastman 2019).

Ageizm osób sprawujących funkcje decyzyjne w różnych organizacjach prowadzi do tzw. ageizmu instytucjonalnego. Jego przejawem jest dyskryminacja instytucjonalna, która obejmuje instytucjonalne praktyki, ustalenia, czasem nieintencjonalne, wynikające z utrwalonego, stereotypowego przekonania odnośnie ludzi starszych². W efekcie pojawiają się formalne lub nieformalne zasady, które stawiają grupę ludzi starszych w gorszej sytuacji niż inne, młodsze grupy.

Dyskryminacja instytucjonalna jest spotykana dość często, może być uświadomiona lub nieuświadomiona. Oto kilka przykładów:

² Badania na temat prawnej ochrony przed bezpośrednią dyskryminacją ze względu na wiek w takich obszarach jak ochrona socjalna, edukacja, opieka zdrowotna, mieszkalnictwo czy dostępność towarów i usług przeprowadzone w 27 krajach członkowskich Unii Europejskiej wykazały, że Polska i Grecja to jedyne kraje, w których nie ma w ogóle żadnej ochrony przed tym rodzajem dyskryminacji w ochronie socjalnej, mieszkalnictwie oraz dostępie do towarów i usług, zaś w pozostałych obszarach występuje częściowa ochrona (Dewhurst 2020, s. 70–71).

- odmowa udzielenia przez instytucję finansową nieoprocenowanego kredytu lub jego ograniczenie do pewnej, górnej kwoty, odmowa wydania nowej karty kredytowej z uwagi na wiek, ubezpieczenia samochodu na ogólnych zasadach, bez możliwości zniżki, odmowa ubezpieczenia w podróży tylko z powodu przekroczenia pewnej granicy wieku;

- pobieranie podwójnej stawki za pobyt w szpitalu w przypadku osób powyżej pewnego wieku, bez względu na ich stan zdrowia (Dania);

- wprowadzenie bezpłatnych programów zdrowotnych dla osób starszych, adresowanych do osób, które nie przekroczyły określonej granicy wieku, jak np. Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, refinansowany przez NFZ dla kobiet w wieku 50–69 lat – osiągnięcie 70. roku życia wyklucza z uczestnictwa w bezpłatnym programie;

- wprowadzenie zasad rekrutacyjnych, ograniczających szanse przyjęcia do pracy osób powyżej pewnego wieku (bez uzasadnienia wynikającego ze szczególnych warunków dotyczących danego stanowiska pracy), czego przejawem są ogłoszenia informujące o poszukiwaniach kandydatów do pracy w młodym zespole, lub w postaci „zatrudnię osobę do 30. roku życia”; poniższa wypowiedź ilustruje zachowania pracodawców:

Bo nas nigdzie nie chcieli. Bardzo często chodziłam z taką koleżanką z pracy, to bardzo nam pracodawcy dawali odczuć nasz wiek. Bardzo często było się trudno dostać do, że tak powiem, władzy wyższej. Najczęściej były to bardzo młode sekretarki, które były nieuprzejme i wprost dawały do zrozumienia. Nawet parę razy się zdarzyło, że nam ktoś powiedział, że jesteśmy za stare (wypowiedź kandydatki do pracy w wieku 55–60 lat z terenu Łodzi, Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy w Łodzi, 2018, s. 100).

Ageizm może prowadzić do dyskryminacji strukturalnej, która pojawia się wskutek działania systemu prawnego, społecznego, gospodarczego, politycznego (Niedziński 2018, s. 23). W efekcie dochodzi do ograniczenia możliwości pełnego korzystania ze wszystkich zasobów i praw, zaś ta grupa, której dotyczy owa sytuacja, staje się grupą wykluczoną społecznie.

Uświadomiony charakter ageizmu (Kowalewski, Moczydłowska 2020, s. 120) powstaje w zespole osób bezwiednie akceptujących

pewne zachowania wynikające z klimatu organizacyjnego przyzwalającego na dyskryminację ze względu na wiek. Jest efektem błędnie interpretowanych komunikatów pochodzących np. od współpracowników. Dlatego tak ważna jest w środowisku pracy dbałość o tworzenie kultury organizacyjnej opartej na tolerancji i równości praw i szans oraz jasność przekazów kierowanych do zespołów pracowniczych.

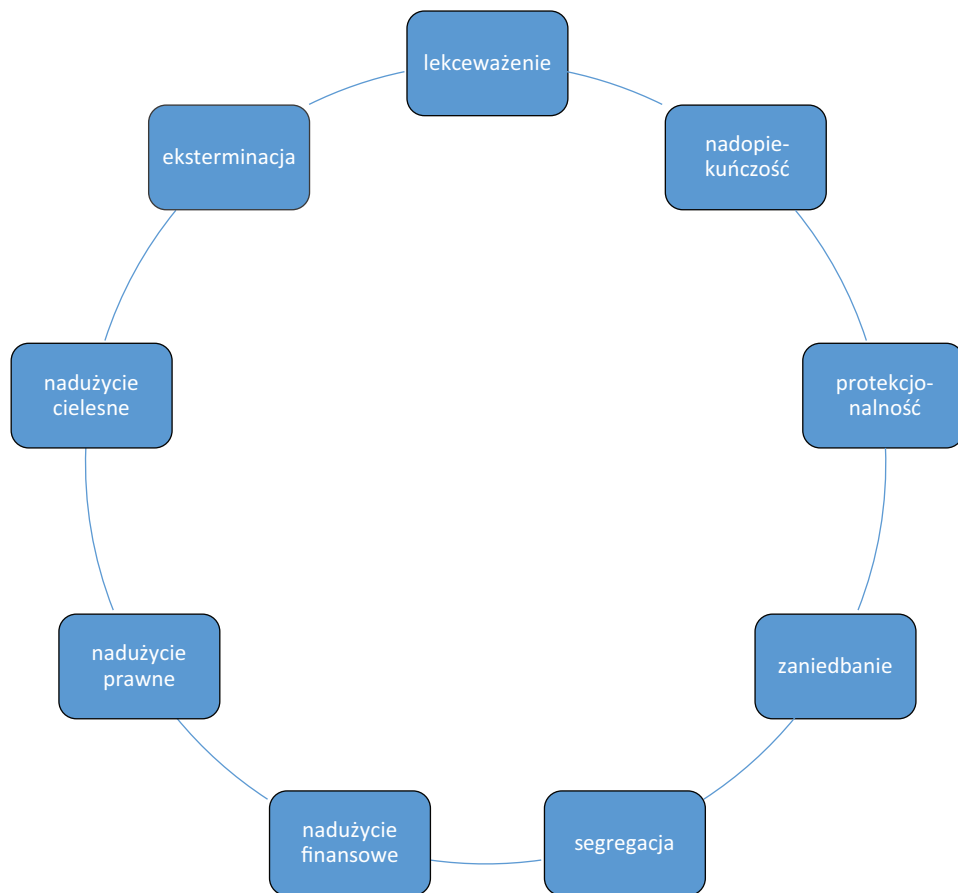
Cyfryzacja, a w szczególności stosowanie algorytmów w administracji publicznej i sektorze prywatnym (np. wnioski kredytowe w banku) może wywoływać efekty dyskryminujące osoby starsze (Défenseur des droits 2020). Algorytmy same w sobie są neutralne, lecz są opracowywane przez ludzi, oparte na danych odzwierciedlających ludzkie przekonania i praktyki, a te mogą nie być wolne od ageizmu. Pojawiają się więc mechanizmy dyskryminacyjne z uwagi na rodzaj danych zastosowanych przez tradycyjny algorytm lub wprowadzanych do algorytmu uczącego się.

Ageizm występuje także w formie pozytywnej i może prowadzić do pozytywnej dyskryminacji ze względu na wiek, nazywanej także „afirmatywną”, „akcją afirmatywną”, „uprzywilejowaniem wyróżnawczym” (Niedziński 2018, s. 23). Polega on na przypisywaniu osobom starszym szczególnych przymiotów wynikających z ich długiego życia i doświadczeń, jak np. mądrość życiowa. Uogólnienia dotyczą posiadania przez nich pewnych cech pozytywnych, takich jak cierpliwość, rozsądek, ostrożność, duże umiejętności dzięki długotrwałemu doświadczeniu, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach (np. Wiktorowicz 2016, s. 73). Przykładem pozytywnej formy ageizmu, prowadzącego do pozytywnej dyskryminacji instytucjonalnej, mogą być przywileje nadawane z racji osiągniętego wieku, takie jak zniżki w komunikacji zbiorowej dla osób, które ukończyły określoną liczbę lat, specjalne systemy wsparcia osób starszych w postaci ofert darmowych leków, łagodniejsze traktowanie przez policję, gdy osoby starsze niewłaściwie przechodzą przez ulicę.

6.3. Przejawy ageizmu w życiu społecznym

Ageizm nie zawsze przybiera postać wroga, zagrażającą fizycznej egzystencji w wyniku przemocy skierowanej wobec osoby starszej. Jego skutki mogą przybierać formy miękkie, takie jak lekceważenie,

protekcjonalność, a nawet nadopiekuńczość. W literaturze są wymieniane następujące przejawy ageizmu (Szukalski 2009, s. 65–66), które ilustruje rysunek 2.



Rysunek 2. Przejawy ageizmu

Źródło: opracowanie własne

Lekceważenie polega na zachowaniu otoczenia (w domu, pracy, szpitalu, przychodni zdrowia itd.) polegającym na niezwracaniu uwagi, bagatelizowaniu spraw osób starszych, z którymi oni zwracają się do innych osób. Ilustruje to wypowiedź „znowu coś się babci/pani przywidziało”. Opinie osób starszych, ich potrzeby, a nawet prawa są traktowane jako mniej istotne niż osób młodszych. Można wskazać także na zachowania odwrotne, w których wypowiedzi

osób starszych są przeceniane przez otoczenie. Wysokie uplasowanie osób starszych w życiu społecznym jest związane z systemem zarządzania zwanym gerontokracją.

Nadopiekuńczość obejmuje zachowania polegające na wyręczeniu osób starszych przez otoczenie, gdy mogą one samodzielnie sprostać zadaniom. Jest to podyktowane nieuzasadnioną troską, że ze względu na swój wiek osoby starsze nie są w stanie podolać określonym zadaniom. Nie oznacza to, aby oczekiwać od osób starszych, że na równi z osobami młodszymi będą dźwigać te same ciężary, albowiem dostosowanie wymogów pracy do wydolności organizmu człowieka dotyczy wszystkich pracowników, niezależnie od ich wieku.

Protekcjonalność – w internetowym Słowniku Języka Polskiego termin „protekcjonalny” odnosi się do sposobu traktowania innych z wyższością i pobłażliwą przychylnością, a w Nowym Słowniku Poprawnej Polszczyzny dodano, że oznacza on „świadczący o czymś lekceważącym stosunku do kogoś, podkreślający swoją wyższość; wyniosły” (Markowski red. 2003, s. 757). Na taki sposób traktowania narażone są osoby starsze w różnych sytuacjach życia codziennego. Użycie słów protekcjonalnych w odniesieniu do obcych osób w starszym wieku, takich jak „nasze słoneczko”, „nasza babcia”, „nasz dziadek” jest nie do przyjęcia. Czasami przybiera postać specjalnego sposobu mówienia (w języku ang. *elderspeak*) – wolno, z dłuższymi pauzami, z użyciem uproszczonych wyrażen, spieszceń typu „ślicznotka”, „kochanie”, którym posługuje się personel opiekuńczy, pielęgniarz; ta infantylizacja (pisał o niej również R. Zimny w rozdziale 3) w sposobie zwracania się do osób starszych przypomina sposób komunikowania się z małymi dziećmi (Williams, Kemper, Hummert 2005).

Dziennikarze także nie mogą się ustrzec od protekcjonalnego traktowania osób starszych w swoich felietonach. W jednym z nich pojawiło się pytanie, kiedy bliscy powinni zdecydować się na dom opieki dla seniora („Kiedy zdecydować się na dom opieki dla seniora” 2020). Pomijając kwestię oceny etycznej zawartych rozważań, cały wywód charakteryzował się protekcjonalnym traktowaniem osoby starszej. Pobłażliwa przychylność i użycie wyrażenia „nasz senior” maskowały wyższość wobec osoby, o której nie wiadomo nawet jakiej jest płci. Kwestia celowego pomijania płci starszych kobiet i starszych mężczyzn świadczy o tym, że po ukończeniu 60.

czy 70. lat staje się ona mało ważna. Jest „ten senior”. Chyba, że mamy do czynienia z celebrytką. Wtedy mimo wyraźnego przekroczenia 70. roku życia, jest nadal „ikoną muzyki”, „królową polskiej sceny rozrywkowej”, „cudowną wokalistką”, a nie np. śpiewającym seniorem/seniorką, czy śpiewającą babcią, co byłoby wyrażeniem protekcjonalnym.

O tym, że sytuacje protekcjonalnego traktowania osób starszych mają miejsce w życiu codziennym – w przychodni zdrowia, w sklepie – przekonują poniższe posty zamieszczone pod artykułem „Nigdy tak nie mów do starszych ludzi” (2020):

Mój ojciec ma 75 lat jest to człowiek z charakterem i sprawny umysłowo, ale miał kłopoty ze stawami i z poruszaniem się. Zawieźliśmy go do lekarza, a tam młoda pielęgniarka prosząc go do gabinetu powiedziała: „Za chwilę wejdiesz młodzieniaszku, a teraz grzecznie poczekaj w kolejce”. Reakcja była natychmiastowa, ojciec od razu pokazał jej miejsce w szeregu (córka, 17.10.2008).

[...] Mam powyżej 60 lat. Komputer to moje narzędzie pracy. W sklepach komputerowych często pierwszą reakcją na moje pytanie jest odpowiedź, a to dla pani? czy dla młodszej osoby? Nie jest to miłe (Ewa, 13.10.2008).

W mediach dość często dziennikarze pisząc o osobach starszych, nawet tych w 60. roku życia, używają terminu „staruszkowie”, a według Wielkiego Słownika Języka Polskiego to wyrażenie określające osobę starszą ma wyraz protekcjonalny.

Zaniedbanie – pomijanie istotnych potrzeb bytowych, np. pozabawienie możliwości zaspokojenia potrzeb związanych z higieną osobistą, społecznych, np. ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi, ograniczanie dostępu do informacji o przysługujących im prawach socjalnych i zdrowotnych.

Segregacja – odnosi się do celowego izolowania osób starszych od reszty społeczeństwa, („bo tam będzie im najlepiej”), tworzenia enklaw, w których żyją wyłącznie osoby starsze w różnego rodzaju osiedlach dla seniorów, domach spokojnej starości, domach pomocy społecznej. To zamykanie osób starszych w pokoju z dala od reszty rodziny. Odseparowanie od reszty społeczeństwa prowadzi do izolacji społecznej. Jest to przejaw traktowania ludzi starszych

z wyższością, bo przecież rodzina, społeczeństwo chce jak najlepiej, a w podtekście jest to przejaw niechęci wobec obcowania z ludźmi starszymi. Przykładem działań odwrotnych, inkluzyjnych jest tworzenie domów wielopokoleniowych, w których obok ludzi starszych zamieszkują przedstawiciele innych pokoleń.

Ageizm może prowadzić do przemocy wobec osób starszych, niekiedy do czynów objętych penalizacją. Bywa, że w praktyce trudno zapobiec pewnym czynom skierowanym wobec osób starszych i noszącym znamiona przemocy, z uwagi na trudność komunikacji osobami zamkniętymi w domach rodzinnych lub instytucjach opieki instytucjonalnej.

Nadużycie finansowe – rodzaj oszustwa polegającego na doprowadzeniu osoby starszej do niekorzystnego rozporządzenia swoimi dobrami materialnymi, finansowymi; wykorzystanie niewiedzy, łatwowierności, braku umiejętności w należyтым rozpoznaniu okoliczności przy podejmowania decyzji finansowych. Niestety, tych nadużyć dopuszczają się także zaufani członkowie rodziny, opiekunowie, którzy przechwytyują emeryturę/rentę swoich krewnych lub pokrywają z tych świadczeń swoje wydatki; w domach pomocy społecznej znane jest zjawisko pojawiania się krewnych z wizytą wkrótce po dacie otrzymania świadczenia przez podopiecznego DPS. Nadużycie wynika z wykorzystania pozycji silniejszego lub zaufanego w stosunku do osoby starszej.

Nadużycie prawne – doprowadzenie do sytuacji, w której osoba starsza podejmuje działania pociągające za sobą niekorzystne dla niej konsekwencje prawne, np. sporządzenie aktów darowizn, zgoda na ograniczenie samodzielności prawnej.

Nadużycie cielesne – to różne formy przemocy i agresji fizycznej wobec osób starszych, towarzyszy im zwykle agresja słowna; występują pod postacią przemocy domowej, przemocy współmałżonka/partnera, dorosłych dzieci, opiekuna.

Eksterminacja – to najostrzejsza forma działania zmierzającego do pozbawienia życia osoby starszej wraz ze szczególną formą w postaci eutanazji, która nie wynika z świadomego aktu woli starszej osoby.

Ageizm może prowadzić do zachowań dyskryminujących ze względu na wiek, które prowadzą do naruszenia godności osobistej osób starszych. Ludzie starsi stają się ofiarami przemocy, która obejmuje celowe działania wywołujące krzywdę lub ryzyko jej

wystąpienia, bez względu na jej intencjonalność. Dopuszczają się ich opiekunowie lub inne osoby obdarzone zaufaniem, nawet dorośle dzieci i inni członkowie rodziny. Występuje:

a) przemoc fizyczna, która obejmuje zadawanie bólu lub zranienie, lecz najczęściej przyjmuje formę poszturchiwań, klapsów; przykładem jest karcenie a nawet bicie;

b) brak poszanowania intymności jednostki, np. nakaz wykonywania czynności higienicznych w obecności współmieszkańców w domach pomocy społecznej czy w placówkach służby zdrowia, wchodzenie bez pukania do pokoju mieszkańca domu pomocy społecznej;

c) przemoc/wykorzystanie seksualne;

d) przemoc psychiczna, przyjmująca postać zastraszania, upokarzania;

e) przemoc finansowa;

f) przemoc symboliczna, polegająca na wymuszaniu zachowania, które jest wygodne osobom dominującym, np. przymuszanie do noszenia stroju nieakceptowanego przez osobę starszą;

g) opuszczenie (Halicka, Halicki 2010, s. 26–27).

Z badań przeprowadzonych w 2005 r. wśród 1002 członków rodzin osób powyżej 65 lat zamieszkujących domy pomocy dla osób starszych w stanie Michigan wynika, że były one ofiarami przemocy fizycznej ze strony personelu opiekuńczego. Osoby starsze – zdaniem co czwartego badanego – doświadczyły przemocy co najmniej raz w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Schiamberg i inni 2012).

Choć ofiarami przemocy są częściej kobiety, to zdaniem autorów, którzy przeprowadzili badania w siedmiu krajach, może to być efektem nierozpoznania zasięgu ageizmu wśród mężczyzn z powodu norm społecznych i kulturowych akcentujących takie tradycyjne cechy męskości jak siła i stoicyzm. Analizy wielowymiarowe wykazały, że mężczyźni z wykształceniem wyższym, robotnicy oraz mieszkający w wynajmowanych mieszkaniach częściej stawali się ofiarami przemocy niż ci niżej wykształceni, zajmujący niegdyś niższe rangą stanowiska pracowników umysłowych oraz właściciele domów (Melchiorre, Di Rosa, Lamura i inni 2016).

Przykładem zachowania mającego charakter przemocy wobec osoby starszej jest sytuacja, której doświadczył starszy klient banku X. W jednej z placówek banku, w trakcie załatwiania spraw poprosił o umożliwienie skorzystania z toalety. Pracownica banku

uniemożliwiła załatwienie potrzeby fizjologicznej, przez co starszy mężczyzna został zmuszony do powrotu na piechotę w zabrudzonej odzieży. Sąd Najwyższy w wyroku z 17.09.2014 r. stwierdził naruszenie godności klienta banku i zobowiązał bank do udostępnienia toalety (z informacji Rzecznika Praw Obywatelskich). Pojęcie godności osobistej jako przyrodzonej i niezbywalnej wartości, jako czegoś, z czego człowiek nie może sam zrezygnować jest gwarantowane przez art. 30 Konstytucji RP. Godność przysługuje każdemu człowiekowi, bez względu na wiek, płeć, niepełnosprawność, chorobę, poglądy itd. – niezależnie od jego zachowania. Nie można jej utracić, nie można się jej zrzec, nie można jej odebrać. Zaś obowiązkiem państwa, społeczeństwa jest uznawanie i nienaruszanie godności innych osób.

Podsumowując powyższe rozważania na temat rozróżnienia między ageizmem, dyskryminacją ze względu na wiek i przemocą wobec osób starszych zauważmy, że ageizm to pewien stan umysłu jednostek, uformowany przez szereg czynników osobowych, społecznych, kulturowych itd. W jego efekcie dochodzi do dyskryminacji ze względu na wiek, której najostrzejszym przejawem jest przemoc wobec osób starszych.

6.4. Skala rozpowszechnienia ageizmu

Jak wskazywano powyżej, ageizm przybiera różne formy i przejawia się w różnych postaciach. Trudno więc o jego pomiar. Najczęściej o skali zjawiska mówimy na podstawie wypowiedzi zainteresowanych osób, które wskazują, czy i w jakich sytuacjach dochodziło ich zdaniem do zachowań świadczących o ageizmie. Te jakościowe oceny różnią się w zależności od miejsca i czasu. W literaturze można znaleźć także pewne podejścia ilościowe, bazujące na budowie skali obrazującej natężenie poszczególnych form ageizmu. Przykładowo taką skalę (*Ambivalent Ageism Scale* – AAS) zaoferowali Cary i inni (2017), umieszczając na jej krańcach protekcyjność (np. wyłączenie przy zakupach wbrew woli) i wrogość wobec osób starszych (odmowa zatrudnienia z uwagi na wiek).

Badania odnośnie dyskryminacji wg wieku przeprowadzone w krajach członkowskich UE w 2012 r. (European Commission 2012) wykazały, że w niektórych krajach dyskryminacja osób w wieku 55+ jest wyraźnym problemem. Takim krajem są np.

Węgry, gdzie trzy czwarte respondentów wskazało, że osoby w wieku 55+ są dyskryminowane. Kolejnymi krajami są Czechy (68% badanych przyznało, że osoby starsze są dyskryminowane) i Słowacja (66%). W Polsce dyskryminacja osób starszych występuje według 44% badanych. Najmniej wskazań odnośnie dyskryminacji osób starszych odnotowano w Irlandii (19%). Generalnie w krajach Europy Zachodniej i Europy Północnej dyskryminacja osób starszych jest mniej rozpowszechniona niż w krajach, które mają za sobą doświadczenia ustroju socjalistycznego (tabela 1).

Tabela 1. Odpowiedzi mieszkańców UE-27 na pytanie: Czy dyskryminacja osób w wieku 55+ występuje w kraju oraz czy jest to zjawisko powszechne w tym bardzo powszechne w danym kraju – dane dla 2012 roku.

Kraj	Tak, występuje dyskryminacja osób w wieku 55+ (%)	W tym odpowiedzi wskazujące, że jest to zjawisko powszechne (%)
UE-27	45	11
Węgry	75	30
Łotwa	63	20
Słowacja	66	24
Litwa	59	15
Cypr	59	14
Bułgaria	58	18
Polska	44	10
Austria	33	8
Luksemburg	32	6
Dania	32	5
Irlandia	19	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie European Commission 2012, Eurobarometer 393.

6.5. Ageizm w pracy

W miejscu pracy może dochodzić do zachowań dyskryminujących ze względu na wiek, zarówno ze strony pracodawców, jak i współpracowników (Gross-Gołącka 2018, s. 140). W krajach Unii Europejskiej ogólne warunki ramowe równego traktowania w zakresie zatrudnienia i pracy, zabraniające różnych form dyskryminacji, w tym również ze względu na wiek, ustanawia dyrektywa Rady 2000/78/WE z dnia 27 listopada 2000 r. (EUR-Lex). Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE) orzekł, że „zasadę niedyskryminacji ze względu na wiek należy uznać za ogólną zasadę prawa wspólnotowego” (Sprawa Mangold, C-144/04, pkt 75). Tym niemniej w krajach członkowskich różne poziomy ochrony przed dyskryminacją ze względu na wiek, które uzasadnia występowanie obiektywnego celu³.

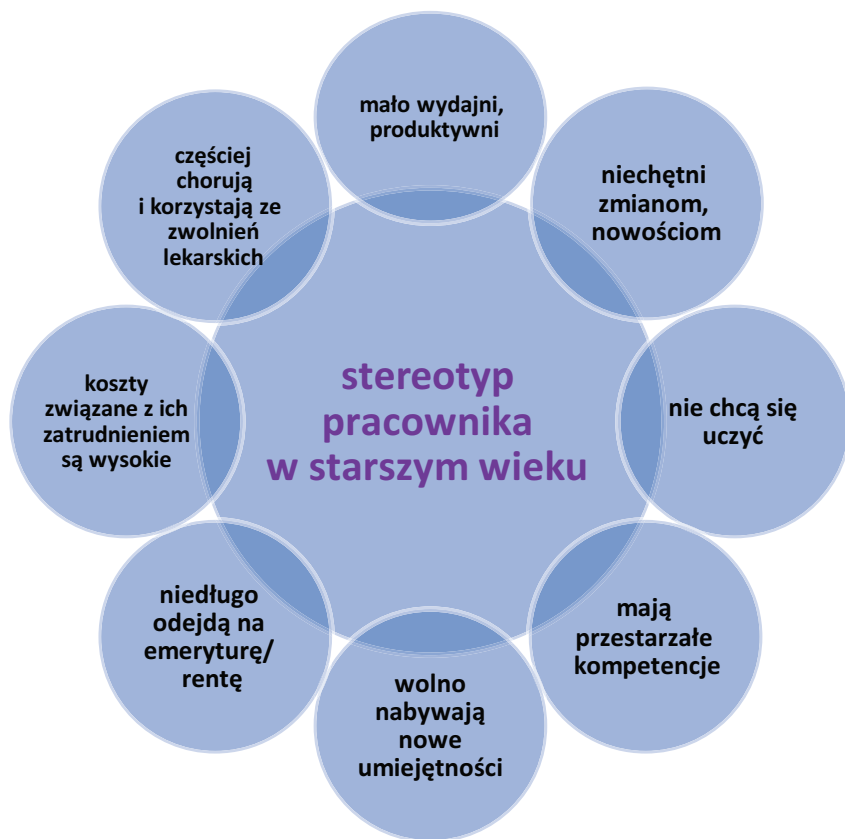
Z ogólnokrajowych badań Australian Human Rights Commission (2016), które objęły w 2015 r. Australijczyków w wieku 50+ wynika, że 27% z nich doświadczyło dyskryminacji w pracy w minionych dwu latach. W Stanach Zjednoczonych aż 63% osób w wieku 59–69 lat i 68% w wieku 60–74 lata było jej ofiarami, bądź świadkami dyskryminacji ze względu na wiek w miejscu pracy⁴ (American Association of Retired Persons 2014, s. 28). W kraju tym obowiązuje ustawa antydyskryminacyjna zakazująca dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na wiek (*Age Discrimination in Employment Act*) przyjęta w 1967 r.⁵ Podjęte przez American Association of Retired Persons próby szacowania skutków ekonomicznych dyskryminacji ze względu na wiek wykazały, że koszty poniesione przez gospodarkę amerykańską z powodu dyskryminacji pracowników w wieku powyżej 50 lat wyniosły 850 miliardów dolarów w 2018 roku (World Economic Forum 2021).

³ Dyrektywa dopuszcza (art. 6 – Uzasadnienie odmiennego traktowania ze względu na wiek) możliwość uzasadnienia bezpośredniej dyskryminacji ze względu na wiek, o ile istnieje uzasadniony cel. Stwarza to państwom członkowskim możliwość stosowania wyjątków, które jako „obiektywnie uzasadnione” stwarzają niekorzystne warunki dla starszych pracowników (AGE Platform Europe 2020d).

⁴ Znacznie częściej kobiety niż mężczyźni w wieku 45 i więcej lat, odpowiednio 72 i 57%. (American Association of Retired Persons 2014, s. 28).

⁵ Początkowo chronieni byli tylko pracownicy w wieku 40–64 lat, w późniejszym okresie podniesiono górny limit wieku do 70 lat, który został zniesiony w 1986 r.; obecnie ustawa obejmuje wszystkich pracowników w wieku 40+ zabraniając m.in. przymusowego zwolnienia z pracy ze względu na wiek, w tym odsyłania na emeryturę (Blackburn 2017).

O tym, że osoby starsze mają o wiele trudniej na rynku pracy niż młodsze przekonują doniesienia z wielu krajów. Jedną z przyczyn jest postawa pracodawców i kadry kierowniczej. Jak wykazały wyniki badań przeprowadzonych przez zespoły z University of Kent oraz Vrije Universiteit w Amsterdamie, ageistowskie postawy kadr menedżerskich w firmach, w których formalnie kładziono nacisk na równość w miejscu pracy, doprowadziły do internalizacji tych przekonań wśród starszych pracowników. Ich poglądy były zbieżne w kwestii, że pracownicy po 50 roku życia są „za starzy” na szkolenie i/lub awans i powinni pozostawić to „młodszym” (International Longevity Centre UK 2021).



Rysunek 3. Najczęściej spotykane stereotypy dotyczące pracowników w starszym wieku

Źródło: opracowanie własne

Warunki sprzyjające ageizmowi w miejscu pracy stwarza kultura organizacyjna, która nie odwołuje się do wartości jaką jest różnorodność w zarządzaniu zasobami ludzkimi. W efekcie tworzy się klimat sprzyjający tworzeniu stereotypów. Są jednak badania wskazujące na sytuację odwrotną. Mniejsza skłonność do tworzenia stereotypów pojawia się w organizacjach homogenicznych pod względem wieku, zaś w organizacjach, w których występują zespoły pracownicze zróżnicowane pod względem wieku wzrasta skłonność do budowy klimatu sprzyjającego dyskryminowaniu ze względu na wiek (Kunze, Boehm, Bruch 2011).

Najczęściej spotykane stereotypy, które dotyczą starszych pracowników przedstawia rysunek 3.

Występującym stereotypom i uprzedzeniom wobec osób starszych w środowisku pracy towarzyszą poniższe sytuacje.

- Osoby starsze częściej doświadczają bezrobocia długookresowego (trwającego 12 miesięcy i dłużej) niż średnio ogół bezrobotnych w wieku 25–64 lat; dane dostępne dla czterech krajów UE-27, zamieszczone w poniższej tabeli 2, wskazują na wyraźne różnice sięgające 10–20 pp. w grupie wieku 55–59 lat i ponad 20 pp. wśród bezrobotnych w wieku 60–64 lata.

Tabela 2. Skala bezrobocia długookresowego wśród bezrobotnych w wieku 55–59 i 60–64 lat oraz ogółu bezrobotnych w wieku 25–64 lata w UE-27 oraz w Niemczech, Hiszpanii, Francji i Szwajcarii w 2019 r.

Kraj	Udział bezrobotnych długookresowo wśród ogółu bezrobotnych wg grup wieku w %		
	25–64	55–59	60–64
UE-27	37,6	47,2	51,9
Niemcy	34,6 ^{a)}	53,0 ^{a)}	b.d.
Hiszpania	37,4	47,5	59,1
Francja	53,2 ^{b)}	62,7 ^{b)}	94,5 ^{b)}
Szwajcaria	31,2	54,8	53,7

^{a)} 2018; ^{b)} 2017.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu lfsa-upgan (dostęp: 25.01.2021).

- Nie przesadzając o przyczynach wyższego bezrobocia wśród osób starszych, badania australijskie wykazały, że listopadzie 2015 r. średni czas oczekiwania na pracę przez bezrobotne osoby po 55. roku życia wynosił 68 tygodni i był o 19 tygodni dłuższy niż w przypadku osób w wieku 25–54 (Australian Human Rights Commission 2015).

- Osoby starsze, które doświadczyły przejawów dyskryminacji w pracy, częściej z niej rezygnują i wycofują się z rynku pracy – ageizm jest więc współodpowiedzialny za niski poziom aktywności zawodowej osób po 55. roku życia. Ilustracją tego są wyniki badań australijskich ukazujących, że jedna trzecia osób po 50. roku życia, które doświadczyły dyskryminacji w miejscu pracy, zaprzestała jej ponownego poszukiwania.

- Australian Human Rights Commission, do której napływają skargi odnośnie dyskryminacji wskazała, że w okresie 2014–2015 70,9% zażaleń złożonych przez osoby w wieku 45 lat i więcej dotyczyły dyskryminacji w miejscu pracy.

- Kandydaci do pracy w starszym wieku mają mniejsze szanse jej uzyskania, mimo posiadania identycznych innych charakterystyk poszukiwanych przez pracodawców, takich jak kwalifikacje, umiejętności, postawy wobec pracy itd.; młodszy kandydaci do pracy uzyskują więcej ofert pracy niż osoby po 50., a nawet 45. roku życia, mimo porównywalnych kompetencji.

Spotkania Światowego Forum Gospodarczego są okazją do zwrócenia uwagi na szereg kwestii hamujących rozwój gospodarczy. Zaliczono do nich także przekonanie o spadającej produktywności firm wraz ze starzeniem się pracowników. W rzeczywistości zasoby starszych pracowników są niewykorzystanym źródłem wzrostu. Zachęca się więc pracodawców do prowadzenia polityki inkluzyjnej wobec starszych pracowników (*age-inclusive policies*) i tworzenia wielopokoleniowych zasobów pracy. Wspólnym wysiłkiem Forum, OECD i amerykańskiej organizacji AARP powstała cyfrowa platforma edukacyjna (*Living, Learning, Earning Longer*), która ma wesprzeć pracodawców; włączyły się do tej inicjatywy takie firmy globalne, jak np. w sektorze ubezpieczeń AIG, Allianz, Aegon, czy w usługach konsultingowych Mercer (World Economic Forum 2021).

W jaki sposób próbuje się wyjaśnić zjawisko ageizmu, w tym ageizmu w miejscu pracy? Przeprowadzono szereg eksperymentów,

w trakcie których zauważono, że uczestnicy z ageistowskimi postawami byli bardziej stronnicy w ocenach osób starszych. Wyniki ich pracy były oceniane bardziej surowo niż młodszych pracowników, także nakładane kary i inne negatywne konsekwencje były bardziej dojmujące w przypadku starszych pracowników niż młodszych (Bayl-Smith 2019). Co więcej, stereotypy mogą wpływać na normy stosowane w ocenach tego, jak osoby starsze powinny się zachowywać i co powinny robić (Finkelstein 2015), np. osoby starsze powinny usunąć się z życia społecznego i skoncentrować na sprawach rodzinnych, pomagając w opiece nad wnukami. W warunkach organizacyjnych oznacza to, że pracownicy starsi będą poddawani surowszej ocenie i spotkają się z oczekiwaniami swoich przełożonych, że wraz z nabyciem uprawnień emerytalnych odejdą na emeryturę. Zaś osoby, które chciałyby przedłużyć swą aktywność zawodową spotkają się z niechęcią, niezależnie od wyników pracy przesadzających o przydatności danego starszego pracownika. Z wielu badań wynika, że kierownicy są na ogół przeciwni zatrudnianiu osób powyżej wieku emerytalnego. Nastawienie takie jeszcze bardziej wyróżnia przełożonych o ageistowskim podejściu do starszych pracowników, niezależnie od ich efektów pracy (Bayl-Smith 2019).

Poszukiwania wyjaśnień zachowań ageistowskich skłaniają do odwołania się do teorii tożsamości społecznej. Dzieląc ludzi na grupy wyróżniamy tę, z którą się identyfikujemy („my”). Ludzie na ogół przypisują lepsze oceny i lepiej traktują członków grupy własnej niż członków grup obcych. Im silniejsza jest identyfikacja z grupą „własną”, tym pojawiają się bardziej negatywne postawy wobec członków grup obcych. Jeśli „nasza” grupa jest uznawana za ważną, cenną, wówczas wzrasta pozytywna ocena o nas samych. Efektem tego jest dążenie do wzmacniania wartości własnej grupy społecznej względem pozostałych. Spadek samooceny prowadzi do nasilenia faworyzowania grupy, z którą się identyfikujemy, jednocześnie deprecjonując pozostałe grupy społeczne. Temu myśleniu odpowiada podział na pracowników starszych oraz młodszych/w wieku dojrzłym. Im silniejsza identyfikacja z pracownikami należącymi do grupy młodszych pracowników, tym bardziej negatywne wyobrażenia o członkach grupy starszych pracowników. Silna identyfikacja z pracownikami w wieku młodszym prowadzi do niedoceniań pracowników starszych. W sytuacji odwrotnej – silna identyfikacja

z grupą starszych pracowników wywołuje mniej przychylne nastawienie do młodszych. Jednym z głównych źródeł uprzedzeń jest postrzeganie członków grup obcych jako zagrożenia dla grupy własnej. Jak podaje Jaworska (2016) w swojej rozprawie doktorskiej za twórcami teorii powstawania uprzedzeń Stephana i Stephan, to zagrożenie może przybierać formę groźby zagrożenia realistycznego (realne zagrożenie przybiera postać odebrania zasobów materialnych) oraz zagrożenia symbolicznego (gdy w grę wchodzi lęk o zachowanie wyznawanych wartości i tradycji). Gdyby odnieść tę teorię do sytuacji w miejscu pracy, wówczas grupa starszych pracowników staje się zagrożeniem dla tych w wieku młodszym/dojrzałym dlatego, że „zabierają” miejsca pracy i dobre, wysokopłatne stanowiska pracy w organizacji. Ponadto hołdują „dziwnym” tradycjom rodem z realnego socjalizmu (przypadek odnoszący się do polskiej przeszłości historycznej), które drażnią młodsze pokolenia. Osąd nieprzychylny młodszych pracowników może także formułować grupa starszych pracowników mocno osadzonych w organizacji, którzy w napływających młodych pokoleniach widzą dla siebie zagrożenie w miejscu pracy.

Ageizm w pracy przyczynia się do powstania negatywnych skutków ekonomicznych związanych z przedwczesnym wycofaniem się z aktywności zawodowej. Pociąga to za sobą zmniejszenie napływu środków z tytułu podatków bezpośrednich i pośrednich, w ujęciu indywidualnym ogranicza możliwości wzrostu przyszłych świadczeń emerytalnych.

Ageizm może wywoływać niepokój u osób w każdym wieku. U osób starszych z powodu wysuwanych wobec nich uprzedzeń, u osób w przedpolu starości (50–64 lata) z uwagi na negatywne stereotypy, które ich dosięgną, gdy przekroczą granicę starości (Brunton, Scott 2015, s. 786).

6.6. Ageizm w opiece zdrowotnej

Ten obszar występowania ageizmu jest stosunkowo młodym obszarem badań i jest częściej podejmowany w ostatnich dziesięciu latach niż w okresach wcześniejszych (São José 2019). Odnosi się do negatywnych i pozytywnych stereotypów, uprzedzeń i/lub dyskryminacji (lub uprzywilejowania) osób korzystających z usług

zdrowotnych, które zostają ocenione jako „stare”, „zbyt stare” oraz „młode”, „zbyt młode”. Postawy ageizmu mogą występować na różnych poziomach organizacyjnych opieki zdrowotnej. Ageizm może być skierowany przez jednostkę wobec siebie samej lub wyrażany przez innych (São José, Amado, Ilinca, Buttigieg, Larsson 2017, s. 375).

Celem prowadzonych badań nad ageizmem w opiece zdrowotnej jest pomiar i identyfikacja praktyk dyskryminacyjnych w leczeniu i zarządzaniu służbą zdrowia oraz rozpoznanie stereotypów występujących przy identyfikacji tego, kim jest starszy pacjent i człowiek starszy. Większość badań poświęconych problematyce ageizmu wykazała występowanie praktyk dyskryminujących starszych pacjentów. W 92% międzynarodowych badań obejmujących studentów i specjalistów opieki medycznej zauważono wpływ ageizmu na decyzje medyczne, a – co więcej – ten trend nasila się w czasie. Wśród personelu medycznego występują negatywne stereotypy na temat starszych pacjentów i ludzi starszych w ogóle (São José 2019). Co więcej, negatywne ukryte postawy pracowników służby zdrowia wobec starszych pacjentów mogą objaśniać, dlaczego otrzymują oni mniej badań przesiewowych, mniej profilaktyki oraz gorszy dostęp do leczenia (Officer, Schneiders, Wu 2016). Zauważono, że przejawy ageizmu w opiece zdrowotnej są odzwierciedleniem występowania tego zjawiska w całym społeczeństwie (Lieveslay 2009, s. 9). A. Kydd i A. Fleming (2015) dokonały zestawienia wyników badań w brytyjskiej służbie zdrowia na temat ageizmu i zauważyły, że wiek nie jest jedynym kryterium gorszego traktowania starszych pacjentów. Gorzej traktowani są starsi pacjenci z niepełnosprawnością, starsi przedstawiciele mniejszości etnicznych, np. niedosłyszający starsi pacjenci są gorzej traktowani niż niedosłyszające osoby młode (s. 4).

Praktyki dyskryminacyjne przybierają następującą formę: a) sposób zwracania się do starszych pacjentów, typowy dla *elder-speak*, b) nieodpowiednia długość czasu poświęconego na wysłuchanie starszych pacjentów. Ponadto zauważono, że pacjenci, którzy są poddawani wyspecjalizowanym procedurom reanimacyjnym oraz neurochirurgii są w młodszym wieku od tych, którzy nie są im poddawani (Grant i inni 2000, cyt. za *Ageism and age...* 2009). To samo dotyczy umieszczania pacjentów na oddziałach leczenia udarów. W Anglii, Walii i Irlandii Płn. w 2004 r. stwierdzono wyraźne

dowody wpływu wieku na objęcie pacjentów opieką poudarową (Rudd, Hoffman, Down i inni 2007). Do tego dochodzą przekonania personelu medycznego, że pewne symptomy są związane z wiekiem (np. ból pleców) oraz że ludzi starszych nie da się całkowicie wyleczyć tak jak młodszych (São José 2019).

Należałoby zadać pytanie, skąd bierze się ageizm w opiece zdrowotnej? Czy oprócz ogólnych przyczyn pojawiania się stereotypów i uprzedzeń występuje jakaś specyfika, która powoduje, że w opiece medycznej pojawia się dyskryminacja pacjentów ze względu na wiek? Wyjaśnień należy szukać na gruncie etyki i ekonomii oraz definicji ageizmu rozpatrywanego w kategoriach użyteczności (Bognar 2015, s. 259). Wiąże to się z fundamentalnym pytaniem, czy dodatkowe lata życia dzięki procedurom leczniczym mają taką samą czy różną wartość użytkową? Dla kogo – dla jednostek, dla społeczeństwa? Dyskusja w tym obszarze wiąże się koncepcją *fair innings* (ang.), która jest przywoływana do usprawiedliwienia zaniechania procedur leczenia starszych pacjentów, gdy w obliczu ograniczonych środków i zasobów działanie jest to konkurencyjne wobec leczenia ludzi młodych. Wraz ze starzeniem się społeczeństw wzrastają koszty opieki medycznej – w USA w 1999 r. ponad 1/3 wydatków na opiekę zdrowotną pochłonęły wydatki na rzecz osób w wieku 65+, zaś wydatki na opiekę zdrowotną na osobę w wieku 80+ były 11 razy wyższe niż na osobę w wieku 50–64 lata. Pojawiają się trudne dylematy wynikające z porównania kosztów i efektów w oparciu o wartość statystycznego roku przeżycia osób w różnym wieku. W Stanach Zjednoczonych agencje federalne proszone są o przedstawienie wyliczeń opłacalności danej procedury w ramach przyjętej polityki ochrony zdrowia, tj. wyrażenia w wartościach pieniężnych obniżenia śmiertelności – im więcej lat życia ochroni dana procedura tym lepiej. W przypadku osób starszych naturalne jest, że dana procedura ochroni mniejszą liczbę lat dalszego życia niż u osób młodszych. Dla zilustrowania tej trudnej tematyki etycznej służy przykład: pacjent A ma 20 lat, jeśli otrzyma lekarstwo będzie prawdopodobnie żył jeszcze przez wiele lat, bo w jego przypadku mamy do czynienia z dłuższym prawdopodobnym dalszym trwaniem życia. Pacjent B ma natomiast 70 lat, jeśli otrzyma lekarstwo będzie żył prawdopodobnie mniejszą liczbę lat niż pacjent A (Bognar 2015). A środki na ochronę zdrowia są ograniczone. Kolejne pytania na gruncie sprawiedliwości dystrybucyjnej zadaje N.S. Jecker

(2018). Skoro ludzie starsi generalnie są w gorszej kondycji zdrowotnej niż ludzie młodzi, to czy działania w kierunku poprawy stanu zdrowia grupy osób starszych, de facto nie spowodują wzrostu nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej właśnie na podstawie kryterium wieku? Dochodzi do wniosku, że sprawiedliwość wymaga tolerancji nierówności w opiece zdrowotnej, aby można było wprowadzić działania kompensujące w przypadku chorób powiązanych z wiekiem, zapewnić jednakowy szacunek wszystkim niezależnie od wieku oraz oferować takie same, wystarczające możliwości (s. 12).

6.7. Pandemia COVID-19 i ludzie starsi

Spółeczeństwo świata doświadczyło na początku 2020 r. nieprzewidywanych, nagłych wydarzeń związanych z rozprzestrzenianiem się nieznanego do tej pory koronawirusa SARS-CoV-2 (wywołana nim choroba to COVID-19), którego ekspansja grozi śmiertelnymi konsekwencjami, przede wszystkim w grupie osób starszych. Z ustaleń WHO wynika, że śmiertelność wywołana COVID-19 wśród osób w wieku 80+ jest pięciokrotnie wyższa niż średnia światowa (World Health Organisation 2020). Przedstawiciele młodszych pokoleń, o ile nie mają chorób towarzyszących i współistniejących wychodzą z choroby, wg aktualnego stanu wiedzy, obronną ręką. W Polsce według danych na dzień 8.09.2020 r., spośród 2 136 osób zmarłych z powodu COVID-19, tylko 1,2% miało mniej niż 40 lat, zaś 65,6% – 70 lat i więcej, a 43,6% – 80 lat i więcej. Strach wywołany nowym patogenem spowodował w początkowym okresie pandemii lockdown, czyli zakaz swobodnego opuszczania miejsca swego zamieszkania, co przyniosło negatywne skutki dla gospodarek krajowych i całej gospodarki światowej. Podniosły się więc głosy, że społeczeństwa nie stać na kolejne ograniczenia, spowolnienia, bezrobocie, spadki PKB⁶, a dodatkowo ludzie młodzi i w wieku średnim

⁶ PKB w Unii Europejskiej w drugim kwartale 2020 r. zmniejszył się w porównaniu z poprzednim kwartałem o 11,4%, zaś zatrudnienie o 2,7%; porównania PKB w drugim kwartale 2020 r. do drugiego kwartału z roku 2019 wskazują na spadek o 13,9%. Gospodarka unijna skurczyła się w większym stopniu niż amerykańska, gdyż PKB w Stanach Zjednoczonych w drugim kwartale 2020 r. zmniejszył się o 9,1%; wśród krajów członkowskich UE największe spadki PKB w drugim kwartale 2020 r. w porównaniu do pierwszego kwartału wystąpiły w Hiszpanii (–18,5%), Chorwacji (–14,9%) i na Węgrzech (–14,5%); Polska znalazła się wśród krajów, które relatywnie doznały mniejszego spadku PKB w drugim kwartale 2020 r. (–8,9%)

mają prawo do wolności i życia zgodnie ze swoimi wyborami. Pojawił się konflikt międzypokoleniowy, oczywiście nie został on wypowiedziany otwarcie, lecz poprzez manifestację niechęci do nałożenia ponownych ograniczeń, ponoszenia kosztów społecznych, a nawet dostosowania własnych zachowań w miejscu publicznym do wprowadzanych nakazów sanitarnych w imię ratowania najstarszych członków społeczeństwa. Sprawa stała się na tyle istotna, że głos zabrała Helena Dalli, komisarz UE ds. równości oświadczając:

Kryzys COVID-19 ujawnił dyskryminujące postawy wobec osób starszych poprzez kwestionowanie wartości ich życia, czy opinie o rzekomej dopuszczalności śmierci osób starszych i zmniejszenia obciążeń ekonomicznych związanych z wypłatami emerytur (EU Commissioner... 2020).

Przypomniała, że „Równość i niedyskryminacja to podstawowe zasady międzynarodowego prawa w zakresie praw człowieka i naszej Unii. Żaden kryzys nie pozwala nam porzucić tych wartości” (EU Commissioner... 2020; Age Platform Europe 2020c). Ekspersi z Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw praw człowieka podkreślili, że:

Każdy, bez wyjątku, ma prawo do interwencji ratujących życie, a odpowiedzialność za to ponosi rząd. Niedobór zasobów [...] nigdy nie powinien być usprawiedliwieniem dla dyskryminacji jakichkolwiek grup pacjentów” (United Nations Human Rights Office of the High Commissioner 2020).

Mocniejsze słowa komisarz Heleny Dalli zostały skierowane do Komisji Europejskiej, która jest zobowiązana do zapewnienia tego, by prawa ludzi starszych były respektowane. Nie ma bowiem miejsca na ageizm w Unii Europejskiej, nie powinno ograniczać się priorytetów w otrzymywaniu opieki medycznej i innej kierując się wyłącznie wiekiem (Age Platform Europe 2020b). W listach skierowanych przez komisarzy unijnych do rządów krajów członkowskich zwrócono uwagę na trzy aspekty: 1) ryzyko zakażeń osób przebywających

niż wymienione powyżej kraje, lecz większego niż Finlandia (–4,5%), Litwa (–5,5%) czy Estonia (–5,6%) (Eurostat newsrelease euroindicators 133/2020, 8 September 2020).

w domach opieki, 2) mieszkających samotnie oraz 3) możliwość wystąpienia trudności w dostępie do potrzebnych usług społecznych. Także Organizacja Narodów Zjednoczonych przypominała, że należy podjąć wysiłki, aby chronić prawa ludzi starszych oraz ich godność, gdyż to oni w czasie pandemii doświadczyli odmowy opieki zdrowotnej z powodu warunków niezwiązanych z COVID-19, wystąpiły zaniedbania i nadużycia w instytucjach i placówkach opiekuńczych, ludzie starsi doświadczyli traumy stygmatyzacji i dyskryminacji. O ile w 2017 r. jedna na sześć osób starszych doświadczała zaniedbania i nadużyć, to w okresie lockdownu i ograniczonej dostępności opieki wzrosła liczba przypadków przemocy wobec osób starszych (United Nations 2020, s. 4). Okres pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 nadwyreżył z trudem budowaną solidarność międzypokoleniową i przyczynił się do eskalacji utrwalonego ageizmu, w tym dyskryminacji ze względu na wiek i do stygmatyzacji osób starszych (Age Platform Europe 2020a). Niepokój budzą zwłaszcza wypowiedzi pełne nienawiści skierowane do osób starszych, które pojawiły się w dyskursie publicznym i w mediach społecznościowych (United Nations 2020, s. 9).

Nadal nurtuje nas pytanie postawione przez P. Singera (2020) – czy w pewnych okolicznościach dyskryminacja ze względu na wiek jest akceptowalna? Wywołała je sytuacja z początkowego okresu pandemii, gdy zaczynało brakować respiratorów dla wszystkich potrzebujących we Włoszech. Wówczas grupa robocza Włoskiego Towarzystwa Anestezjologii, Analgezji, Resuscytacji i Intensywnej Terapii opowiedziała się za reglamentowaniem dostępu do respiratorów na podstawie kryterium wieku, albowiem zgodnie z celem tej grupy należy wspierać tych, którzy mają największe szanse na przeżycie i przed sobą najdłuższe lata życia. Ten pogląd jest słusznie krytykowany, gdyż opiera się na wycenie wartości życia osób ze względu na wiek, która wskazuje, że w miarę starzenia się człowiek staje się coraz mniej wart, a więc nieistotne są wysiłki, aby go ratować⁷. Także Światowa Organizacja

⁷ Wspólnota Sant'Egidio (katolicka, świecka organizacja krzewiąca idee ekumenizmu i niosąca wsparcie ubogim) zainicjowała w środowisku międzynarodowym apel do społeczeństw o ich rehumanizację pod tytułem „Bez osób starszych nie ma przyszłości”. Był to odzew na pojawienie się niebezpiecznego modelu, który w obliczu zagrożeń pandemicznych sprzyja „selektywnej opiece zdrowotnej”, uznającej życie osób starszych za mniej wartościowe. W szczególności chodzi o wysokie wskaźniki śmiertelności ludzi starszych w domach opieki. Większa podatność

Zdrowia – zdaniem P. Singera (2020) – upowszechnia negatywne nastroje, wprowadzając miernik „rok życia skorygowany niepełnosprawnością” (DALY). Służy on do pomiaru liczby lat życia utraconych z powodu przedwczesnej śmierci oraz lat życia spędzonego w gorszym stanie zdrowia. Im określona choroba przysparza więcej lat życia skorygowanych niepełnosprawnością, tym większe stanowi obciążenie.

W 2003 r. Agencja Ochrony Środowiska Stanów Zjednoczonych (EPA), chcąc ograniczyć zanieczyszczenie powietrza przez przemysł, postanowiła obciążyć producentów kosztami ratowania życia. Zaproponowała przyjąć jako górną granicę kosztów ratowania życia osoby w wieku poniżej 70 lat na 3,7 mln USD i 2,3 mln USD na życie osoby w wieku powyżej 70 lat. Oczywiście wzbudziło to sprzeciw organizacji senioralnych, które nazwały to „zniżką za śmierć seniora”.

Organizacje społeczne broniące praw ludzi starszych podniosły protest wobec nasilających się przypadków nierespektowania praw człowieka. Została przygotowana publikacja „COVID-19 and human rights concerns for older persons” (2020), gdyż ludzie starsi zrozumieli, że jeśli nie będą sami dopominać się o przestrzeganie przynależnych im praw, młodszy członkowie społeczeństw mogą nie mieć skrupułów, broniąc swoich praw opartych na wolności wyboru takich aktywnych form życia, które są dla nich wygodne.

6.8. Skutki ageizmu

Ageizm jest przyczyną skutków jednostkowych, które doświadczają osoby w życiu prywatnym, zawodowym, społecznym itd. W efekcie postaw i zachowań o podłożu ageistowskim dochodzi do dyskryminacji ze względu na wiek, niosącej konsekwencje społeczne i gospodarcze.

osób starszych na ostry przebieg choroby wywołanej wirusem SARS-CoV-2 i wielochorobowość towarzysząca temu zakażeniu miałyby rzekomo usprawiedliwiać „wybór” leczenia osób młodszych i zdrowszych. Sprzeciw wobec selektywnej opieki zdrowotnej został skierowany do obywateli i instytucji. Przywołane zostały słowa papieża Franciszka, który nazwał to „kulturą odrzucenia”, która odbiera osobom starszym prawo do bycia traktowanymi jak osoby. Podkreślono, że „Teza, że krótsza oczekiwana długość życia prowadzi do „legalnego” pomniejszenia jego wartości, z punktu widzenia prawa jest barbarzyństwem”.

Skutki, które ponosi osoba doświadczająca przejawów ageizmu są w pewnym stopniu określone przez miejsce, w którym spotkała się z jego przejawami. Nieco inne, gdy bezpośrednio naruszały jej godność, prawa i zagrażały jej interesom i inne, gdy pośrednio wpływały na dyskomfort życia codziennego wskutek np. działań medialnych – oglądanych programów telewizyjnych, czytanej prasy. Ageizm oddziałuje na starsze osoby niezależnie od ich wieku, płci oraz przynależności etnicznej (Greenwood 2020). W każdym przypadku w odczuciu jednostki wywołuje negatywne skutki psychiczne, takie jak: poczucie izolacji, wykluczenia społecznego, zmniejsza poczucie własnej wartości i zadowolenie z życia. Generalnie ma zły wpływ na stan zdrowia jednostki – przyczynia się do powstania stanów depresyjnych oraz powoduje gorsze wyniki w leczeniu pacjentów. Jeśli odniesiemy te skutki do warunków pracy wówczas pojawi się: spadek satysfakcji z pracy, mniejsze zaangażowanie w pracę, niższa kreatywność, gorsze przystosowanie się do środowiska pracy, większa skłonność do odejścia z pracy a nawet wycofania się z rynku pracy, niższy emocjonalny związek z organizacją/zakładem pracy (mniejsze zaangażowanie afektywne) (por. Steinerowska 2015). Ageizm ma wpływ na całe środowisko pracy, w którym pogarsza się efektywność komunikacji, co osłabia integrację społeczną, oraz chęć i umiejętność współpracy. Ma to negatywny wpływ na efektywność organizacyjną. Firmy dbają o jakość relacji międzyludzkich wewnątrz organizacji i podkreślają m.in. wagę różnorodności zasobów ludzkich. Nie chodzi przy tym wyłącznie o praktyki antydyskryminacyjne, ale o zapewnienie równych szans wszystkim pracownikom niezależnie od ich wieku (Urbaniak 2014).

Proces stereotypizacji (powstawania stereotypów osób starszych) ma istotny wpływ na percepcję siebie samego, formułowane oceny oraz zachowanie jednostki (Bedyńska 2002; Lamont i inni 2019). Stereotypy są silnie powiązane z systemem emocjonalnym człowieka. Wiąże to się z występowaniem obawy przed stereotypizacją wieku. Jej efektem jest zagrożenie tożsamości i pozytywnego odczucia własnego ja. Wynika ono z oczekiwania, że w danej sytuacji pojawiają się negatywne oceny będące konsekwencją stereotypów wieku. Ma to miejsce wówczas, gdy wiek ma decydujące znaczenie w przebiegu i wynikach danej sytuacji. Wzrasta wówczas obawa, że będzie się negatywnie ocenianym lub inaczej traktowanym

z powodu wieku, a także że powstała sytuacja będzie potwierdzeniem negatywnego stereotypu wieku.

Aktywacja stereotypu wspiera zapamiętywanie zgodnych z nim treści i to one są odtwarzane w danej sytuacji, a nie treści neutralne z punktu widzenia stereotypu (Lamont i inni 2019). Osoby starsze, u których został zaktywizowany np. stereotyp powolnych ruchów osób starszych, po zakończeniu badań nad wpływem aktywizacji stereotypów na zachowania osób starszych, rzeczywiście poruszały się wolniej idąc po korytarzu (Bargh, Chen, Burrows 1996). Obawa przed stereotypizacją wieku ma szereg negatywnych konsekwencji w postaci np. gorszych wyników testów wykrywających demencję, bardziej negatywnych ocen własnego słuchu, zaś starsi pracownicy, którzy doświadczyli tej obawy mieli mniejszą satysfakcję z pracy i większą chęć wycofania się z pracy zawodowej (Von Hippel i inni 2019).

Z badań przeprowadzonych przez naukowców z Yale School of Public Health na temat zdrowotnych konsekwencji ageizmu wśród 7 mln uczestników z 45 krajów na 5 kontynentach wynika jednoznaczny wniosek – ageizm prowadzi do pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego, pogłębiają się symptomy depresji, a także skraca się perspektywa dalszych lat życia (Greenwood 2020). Jeśli osoby starsze przyswajają uwarunkowane kulturowo negatywne stereotypy na temat swojej grupy wieku, wówczas perspektywa ich dalszego życia staje się krótsza.

Osoby starsze radzą sobie z ageizmem na swój sposób poprzez wypieranie lub zmianę swych zachowań. W pierwszym przypadku po prostu nie uznają się za osobę starszą, zaś w drugim podejmują działania mające na celu eliminację przejawów dzielenia ludzi ze względu na wiek i np. zabiegają o kontakty z ludźmi młodszymi (Jakubiec 2014, s. 41).

Ageizm jest przyczyną dodatkowych kosztów opieki zdrowotnej (Greenwood 2018a). Z obliczeń zespołu pod kierownictwem Levy wynika, że w ciągu jednego roku w Stanach Zjednoczonych z tego powodu wydatkowano 63 mld \$. Oznacza to jednego dolara na każde siedem wydatkowanych na osiem najdroższych schorzeń (m.in. choroby serca, zaburzenia psychiczne, przewlekłe choroby układu oddechowego) w grupie osób w wieku 60+. Inne badania nad skutkami ageizmu wykazały, że wywołany nim stres negatywnie oddziałuje na stan zdrowia. Odwrotny skutek ma pozytywne nastawienie

do przebiegu starzenia – pozytywne postawy zmniejszają ryzyko demencji wśród osób starszych (Greenwood 2019b). Z badań Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego wynika, że osoby starsze posiadające pozytywny wizerunek ludzi starszych miały o 44% większe szanse pełnego odzyskania sprawności w wykonywaniu codziennych obowiązków, takich jak mycie, ubieranie, podnoszenie się, spacerowanie niż osoby hołdujące negatywnym stereotypom. Tłumaczone jest to mniejszą reakcją układu krążenia na stres, poprawą poczucia równowagi, wzmocnieniem własnej sprawczości oraz większym zainteresowaniem prozdrowotnymi zachowaniami (Levy, Slade, Murphy i inni 2012).

Negatywne konsekwencje ageizmu powodują, że należy podjąć istotne wysiłki na rzecz ograniczania „epidemii ageizmu”, która pociąga koszty finansowe oraz koszty ludzkie, związane z pogorszeniem jakości życia osób starszych. Tę wypowiedź wygłosił profesor Levy, poproszony przez WHO o wsparcie badawcze Ogólnoświatowej Kampanii na rzecz Zwalczania Ageizmu. Jej celem jest zbudowanie świata, w którym wszyscy znajdziemy swoje miejsce niezależnie od wieku poprzez zmianę tego w jaki sposób myślimy, czujemy i działamy, gdy w grę wchodzi wiek i starzenie się. Od 2016 r. rozpoczęła swoją kampanię WHO, angażując się w trzy obszary, takie jak:

- a) ewidencja ageizmu – czym jest, jak się przejawia, jak go mierzyć, jakie przynosi konsekwencje i jakie podejmowane są wysiłki na rzecz jego ograniczania, które kampanie są skuteczne;
- b) budowa globalnej koalicji podmiotów na rzecz budowy świata bez ageizmu;
- c) podnoszenie świadomości na temat potrzeby zwalczania ageizmu.

W kolejnych krajach podejmowane są kampanie, takie jak Stop Ageism Now w Stanach Zjednoczonych (2020), czy Stop Ageism w Wielkiej Brytanii (2020). W ramach kampanii brytyjskiej wymienia się trzy obszary koniecznych zmian: a) języka, którym mówi się o ludziach starszych w mediach, b) podejścia społeczności, w których żyją ludzie starsi oraz c) usług kierowanych do osób starszych. Jak ważny jest język, którym posługują się np. pracownicy domów opieki, gdy mówią o osobach starszych, przekonuje publikacja naukowa zatytułowana „Toksyczny senior w domu pomocy społecznej”. Bez wnikania, dlaczego ujęty w tytule „dom” nie stał

się prawdziwym domem dla osoby starszej, w artykule zawarty jest negatywny, ageistowski opis starszych mieszkańców pewnego polskiego DPS-u (Pułanecki 2015).

6.9. Zakończenie

Celem niniejszego rozdziału było przedstawienie istoty ageizmu z punktu widzenia dorobku literatury oraz ukazanie obszarów, w których występują jego przejawy – w pracy, rodzinie, opiece zdrowotnej. Wywody wskazują na jego bardzo dużą szkodliwość i konieczność podejmowania działań budujących sposób myślenia o osobach starszych wolny od stereotypów. Skutkiem ageizmu jest dyskryminacja ze względu na wiek – przynajmniej ta jej negatywna forma, gdyż jej wymiar pozytywny, o którym pisano w pktcie. 6.2, choć może być uznany za kontrowersyjny, to jednak nie wzbudza wielu krytycznych doznań. Jak zauważono powyżej, w literaturze można spotkać stanowiska utożsamiające ageizm z tą formą dyskryminacji, i zapis o takim charakterze znalazł się w dokumencie rządowym pt. „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” (2018), wyznaczającym kluczowe kierunki polityki senioralnej w Polsce do 2030 roku. Zapisano w nim:

Przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na wiek, tj. ageizmu, osiągnięte zostanie poprzez uświadamianie jednostkom zakresu ich praw, uwrażliwianie ich na przejawy gorszego traktowania i udzielania informacji na temat możliwości uzyskania bezpłatnej pomocy prawnej w razie takiej potrzeby (rozdz. II.4).

Wzmocnienie działań na rzecz poszanowania praw ludzi starszych w krajach członkowskich Unii Europejskiej wymaga usilnych starań na płaszczyźnie Parlamentu Europejskiego. W poprzedniej kadencji 2014-2019 działała w Parlamencie Europejskim Intergrupa do spraw Aktywnego Starzenia się i Solidarności Międzypokoleniowej, która lobbowała i organizowała działania wspierające inicjatywy na rzecz przestrzegania praw osób starszych. Niestety, w nowej kadencji Parlamentu Europejskiego inicjatywa powołania takiej intergrupy nie uzyskała należytego wsparcia i została odrzucona głosami Europejskiej Partii Ludowej oraz skrajnie prawicowych

ugrupowań politycznych. Powołano natomiast inną intergrupę, koncentrującą się na tradycyjnych wartościach rodzinnych⁸.

Problemy istotne dla ludzi starszych w Unii Europejskiej nadal pozostają w centrum zainteresowań. Pod koniec stycznia 2021 r. ukazała się „Zielona Księga w sprawie starzenia się. Wzmacniając międzygeneracyjną solidarność i odpowiedzialność” (Green Paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations). Jej akcent jest położony na międzypokoleniową dyskusję. Ma na celu „zainicjowanie szerokiej debaty politycznej na temat starzenia się, w celu omówienia możliwości przewidywania i reagowania na wyzwania i szanse jakie niesie ono ze sobą” (s. 2). Zielona Księga jest kolejną inicjatywą, obok przygotowanej pod auspicjami Narodów Zjednoczonych Agendy 2030 na rzecz zrównoważonego rozwoju oraz realizacji projektu pod nazwą Dekada zdrowego starzenia się, obejmująca lata 2021–2030.

Zmniejszenie rozmiarów dyskryminacji ze względu na wiek skierowanej wobec osób starszych wymaga systematycznych, powszechnych wysiłków, w których wezmą udział zarówno osoby starsze, organizacje pozarządowe działające na rzecz ludzi starszych, ale także przedstawiciele młodszych pokoleń. Duże nadzieje należy wiązać z edukacją w różnej formie skierowanej do pracowników handlu, dziennikarzy, urzędników, pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej oraz innych, którzy w swojej pracy kontaktują się z osobami starszymi. W szczególności dużą rolę w działaniach antydyskryminacyjnych mogą spełnić pracodawcy, budujący kulturę organizacyjną tolerancji i różnorodności, w której nie ma miejsca na praktyki dyskryminacyjne. W związku z tym:

- należy podejmować nieustające wysiłki na rzecz uświadomienia społeczeństwa, czym jest ageizm i jakie są jego przejawy;
- potrzebne są działania edukacyjne – w jaki sposób nie dopuszczać do zachowań dyskryminujących i co zrobić, gdy w sklepie,

⁸ Kampanię przeciw dyskryminacji i przemocy wobec osób starszych, politykę wspierania aktywności zawodowej, aktywnego i zdrowego starzenia się, działania na rzecz ochrony socjalnej ludzi starszych, reform systemów emerytalnych, społecznej inkluzji, ochrony zdrowia, solidarności międzypokoleniowej, dostępu do środków transportu publicznego oraz budowy środowiska przyjaznego osobom starszym – od lat prowadzi organizacja AGE Platform Europe z siedzibą w Brukseli, która jest siecią organizacji non-profit działających wspólnie z ludźmi w wieku 50+ i na ich rzecz w krajach członkowskich (<https://www.age-platform.eu/>).

urzędzie, przychodni ktoś zachowa się nieodpowiednio wobec osoby starszej;

- należy w większym stopniu uświadamiać personel medyczny oraz zatrudnionych w placówkach opiekuńczych w jaki sposób zwracać się do osób starszych, jak unikać mowy *elderspeak*;
- organizować warsztaty integracji międzypokoleniowej, aby lepiej poznać sposoby komunikowania się międzypokoleniowego;
- wprowadzać zarządzanie wiekiem i zarządzanie różnorodnością w przedsiębiorstwach i instytucjach publicznych.

Niezależnie od tego, czy ageizm potraktujemy jako stan umysłu prowadzący do dyskryminacji ze względu na wiek, czy też zjawisko tożsame z dyskryminacją osób starszych, jest to temat coraz częściej obecny w społecznym dyskursie z uwagi na pogłębiające się procesy starzenia ludności na świecie. Skoro ludzie starsi żyją coraz dłużej (rozdz. 2 niniejszej monografii), kolejne lata ich życia powinny stać się wolne od zachowań nacechowanych ageizmem.

Bibliografia

- Achenbaum W.A. (2008), *A metahistorical perspective on theories on aging*, [w:] M. Silverstein, V.L. Bengtson, M. Putnam, N.M. Putney, D. Gans (red.), *Handbook of theories of aging*, Springer Publishing Company, s. 25–38.
- Achenbaum W.A. (2015), *A history of ageism since 1969*, „Generations: Journal of the American Society on Aging”, nr 39(3), s. 10–16, <https://doi.org/10.2307/26556123> (dostęp: 28.01.2021).
- Butler R.N. (1969), *Age-ism: Another form of bigotry*, „The Gerontologist” vol. 9, nr 4, cz. 1, s. 243–246.
- Age-Platform Europe (2020a), *From discrimination to abuse in older age: the insidious process brought to light by COVID-19*, <https://www.age-platform.eu/special-briefing/discrimination-abuse-older-age-insidious-process-brought-light-covid-19> (dostęp: 19.09.2020).
- Age Platform Europe (2020b), https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Covid-19_%26_olderPeople-Dalli_statement-Apr20.pdf (dostęp: 08.09.2020).
- Age Platform Europe (2020c), *COVID-19 and human rights concerns for older persons*, https://www.age-platform.eu/sites/default/files/COVID-19_%26_human_rights_concerns_for_older_persons-April20.pdf (dostęp: 21.09.2020).

- Age Platform Europe (2020d), *20 years of fighting age discrimination, and still many gaps to fill – AGE responds to EU consultation on Employment Directive*, <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/age-responds-eu-consultation-employment-directive> (dostęp: 26.01.2021).
- American Association of Retired Persons (2014), *Staying ahead of the curve 2013: the AARP work and career study. Older workers in an uneasy job market*, AARP Research, Washington, http://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/surveys_statistics/general/2014/Staying-Ahead-of-the-Curve-2013-The-Work-and-Career-Study-AARP-res-gen.pdf (dostęp: 15.02.2020).
- Australian Human Rights Commission (2016), *Willing to work: national enquiry into employment discrimination against older Australians and Australians with disability*, Australian Human Rights Commission, Sydney, <https://www.humanrights.gov.au/our-work/age-discrimination/projects/willing-work-national-inquiry-employment-discrimination> (dostęp: 09.01.2020).
- Bargh J.A., Chen M., Burrows L. (1996), *Automaticity of social behavior: direct effects of trait construct and stereotype activation on action*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 71, nr 2, s. 230–244, <https://www.psychologytoday.com/files/attachments/5089/barghchenburrows1996.pdf> (dostęp: 18.12.2019).
- Bayl-Smith P. (2029), *Age Discrimination in the Workplace*, [w:] D. Gu, M.E. Dupre (red.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_582-1 (dostęp: 09.01.2020).
- Bedyńska S. (2002), *Psychologiczne konsekwencje stereotypizowania*, „Psychologia Jakości Życia”, t. 1, nr 2, s. 101–114.
- Blackburn C.W. (2017), *The Age Discrimination in Employment Act: Looking Back at the Last Fifty Years*, <https://www.nexsenpruet.com/insights/the-age-discrimination-in-employment-act-looking-back-at-the-last-fifty-years> (dostęp: 18.01.2020).
- Bognar G. (2015), *Fair Innings*, „Bioethics”, vol. 29, nr 4, s. 251–261, <https://doi.org/10.1111/bioe.12101> (dostęp: 10.05.2018).
- Brunton R.J., Scott G. (2015), *Do we fear ageing? A multidimensional approach to ageing anxiety*, „Educational Gerontology”, t. 41, nr 11, s. 786–799, <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1050870> (dostęp: 15.12.2019).
- Burke B.L., Martens A., Faucher E.H. (2010), *Two Decades of Terror Management Theory: A Meta-Analysis of Mortality Salience Research*, „Personality and Social Psychology Review”, t. 14, nr 2, s. 155–195, <https://doi.org/10.1177/1088868309352321> (dostęp: 23.01.2020).

- Burzyński J. (2015), *Ageizm*, Obserwatorium Językowe Uniwersytetu Warszawskiego. Najnowsze Słownictwo Polskie, <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/esej/wg-tytulu/ageizm.html> (dostęp: 25.01.2021).
- Cary L.A., Chasteen A.L., Remedios J. (2017), *The ambivalent ageism scale: developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism*, „The Gerontologist”, t. 57, nr 2, s. e27–e36, <https://doi.org/10.1093/geront/gnw118> (dostęp: 18.12.2019).
- Défenseur des droits République Française, Commission Nationale Informatique & Libertés (2020), *Algorithms: preventing automated discrimination*, Paris, <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synth-algos-en-num-16.07.20.pdf> (dostęp: 03.09.2020).
- Dewhurst E. (2020), *Age discrimination law outside the employment field*, European Commission, European network of legal experts in gender equality and non-discrimination, Brussels, <https://doi:10.2838/214317> (dostęp: 29.01.2021).
- Eastman M. (2019), *Compassionate Ageism: Reinforcing ‘the terror of age; the weak, catastrophic victim of age?’*, <https://www.independentage.org/ageism-plus/ageism-plus-blog/compassionate-ageism-reinforcing-terror-of-age-weak-catastrophic> (dostęp: 23.09.2020).
- EU Commissioner for Equality reaffirms older persons’ rights in time of COVID-19 (2020), <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/eu-commissioner-equality-reaffirms-older-persons-rights-time-covid-19> (dostęp: 08.09.2020).
- European Commission (2012), *Discrimination in the EU in 2012. Report, Special Eurobarometer 393*, https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_393_en.pdf (dostęp: 13.02.2020).
- Eurostat News Release euro indicators (2020), nr 133/2020, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10545471/2-08092020-AP-EN.pdf/43764613-3547-2e40-7a24-d20c30a20f64> (dostęp: 8.09.2020).
- Finkelstein L.M. (2015), *Older workers, stereotypes, and discrimination in the context of the employment relationship*, [w:] P.M. Bal, D.T.A.M. Kooij, D.M. Rousseau (red.), *Aging workers and the employee-employer relationship*, Springer International Publishing, s. 13–32.
- Grant P.T., Henry J.M., McNaughton G.W. (2000), *The management of elderly blunt trauma victims in Scotland: evidence of ageism?*, „Injury”, t. 31, nr 7, s. 519–528 [za:] *Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom, A review from the literature* (2009), Department of Health, Centre for Policy on Ageing, http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf (dostęp: 15.02.2020).
- Green paper on ageing. Fostering solidarity and responsibility between generations* (2021), European Commission, Brussels, 27.1.2021

- COM(2021) 50 final. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/1_en_act_part1_v8_0.pdf (dostęp: 29.01.2021).
- Greenwood M. (2018a), *Health costs of ageism calculated at \$63 billion annually, study finds*, <https://news.yale.edu/2018/11/13/health-costs-ageism-calculated-63-billion-annually-study-finds> (dostęp: 27.01.2020).
- Greenwood M. (2018b), *Positive attitudes about aging reduce risk of dementia in older adults*, <https://news.yale.edu/2018/02/07/positive-attitudes-about-aging-reduce-risk-dementia-older-adults> (dostęp: 27.01.2020).
- Greenwood M. (2020), *Harmful effects of ageism on older persons' health found in 45 countries*, <https://news.yale.edu/2020/01/15/harmful-effects-ageism-older-persons-health-found-45-countries> (dostęp: 27.01.2020).
- Gross-Gołacka E. (2018), *Zarządzanie różnorodnością. W kierunku zróżnicowanych zasobów ludzkich w organizacji*, Difin, Warszawa.
- Halicka M., Halicki J. (red.) (2010), *Przemoc wobec ludzi starych. Na przykładzie badań środowiskowych w województwie podlaskim*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok.
- Horst M. van der (2019), *Internalised Ageism and Self-Exclusion: Does Feeling Old and Health Pessimism Make Individuals Want to Retire Early?*, „Social Inclusion”, t. 7, nr 3, s. 27–43, <https://doi.org/10.17645/si.v7i3.1865>.
- Informacja o sytuacji osób starszych za rok 2018* (2019), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-w-polsce-za-rok-2018> (dostęp: 13.02.2020).
- Jakubiec O. (2014), *Badania nad występowaniem zjawiska ageizmu i jego eskalacji pod wpływem wstępu*, [w:] E. Topolewska, E. Skimina, S. Skrzek (red.), *Młoda psychologia*, Wydawnictwo Liberi Libri, t. 2, s. 31–42.
- Jamka B. (2015), *Age Management in the Light of Neurosciences Development*, [w:] K. Stankiewicz (red.), *Contemporary Issues and Challenges in Human Resource Management*, Gdańsk University of Technology, Faculty of Management and Economics, Gdańsk.
- Jaworska M.A. (2016), *Czym jest dojrzała identyfikacja z grupą? W poszukiwaniu komponentów identyfikacji grupowej mających pozytywne konsekwencje dla grupy własnej i relacji międzygrupowych*, Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, <http://www.depotuw.ceon.pl/bitstream/handle/item/1648/2500-DR-PSY-96580.pdf?sequence=1> (dostęp: 05.02.2020).

- Jecker N.S. (2018), *Age-related inequalities in health and healthcare: the life stages approach*, *Developing World Bioethics*, nr 18(2), s. 144–155, <https://doi.org/10.1111/dewb.12148> (dostęp: 12.09.2020).
- Kiedy zdecydować się na dom dla seniora, <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,kiedy-zdecydowac-sie-na-dom-opieki-dla-seniora-,artykul,96808880.html> (dostęp: 04.02.2020).
- Konkurs na polski odpowiednik słowa „elderspeak” – rozstrzygnięcie (2020), <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/konkurs-na-odpowiednik-slowa-%E2%80%9Eelderspeak%E2%80%9D-%E2%80%93-rozstrzygnięcie> (dostęp: 10.09.2020)
- Kowalewski K., Moczyłowska J.M. (2020), *Patologie i dysfunkcje w organizacji*, Difin, Warszawa.
- Kunze F., Boehm S.A., Bruch H. (2011), *Age diversity, age discrimination climate and performance consequences-across organizational study*, „*Journal of Organizational Behavior*”, t. 32, nr 2, s. 264–290, <https://doi.org/10.1002/job.698> (dostęp: 15.01.2020).
- Kydd A., Fleming A. (2015), *Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature*, „*Maturitas*”, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002> (dostęp: 23.09.2020).
- Lamont R.A., Swift H.J., Abrams D. (2019), *Age-Based Stereotype Threat*, [w:] D. Gu, M.E. Dupre (red.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_585-1 (dostęp: 14.01.2020).
- Legislation – Directive 2000/78/EC, <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=166&langId=en> (dostęp: 25.01.2021)
- Levy B.R., Slade M.D., Murphy T.E., Gill T.M. (2012), *Association Between Positive Age Stereotypes and Recovery From Disability in Older Persons*, *JAMA*, American Medical Association, t. 308, nr 19, s. 1972–1973, <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>, <https://europepmc.org/article/pmc/3614078> (dostęp: 04.02.2020).
- Levy S.R., Macdonald J.J. (2019), *History of Ageism*, [w:] D. Gu, M.E. Dupre (red.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_597-1 (dostęp: 27.01.2020).
- Lievesley N. (2009), *Ageism and age discrimination in secondary health care in the United Kingdom. A review from the literature*, Centre for Policy on Ageing, http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-ageism_and_age_discrimination_in_secondary_health_care-report.pdf (dostęp: 16.09.2020).
- Markowski A. (red.) (2003), *Nowy słownik poprawnej polszczyzny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Martens A., Goldenberg J.L., Greenberg J. (2005), *A terror management perspective on ageism*, „*Journal of Social Issues*”, t. 61,

- nr 2, s. 223-239, <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x> (dostęp: 20.01.2020).
- Melchiorre M.G., Di Rosa M., Lamura G., Gonzales F.T., Lindret J., Stankunas M., Ioannidi-Kapoulou E., Barros H., Macassa G., Soares J.J.F. (2016), *Abuse of Older Men in Seven European Countries: A Multilevel Approach in the Framework of an Ecological Model*, „PLOS ONE” nr 11(1), s. e0146425, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146425>, (dostęp: 24.09.2020).
- Niedziński T. (2018), *Dyskryminacja w zatrudnieniu*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Nigdy tak nie mów do starszych ludzi* (2020), <https://menway.interia.pl/aktywnosc/zdrowie/news-nigdy-tak-nie-mow-do-starszych-ludzi,nId,447124#comments4-1> (dostęp: 04.02.2020).
- Officer A., Schneiders M.L., Wu D., Nash P., Thiagarajan J.A., Beard J.R. (2016), *Valuing older people: time for a global campaign to combat ageism*, „Bulletin of the World Health Organization”, nr 94, s. 710–710A, <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.184960> (dostęp: 28.09.2020).
- Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*, M.P. 30 listopada 2018 r., poz. 1169, <https://www.monitorpolski.gov.pl/M2018000116901.pdf> (dostęp: 25.08.2020).
- Pułanecki J. (2015), *Toksyczny senior w domu pomocy społecznej. Kim jest, jak sobie z nim radzić i pracować (analiza i refleksja sytuacyjna)*, „Zeszyty Naukowe WSHE, Wiek senioralny w teorii i w codzienność”, t. XL, z. 14, https://ksw.wloclawek.pl/images/wydawnictwa/ZN_40.pdf (dostęp: 25.09.2020).
- Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy w Łodzi (2018), *Wiek jako determinanta popytu na pracę w warunkach żywienia gospodarczego i „rynku pracownika”*, Analiza dla województwa łódzkiego. Raport końcowy, wrzesień, <https://wuplodz.praca.gov.pl/documents/9031560/0/Wiek%20jako%20determinanta%20popytu%20na%20prac%C4%99%20w%20warunkach%20o%C5%BCywienia%20gospodarczego%20i%20rynku%20pracownika.%20Analiza%20dla%20wojew%C3%B3dztwa%20C5%82%C3%B3dzkiego/3398a300-9b82-49be-8ec6-82eba1185c71?t=1554472349162> (dostęp: 13.02.2020).
- Rudd A.G., Hoffman A., Down C., Pearson M., Love D. (2007), *Access to stroke care in England, Wales and Northern Ireland: the effect of age, gender and weekend admission*, „Age and Ageing”, t. 36, nr 3, s. 247–255, <https://doi.org/10.1093/ageing/afm007> (dostęp: 20.01.2020).

- São José J.M.S. (2019), *Ageism in healthcare*, [w:] D. Gu, M.E. Dupre (red.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_587-1 (dostęp: 10.01.2020).
- São José J.M.S., Amado C.A.F., Ilinca S., Buttigieg S.C., Larsson A.T. (2017), *Ageism in health care: a systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations*, „Gerontologist”, t. 59, nr 2, s. e98–e108, <https://doi.org/10.1093/geront/gnx020> (dostęp: 04.02.2020).
- Schiamberg L.B., Oehmke J., Zhang Z., Barboza G.E., Griffore R.J., Heydrich L., Post L.A., Weatherill R.P., Mastin T. (2012), *Physical abuse of older adults in nursing homes: a random sample survey of adults with an elderly family member in a nursing home*, „Journal of Elder Abuse & Neglect”, nr 24(1), s. 65–83, <https://doi.org/10.1080/08946566.2011.608056> (dostęp: 20.01.2020).
- Schuurman B., Lindenberg J., Huijg J.M., Achterberg W.P., Slaets J.P.J. (2020), *Expressions of self-ageism in four European countries: a comparative analysis of predictors across cultural contexts*, „Ageing & Society”, s. 1–18, <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001622> (dostęp: 29.01.2021).
- Singer P. (2020), *Is Age Discrimination Acceptable?*, <https://www.project-syndicate.org/commentary/when-is-age-discrimination-acceptable-by-peter-singer-2020-06> (dostęp: 23.09.2020).
- Słownik Języka Polskiego, <https://sjp.pl/protekcjonalny> (dostęp: 15.01.2020).
- Staudinger U.M. (2015), *Images of aging: outside and inside perspectives*, „Annual Review of Gerontology and Geriatrics”, t. 35, nr 1, s. 187–210, <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.187> (dostęp: 16.01.2020).
- Staudinger U.M., Butler R.N. (2019), *Plasticity of Ageing*, [w:] D. Gu, M.E. Dupre (red.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_105-1 (dostęp: 16.01.2020).
- Steinerowska S. (2015), *Zaangażowanie organizacyjne jako determinanta wzrostu efektywności zespołów pracowniczych*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 230, s. 98–107.
- Szukalski P. (2009), *Ageizm – przejawy indywidualne i instytucjonalne*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczyk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*, Uniwersytet w Białymstoku, Białystok.
- Tomaszewska-Hołuż B. (2019), *Stereotypizacja starości – wybrane przejawy ageizmu*, „Cywilizacja i Polityka”, t. 17, nr 17, s. 90–100.
- Tuckman J., Lorge I. (1953), *Attitudes toward old people*, „The Journal of Social Psychology”, nr 37(2), s. 249–260, [za:] CEDEFOP (2010), *Working*

- and ageing. Emerging theories and empirical perspectives*, Luxembourg, https://www.cedefop.europa.eu/files/3053_en.pdf (dostęp: 14.02.2020).
- United Nations (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*, May, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf> (dostęp: 15.09.2020).
- United Nations Human Rights Office of the High Commissioner, *No exceptions with COVID-19: Everyone has the right to life-saving interventions*, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25746> (dostęp: 8.08.2020).
- Urbaniaak B. (2014), *Zarządzanie różnorodnością zasobów ludzkich w organizacji*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 3–4(98), s. 63–78.
- Von Hippel C., Kalokerinos E.K., Haanteraä K., Zacher H. (2019), *Age-based stereotype threat and work outcomes: stress appraisals and rumination as mediators*, „Psychology and Aging”, t. 34, nr 1, s. 68–84, <https://doi.org/10.1037/pag0000308> (dostęp: 17.01.2020).
- Wielki Słownik Języka Polskiego, https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=5612&id_znaczenia=1859171&l=22&ind=0.
- Wiktorowicz J. (2016), *Międzypokoleniowy transfer wiedzy a wydłużanie okresu aktywności zawodowej*, Wydawnictwo UŁ, Łódź.
- Williams K., Kemper S., Hummert M.L. (2005), *Enhancing Communication With Older Adults: Overcoming Elderspeak*, „Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services”, t. 43, nr 5, s. 12–16, <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20041001-08> (dostęp: 14.02.2020).
- World Health Organization (2020), *COVID-19 Strategy Update*, 14 April 2020, <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-strategy-update---14-april-2020> (dostęp: 16.09.2020).

Źródła internetowe

- EUR-Lex, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX:32000L0078> (dostęp: 15.12.2020).
- Eurostat data base, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (dostęp 04.01.2020).
- International Longevity Centre UK, <https://ilcuk.org.uk/ilc-virtual-policy-event-the-overlap-between-ageism-and-ableism-in-the-workplace-insights-for-occupational-health-and-training/> (dostęp: 28.01.2021).
- Ogólnopolska Kampania na rzecz Zwalczenia Ageizmu, <https://www.who.int/ageing/ageism/campaign/en/> (dostęp: 04.02.2020).
- <https://www.santegidio.org/pageID/37740/langID/pl/BEZ-OS%C3%93B-STARSZYCH-NIE-MA-PRZYSZ%C5%81O%C5%94CI-Apel-o-rehumanizacj%C4%99-naszyc-spo%C5%82ecze%C5%84stw-Sprzeciw-wobec-selektywnej-opieki-zdrowotnej.html> (dostęp: 20.09.2020).

* * *

What is ageism? Symptoms, causes, and consequences

(abstract)

Ageism is a negative mental attitude towards older people based on negative stereotypes, beliefs, and prejudices, which may have a negative effect on different aspects of life. This chapter uses a literature review to present the essence and typology of ageism, as well as its harmful consequences for the labour market, healthcare, and social care. It is shown that the impact of ageism on social relations is still underestimated.

Keywords: old age, older people, ageism, age discrimination, socio-economic consequences of ageism

JEL: J14, J71, J28, J83

Czym jest ageizm? Objawy, przyczyny, skutki

(streszczenie)

Ageizm to negatywne nastawienie psychiczne do osób starszych, oparte na negatywnych stereotypach, przekonaniach i uprzedzeniach, które mogą mieć negatywny wpływ na różne aspekty życia. W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu literatury, aby przedstawić istotę i typologię ageizmu, a także jego szkodliwe konsekwencje dla rynku pracy, opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Okazuje się, że wciąż niedoceniany jest wpływ ageizmu na stosunki społeczne.

Słowa kluczowe: starość, ludzie starsi, ageizm, dyskryminacja ze względu na wiek, społeczno-ekonomiczne skutki ageizmu

O autorach

Robert Błaszczak, doktor nauk medycznych, jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz Studium Prawa Europejskiego. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 2003 r., posiada specjalizacje z chorób wewnętrznych oraz geriatricznej. Od 2012 r. pełni funkcję zastępcy kierownika Kliniki Geriatricznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, jest również kierownikiem Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. W swojej pracy zawodowej pełnił funkcję kierownika Klinicznego Centrum Medycznego Seniora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM – Centralny Szpital Weteranów, w skład którego wchodzi między innymi kliniki: Geriatricznej, Reumatologicznej, Rehabilitacji. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Geriatricznych, Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w dziedzinie geriatricznej, Zespołu Ekspertów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Akredytacji, Koordynacji i Oceny Jakości Kształcenia w dziedzinie geriatricznej. Konsultant w Ogólnopolskim Porozumieniu o Współpracy Rad Seniorów. Jest autorem i współautorem książek z dziedziny geriatricznej, prac opublikowanych w piśmiennictwie fachowym polskim i zagranicznym oraz wystąpień zjazdowych. Aktualnie pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego województwa łódzkiego w dziedzinie geriatricznej.

Marek Chałas, absolwent matematyki i socjologii na Uniwersytecie Łódzkim oraz studiów podyplomowych w Instytucie Francuskim w Warszawie, SGH i Instytucie Europejskim w Łodzi. W 2015 roku założył Fundację Activus ukierunkowaną na edukację osób starszych, która pod nazwą Akademia Seniora Activus prowadzi zajęcia dla osób starszych przy Uniwersytecie Łódzkim. Był członkiem Miejskiej Rady Seniorów w Łodzi, Społecznej Rady Seniorów Województwa Łódzkiego i Obywatelskiego Parlamentu Seniorów. Jego obszarem zainteresowania jest edukacja i aktywizacja

ludzi starszych. Jest autorem publikacji *Akademia Seniora Activus, 2015–2018* (2018) poświęconej doświadczeniom związanym z edukacją i aktywizacją seniorów. Był organizatorem w 2018 r. konferencji na Uniwersytecie Łódzkim poświęconej zagadnieniom starzenia się i roli seniorów w społeczeństwie.

Piotr Szukalski, doktor habilitowany nauk ekonomicznych, pracuje na stanowisku profesora uczelni na Uniwersytecie Łódzkim na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym w Katedrze Socjologii Stosowanej i Pracy Socjalnej. Specjalizuje się w zagadnieniach z pogranicza demografii, gerontologii społecznej i polityki społecznej, zaś przedmiotem jego badań są przede wszystkim: przebieg procesu starzenia się ludności Polski z uwzględnieniem dualnego charakteru tegoż procesu i jego konsekwencji, przemiany modelu rodziny polskiej, polityka ludnościowa oraz relacje międzypokoleniowe zarówno na poziomie mikro, jak i makro. Jest autorem ponad 250 publikacji, w tym ponad 100 artykułów publikowanych w takich czasopismach jak *Polityka Społeczna*, *Studia Demograficzne*, *Gerontologia Polska*, *Wiadomości Statystyczne*. W latach 2007–2010 był członkiem Zespołu ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, zaś w latach 2008–2010 reprezentantem polskich organizacji senioralnych w European Older People's Platform. Od roku 2008 jest członkiem z wyboru Komitetu Prognoz PAN i Komitetu Nauk Demograficznych PAN. W latach 2016–2020 członek Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, od 2016 r. członek Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (obecnie wiceprzewodniczącym tej Rady), zaś od 2017 r. członek Rządowej Rady Ludnościowej przy Prezesie Rady Ministrów RP.

Bogusława Urbaniak, profesor nauk ekonomicznych w dyscyplinie ekonomia i finanse, pracuje na stanowisku profesora na Uniwersytecie Łódzkim na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej. Specjalizuje się w ekonomice rynku pracy, polityce społecznej i zarządzaniu zasobami ludzkimi. W swoich badaniach koncentruje się na wielowymiarowych uwarunkowaniach aktywności osób starszych, ze szczególnym uwzględnieniem ich aktywności zawodowej. Jest autorką ponad 240 publikacji, raportów i ekspertyz, w tym poświęconych społeczno-ekonomicznym

kwestiom starzenia się społeczeństwa polskiego. Jest redaktorką naczelną dwumiesięcznika „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, wydawanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Brała udział w międzynarodowych zespołach badawczych w ramach projektów unijnych, obejmujących zagadnienia starzenia się, jak np: *Age Management Uptake* (AMU), *Active Ageing through Social Partnership and Industrial Relations in Europe* (ASPIRE), *Homes4Life. Certification for Ageing in Place*. Zajmuje się badaniami dotyczącymi środowiska przyjaznego procesom starzenia. Współpracuje z Regionalnym Centrum Polityki Społecznej w Łodzi w obszarze ekonomii społecznej oraz problematyki starzenia się społeczeństwa; od wielu lat jest ekspertem ds. zatrudnienia w AGE Platform Europe, członkiem z wyboru Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej Polskiej Akademii Nauk na lata 2020–2024, należy do Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej oraz Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Magdalena Zadworna, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, pracuje na stanowisku adiunkta na Uniwersytecie Łódzkim na Wydziale Nauk o Wychowaniu w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii. Do jej zainteresowań naukowych należy w szczególności problematyka psychologicznych uwarunkowań pomyślnego starzenia się, zdrowego stylu życia i dobrostanu w okresie późnej dorosłości. Jest autorką licznych badań, wystąpień konferencyjnych i publikacji z powyższego zakresu w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych oraz psychometrycznych narzędzi pomiaru adresowych do osób starszych (Kwestionariusz Zadań Rozwojowych dla Seniorów, Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów). Jako koordynator merytoryczny i członek zespołu brała udział w wielu europejskich projektach międzynarodowych dotyczących wspierania jakości życia osób starszych np. *Bridging the Digital Gap for Elders* (BRIDGE), *Students-Retirees Intergenerational Learning Circles* (STURET), *Support for Elderly People by the Help of Pets*. Realizatorka Grantów Dziekana Nauk o Wychowaniu UŁ o tematyce pomyślnej starości i jej uwarunkowań.

Rafał Zimny, doktor habilitowany nauk humanistycznych w dyscyplinie językoznawstwo, pracuje na stanowisku profesora uczelni na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy na Wydziale

Językoznawstwa w Katedrze Stylistyki i Pragmatyki Językowej. Jego zainteresowania badawcze koncentrują się wokół zagadnień publicznej komunikacji językowej (media, reklama, polityka); autor monografii *Kreowanie świata w tekstach reklamowych* (Warszawa 2008) oraz współautor *Słownika polszczyzny politycznej po 1989 roku* (Warszawa 2009), współredaktor 5 monografii wieloautorskich, autor ok. 50 artykułów naukowych o współczesnej polskiej komunikacji językowej. Od 2018 roku członek Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, współautor kilku ekspertyz o stanie ochrony języka polskiego dla Sejmu i Senatu RP, popularyzator wiedzy o języku polskim (ekspert w programie *Języczek u wagi*, emitowanym od 2019 roku na antenie TVP Bydgoszcz), kierownik projektu *Przemówienia polskich polityków w latach 1918–2014 – edycja i opracowanie źródeł, analiza lingwistyczna, digitalizacja korpusu*, finansowanego w ramach Narodowego Programu Rozwoju Humanistyki.

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. 42 665 58 63