

Utrata autonomii społecznej, kulturowej i rodzinnej człowieka starszego.

Wojciech Rachel

Spojrzenie na rolę czynników biologicznych w doświadczaniu starości jest zbliżone w Polsce i Niemczech. Istnieją natomiast znaczne odrębności w wymiarze przede wszystkim ekonomicznym, społecznym, historycznym i kulturowym w obydwu krajach. Przygotowując się do spotkania w Berlinie rozmawiałem z ludźmi starszymi z mojego otoczenia jak postrzegają utratę autonomii w swoim życiu. Odpowiedzi, jakie usłyszałem w przeciwieństwie do szeroko omawianej teraźniejszości i przyszłości seniorów w Europie Zachodniej, najczęściej nawiązywały do przeszłości, osobistych, nieraz bardzo prywatnych i bolesnych przeżyć z przed wielu lat. Słowo autonomia w języku polskim, podobnie jak w antycznej Grecji ma silne konotacje historyczno- polityczne, oznacza przede wszystkim niezależność państwową lub terytorialną. Rozmówcy moi przeżywają utratę autonomii w starości w perspektywie doświadczeń zagrożenia życia w związku z wojną, obozami, zesłaniami na Syberię, okresem stalinizmu w Polsce. W literaturze gerontologicznej w Polsce zamiast pojęcia autonomia częściej używa się słów takich jak niezależność, samodzielność, czy godność człowieka. Utrata autonomii człowieka starego we współczesnej Polsce, zarówno na poziomie nauki jak i doświadczeń indywidualnych jest wciąż mało poznana. W badaniach medycznych przeprowadzanych w naszym kraju pomijany jest obszar indywidualnych przeżyć schyłku życia, gdzie nauka może czuć się bezradna, a rynek nie interesuje się ubogim klientem. Należy podkreślić, że badania nad starością stanowią znikomą część prac w porównaniu, jakie prowadzi się nad innymi etapami życia. A jeśli są prowadzone to najczęściej w aspektach ekonomicznych i demograficznych. W Polsce najczęściej z obszarem autonomii człowieka w wieku podeszłym można zetknąć się w kontekście nauk społecznych, historycznych oraz oficjalnych nauczania kościoła katolickiego. W bieżącym roku można było zobaczyć przedstawienie "Starość jest piękna" przygotowywane na podstawie książki Esther Filar. Ta sztuka to krzyk zbiorowości starszych, sfrustrowanych ludzi, nikomu niepotrzebnych, którzy mówią o sobie "my" i przeciwstawiają swój świat innym, młodszemu. Sztuka zakłada, że starcy są jedną z grup wykluczonych, co zostało podkreślone poprzez fakt wystawienia sztuki na placu Konstytucji w Warszawie, a nie w teatrze. Przekrzykiwanie jeżdżących tramwajów, rozmawiających ludzi na ulicy Warszawy pokazuje zmaganie, które każdego dnia podejmują starsi ludzie, żeby ktoś ich zauważył. Poczucie utraty autonomii w ostatnich latach życia jest powszechne, silnie przeżywane, często

niewypowiedziane, może niekiedy nieuświadomione. Ważną kwestią są nadużycia w stosunku do osób w podeszłym wieku, które społeczeństwo spostrzega jako występujące sporadycznie. W 2007 roku przy wsparciu UE oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej zrealizowano projekt "Wizerunek osób starszych w mediach". Na podstawie materiałów prasowych, opracowano raport z monitoringu ponad 900 tytułów prasy ogólnopolskiej oraz portali internetowych. Najczęstszą poruszaną kwestią nie był problem szeroko rozumianej utraty autonomii, ale tematyka emerytur i rent. Człowiek stary najczęściej nie ma możliwości lub też nie może zabrać głosu w publicznej debacie. Człowiek stary, naoczny świadek wydarzeń z przeszłości pojawia się na chwilę w medialnych środkach przekazu przy okazji ważnych wydarzeń państwowych, kryzysów, rocznic jak np. powstania warszawskiego, Katynia. Największym problemem, o którym dyskutuje się w Polsce od lat jest niedostatek materialny ludzi w wieku emerytalnym, szczególnie samotnych, który może spowodować utratę niezależności bytowej i ekonomicznej na podstawowym poziomie życia codziennego (np. brak środków na zakup lekarstw, ubrań, funduszy na utrzymanie mieszkania). Na krajowej liście dłużników za nieopłacenie energii elektrycznej i gazu są osoby dziewięćdziesięcio i stuletnie. W Krakowie uwolnienie czynszów w kamienicach prywatnych w ostatnich latach zagroziło wielu ludziom wiekowym eksmisją lub biedą. Istnieje wśród osób starszych poczucie krzywdy historycznej, że osoby związane z byłym aparatem władzy okresu komunistycznego, w tym stalinowskiego mają często najwyższe uposażenia emerytalne, dodatkowe przywileje i możliwości polepszenia bezpieczeństwa socjalnego poprzez „stare układy”. Kolejne demokratycznie wybrane ekipy rządowe w wolnej Polsce nie zmieniły niesprawiedliwych proporcji świadczeń emerytalnych. Trzeba podkreślić, że 70% osób na emeryturze nie ma żadnych innych oszczędności i dochodów. Z drugiej strony często mała renta lub emerytura jest ważnym źródłem dochodu dla pozostałych członków rodziny zwłaszcza na wsi, w tym bezrobotnych, ale już bez prawa do zasiłku. Umieszczenie osoby wiekowej w szpitalu staje się dla pozostałych członków rodziny możliwością podratowania budżetu domowego. Cele realizowane przez polskich seniorów w związku z tym w większości ograniczone są do utrzymania niezależności w obszarze domu i najbliższej rodziny. Rozluźnienie więzów rodzinnych związane z przemianami społeczno-kulturowymi, skok edukacyjny ludzi młodych, nadmierne zaangażowanie członków rodziny w zdobywanie dóbr materialnych sprzyja poczuciu izolacji seniorów zwłaszcza w wiejskich rodzinach wielopokoleniowych. W latach 2004-2007 wyemigrowało z Polski około 1-2 milionów młodych ludzi, pozostawiając bez wsparcia lub wymaganej opieki starzejących się rodziców oraz dziadków często w uboższych regionach Polski wschodniej oraz małych miastach i

wsiach. W przeciwieństwie do Polski w Europie Zachodniej świadomość problemu utraty autonomii, dyskryminacji oraz ilość zgłaszanych społecznie potrzeb jest bardzo duża, czemu naprzeciw wychodzi rynek adresując swoją ofertę do zamożniejszej grupy seniorów. Powstaje nowy tzn. "srebrny segment" rynku proponujący atrakcyjną ofertę komfortowej starości, często jednak zmagającej się z narastającą samotnością i dylematami egzystencjalnymi.

Starość jako fenomen

Trudno z naukowego punktu widzenia odpowiedzieć sobie, kiedy zaczyna się starość i czym ona jest, chociaż intuicyjnie każdy to czuje. Jaka jest definicja starości? Kto jest jej obecnym twórcą? Przystępując do pisania pracy sięgnąłem do niemieckiej encyklopedii mojego dziadka Jana z 1927 roku, w której z pewnym zaskoczeniem odkryłem brak definicji starości w odniesieniu do człowieka. Pomyślałem sobie, że w przeciwieństwie do czasów obecnych-,, pełnych definicji i regulacji prawnych", ten pozorny brak ileż dawał wolności. Czy zatem pierwszym krokiem do utraty autonomii społecznej nie są arbitralnie tworzone kryteria i definicje dotyczące starości np. wyznaczona granica 65 lat? Wiek ten w Niemczech, nie tyle był uznawany w XIX wieku za granicę starości, co zwalniał z konieczności płacenia składki ubezpieczeniowej w ramach pierwszej na świecie polityki społecznej (Sozialpolitik 17.11.1881). Początki współcześnie rozumianej definicji socjologicznej starości, zatem są raczej wytworem politycznym i kapitalistycznym. Należy uwzględnić fakt, że Niemcy jako pierwszy kraj na świecie wprowadziły w XIX wieku system emerytalny, który w tamtym czasie był pomysłem przełomowym i nowoczesnym. Emerytury dostawali tylko nieliczni, ze względu na średnią długość życia, która wynosiła wtedy zdecydowanie poniżej 50 lat .

W Wielkiej Brytanii pierwszy przypadek pokonania magicznej bariery 100 lat odnotowano dopiero w 1936 r. W literaturze przedmiotu nie ma jednolitego stanowiska odnośnie kryteriów początku starości i jej periodyzacji, a rozbieżności istniejące w tym zakresie związane są z wydłużaniem się średniej długości życia człowieka, indywidualnym tempem starzenia się a także niejednorodnym obrazem starości w wymiarze biologicznym czy psychospołecznym. Jak pisze niemiecki gerontolog H.Thomae: "Człowiek ma tyle lat, na ile się czuje, na ile pozwala mu nastawienie społeczne i otoczenie" .Obraz starości zależy od perspektywy, z której się ją ocenia - dla ludzi młodych starość wydaje się być odległą a jednocześnie związana nie tylko ze słabością witalną, chorobą, niepełnosprawnością, ale także życiową mądrością, która w opinii wielu badaczy jest podstawowym i najważniejszym efektem przemian dokonujących się w biegu życia (M. Straś-Romanowska).Problematyka starzenia się powraca zawsze u schyłku każdej epoki, chociaż rzadko jest tematem pierwszoplanowym. Od starożytnej Grecji i Rzymu przez średniowiecze do czasów współczesnych występują

dwie tendencje: jedną reprezentują Platon i Cyncero, postrzegając ludzi starych jako mądrych, doświadczonych, ważnych w sprawowaniu sprawiedliwych rządów. Drugą tendencję reprezentuje Arystoteles, podkreślając wszystkie ciemne cechy starości, ograniczając ich udział we władzach i wykluczając ich z życia publicznego. Znane są negatywne stereotypy starości zawarte w komediach, satyrach greckich i rzymskich, okrutne obyczaje wynoszenia starych ludzi na pustkowia, aby tam dokonali życia, czy bezpośrednio zabijania ludzi wiekowych. Należy podkreślić, że gerontokracja była charakterystyczna przede wszystkim dla kultur Dalekiego Wschodu (tradycji konfucjańskich wartości), a w mniejszym stopniu dla europejskiej, w której akcentowano autonomię jednostki. Dyskryminacja oraz izolacja społeczna ubogich osób starszych była często spotykanym zjawiskiem, ale ze względów demograficzno-ekonomicznych tematyka ta była pomijana aż do XX wieku. Demograficzny próg starości został przekroczony w Niemczech 1937 roku, a w Polsce w 1960 roku.

Wymiar społeczny

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1999 roku na świecie żyje ponad 580 milionów ludzi powyżej 60 roku życia (wiek uznawany przez WHO za początek starości), w tym więcej niż połowa (około 355 milionów) w krajach wysoko rozwiniętych. Z danych szacunkowych wynika, że w 2020 roku ogólna liczba ludzi starych osiągnie 1 miliard, w tym krajach najbogatszych przekroczy 700 milionów, co stanowić będzie około 30% całej populacji. Podobna tendencja demograficzna zarysowuje się w Polsce - z prognoz podawanych przez Główny Urząd Statystyczny wynika, że w 2020 roku około 24% Polaków będzie w wieku ponad 60 lat, przeciętna długość życia kobiet przekroczy 80 lat, zaś mężczyzn 74 lata. Według szacunków GUS w 2000 r. mężczyźni w Polsce żyli średnio 69,8 lat, kobiety zaś 78 lat. Nadal różnica pomiędzy trwaniem życia mężczyzn i kobiet w Polsce jest duża (ponad 8 lat), podczas gdy norma europejska to 5-6 lat. Powoduje to duży stopień feminizacji starości. Wiek dożywania w Polsce jest niższy niż ma to miejsce w krajach zachodnioeuropejskich; dla kobiet to około 5-6 lat, dla mężczyzn 7-8. Pod względem oczekiwanej długości życia Polska jest na 28 miejscu w Europie.

Globalizacja starzenia się ludności świata niesie ze sobą zapowiedź poważnych, niekorzystnych zmian dla państwa (m.in. pogłębienie się luki między wpływami i wydatkami na świadczenia emerytalne, destabilizacja budżetu), gospodarki (zwłaszcza zwężenie rynku pracy i rynku konsumentów, wyższe koszty pracy), jednostki (szczególnie obniżenie świadczeń emerytalnych, wzrost udziału własnego w gwarantowaniu bezpieczeństwa socjalnego) oraz rodziny (np. wzrost obciążeń podatkowych, przejęcie opieki nad najstarszym pokoleniem). Zmiany w strukturze demograficznej powodują konieczność szybkiej

przebudowy modelu produkcji i konsumpcji oraz modelu oszczędzania i inwestycji i/lub systemu wsparcia społecznego, zabezpieczeń społecznych itp. Na znaczeniu zyskują pytania: kto zyskuje? kto płaci? kto i za co jest odpowiedzialny? Restrukturyzacja gospodarki, przekształcenie struktury rodziny, przebudowa współczesnej kultury oraz zmiana definicji wielu tzw. polityk szczegółowych – zwłaszcza miejsca polityki wobec starości w obliczu kryteriów ekonomicznych stwarza zagrożenie dla autonomii człowieka w wieku podeszłym (Z.Wozniak). Czy stwierdzenie „klient nasz pan”, będzie głównym wyznacznikiem autonomii społecznej człowieka starego? Globalizacja starzenia się stawia także pytania etyczne i prawne: równego dostępu do zasobów, sprawiedliwej ich alokacji, wyboru adekwatnego sposobu interwencji, odwlekania lub przyspieszania śmierci. Dylematy moralne rodzą kwestie związane z nakładami publicznymi i prywatnymi na opiekę długoterminową, dostępem do niej i jej trwaniem oraz ochroną praw obywatelskich wszystkich seniorów, a zwłaszcza ubogich i niepełnosprawnych (Z. Wozniak). Nasuwa się nieuchronne pytanie, kto i kiedy będzie musiał zdecydować o zastosowaniu lub zaniechaniu odpowiednich procedur diagnostycznych i leczniczych u osób w podeszłym wieku? (F.Kokot).

Zmiany demograficzne współczesnego świata wymagają nowej polityki wobec osób starzejących się i starych. W Polsce tendencje te zarysowały się w polityce wobec osób starszych dopiero na początku lat 90. XX stulecia. Przejawy i następstwa zmian demograficznych na świecie zaczęły niepokoić i absorbować organizatorów życia gospodarczego oraz organizacje międzynarodowe. W *Deklaracji Zasad Narodów Zjednoczonych* zwaną także *Deklaracją Wiedeńską* z 1982 roku określono 5 głównych zasad dotyczących ludzi starszych: *Niezależności; Współdecydowania; Opieki; Samorealizacji; Godności*. Znaczącym faktem w dyskusjach na temat zmiany orientacji polityki społecznej wobec seniorów była debata w Denver w dniu 1997 roku, kiedy to uznano, iż należy porzucić stereotypowe postrzeganie ludzi starych jako osób zależnych, niesamodzielnych oraz zastanawiano się: jak promować zdrowe starzenie się uwzględniając i tworząc należne seniorom warunki i prawo wyboru, nad sposobami usuwania barier uczestnictwa seniorów na rynku pracy. WHO zaprezentowała program „Polityka zdrowotna dla wszystkich w XXI w. „Health for All in the 21th Century”, który po raz pierwszy ustanawia wartości etyczne (prawa człowieka) jako bazę dla tej polityki stwierdzając „ *Coraz więcej potrzeb i oczekiwań osób starych wykracza poza mieszkanie, dochód i do tej listy dołącza się inne czynniki wzmacniające ich autonomię i społeczną produktywność*”. WHO stwierdza, że należy wdrożyć programy służące przeciwdziałaniu izolacji społecznej oraz marginalizacji. Światowe Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych do spraw Starości, jakie odbyło się w

Madrycie (8-12 IV 2002 r.), poprzedził raport organizacji *Help Age International*, noszący tytuł: *Stan ludzi starszych na świecie (State of the World's Older People 2002)*. Z raportu tego wynika, że „starzy ludzie są wykorzystywani, odmawia się im podstawowych ludzkich praw, żyją w nędzy i są odpychani przez społeczeństwo”. Przeprowadzone w 32 krajach badanie nad sytuacją życiową ludzi starzejących się i starych wykazało, że osoby, które przekroczyły 60-ty rok życia mają utrudniony dostęp do edukacji i opieki zdrowotnej, odmawia się im człowieczeństwa, pozbawia się ich praw, są wykorzystywane i atakowane. Zjawiskiem częstym jest przemoc rodzinna wobec osób starszych, lekceważenie podstawowych ich potrzeb, zaniedbywanie oraz psychiczne i fizyczne maltretowanie. Deklaracja Zgromadzenia Parlamentu Europejskiego (1999) stwierdza między innymi, że: *starzenie się, globalizacja i głębokie zmiany społeczne przynoszą brzemiennie skutki zagrożenia dla osób starych i dla spójności społecznej, ochrona jest tylko jednym z aspektów odbijających się na przyszłości najstarszego pokolenia*. W konsekwencji Komitet Ministrów Rady Europy uznał, że w poszanowaniu zasady autonomii należy prowadzić do tworzenia polityki korzystnej, przychylnej dla osób zależnych.(...) poprzez eliminowanie/redukowanie czynników sprzyjających izolacji, marginalizacji i wykluczeniu społecznemu seniorów i/lub nadużyciom i stosowaniu przemocy wobec najstarszego pokolenia (*biofizycznej, psycho-emocjonalnej i socjo-ekonomicznej na poziomie jednostki i środowiska*). Od 1 stycznia 2009 roku zacznie obowiązywać Karta Praw Podstawowych podpisana przez 25 państw europejskich, zawierająca ramy prawne dla obywateli UE. Artykuł 25 poświęcony jest prawom osób starszych, podkreślający ich godność, równość i niezależność w życiu społecznym i kulturowym. Należy nadmienić, że Polska zastrzegła sobie opcję (Opt-out) razem z Wielką Brytanią. Protokół 7 dołączony do Traktatu Lizbońskiego ogranicza jurysdykcję Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który nie będzie mógł się wypowiadać na temat zgodności prawa polskiego z tą Kartą. Zestawiając powyższe deklaracje z realiami życia nasuwa się wiele pytań:

Czy tworzone prawo będzie wystarczającym gwarantem autonomii człowieka starego w systemie opieki zdominowanym przez realia wolnorynkowe, globalne zależności i nowoczesne technologie? Czy człowiek w systemie techniczno- informatycznym zachowa swoją podmiotowość i indywidualność? Józef Szajna, wielki twórca współczesnego teatru, którego korzenie sztuki sięgają Auschwitz, uważa, że postęp cywilizacyjny zmierza do samozagłady, jednostka jest skazana na klęskę. Za istotę dzisiejszej autonomii widzi walkę o godność i wolności ludzką, protest moralny przeciw wszelkiemu zniewoleniu, w tym

technicznemu. W jego ostatniej wystawie pada jednak znamienne pytanie: "czy ktoś jeszcze tego słucha?"

Utrata autonomii społecznej człowieka w wieku podeszłym w Polsce

W Polsce w latach powojennych system socjalistyczny kreował człowieka biernego, pozbawionego szerokiej świadomości własnej autonomii, poddanego instytucją państwowym, którego ks. prof. Tischner opisał jako *homo sovieticus*. Długi cień PRL-u jest bardzo głęboko zakorzeniony w całym społeczeństwie polskim, ale przede wszystkim pada na pokolenie powojenne. Drugim ważnym zjawiskiem, jest społeczno-kulturowa trauma wyjścia z systemu komunistycznego. Anomia sukcesu po roku 1989 jest w pewnym sensie chaosem, dezorientacją w dziedzinie reguł, norm, wartości i wzorów życia społecznego, stanem rozkojarzenia. Reguły, w których żyło obecne starsze pokolenie przestały obowiązywać oraz pasować do współczesnej sytuacji. W warunkach obecnych wymagane są reguły zupełnie przeciwstawne. Reorientacja wartości spowodowała traumę, poczucie dezorientacji, zagubienia. Przykładem obrazującym podobne zjawisko w Berlinie Wschodnim może być głośny niemiecki film "Goodbye Lenin", w którym rodzina po upadku muru berlińskiego oszukuje osobę chorą w celu ratowania jej przed traumą związaną z transformacją systemową. Na tym tle pojawia się trauma wtórna wynikająca, z niezamierzonych, lecz nieuchronnych konsekwencji reform i ich efektów ubocznych. Później pojawia się trauma trzeciego stopnia związana z nowymi elitami nieposiadającymi odpowiednich kompetencji, zapominającymi o tym, co jest służbą publiczną (P.Sztompka). Upadek komunizmu wywołał swoisty kryzys tożsamości, zachwianie pamięci zbiorowej, podważenie sensu dokonań i postaw wśród tej części społeczeństwa, która definiowała swoją tożsamość w jakiejś relacji w stosunku do poprzedniego systemu (Wnuk-Lipiński, Synak). Charakterystyczny jest u ludzi w wieku podeszłym spadek zaufania do instytucji (także społecznych i medycznych), nostalgia za przeszłością. W 1995 roku w badaniach CBOS ponad 30 procent ludzi w podeszłym wieku oceniło swoją sytuację jako „złą”, mimo to tylko 6 % ludzi w tym okresie życia korzysta z pomocy opieki społecznej.

W Polsce obserwuje się zmniejszenie aktywności zawodowej ludności po 50 roku życia, zwłaszcza kobiet. Wczesne wycofanie się z aktywności zawodowej (średni wiek wycofania się z aktywności zawodowej w Polsce obecnie należy do najniższych w Europie - wynosi 57 lat dla mężczyzn i 52 lata dla kobiet) wpływa na utratę pozycji materialnej oraz poważania w lokalnej społeczności i rodzinie. 42% polskich seniorów ocenia swoją pozycję materialną

negatywnie. Dla wielu rodzin poważnym wydatkiem finansowym jest: leczenie i leki (26%), utrzymanie mieszkania (46,8%), zakup żywności (17,5%). Większość seniorów spędza czas na emeryturze biernie i monotonnie, ograniczając swoją aktywność do domu i rodziny. W Polsce w przedziale wieku 55-64 mamy najwyższy stopień nieaktywności zawodowej (79,7%) w Europie i aktywność głównie w obszarze rodzinnym. Po 65 roku życia tylko 0,4% osób utrzymuje się z stałej pracy umysłowej, doksztalca się 0,3% osób, prowadzi działalność społeczną 3,8% seniorów. Szybkie tempo postępu technologicznego powoduje, że ludzie starsi nie są w stanie zaadoptować się do nowej sytuacji, czują się zagubieni, zdegradowani oraz nieprzydatni społeczeństwu. Wiedza ich i umiejętności nie odpowiadają wymaganiom pracodawców. W latach 1989-1997 liczba emerytów wzrosła prawie o 49%, rencistów pobierających renty inwalidzkie o 26%. Proces ten ma wiele przyczyn. Wśród nich duże znaczenie mają: wysoki poziom bezrobocia w okresie transformacji systemowej, niski kapitał ludzki starszego pokolenia, polityka społeczna przez wiele lat zachęcająca do wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej i stan społecznej świadomości, w tym poczucie ludzi w podeszłym wieku, że "świat jest dla młodych, a dla nas nie ma już nic" (B.Szatur-Jaworska). W zasadzie nigdy w Polsce nie było wyraźnej i konsekwentnej polityki społecznej wobec starszego pokolenia związanej z ich potrzebami. Aktualnie ze względów ekonomicznych nie wprowadza się na dużą skalę nowych propozycji dla seniorów, a nawet redukuje się dostępność do szeroko rozumianych instytucji geriatrycznych. W przeciwieństwie do silnego trendu ogólnoeuropejskiego w Polsce zmniejsza się zatrudnienie w sektorze opiekuńczo-leczniczym dla osób starszych. Wiele organizacji publicznych związanych z opieką i leczeniem ludzi starszych funkcjonuje w oparciu o przestarzałe struktury zarządzania, spotykając się z problemem niewypłacalności finansowej w gospodarce wolnorynkowej. W 2002 roku wydatki na zdrowie stanowiły 6,1% produktu krajowego brutto, w porównaniu w tym samym czasie w Niemczech 10,9%. W Polsce fundusze przeznaczone na ochronę zdrowia na jednego mieszkańca są ośmiokrotnie mniejsze niż w Niemczech. Brak współpracy sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej prowadzi do obniżenia jakości świadczonych usług dla ludzi starszych. Oddział kliniczny o profilu psychogeriatrycznym, na którym pracuję powstał jako pierwszy w Polsce z inicjatywy prof. Antoniego Kępińskiego w roku 1971. W ciągu ponad 30 lat, jakie upłynęły od tamtej chwili powstało w Polsce zaledwie kilka oddziałów klinicznych wyspecjalizowanych w tej dziedzinie (Warszawa, Gdańsk, Łódź, Wrocław) oraz kilka oddziałów dziennych psychogeriatrycznych. W sumie w Polsce jest 16 oddziałów psychogeriatrycznych, mających łącznie 584 łóżka. W Polsce brakuje zróżnicowania w propozycjach opiekuńczo-leczniczych dla seniorów. Dostępność do

przestrzeni publicznej jest utrudniona. Opieka oparta jest głównie o oddziały ogólne szpitalne, a następnie zakłady opiekuńczo-lecznicze (20%) oraz domy opieki (75%). Pozostałe formy opieki stanowią zaledwie 5% (domy seniora). Rodziny nie mając pośrednich alternatywnych miejsc opieki niechętnie odbierają schorowane starsze osoby ze szpitala. Średni czas oczekiwania na miejsce w domu opieki w Krakowie wynosi nawet do kilku lat. Koszt miesięcznego pobytu stanowi dwukrotność przeciętnej emerytury, co wiąże się z koniecznością dopłacania przez rodzinę lub gminę.

Reasumując można stwierdzić, że poczucie bezpieczeństwa socjalnego ludzi w podeszłym wieku, zwłaszcza z niskim statusem materialnym uległo znacznemu obniżeniu. Na konferencji zorganizowanej przez Zakład Medycyny Paliatywnej w 2007 roku w Warszawie obecni tam specjaliści wyrazili zaniepokojenie ignorancją, jaką wyrażają różnego rodzaju decydenci dotyczącą warunków, w jakich umierają w Polsce ludzie ciężko chorzy i cierpiący. Wyniki badań ogólnopolskich starszych osób przeprowadzone w 2000 roku przez Polskie Towarzystwo Gerontologiczne w porównaniu z analogicznymi badaniami z przed 40 lat (J.Piotrowski-1967) sugerują negatywne zmiany w sytuacji ludzi w wieku podeszłym zwłaszcza na wsi takie jak pogorszenie się kondycji zdrowotnej i sprawnościowej. Co dziesiąta osoba po 75 roku życia nie jest w stanie samodzielnie opuścić swojego mieszkania, 44% wymaga pomocy przy zakupach, 30% przy kąpieli, a 75% deklaruje trudności z wykonywaniem ciężkich prac domowych. Z aparatu słuchowego korzysta jedynie 10% osób starszych z upośledzeniem słuchu. Szacuje się, że w Polsce jedynie 10-20% osób starszych prezentuje cechy pomyślnego starzenia.

Wymiar kulturowy

Można wyróżnić trzy podejścia do osoby starej w naszej kulturze. W pierwszym osoba stara jest postrzegana jako biedna, samotna, chora, wymagająca pomocy i współczucia. Cały system opieki bywa oparty na takiej wizji starości. W drugim starość nie jest patologią, a wielu schorzeniom można zapobiegać poprzez strategie profilaktyczne (dokument WHO 1999- United Nations Principles of Older Person). Trzecie - eksponuje napięcie konfliktowe powstałe w wyniku szybkiego przyrostu populacji ludzi starych i wynikających wydatków na cele zdrowotne i opiekuńcze (80% dochodów NFZ w Polsce jest przeznaczana na pacjentów w dwóch ostatnich latach życia, wydatki społeczne stanowią w Polsce 20% produktu krajowego brutto). Prowadzi to do limitowania środków na opiekę i ograniczenia interwencji do działań paliatywnych. Wzrastająca zmienność środowiska kulturowego oraz narastający

problem z rozumieniem złożonych zjawisk współczesnego świata powoduje, że ludzie starsi, nie mogąc nadążyć jeszcze bardziej trzymają się kurczowo utartych szlaków, co prowadzi do zaostrzenia antagonizmów między młodymi a starszymi. Odrzucenie starości jako autorytetu zostało zapoczątkowane w okresie rewolucji francuskiej. Proces marginalizacji w kulturze człowieka w wieku podeszłym, z równoczesnym coraz większym „ubóstwieniem” młodości, egocentryzmem oraz instrumentalizacją kształcenia młodego człowieka nasilił się wraz traumatycznymi doświadczeniami XX w. oraz z dynamicznym rozwojem technologicznym. Rozwój modelu społecznego stawiającego na kształcenie instytucjonalne sprzyjał dalszemu rozwojowi homogenności grup wiekowych i oderwaniu od ludzi starszych. Środowisko techniczne wzmagające w człowieku poczucie władzy nad otoczeniem powoduje, że człowiekowi współczesnemu, pozbawionemu oparcia w strukturze, polegającemu tylko na sobie coraz trudniej podporządkować się prawom natury. Rodzi to bunt przeciwko starości i śmierci (A.Kępiński). Starość jest często przedstawiana jako przerażająca okropna, pozbawiona pozytywnego wymiaru. Młodość jest obowiązkiem, przeznaczeniem, prawem.

W naszej kulturze negatywne uczucia do starzenia się są skrywane, nie da się jednak zaprzeczyć, że istnieją i silnie wpływają na kształtowanie się postaw ludzkich. Ludzie starzy stali się wentylem agresji dla wyładowywania frustracji i poczucia niepotrzebności dotyczącego całego społeczeństwa. Niemożność działania, bezsilność w stosunku do starości nasilają lęk (gerontofobia) i agresję. W Europie pojawiają się nawet skrajne tendencje do wykluczania ludzi z głębokim otępieniem, z zaburzoną świadomością, ze świata osób, które pomijają kryterium bycia osobą, ze względu na biologiczną przynależność do rodzaju ludzkiego. We kulturze można obserwować różne formy ucieczki oraz zaprzeczania starości i śmierci. W sondażu IQS z marca 2007-71% respondentów odpowiedziało, że żyje tak, jakby nigdy nie miało umrzeć. Przez wieki Tanatos i Eros podlegał starannej kontroli w rytuałach społecznych i rodzinnych. Obecnie znikają zewnętrzne wyrazy związane z ceremonią umierania, rytuałem pogrzebu i żałoby, powodując, że przeżycie utraty staje się coraz bardziej trudne. O ludziach, którzy odeszli nie wolno było mówić źle i do dzisiaj używa się w języku polskim zwrotu przed nazwiskiem zmarłej osoby „świętej pamięci”. Zanikła także tradycja nadawania wnukom imion dziadków, symbolicznie podkreślająca trwanie danego członka rodziny.

Przejmującą i bardzo osobistą opowieścią o doświadczeniu, jakim jest śmierć bliskiego członka rodziny, pokazującym jak utrata dekonstruuje i bezpowrotnie zmienia życie (szczególnie Julii -w tej roli niemiecka aktorka Julia Jentsch) jest film krakowskiej reżyserki

Małgorzaty Szumowskiej "33 sceny z życia", który otrzymał nagrodę Srebrnego Lamparta w Locarno w sierpniu br. Wyrazem odrzucenia starości są zmiany zachodzące w języku np. zaprzestanie używania słowa inwolucja, a pojawianie się niezrozumiałym dla ogółu społeczeństwa terminów np. apoptoza, koncepcja telomeru. W badaniach socjologicznych zmowa milczenia na temat śmierci została przełamana dopiero w drugiej połowie lat sześćdziesiątych, a zainteresowanie wymiarem społecznym starości pojawiło się dopiero po II wojnie światowej. Czesław Miłosz (1911-2004, poeta, laureat Nagrody Nobla, zmarł w Krakowie w wieku 92 lat) mając 85 lat w wierszu „Starzy” napisał: „Widok starych i brzydkich mężczyzn i kobiet, szczególnie tych staruch wlokących się o kiju. Zostały zdradzone przez swoje ciała, niegdyś piękne i taneczne, ale wewnątrz każdej pali się lampka świadomości, stąd zdziwienie: „Więc to jestem ja? Ależ to nieprawda! ” W podtrzymaniu tej iluzji i w negacji procesu starzenia się pomagają nam reklamy środków gwarantujących młodość i piękność wpisane w współczesną kulturę. Pomimo zewnętrznych pozorów nie można jednak przejść obojętnie wobec lęku przed śmiercią. Każdy człowiek zajmuje tutaj określoną postawę na poziomie świadomym i nieświadomym. Ze względu na silny lęk przed śmiercią wizerunek osoby w zaawansowanym wieku, schorowanej jest często pomijany w naszej współczesnej cywilizacji. Obraz człowieka umierającego, nie mogąc zaistnieć w świecie, staje się coraz bardziej intensywnie przeżywaną częścią nas samych, niekiedy wypartą i nieświadomioną. Społeczno-kulturowe odrzucenie starości jest, zatem wyrazem ukrytego lęku przed śmiercią. Przez wieki śmierć obcowała długo z człowiekiem zanim go zabrała, była obecna w jego myślach, rozmowach, modlitwach. Zmarli wychodzili sami na spotkanie. W okresie pokoju najczęściej śmierć w rodzinie dotyczyła dzieci do 10 roku życia, natomiast bardzo rzadko ludzi w starości, którzy do XVIII wieku stanowili tylko 1 % populacji. W średniowieczu szczególną popularnością w malarstwie cieszył się *dans macabre*, czyli Totentanz. Wyrażał koncepcję życia ludzkiego, zmierzającego ku śmierci, gdzie wszyscy są równi. W przeciwieństwie do naszej epoki, w której strach skupia się na doświadczeniu samotności, niesamodzielności, lekceważenia, utraty dóbr materialnych, czy przewlekłym bólu agonii, w wiekach dawnych lęk budziła śmierć nagła. Niosła ona niebezpieczeństwo zejścia w stan grzechu śmiertelnego. W wieku XIII pojawiła się idea czyśćca, personifikacja śmierci, próby jej oswojenia. Nagrobki późnego średniowiecza i renesansowe podkreślają najtrwalszą koncepcję, że dalsze życie po śmierci jest spoczynkiem lub snem, z którego człowiek się przebudzi. W języku niemieckim, podobnie jak w antycznej Grecji, śmierć jest rodzaju męskiego (*der Tod*). W sztuce niemieckiej od Holbeinowskiego do Rethlowskiego tańca śmierci, śmierć pozostaje agresywnym, krzepkim mężczyzną, czasem

w zbroi, czasem na koniu. W języku polskim śmierć ma twarz kobiecą, formę żeńską. Jacek Malczewski malował ją wielokrotnie i żaden inny wątek nie ma takiej ciągłości. Na obrazie Śmierć z 1917 roku jest przedstawiona jako dorodna dziewczyna. Taki obraz śmierci jako kobiety łagodnej, tchnący dobrocią, ciszą, ukojeniem, pomaga pogodzić się z losem. Nic tu odpychającego, groźnego. Obecnie w dobie oddziałów intensywnej terapii, szybkiej reanimacji, człowiek doświadcza nieznanego dotąd stanu istnienia w całej historii – vitae vegetativa. Współcześnie śmierć w szpitalu, czy domu opieki rozciąga się w czasie, niekiedy trwa latami. Powolne umieranie oraz długotrwałe uzależnienie (dependency) od otoczenia są związane z wysoką zapadalnością na choroby przewlekłe i neurodegeneracyjne. Wspólnota ludzka została zastąpiona medycyną techniczną pozbawioną uczuć. Prawie wszyscy autorzy, stwierdzają, że nawet pracownicy służby zdrowia nie są przygotowani do śmierci ich podopiecznych.

Wymiar rodzinny

Najważniejszą potrzebą starości jest integracja człowieka z rodziną-potrzeba dialogu i poczucie przynależności do grupy (Synak). Wielu badaczy podkreśla, że utrzymanie autonomii w starości jest związane z dobrymi doświadczeniami nabytymi w rodzinie w dzieciństwie i przekazami rodzinnymi dotyczącymi wieku podeszłego. W 2006 roku przeprowadzone badania wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku wykazały, że nawyki prozdrowotne osób starszych są przede wszystkim wyniesione z domu rodzinnego (Popiołek). Wszystkie badania wskazują, że rodzina polska charakteryzuje się silną solidarnością międzypokoleniową, wysokim poziomem wzajemnej pomocy: jest najpoważniejszym źródłem wsparcia psychicznego dla starszej osoby, podstawową grupą odniesienia stosunkowo o dużej spójności i więzi wewnętrznej (Synak). W Polsce 49% seniorów ma od jednego do dwojga dzieci, 38% troje do pięcioro. W Krakowie trzy pokolenia często mieszkają osobno, ale blisko siebie realizując postulat "intymności na dystans". Seniorzy często pomagają dzieciom w prowadzeniu domu, wychowaniu wnuków oraz materialnie. W 2000 roku 95% seniorów oceniło swoje relacje z córkami i wnukami jako bardzo dobre lub dobre (częstość spotkań u większości wynosiła przynajmniej raz w tygodniu). Nadal wysoki jest odsetek seniorów współzamieszkujących z dziećmi, który wynosi 41%. Samotnie mieszka 27% seniorów. W badaniach ogólnopolskich z roku 2000 tylko 5 % osób w podeszłym wieku nie było zadowolonych ze wsparcia otrzymywanego od rodziny, co może korespondować z 6% osób starszych korzystających z opieki społecznej (często interwencyjnej). W porównaniu do wyników badań ogólnopolskich z 1967 roku

(Piotrkowski), pomimo rozpadu modelu rodziny wielogeneracyjnej w kulturze, kontekst życia rodzinnego nie uległ zasadniczym zmianom, a w niektórych obszarach nawet uległ poprawie. Tradycyjny model rodzinny przeniósł się ze wsi do miast wraz z migrującymi ludźmi. Okres transformacji systemowej najbardziej spowodował utratę autonomii rodzinnej samotnych kobiet w wieku podeszłym, mieszkających w gospodarstwach rolnych w części wschodniej Polski (najbardziej nasilone procesy migracyjne wewnątrz krajowe i międzynarodowe osób bardziej aktywnych). W obszarach tych najbardziej zanikły tradycyjne role rodzinne seniorów. W niektórych wsiach seniorzy stanowią ponad 50% populacji. Należy zaznaczyć, że 70% osób starszych, pomimo niekiedy złych warunków bytowych kategorycznie sprzeciwia się pójściu do domu opieki, zmianie stereotypów życiowych nawiązując do zasady, że "starych drzew się nie przesadza". Pozycja człowieka wiekowego w rodzinie nie jest już zagwarantowana nakazami obyczajowymi usankcjonowanymi przez kulturę i środowisko, ale normami indywidualnymi, uczuciami członków rodziny wobec siebie oraz osobistym poczuciem lojalności i odpowiedzialności. Ze względu na ujemny przyrost naturalny, który po raz pierwszy w Polsce powojennej odnotowano w 1999 roku, coraz mniej dzieci przypada na coraz większą liczbę starzejących się rodziców, dziadków, a niekiedy pradziadków. Jak pisze niemiecki gerontolog Konrad Hummel, obraz społeczeństwa z przewagą dzieci zmienił się w obraz z przewagą ludzi starszych, stąd troska o osoby starsze zmieniła się w troskę o przyszłe pokolenia. Sytuacjami niezwykle nie są już dziś przypadki, gdzie małżeństwo ma jedno dziecko, czworo rodziców i ośmioro dziadków. Sytuacja ta rzutuje na kontakty międzypokoleniowe i solidarność wewnątrzrodzinną, a zwłaszcza na relacje opiekuńcze (Phillipson 2001). Stworzenie pomostu międzygeneracyjnego staje się coraz bardziej wymagające od obu stron. Niektórzy nawet przewidują, że XXI wieku napięcia międzygeneracyjne zajmą miejsce dawnych i obecnych konfliktów między klasami, czy warstwami społecznymi. Oznacza to, że wypełnienie rozmaitych funkcji rodziny (a wśród nich opiekuńczej, socjalnej i ekonomicznej) w mniejszym stopniu niż dawniej może być wypełnione przez rodzinę. Małżeństwo z 1890 roku, mogło się spodziewać, że przeżyje wspólnie 31 lat, ale żadne ze współmałżonków nie miało szans na spędzenie w samotności ostatniego okresu życia po usamodzielnieniu się wszystkich dzieci (J. Taner). W konsekwencji zmiany modelu rodziny - kryzysu więzi rodzinnych, rozwodów, modelu życia w pojedynkę, bezdzietności, migracji - zmniejsza się prawdopodobieństwo posiadania opiekuna rodzinnego i zwiększa się obciążenie takich opiekunów. Zachowanie autonomii osoby starszej jest integralnie związane z postawami osób starszych i działaniem opiekunów. Opiekowanie się starszą osobą tworzy w rodzinie model według, którego opiekunowie będą podobnie

potraktowani w przyszłości. Trzeba podkreślić fakt, że działanie opiekunów społecznych i rodzinnych jest oparte głównie o postawy etyczne i moralne wyniesione z domu rodzinnego. Zarówno w Polsce jak i Niemczech przybywa opiekunów mających odmienne tradycje kulturowe oraz osób pozbawionych własnych pozytywnych doświadczeń w relacjach z osobami wiekowymi. Najczęściej w Polsce opiekunem jest współmałżonek (38,6%), córka (44,1%), syn (27,2%), a najrzadziej pielęgniarz środowiskowy (1,6%), pracownik społeczny (0,9%) oraz opiekun prywatny (0,6%). Według badań Instytutu Spraw Publicznych z 2008 roku większość badanych uważa, że odpowiedzialność za opiekę ponoszą przede wszystkim dzieci (60%) i rodzina (40%). W Krakowie z opieki rodziny najczęściej korzystają osoby długowieczne, a wśród nich kobiety, osoby owdowiałe, posiadające wykształcenie podstawowe lub niższe i mieszkające razem z rodziną. Z pomocy bezpłatnej realizowanej przez pielęgniarzy i opiekunki środowiskowe najczęściej korzystają osoby starsze stanu wolnego i mieszkające samotnie. Z opieki realizowanej odpłatnie przez zatrudnionych w tym celu osoby najczęściej korzystają osoby posiadające wykształcenie wyższe. Utrzymanie autonomii osoby wiekowej jest związane ze strony opiekunów z postawą wsłuchania, obserwacji, indywidualizacji potrzeb, wrażliwości, cierpliwości, szacunku, dialogu w prawdzie. Jak pisze Danuta Mastalska w rozważaniach „Pod wieczór życia: „Najczęściej żyjemy jak ślepcy i niekiedy dopiero starość otwiera nam oczy naprawdę o niezastąpionej niczym roli miłości”. Na istotną rolę miłości, wolności, odpowiedzialności oraz solidarności wspólnoty w starości i umieraniu wskazuje Sofokles w utworze pt. Kolon, gdzie Edyp mówi: ”Dzieci moje rzekł. A wtedy my poczulśmy, że jesteśmy jego. Dzisiaj wasz ojciec kończy życie. Odejdzie ciężar, jakim byłem dla siebie i dla was. A jednakże złejszym czyniła go miłość. Musicie radzić sobie same i na nowo odkryć znaczenie tego słowa, pamiętając przeszłość”. Trzy ważne elementy w rodzinie nadają tej ceremonii głębokie znaczenie: przyjęcie przez umierającego roli aktywnej, scena pożegnań i opłakiwań. Rytuały przy łożu śmierci, najstarszej liturgii wyrażają przekonanie, życie człowieka nie jest jego indywidualnym losem, lecz ogniwem fundamentalnego i nieprzerwanego rozwoju gatunku, biologicznej całości rodziny ludzkiej. Zachowanie autonomii w starości szczególnie dotyczy wolności w podejmowaniu decyzji w sprawach terapii i opieki, czy też sprawach egzystencjalnych oraz wolności sumienia. Większość ludzi starszych przeżywa boleśnie ujemny bilans życia, cierpienie, utraty zwłaszcza w osamotnieniu. Bilans życiowy w okresie starzenia się i starości nie ma wyraźnie określonych granic, jest zjawiskiem otwartym, wielowymiarowym, ale jednocześnie dla człowieka czymś bardzo ważnym - odzwierciedla, bowiem jego zdolność do autorefleksji i przeżywania swojego życia w wymiarze sensu,

wartości i poczucia własnej godności. Jan Paweł II napisał, że „*Starość jest wyzwaniem, na które trzeba umieć odpowiedzieć*”. Podsumowywanie własnego życia nie jest zarezerwowane wyłącznie dla okresu starzenia się – może być dokonywane w różnych okresach życia, a zwłaszcza tzw. okresach przełomowych (C.G. Jung ; D.J. Levinson, P. Oleś).Być może ,dlatego ludzie którzy doświadczyli traumatycznych doświadczeń w czasie II wojny światowej dojrzałej przeżywają swoje starzenie. Liczne badania podkreślają dużą wagę w tym okresie, jaką dla człowieka stanowi możliwość bycia z osobą, którą moglibyśmy nazwać powiernikiem. Zbigniew Herbert w ostatnich latach swojego życia napisał : „Nie zdążę już zadośćuczynić skrzywdzonym, ani przeprosić tych wszystkich, którym wyrządziłem zło, dlatego smutna jest moja dusza życie moje powinno zatoczyć koło, zamknąć się jak dobrze skomponowana sonata, a teraz widzę dokładnie na moment przed sobą, porwane akordy, źle zestawione kolory i słowa, jazgot dysonansu, języki chaosu.” Poczucie ujemnego bilansu jest, jak się zdaje swoiste dla naszej epoki, w której problem realizacji siebie, mimo na pozór obiektywnie lepszych warunków niż dawniej, jest specjalnie trudny (A.Kępiński). Platon w Politei napisał ”żeby przyjąć starość ze spokojem należy żyć porządnie w poprzednich etapach życia”. Wg koncepcji rozwojowej rodziny wg.Duvala utrata autonomii w okresie owdowienia i samotności może wynikać z niezakończenia poprzedniej fazy rozwojowej lub nie wykonania zadania rozwojowego (np. niezaakceptowania separacji dzieci i związanych z tym konfliktów z nimi, nieodbudowania relacji małżeńskiej po opuszczeniu przez dzieci domu, nieumiejętności podtrzymania więzi rodzinnych z młodszymi generacjami). Dezintegracja ego wynikająca z niezadowolenia, frustracji, braku poczucia sensu dalszego życia prowadzi do rozpacz, lęku przed śmiercią, oddalenia się od rodziny i bliskich. Teoria wyłączenia (disengagement) mówi, że ludzie odsuwają się od osoby starej w takim samym stopniu, w jakim ona oddala się od nich. Rodzą się postawy u osoby starszej zależności, bierności, wrogości wobec otoczenia lub siebie, obronne (pozorna samowystarczalność, odrzucająca pomoc) oraz inne strategie regresywne przyczyniające się do ingerencji opiekunów w życie osoby w wieku podeszłym oraz do utraty samodecydowania o sobie. Granica między nadużyciami wynikającymi z kontroli, a właściwą opieką jest bardzo cienka. Konsekwencją tych zachowań może być przemoc psychiczna lub fizyczna, różne formy zaniechania opieki, niedożywienie (w rodzinach o słabych więzach emocjonalnych) oraz przewlekła instytucjonalizacja nieakceptowana przez osobę w wieku podeszłym. W Polsce ze względu małe wsparcie instytucjonalne, medyczne, problemy materialne szczególnie trudną pozycję w rodzinie mają osoby dotknięte chorobami neurogeneracyjnymi, poważnymi przewlekłymi oraz ich opiekunowi często przeżywający bezradność i frustracje. Rodziny mają

różną motywację świadomą i nieświadomą do oddania osoby starszej do domu opieki. Czym różnica wieku jest większa między opiekunem, a osobą starszą tym częściej taka decyzja jest podejmowana. Wyróżniłbym cztery najczęstsze sytuacje powodujące, że osoba starsza jest umieszczona w domu opieki. Pierwsza- rodziny nie radzą sobie w opiece nad chorą starszą osobą zwłaszcza z otępieniem. Druga – rodziny, w których poszczególni członkowie są uzależnieni od różnych instytucji (brak czasu na opiekę nad starszą osobą w rodzinie racjonalizują poprzez konieczność realizacji celów zawodowych, rodzinnych, materialnych, społecznych). Trzecia osoby starsze samotne, które decydują się z własnej woli. Czwarta- rodziny skłócone od wielu lat. Starzejący się rodzic z początku stara się godzić zwaśnione strony, z czasem staje się elementem gry rodzinnej, w której „pozbycie się rodzica” jest formą wzajemnej agresji, często mającej źródła w dzieciństwie. Kontakt z rodzicem, zostaje ograniczony poprzez racjonalizację i samousprawiedliwienie się (np. daleka odległość zamieszkania). Rodziny te miotają się z poczuciem winy. Pogorszenie stanu chorego stanowi nieraz początek konfliktu z ośrodkiem opiekuńczym. W grupie najwyższego ryzyka dekompensacji (wg. Forda i Taylora) są osoby po 80 roku życia, schorowane, z trudnościami w funkcjonowaniu codziennym i niską samooceną. Dla osób takich utrata osoby bliskiej, ubóstwo, samotność, zmiana miejsca pobytu, wypis ze szpitala zwiększają znacznie ryzyko utraty homeostazy życiowej. W konsekwencji dochodzi do utraty samodzielności w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych i zależności od rodziny lub instytucji (75% pacjentów po 75 roku życia w trakcie hospitalizacji traci zdolność do samodzielnego życia w rodzinie, a 15% trafia do domów opieki). We współczesnym świecie obowiązuje zasada użyteczności, oznacza to, że człowiek stary jest potrzebny, póki może dać coś z siebie rodzinie. Konsekwencją tej zasady jest sytuacja, że niepotrzebność oznacza śmierć społeczno-rodzinną. Polski poeta, Norwid napisał „Życie jest dojrzewaniem do świadomości, że wszystko jest do oddania innym”. W okresie nasilenia zależności między osobą wiekową a opiekunem oraz utraty możliwości decydowania o sobie postawa opiekuna w stosunku do osoby starszej, nabiera zasadniczego znaczenia w utrzymaniu autonomii. Ważna jest postawa zwracająca uwagę przede wszystkim na godność człowieka, szanująca jej wcześniejszą wolę i decyzje, akceptująca „swego rodzaju testament człowieka przeżywającego kryzys oderwania”. Według L.Dyczewskiego (1986) człowiek w podeszłym wieku jawi się jako osoba nastawiona na ciągłe przekraczanie swego aktualnego stanu. Owo przekraczanie dokonuje się na kilku płaszczyznach: w stosunku do świata, do drugiego człowieka, do siebie samego i do Boga.,, ...starość szukając dzisiaj sensu, musi sięgać po ten rodzaj transcendencji. W przeciwnym wypadku starość staje się zazdrosna o życie, o młodość,

rozmieniająca się na drobne sprawy (...). Starość zaś, która przekracza swe aktualne stany, jest jednym z etapów w osiąganiu pełnego człowieczeństwa i to o tyle ważne, że w nim dokonuje człowiek podsumowania i oceny wszystkiego, co przeżył, przemyślał i zdziałał”. Jan Paweł II, umierając pokazał samym sobą, że mocą wiary można przewyciężyć cierpienie, swoim cierpieniem wzbogacić życie ludzi. Pokazał, że człowiek unieruchomiony, niemogący powiedzieć słowa, może tak wiele zrobić.

Podsumowanie: Współczesne standardy etyki medycznej zakładają prowadzenie dyskursu opierającego się na poszanowaniu autonomii wobec krytyki postaw paternalistycznych. Zachowanie autonomii w starości łączy się nie tylko z niezależnością, władzą, kontrolą, indywidualnością ale także z większą własną odpowiedzialnością, samodzielnością i niekiedy samotnością. We współczesnym świecie chaotycznym, z rozchwianym systemem norm, wikłającymi się kłopotami z wolnością, ze skomplikowanymi zależnościami narasta lęk u wszystkich ludzi przed utratą autonomii. Odrzucenie wartości deficytu i zależności, zaprzeczanie starzeniu się i umieraniu we współczesnej kulturze przyczynia się do narastania lęku przed śmiercią, buntu oraz ryzyka dezintegracji „Kto walczy ze starością, szybciej się starzeje, kto ją zaakceptuje, zdaje się być młodszy”(A.Kępiński). Nowe definicje i kryteria dotyczące starości mogą stanowić zagrożenie dla zachowania szeroko rozumianej autonomii człowieka starszego i możliwości przez niego dokonywania wyborów. Kolejnym zagrożeniem jest podejście techniczne i wolnorynkowe do człowieka tracące jego podmiotowość i indywidualność. W kulturze europejskiej poczucie autonomii, świadomość siebie, tożsamość oraz prywatność jest silnie zaakcentowana. Powoduje to narastające oderwanie od wspólnoty. Utrata autonomii dla człowieka starzejącego się staje się coraz bardziej trudna i bolesna. Z drugiej strony nie da się jej uniknąć, ponieważ jest naturalną konsekwencją starości i śmierci, dlatego ważna jest jej antycypacja. Wyzwaniem starości jest wysiłek zachowania autonomii oraz zaakceptowania jej utraty. Proces ten umożliwia bliska relacja człowieka starzejącego się z drugą osobą. Dlatego z perspektywy starszego człowieka kluczowego znaczenia nabiera koncepcja godności osoby ludzkiej, a nie jej autonomii. Deskryptywne i funkcjonalistyczne rozumienie autonomii pozwala niektórym bioetyką wykluczać schorowanych ludzi w zaawansowanej starości ze świata osób. Tą drogą promowanie autonomii człowieka zostało skierowane przeciwko niemu samu, przeciwko najsłabszym. Przyjęcie godności osoby jest związane z szerszym niż tylko funkcjonalnym rozumieniem pojęcia osoby ludzkiej. Pojęcie godności osoby ludzkiej zawiera akceptację deficytu, utraty, zależności. Są one wartościami nieodzownymi w przeżywaniu pełni

człowieczeństwa. W dziełach Kantora można zobaczyć jak te „niechciane elementy” dopełniają świadomość i tożsamość. Dobroczynność staje się odpowiedzią na potrzeby człowieka. Cechą życia jest dialektyka zmienności i niezmienności, utraty i budowania autonomii. Pokazują to pięknie filmy Bergamana - życie jest zawieszone między potrzebą sensu i jego utratą. Nie przypadkiem w filozofii i teologii, narodziny i śmierć, miłość i cierpienie współlistnieją nierozłącznie.