

Spoleczne role osób starszych¹

Spoleczeństwo polskie weszło w fazę starzenia się. Proces ten wynika przede wszystkim ze zmniejszania się płodności oraz płynącego z postępu medycyny mniejszego zagrożenia śmiercią, co powoduje zmniejszanie się liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym oraz wzrost liczebności ludzi starych w całej populacji. Z danych szacunkowych GUS wynika, iż w roku 2030 na około 60% ludności w wieku produkcyjnym przypadają będzie 40% ludności w wieku nieprodukcyjnym, z czego ludność w wieku poprodukcyjnym stanowić będzie 26,9% ogółu populacji.

Biorąc pod uwagę trendy demograficzne niektórzy socjologowie i gerontologowie mówią o „siwiejącej” populacji. Peter Peterson [1999] nazywa ten proces „*początkiem siwienia świata*”. Przewiduje się, że w ciągu najbliższych kilkudziesięciu lat zestarzeją się populacje prawie wszystkich krajów rozwiniętych (do 2030 r. ludzi mających ponad 65 lat będzie od 33% w Australii do prawie 50% w Niemczech). Jednocześnie postępuje proces „starzenia się ludzi starych”, co oznacza, że liczba osób w wieku 75 lat i więcej rośnie szybciej niż liczba „młodszych ludzi starych”. Taka zmiana rozkładu wiekowego w krajach rozwiniętych stanowi wyzwanie dla systemu zabezpieczenia społecznego, albowiem wzrost przeciętnej długości życia oznaczać będzie konieczność wypłacania emerytur przez dłuższy czas niż obecnie. Jednocześnie w miarę wzrostu populacji osób starszych rosło będzie zapotrzebowanie na pomoc społeczną i opiekę zdrowotną.

Przemiany demograficzne niosą ze sobą również zmiany w definicji starości. Giddens [2006] zwraca uwagę na dwa przeciwstawne procesy związane z postrzeganiem starości. Z jednej strony w społeczeństwach nowoczesnych starsi ludzie mają z reguły niższy status społeczny i mniej władzy niż w kulturach przednowoczesnych. W kulturach tradycyjnych starość utożsamiana była z mądrością, autorytetem i władzą. W społeczeństwach nowoczesnych, w których zachodzą ciągle zmiany, wiedza i doświadczenie starszych ludzi nie stanowi już dla młodego pokolenia punktu odniesienia i jest raczej zbiorem nikomu niepotrzebnych przestarzałych informacji. Jednocześnie mamy do czynienia z procesem przeciwnym. Starzenie się przestaje być traktowane przez ludzi starszych jako nieuchronny

¹ Artykuł ukazał się drukiem w publikacji *Równość w Unii Europejskiej. Teoria i praktyka*, Bokajło W., Pacześniak A. (red.), Wrocławskie Wydawnictwo Naukowe Atla 2, Wrocław 2008.

proces degeneracji fizycznej i psychicznej. „[...] w coraz większym stopniu odchodzi się od traktowania procesów starzenia się jako rzeczy oczywistej i naturalnej; postępy w zakresie medycyny i żywienia pokazały, że można uniknąć lub znacznie zredukować większość przejawów starzenia się, które kiedyś uważano za nieuniknione. Dzięki lepszemu odżywianiu się, higienie i opiece zdrowotnej ludzie dożywają przeciętnie znacznie starszego wieku niż jeszcze sto lat temu.” [Giddens 2006:185].

Starość i starzenie się to pojęcia, które nie zostały jeszcze jednoznacznie zdefiniowane ani przez nauki społeczne ani biologiczne. Pierwsze z tych pojęć traktowane jest jako zjawisko, faza życiowa, drugie natomiast jest procesem. Starość jako etap, stan w życiu człowieka ma charakter statyczny, starzenie się natomiast traktowane jako proces rozwojowy jest zjawiskiem dynamicznym. Starzenie się zdefiniować można jako stopniowe zmniejszenie rezerwy czynnościowej narządów, które zmniejszają możliwość zachowania równowagi ustrojowej. Jest to proces ciągły i nieodwracalny, przebiegający etapami. Najpierw następuje etap starzenia się społecznego, rozumiany jako faza życia, w której ustaje aktywność zawodowa jednostki i przestaje ona pełnić role zawodowe. Najczęściej wyróżnia się cztery okresy starości: 60 – 69 lat – wiek początkowej starości; 70 – 74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej; 75 – 84 lata – wiek zaawansowanej starości; 85 lat i więcej – niedołączna starość. Inną klasyfikacją stosowaną do okresu starości jest podział tej fazy życia na dwa podokresy: wczesną starość (określaną także jako wiek podeszły, „młodszy starzy”) obejmującą wiek 60 – 74 lata oraz późną starość (starość właściwa, „starsi starzy”), obejmującą wiek 75 – 89 lat. Wyodrębnia się również kategorię osób długowiecznych w wieku 90 lat i więcej, jako kategorię o szczególnych cechach biologicznych i dziedzicznej predyspozycji do długiego życia [Golinowska i in. 1999: 8-9].

Za podstawowe cechy starości uważa się postępujące ograniczenie samodzielności życiowej, znaczny spadek zdolności adaptacyjnych człowieka w wymiarze biologicznym, psychospołecznym oraz stopniowe nasilenie się zależności od otoczenia.

Starość jest okresem, w którym pogorszeniu ulega stan zdrowia jednostki, dlatego też jedną z ról społecznych, jakie pełnią osoby starsze, jest rola chorego. Jedną z pełniejszych koncepcji choroby i roli chorego stworzył Talcott Parsons [1969]. Choroba definiowana była przez niego jako forma zagrożenia dla sprawnego funkcjonowania systemu społecznego, poprzez zakłócenia umiejętności zgodnego z przyjętymi oczekiwaniami pełnienia ról lub wykonywania zadań. Parsons wyodrębnił cztery elementy, składające się na definicję roli chorego. Po pierwsze, osoba chora nie ponosi odpowiedzialności za swój stan, gdyż do

wyzdrowienia nie wystarczy jedynie wola chorego, ale niezbędne jest również podjęcie zabiegów leczniczych; po drugie, choroba stanowi dostateczną podstawę do zwolnienia chorego, na stałe lub czasowo, z innych pełnionych przez niego ról i wykonywanych zadań; po trzecie, bycie chorym jest uznawane za dopuszczalne przy założeniu, że osoba chora uznaje, że choroba jest stanem niepożądanym, wymagającym podjęcia prób wyzdrowienia oraz podejmowania współpracy z innymi w tym celu; i po czwarte, ilekroć zawodzą uzdrawiające siły natury, zarówno chory, jak i osoby za niego odpowiedzialne, zobowiązane są do szukania kompetentnej pomocy.

W okresie starości choroba często na stałe wpisuje się w biografię jednostki, stając się nieodłącznym elementem jej egzystencji. Rolą osoby starszej staje się więc z jednej strony podjęcie wszelkich działań (profilaktyka, diagnostyka, leczenie), by opóźnić niekorzystny wpływ choroby na jej życie, z drugiej strony zaś akceptacja nieuchronności procesów chorobowych zachodzących w jej organizmie.

Istnieje szereg czynników biologicznych, mogących wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia w tej fazie życia. Do najważniejszych z nich należą:

- zmniejszenie aktywności ruchowej – hipokineza, co powoduje głębokie zmiany w ustroju przyspieszające procesy starzenia i sprzyjające rozwojowi chorób,
- niewłaściwe odżywianie dietą niedoborową (za mało białka, witamin, pierwiastków śladowych) lub nadmierne przyjmowanie kalorii, zwłaszcza tłuszczów i węglowodanów, co prowadzi do otyłości i chorób układu krążenia,
- stosowanie używek, palenie papierosów, nadmierne przyjmowanie leków,
- zanieczyszczenie środowiska naturalnego oraz promieniowanie [Golinowska i in. 1999: 18].

Obok czynników biologicznych zagrażających prawidłowemu funkcjonowaniu organizmu w starszym wieku istnieje szereg czynników ryzyka psychospołecznego. Są to:

- nagła zmiana warunków życia i otoczenia (do takich należy przejście na emeryturę bez odpowiedniego przygotowania, któremu towarzyszy często spadek prestiżu w otoczeniu, zerwanie kontaktów społecznych), zmiana miejsca zamieszkania i trudności adaptacji w nowym otoczeniu,
- osamotnienie związane często ze stratą osób bliskich, czasem trudności związane z opuszczaniem domu, (np. zmiany w narządzie ruchu),
- izolacja społeczna (trudności adaptacji w środowisku, cechy osobowości),

- pogorszenie sytuacji materialnej zwłaszcza wtedy, gdy nie pozwala to na realizację podstawowych potrzeb życiowych i zagraża poczuciu bezpieczeństwa,
- nadmiar wolnego czasu przy braku umiejętności lub możliwości jego wykorzystania według upodobania,
- monotonia życia, nuda, pustka, nierzadko depresja,
- niewłaściwe nastawienie do starości samych osób starszych, jak też ich otoczenia do osób starszych” [Golinowska i in. 1999: 21].

O ile wpływ czynników biologicznych na życie jednostki rozłożony jest w czasie, stopniowo ograniczając sprawność osoby starszej, czynniki psychospołeczne w sposób nagły mogą spowodować załamanie funkcjonowania organizmu w okresie starości.

Osoby starsze najczęściej cierpią na choroby przewlekłe: choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, miażdżyca, żylaki, zapalenie żył), zmiany zwyrodnieniowe, nowotwory, cukrzycę, choroby przemiany materii, depresję. Główną cechą tych schorzeń jest to, że nigdy nie zostają wyleczone, zaś zadaniem lekarzy jest łagodzenie objawów tych chorób i opóźnianie ich postępu. Często osoby starsze cierpią jednocześnie na więcej niż jedno schorzenie, jest to tzw. wielochorobowość. Procesom chorobowym towarzyszy postępujące ograniczenie zdolności samodzielnego wykonywania czynności codziennych. Oczywiście należy pamiętać, iż pogorszenie stanu zdrowia wynikające ze starzenia się jest procesem rozłożonym w czasie. W krajach rozwiniętych większość ludzi w wieku 65 lat i więcej cieszy się stosunkowo dobrym zdrowiem, jest sprawna fizycznie i psychicznie. Niestety w Polsce wiele chorób charakterystycznych dla wieku starszego zaczyna wzrastać już po 40. roku życia i zbliżone jest do tego, które występuje w kategorii 60-latków. Dotyczy to zwłaszcza chorób układu oddechowego, kostno – stawowego, a także chorób krążenia i układu pokarmowego. Wyraźne nasilenie tych chorób następuje w Polsce w okresie wczesnej starości (wśród 50- i 60-latków). W krajach rozwiniętych większość tych schorzeń występuje dopiero w okresie późnej starości, czyli wśród 70- i 80-latków [por. Halik, 2002]. Na stan zdrowia jednostki składa się profilaktyka, diagnostyka i leczenie. W Polsce zdrowy styl życia, oparty na aktywności fizycznej, zbilansowanej diecie oraz profilaktycznej kontroli stanu zdrowia, nie jest jeszcze zbyt popularny, zwłaszcza w starszych kategoriach wiekowych.

Aktywność fizyczna osób starszych jest niewielka. Z badań przeprowadzonych przez CBOS [2003] wynika, że tylko 19% emerytów deklaruje, że uprawia jakiś sport lub innego rodzaju aktywność służącą utrzymaniu sprawności fizycznej. Jeszcze mniejsza liczba

emerytów wskazuje, że uprawia sport regularnie (6%) i często (również 6%). Niska aktywność fizyczna nie jest niczym zaskakującym, Polacy nie mają utrwalonych nawyków regularnego ćwiczenia dla zdrowia i utrzymania kondycji. Tylko 21% badanych wskazuje, że uprawia sport regularnie lub od czasu do czasu. Niemal 60% badanych wcale nie uprawia aktywności fizycznej, a tendencja ta nasila się wraz z wiekiem. Jest to zjawisko alarmujące, ponieważ celem profilaktyki starzenia się powinno być jak najdłuższe utrzymanie autonomii jednostki i jej samodzielności w życiu codziennym. Badania [2005] pokazują, że co prawda wraz z wiekiem wzrasta dbałość o dostarczenie organizmowi zdrowych, zbilansowanych posiłków, jednak odnosi się to raczej do osób powyżej 55. roku życia. Niemal 90% osób z młodszych kategorii wiekowych przyznaje, że nie należy do osób, jedzących regularnie trzy posiłki dziennie, nie je codziennie owoców i zdarza im się „przegryzanie” między posiłkami niezdrowych przekąsek (chipsy, słodczyce, chrupki). Taka dieta przyspiesza ryzyko zachorowalności na choroby przewlekłe, w tym choroby układu krążenia.

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia [2006] wynika, iż przesiewowymi badaniami diagnostycznymi w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych i nowotworowych w roku 2005 objętych zostało 1.231.650 osób. Łączny koszt tych badań wyniósł 52.982.171,50 zł. W województwie dolnośląskim w tym czasie przeprowadzono 575.825 badań diagnostycznych o łącznej wartości 4.072.303,50 zł.

Osoby starsze raczej nie mają problemów z dostępem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gorzej jest z dostępem do lekarzy specjalistów. Najczęstszymi barierami w dostępie do lekarzy specjalistów, na które wskazują osoby starsze, są odległe terminy wizyt i trudności w uzyskaniu skierowania. Ważną kwestią w ocenie dostępności specjalistycznych porad jest oddalenie przestrzenne. Mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast narzekają na zbyt dużą odległość od przychodni specjalistycznej i złą komunikację, utrudniającą im swobodny dostęp do lekarza specjalisty. Jednocześnie ponad $\frac{3}{4}$ osób starszych ma problemy z wykupem leków, a główną barierą w dostępie do leków jest ich wysoka cena [Halik, 2002]. Rozwój kadr medycyny geriatrycznej i paliatywnej jest w Polsce niedostateczny. W roku 2006 na Dolnym Śląsku było tylko 2 lekarzy geriatrów.

Starzenie się społeczeństwa stawia przed systemem opieki zdrowotnej szereg wyzwań. Z jednej strony należy popularyzować zdrowy styl życia, przygotowywać młodsze generacje do procesu starzenia się, uczyć nawyków, które pozwolą na jak najdłuższe zachowania aktywności i samodzielności, z drugiej należy zapewnić osobom z grup ryzyka jak najpełniejszy dostęp do badań przesiewowych oraz zagwarantować dostęp do lekarzy POZ, a przede wszystkim do lekarzy specjalistów. Jednocześnie należy zadbać o kształcenie

personelu medycznego w zakresie profilaktyki starzenia się, by mógł on uczyć zasad „dobrego starzenia się” swoich pacjentów, a także zagwarantować odpowiednią liczbę specjalistów opieki geriatrycznej i paliatywnej. Spełnienie tych warunków mogłoby sprawić, że starzenie się społeczeństwa przestałoby być jedynie poważnym problemem i zagrożeniem dla wydolności systemu opieki zdrowotnej.

Rodzina jest podstawową instytucją w życiu każdego człowieka, jednak dla osób starszych, które najczęściej nie pracują już zawodowo, staje się ona podstawową sferą życiowej aktywności. W Polsce wiele osób starszych prowadzi wraz z dziećmi wspólne gospodarstwo domowe, a nawet jeśli mieszkają osobno, to między gospodarstwami seniorów i ich dzieci często dochodzi do wymiany świadczeń i usług. Osoby starsze pomagają swym dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opiekują się wnukami czy innymi potrzebującymi osobami, wspierają swe dzieci finansowo i materialnie. Dla niektórych rodzin emerytura osoby starszej staje się jedynym stałym źródłem dochodu rodziny [por. Zabłocki i in. 1999, Tarkowska 2000, Laskowska – Otwinowska 2000, Halik 2002, Korzeniewska 2002]. Mówimy wówczas o „przedłużonym rodzicielstwie” [por. Dyczewski i in. 1999: 33], które polega na systematycznej pomocy finansowej i rzeczowej kierowanej przez seniorów do swoich dorosłych dzieci.

Osoby starsze realizują swą potrzebę kontaktów towarzyskich głównie w rodzinie. Rodzina staje się także przestrzenią transferu międzypokoleniowych wartości, dla osób starszych jest to często podstawowe miejsce, w którym stykają się z przedstawicielami młodszych pokoleń i mają możliwość zetknięcia się z problemami istotnymi dla osób przeżywających inną fazę życia.

W szybko zmieniającym się społeczeństwie, które za Sztompką [2004] można nazwać „gorącym”, czyli takim, w którym zmiany następują szybko, osiągając poważne rozmiary już w skali wewnątrzpokoleniowej, pojawiają się nowe technologie i wynalazki, osoby starsze z reguły w mniejszym stopniu niż młode pokolenia korzystają z dobrodziejstw cywilizacyjnych. Wynika to nie tylko z bardziej ograniczonego dostępu osób starszych do nowych technologii, ale także z braku potrzeb czy nawyku wykorzystywania ich w codziennym życiu, a przede wszystkim z obaw i lęku przed własną nieporadnością w ich obliczu. Tu także członkowie najbliższej rodziny mogą być pomocni w przełamywaniu barier i stereotypów, że osoby starsze nie mogą nauczyć się niczego nowego, a nowe technologie z definicji są im obce. Dobrym przykładem tego zjawiska jest wykorzystywanie komputera, internetu i komunikatorów internetowych przez osoby starsze, których dzieci wyemigrowały za granicę w poszukiwaniu pracy. Przestrzenne oddalenie i chęć utrzymania kontaktu niejako

„wymusiło” u seniorów potrzebę korzystania z nowoczesnych sposobów komunikowania się, a ich pierwszymi, często zresztą jedynymi, instruktorami w tej dziedzinie, są młodszy członkowie rodziny.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na potrzebę edukowania seniorów w zakresie obsługi sprzętu komputerowego, korzystania z internetu, telefonów komórkowych, sprzętu multimedialnego czy użytkowania bankomatów, tak by mogli oni w pełniejszy sposób korzystać z udogodnień technicznych w codziennym życiu.

Transmisja wartości kulturowych nie jest w tym przypadku procesem jednokierunkowym. Także seniorzy mają do zaoferowania młodszemu pokoleniu swoje doświadczenie życiowe, znajomość tradycji rodzinnych i narodowych, wiedzę i umiejętności, a przekaz ten dokonuje się najpełniej w ramach grona rodzinnego. Jednocześnie budowanie „mostów międzypokoleniowych” nie tylko w obrębie własnej rodziny, wydaje się jednym z kluczowych elementów integracji osób starszych ze społecznością lokalną. Warto tworzyć inicjatywy, w ramach których osoby starsze będą mogły spotkać się z młodzieżą, obie strony będą miały możliwość bliższego poznania się, przełamania stereotypowego podejścia do siebie nawzajem i budowania postaw opartych na wzajemnym szacunku. Pozwoli to na uniknięcie lub złagodzenie skutków konfliktu pokoleń, nasilającego się w okresie szybkich zmian kulturowych, gdy pokolenie młodsze internalizuje nowe wzory kulturowe odmienne od wzorów typowych dla pokolenia starszego.

Najbliższa rodzina staje się podporą w okresie „późnej starości”, gdy choroby i zniedołężnienie utrudniają lub uniemożliwiają seniorom samodzielne funkcjonowanie. W sytuacji ograniczenia aktywności, starsze osoby w pierwszej kolejności liczą na swą najbliższą rodzinę i od niej oczekują pomocy, wsparcia materialnego i psychicznego. Choć rodzina nie zawsze jest w stanie spełnić pokładane w niej oczekiwania, to ona właśnie stanowi pierwsze ogniwo systemu wsparcia osób starszych. Także w opinii społecznej to rodzina jest w pierwszej kolejności zobowiązana do opieki i pomocy osobie starszej [por. Dyczewski i in. 1999]. Na to przekonanie nakłada się stosunkowo słabo rozwinięty system usług skierowanych do osób starszych, nie tylko stricte opiekuńczych, ale także wspomagających samodzielność i ułatwiających codzienne funkcjonowanie, jak np. pomoc domowa, posiłki dostarczane do domu, pedicure leczniczy, usługi rehabilitacyjne czy kulturalno – rekreacyjne. Wydaje się, że jeśli zależy nam jako społeczeństwu na tym, by osoby starsze jak najdłużej zachowywały samodzielność i autonomię, warto inwestować w system usług wspierających osoby starsze w ich środowisku naturalnym.

Możemy wyróżnić kilka typów rodzin osób starszych. Najczęściej rodziny seniorów znajdują się w fazie „pustego gniazda”, która zaczyna się w momencie usamodzielnienia przez wszystkie dzieci, a kończy w chwili śmierci jednego ze współmałżonków. Drugi statystycznie najliczniejszy typ rodzin to te, które znajdują się we wcześniejszej fazie rozwoju, czyli przed usamodzielnieniem dzieci pozostających w domu z powodu wieku (niepełnoletniość) lub z powodu niesamodzielnności ekonomicznej. W przypadku tych rodzin możemy mieć do czynienia ze zjawiskiem „przepełnionego gniazda” (kiedy to dorosłe dzieci mieszkają ze starymi rodzicami, ponieważ nie mają możliwości zakupu lub uzyskania inną drogą własnego mieszkania [Dyczewski i in. 1999: 33]. Sytuacje „przymusu egzystencjalnego” mogą prowadzić do zjawisk niekorzystnych, narastania wzajemnych animozji, kryzysów, a nawet przemocy domowej. Trzeci typ rodzin to małżeństwa zawarte w późnym wieku. Typ czwarty stanowią rodziny osób sędziwych, które po przejściu przez fazę „pustego gniazda” oraz śmierci jednego z małżonków, zamieszkują ponownie ze swymi dziećmi i ewentualnie wnukami. Osoby te w znacznym stopniu uzależnione są od pomocy innych.

Życie osoby starszej koncentruje się wokół rodziny i wypełniania ról rodzinnych. Inne role społeczne w tej fazie życia schodzą na plan dalszy. W Polsce przejście na emeryturę nie jest traktowane jako przykry przymus, odsunięcie na plan dalszy, ale raczej jako przywilej [por. Halik, 2002]. Emerytura postrzegana jest z jednej strony jako nagroda za ciężką pracę, odpoczynek po „długim biegu” ścieżką aktywności zawodowej, z drugiej strony jako zapewnienie stałego dochodu, dającego w mniejszym czy większym stopniu, w zależności od wysokości świadczenia, poczucie bezpieczeństwa finansowego. Taka percepcja emerytury wynika przede wszystkim z niskiej jakości kultury organizacyjnej środowiska pracy, uciążliwości związanych ze zdobyciem i utrzymaniem pracy, niejasną i skomplikowaną ścieżką awansu zawodowego, ograniczonymi możliwościami podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracownika. Trudności związane ze zdobyciem i utrzymaniem pracy narastają wraz z wiekiem. Osoby starsze postrzegane są przez niektórych pracodawców jako pracownicy „drugiej kategorii”. W ich świadomości dominuje przekonanie, że osoby starsze są mało kreatywne, powolne, słabe i niesamodzielne. Dlatego też nie uważają za stosowne inwestować w szkolenia osób starszych czy dostosowanie stanowisk pracy do ich potrzeb, zaś w sytuacji redukcji zatrudnienia w pierwszej kolejności rezygnują z ich pracy. Jednocześnie jeszcze do niedawna lansowano przekonanie, że dezaktywizacja zawodowa osób powyżej 50. roku życia jest dobrym sposobem na zmniejszenie stopy bezrobocia. Przechodzenie osób starszych na wcześniejszą emeryturę miało udostępniać miejsca pracy dla młodych

bezrobotnych. W latach 90. w Polsce realizowano politykę dezaktywizacji zawodowej osób starszych poprzez stworzenie systemu świadczeń przedemerytalnych. Działania te nie wpłynęły jednak pozytywnie na zmianę skali bezrobocia wśród młodych ludzi, ponieważ zwalniane miejsca pracy były najczęściej likwidowane, z drugiej strony zaś spowodowały znaczący odpływ starszych pracowników z rynku pracy i ugruntowały w świadomości społecznej przekonanie o dużych korzyściach wynikających z wczesnej dezaktywizacji zawodowej. Dlatego też dla dominującej większości ludzi osiągnięcie wieku emerytalnego staje się równoznaczne z przejściem na emeryturę.

Wszystkie te elementy powodują także, że osoby starsze po przejściu na emeryturę raczej nie kontynuują pracy zawodowej. Jedynie dla wąskiego grona wysokiej klasy specjalistów, artystów, naukowców, rzemieślników, osiągnięcie wieku emerytalnego nie jest zazwyczaj równoznaczne z zakończeniem aktywności zawodowej. Aktywność zawodową kontynuują także osoby, które nie są w stanie utrzymać się wyłącznie z emerytury, a stan zdrowia umożliwia im dalsze funkcjonowanie na rynku pracy. Zazwyczaj podejmują one prace niewymagające zbyt wielkich kwalifikacji i umiejętności. W takich przypadkach trudno jednak mówić o dobrowolnym wyborze, jest to raczej konieczność. Z jeszcze inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku osób pracujących w rolnictwie. Dla rolnika osiągnięcie wieku emerytalnego i uzyskanie prawa do świadczeń emerytalnych nie jest jednoznaczne z kresem aktywności zawodowej. Osoby posiadające gospodarstwo rolne często jeszcze co najmniej przez kilka lat aktywnie, w miarę możliwości organizmu, uczestniczą w uprawie roli i innych pracach gospodarskich.

Z danych Narodowego Spisu Powszechnego [2002] wynika, iż aktywność zawodową wykazywało 7,8% spośród ogółu osób w wieku emerytalnym, co stanowiło 2,7% ogółu aktywnych zawodowo. W województwie dolnośląskim aktywność zawodowa osób w wieku emerytalnym była niższa niż w skali kraju i wynosiła 1,7%. Osoby starsze (w wieku 65 lat i więcej) mieszkające na Dolnym Śląsku najczęściej pracowały w następujących sektorach gospodarki: rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo; obsługa nieruchomości i firm, nauka; handel i naprawy; edukacja; ochrona zdrowia i opieka społeczna; przetwórstwo przemysłowe [NSP 2002].

Starzenie się społeczeństwa stawia przed krajami europejskimi nowe wyzwania. Szacuje się, że w 2050 r. połowa ludności kontynentu europejskiego osiągnie wiek emerytalny, co spowoduje, że na rynku pracy zabraknie ponad 160 milionów pracowników. Sytuacja ta staje się impulsem do dyskusji na temat funkcjonowania rynku pracy w przyszłości i problemów, jakie niesie dla systemów społecznych wzrost liczby osób w wielu

poprodukcyjnym. Kwestie takie jak malejąca liczba osób aktywnych zawodowo, malejący przyrost naturalny, rosnące wydatki na świadczenia dla rosnącej liczby osób biernych zawodowo, rosnące wydatki na świadczenia zdrowotne, pogłębiająca się marginalizacja osób starszych powoli wybijają się na pierwszy plan w dyskusjach na temat przyszłości Europy, jako elementy zagrażające stabilności systemów społeczno – ekonomicznych krajów europejskich. Aby niwelować niekorzystny wpływ tych czynników UE przyjęła Strategię Lizbońską, w której zawarła m.in. postulat zwiększenia stopy zatrudnienia do poziomu 70% w 2010 r., a w kategorii pracowników w wieku 55 – 64 lata do poziomu 50%. Zwiększeniu zatrudnialności pomóc mają różnego rodzaju programy aktywizacyjne skierowane do osób biernych zawodowo, szkolenia, warsztaty i inne działania mające na celu podniesienie kwalifikacji osób pracujących i zmotywowanie ich do jak najdłuższego funkcjonowania na rynku pracy, finansowane ze środków unijnych. Polska, jako kraj członkowski UE, również uczestniczy w realizacji Strategii Lizbońskiej, przy czym skala wyzwań stających przed naszym krajem w tej dziedzinie jest ogromna. Stopa zatrudnienia w Polsce oscyluje wokół 53%, podczas gdy średnia dla Unii Europejskiej wynosi 64%. Jednocześnie stopa zatrudnienia osób w wieku 55 – 64 wynosi około 28%, a więc jest o ponad połowę niższa, niż zakładana przez Strategię Lizbońską. Pojawiające się w dyskusjach kwestie podniesienia wieku emerytalnego, zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn oraz inne propozycje mające na celu zatrzymanie pracownika jak najdłużej na rynku pracy, nie cieszą się dużym poparciem w polskim społeczeństwie. Badania poglądów na temat wieku emerytalnego pokazują, że Polacy nie są zwolennikami zwiększania ustawowego okresu aktywności zawodowej. Pogląd, że mężczyźni powinni przechodzić na emeryturę w wieku powyżej 65. roku życia wyraża jedynie 1% badanych, zaś opinię, że kobiety powinny pracować dłużej niż aktualnie, wyraża 2% osób badanych. Większość respondentów podziela pogląd, że wiek emerytalny powinien zostać obniżony, niemal połowa respondentów uważa, że mężczyźni powinni przechodzić na emeryturę w wieku 60 lat, zaś 67% badanych chciałoby, by kobiety kończyły aktywność zawodową w wieku 55 lat lub wcześniej. Jednocześnie zdecydowana większość, bo aż 80% respondentów uważa, że wiek emerytalny kobiet i mężczyzn nie powinien zostać zrównany [CBOS 2005]. W celu zmiany owych silnie zakotwiczonych w świadomości społecznej przekonań (badania przeprowadzone w 2003 r. dały niemal identyczne wyniki), trzeba będzie stworzyć szereg instrumentów motywujących osoby starsze do jak najdłuższego pozostawania na rynku pracy. Przede wszystkim należy wzmocnić potencjał pracowników poprzez stworzenie systemu kształcenia ustawicznego, umożliwiającego podnoszenie kwalifikacji, nabywanie nowych umiejętności, a także dostarczenie pracownikom wsparcia psychicznego,

przeciwdziałającego wypaleniu zawodowemu i zniechęceniu. Istotnym elementem wspierającym aktywizację osób starszych na rynku pracy powinna być popularyzacja wprowadzania w firmach i instytucjach elementów zarządzania wiekiem (m.in. dostosowywanie stanowisk pracy do potrzeb osób starszych, tworzenia pakietów szkoleniowych, dopasowanie zakresu obowiązków do możliwości osoby starszej, umiejętne korzystanie z doświadczenia i kompetencji pracownika, jednym słowem redefinicja starszego pracownika). Ważnym wzmocnieniem aktywizacji osób starszych na rynku pracy powinno stać się również tworzenie i popularyzacja nowych, bardziej elastycznych form zatrudnienia (praca w niepełnym wymiarze, telepraca, praca w weekend, praca w domu). Jak pokazują np. doświadczenia fińskie, przy zaangażowaniu podmiotów publicznych, pracodawców oraz partnerów społecznych, tworząc system łączący w sobie elementy rynku pracy, edukacji i profilaktyki zdrowotnej, można znacząco zwiększyć aktywność zawodową osób starszych, co przyczynia się do zmniejszenia ryzyka destabilizacji ekonomiczno – społecznej.

Osoby starsze stanowią specyficzną kategorię konsumentów. Gospodarstwa domowe emerytów i rencistów z reguły dysponują średnimi lub niskimi dochodami, co powoduje ograniczenie możliwości nabywczych gospodarstwa. Większość wydatków gospodarstw domowych seniorów stanowią wydatki na żywność oraz opłaty mieszkaniowe i eksploatacyjne. Znaczącą pozycją w ich budżecie są także wydatki na leki oraz inne potrzeby zdrowotne. Osoby starsze z racji ograniczonych możliwości finansowych rzadko korzystają z usług gastronomicznych (90% emerytów nigdy lub bardzo rzadko jada główny posiłek poza domem [CBOS 2005]), rzadko korzystają z aktywnych form spędzania czasu wolnego oraz turystyki. W 2005 r. emeryci spędzili średnio 9 dni wypoczywając poza miejscem zamieszkania [CBOS 2005]. Najczęstszym celem wyjazdów poza miejsce zamieszkania są odwiedziny u krewnych lub znajomych, wypoczynek, cele religijne. Osoby starsze rzadko bywają klientem biur podróży. Turystyka osób starszych, tak popularna w krajach zachodnich, w Polsce jest jeszcze zjawiskiem marginalnym. Podstawowym kryterium, jakim osoby starsze kierują się przy dokonywaniu wyborów konsumenckich, jest cena. Zakupy żywności robią najczęściej w małych sklepach, gdzie towar podaje sprzedawca, w następnej kolejności w sklepach samoobsługowych i supermarketach, odzież i obuwie kupują w małych sklepikach, a także na bazarach i targowiskach [CBOS 2004]. Emeryci najczęściej wskazują [CBOS 2006], że żyje im się średnio (pieniędzy wystarcza na codzienne wydatki, ale na poważniejsze wydatki muszą oszczędzać) oraz skromnie (muszą na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować posiadanymi pieniędzmi), ponad połowa badanych wskazała, że w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy w ich gospodarstwie domowym zabrakło pieniędzy na

wydatki związane z wypoczynkiem oraz wydatki na zakup sprzętu i rzeczy do wyposażenia domu. Niemal połowa badanych musiała ograniczać wydatki przeznaczone na leczenie oraz wydatki związane z życiem kulturalnym, zakup książek, prasy, wyjścia do kina, teatru, na koncert, itp. Dysponując ograniczonymi możliwościami finansowymi seniorzy w pierwszej kolejności zaspokajają potrzeby podstawowe, ograniczając wydatki na potrzeby wyższego rzędu.

Wydaje się jednak, że także zachowania w sferze konsumpcji podlegać będą ewolucji. W wiek emerytalny powoli wchodzić będą również osoby z klasy średniej i wyższej, lepiej wykształcone, lepiej sytuowane, z rozbudzonymi potrzebami konsumpcyjnymi, co powodować będzie rozwój usług i produktów skierowanych bezpośrednio do tej kategorii wiekowej. Jednocześnie dla tych seniorów, których nie stać na samodzielne zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu należałoby stworzyć ofertę kulturalną, rozrywkową i turystyczną, umożliwiającą im aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

Osoby starsze rzadko uczestniczą w życiu publicznym i społecznym. Ma to związek z brakiem utrwalonych nawyków aktywności i uczestnictwa społecznego, pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia oraz niejednokrotnie trudną sytuacją materialną. W 2004 r. około 20% emerytów działało aktywnie przynajmniej w jednej organizacji społecznej, spośród nich 8% działało w dwóch lub więcej organizacjach społecznych [CBOS 2004]. Wśród organizacji tworzonych przez seniorów warto podkreślić znaczenie tych, które mają na celu podtrzymywanie ich własnej aktywności i samodzielności. Są to przede wszystkim uniwersytety trzeciego i czwartego wieku oraz kluby seniora. Jednym z celów aktywizacji społecznej osób starszych powinno być propagowanie wśród seniorów idei wolontariatu i działalności w organizacjach pozarządowych.

Polityka społeczna wobec osób starszych powinna stanowić system działań ukierunkowanych na wszechstronną kompensację malejących wraz z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokajania potrzeb, integrację z lokalną społecznością oraz przygotowanie do starości. Polityka społeczna wobec osób starszych powinna być oparta na trzech zasadach: autonomii, mającej na celu zachowanie przez seniorów niezależności w podejmowaniu decyzji co do sposobu życia w tej fazie egzystencji; integracji – zapewnieniu osobom starszym w miarę pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz opiece – stworzeniu systemu wsparcia i pomocy dla osób, które w wyniku wieku lub choroby utraciły zdolność do samodzielnego zaspokajania swych potrzeb. Warto przy tym pamiętać, że na starość pracujemy całe życie, że im szybciej zdefiniujemy, jakie elementy powinny składać się na „dobrą starość”, jakie działania należy podjąć w sferze ekonomicznej, zdrowotnej i

społecznej, by osoby starsze mogły cieszyć się niezależnością i aktywnością jak najdłużej, tym łatwiej będzie nam zmierzyć się z problemem starzenia się społeczeństwa i zagrożeniami, jakie proces ten ze sobą niesie.

Bibliografia:

1. Dyczewski Leon, Adamczuk Lucjan, Szatur – Jaworska Barbara, Pałaszewska – Reindl Teresa, Ozimek Irena, Niepokulczycka Małgorzata, Halicka Małgorzata, Halicki Jerzy (1999), *Potrzeby ludzi starszych; uniwersalne i specyficzne*, [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.
2. Giddens Anthony (2006), *Socjologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
3. Golinowska Stanisława, Holzer Jerzy, Szwarz Halina, Pędich Wojciech (1999), *Starzenie się i starość: pojęcia, tendencje, cechy i struktury* [w:] S. Golinowska (red.), *Ku godnej aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym. Polska 1999*, Warszawa: UNDP.
4. *Grupowa aktywność społeczna Polaków w latach 1998 – 2004. Komunikat z badań*, (2004), Warszawa: CBOS.
5. Halik Janusz (red.) (2002), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa: ISP.
6. Korzeniewska Katarzyna (2002), *Biedni (i) emeryci: o ekonomicznej zależności biednych rodzin od pomocy z zewnątrz i o „underclass po polsku”*, [w:] K. Korzeniewska, E. Tarkowska (red.), *Lata thuste, lata chude... Spojrzenie na biedę w społecznościach lokalnych*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
7. Laskowska – Otwinowska Justyna (2000), *Człowiek stary w ubogiej rodzinie polskiej wsi współczesnej*, [w:] E. Tarkowska (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Warszawa: Typografia.
8. *O aktywności fizycznej Polaków. Komunikat z badań*, (2003), Warszawa: CBOS.
9. *O wieku emerytalnym kobiet i mężczyzn raz jeszcze. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: CBOS.
10. *Ocena sytuacji materialnej. Komunikat z badań*, (2006), Warszawa: CBOS.
11. Parsons Talcott, (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa.
12. Peterson Peter, G. (1999), *Grey Down. How the Coming Age Wave will Transform America – and the World*, New York: Random House.
13. *Raport Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r.*, (2006), Warszawa.
14. *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002*, (2002), Warszawa: GUS.
15. Szatur – Jaworska Barbara (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA – JR.
16. Sztompka Paweł (2003), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
17. Tarkowska Elżbieta, (2000), *Zróżnicowanie biedy: wiek i płeć*, [w:] H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Jak żyją Polacy*, Warszawa: Wyd. IFiS PAN.
18. *Upodobania kulinarne, nawyki żywieniowe i zachowania konsumenckie Polaków. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: CBOS.
19. *Wiek emerytalny kobiet i mężczyzn. Komunikat z badań*, (2003), Warszawa: CBOS.
20. *Wyjazdy Polaków na wypoczynek w latach 1992 – 2005. Komunikat z badań*, (2005), Warszawa: CBOS.

21. Zabłocki Grzegorz, Sobczak Marzena, Piszczek Elwira, Kwiecińska Monika (1999), *Ubóstwo na terenach wiejskich Północnej Polski*, Toruń: Wyd. UMK.
22. *Zakupy – gdzie i co kupujemy. Komunikat z badań*, (2004), Warszawa: CBOS.