

Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce

Słowa kluczowe: stereotyp, starość, funkcjonowanie osób starszych, piętnowanie społeczne, dyskryminacja.

Współczesny świat społeczny wykazuje, zapewne niespotykaną do tej pory, złożoność. Wielość podsystemów, ról społecznych, funkcji, statusów oraz ich wzajemne nakładanie i przenikanie powoduje mnogość alternatyw w działaniu jednostek i grup społecznych. Istniejąca wielość możliwości wyborów wiąże się z ryzykiem dokonania nietrafnego bądź błędnego wyboru. Muszą więc istnieć mechanizmy selekcji informacji i możliwości działań ludzkich, aby jednostki i grupy nie zagubiły się w ogromie dostępnych alternatyw. Wśród tego typu mechanizmów, jakie wypracowali ludzie, aby myśleć i działać szybciej, można wyróżnić stereotypy.

W literaturze psychologicznej i socjologicznej termin „stereotyp” był różnie wyjaśniany w ciągu kilkudziesięciu lat badań. Pierwotnie określał on obraz upraszczający rzeczywistość, sztywny, nie podlegający zmianom, a nawet tę rzeczywistość fałszujący [Kurcz, 2001; Benedyktynowicz, 2000]. Współcześnie stereotyp określany jest jako zespół przekonań, dotyczący grup społecznych – przekonań, które mogą być trafne lub nie, pozytywne lub negatywne [Kurcz, 2001]. Niektórzy badacze starali się odnaleźć w stereotypach „ziarno prawdy” lub „trafność stereotypu” [Kurcz, 2001]. Współcześnie w polskiej literaturze przedmiotu stereotyp definiowany jest jako „struktura poznawcza zakodowana w umyśle jako reprezentacja umysłowa kategorii społecznych. Cechą szczególną tej reprezentacji jest jednak jej upraszczający, „skrótowy” charakter” [Kurcz, 2001]. Stereotyp nie musi być z definicji fałszywym obrazem rzeczywistości, nie musi zawierać cech najbardziej istotnych dla przedmiotu, ale jedynie te cechy, które są wyraziste, typowe czy najczęściej występujące.

Posługując się stereotypami wyznaczamy sobie drogę na skróty: „szybką i automatyczną reakcję polegającą na klasyfikacji, włączaniu do określonej, znanej nam, wcześniej wyodrębnionej kategorii społecznej [Kurcz, 2001]. Stereotyp może stanowić pewien rodzaj

Goffmanowskiej ramy interpretacji, skutecznie porządkującej doświadczenia, fakty i informacje napływające ze środowiska [Goffmann, 1984]. Inaczej mówiąc, stereotypy umożliwiają nam szybką orientację i sprawne poruszanie się w natłoku informacyjnym współczesnego świata.

Każdy stereotyp, mimo iż sam jest tylko strukturą poznawczą, może stać się składnikiem postawy wobec różnych obiektów (ludzi, zjawisk, rzeczy). W postawie wyróżnia się trzy podstawowe komponenty: poznawczy (przekonania dotyczące przedmiotu), afektywny (ustosunkowanie się do przedmiotu) oraz behawioralny (różne formy zachowania się wobec przedmiotu) [Kurcz, 2001; Schaff, 1981]. Stereotyp może modelować zachowanie jednostek i grup społecznych wobec np. ludzi będących przedmiotem stereotypu. W sytuacji, gdy stereotyp posiada zabarwienie negatywne, zachowanie wobec przedmiotu stereotypu w konsekwencji także jest nacechowane niechęcią lub nawet wrogością. W niniejszy artykule skupiono się na zagadnieniu funkcjonowania stereotypu człowieka starszego we współczesnej Polsce i jego konsekwencjach społecznych.

Przedmiotem rozpatrywanego stereotypu są ludzie starsi, a więc w percepcji społecznej osoby charakteryzujące się zespołem cech uznawanych powszechnie za wyznaczniki starości. Nie można jednoznacznie określić, czym jest starość. Na pewno jest to stan tak samo naturalny jak dzieciństwo, młodość oraz wiek dojrzały i stanowi ich naturalną konsekwencję. Wyznaczając próg starości bierze się pod uwagę grupę czynników o charakterze obiektywnym (wiek biologiczny lub stan „zużycia” organizmu), subiektywnym (poczucie bycia starym) oraz społeczno-kulturowym (opinia społeczna, język, stereotypy) [Cieślak i wsp., 2005]. Najłatwiejszym do wyznaczenia, a równocześnie najbardziej umownym kryterium wyznaczania progu starości jest kryterium wieku. Zgodnie z ustaleniami WHO za początek

okresu starości uznaje się 60. rok życia [Wiśniewska-Roszkowska, 1982]. Natomiast według ONZ za umowny początek okresu starości uznaje się 65. rok życia [Piotrowski, 1973].

W opinii społecznej funkcjonuje utrwalony przez lata stereotyp człowieka starszego, którego początków należy szukać w opiniach pracowników socjalnych i lekarzy. Ich zainteresowanie problemami ludzi starych miało charakter głównie praktyczny, natomiast walor poznawczy pozostawał niedoceniany przez długie lata. Ludzie starzy zawsze stanowili tę grupę ludności, której potrzebna była pomoc społeczna i z takimi właśnie starcami stykali się ludzie zawodowo związani z udzielaniem pomocy i wsparcia społecznego. Jak stwierdził J. Piotrowski [1973], „obraz właściwości i sytuacji ludzi starych, jaki w tych warunkach tworzyli sobie pracownicy społeczni i lekarze i jaki przekazywali społeczeństwu, cechowało typowe skrzywienie zawodowe, tendencja do uogólniania tych cech osobowościowych i sytuacyjnych ludzi starych, które znajdowali u swych klientów i pacjentów, stanowiących przecież przypadki szczególne”. Tym samym, uogólniając cechy swoich podopiecznych na całą zbiorowość ludzi starych, przyczyniali się do utrwalenia w społeczeństwie opinii o seniorach, jako o ludziach zależnych od innych i wymagających opieki i pomocy. Funkcjonujący społecznie stereotyp człowieka starego jest jedną z przyczyn świadomościowej dewaluacji starości, traktowania zjawiska starzenia się społeczeństwa jako katastrofy a także postrzegania starości w wymiarze indywidualnym jako stanu niepożądanego. Zgodnie z nim człowiek stary jest osobą cierpiącą na liczne choroby, niedołężną, niezdatną do żadnej pracy, żyjącą na skraju ubóstwa, wymagającą stałej opieki i pomocy w codziennym życiu [Garncarek, 2005]. Równocześnie osoba w podeszłym wieku jest jednostką samotną i osamotnioną, izolującą się od życia społecznego i izolowaną społecznie, podlegającą procesom stygmatyzacji i wykluczania społecznego [Galińska, 2001]. Jednym z najnowszych elementów składowych tego stereotypu jest przekonanie o wrogim nastawieniu ludzi starych w stosunku do młodych. Wobec powyższego należałoby zastanowić się, czy ten stereotypowy pogląd stanowi odzwierciedlenie rzeczywistości, a jeśli tak, to w jakim zakresie. Rozpatrzmy więc najczęściej wymieniane składowe powyższego stereotypu.

Człowiek stary – schorowany i zniedołężniały

Starość jawi się w świadomości społecznej jako utrata sił fizycznych i psychicznych, ułomność, niedołęstwo a przez to niemożność samodzielnej egzystencji i zależność od innych osób. Badania wskazują jednakże, iż cechy te nie są ani tak powszechne ani przeważające wśród ludzi starych. Faktem jest, iż choroby czy przypadłości wieku podeszłego nieraz prowadzą do zniedołężnienia, jednakże nie stanowią istoty procesu starzenia się.

Badania przeprowadzone pod kierunkiem B. Synaka [2002] w latach 1999-2001 dowodzą, iż osoby starsze najczęściej uskarżają się na bóle stawów i kręgosłupa (ponad połowa wskazań). Te schorzenia często prowadzą do przedwczesnego inwalidztwa, ograniczają aktywność fizyczną. Na drugim miejscu plasują się schorzenia układu sercowo-naczyniowego (choroby układu krążenia), dotyczą one 54% badanych. Kolejno wymieniano: zawroty głowy lub zaburzenia równowagi połączone z upadkiem (ok. 30% badanych), zaburzenia neurologiczne (zaburzenia pamięci, drżenie rąk, przejściowa utrata czucia, ruchu lub mowy) – 26%, zaburzenia ze strony układu moczowego (22%) oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego (22%). Powyższe dane wskazują, iż w wielu przypadkach większość badanych respondentów w podeszłym wieku nie uskarża się na owe schorzenia. Należy tutaj podkreślić fakt, iż w rozmaitych publikacjach i opracowaniach zwraca się głównie uwagę na częstotliwość występowania jakiegoś schorzenia. Kładzenie nacisku na występowanie danego schorzenia sprzyja szczególnej percepcji tego problemu – zauważa się przede wszystkim występowanie (choćby 20%), a nie brak tego występowania (np. 80 %). Oczywiście trzeba tu podkreślić znaczenie zjawiska wielochorobowości. Według badań B. Bień [2002], 25% jej respondentów skarżyło się na jedną lub dwie dolegliwości o charakterze stałym i aż 63% – na trzy lub więcej. Zjawisko to wpływa jednoznacznie negatywnie na jakość i komfort życia osób starszych. Niestety, wraz z wydłużaniem się przeciętnej długości życia ludzkiego nie idzie w parze przynajmniej zachowanie poziomu zdrowotnego z wieku dojrzałego. Wśród innych wymienianych schorzeń często odnotowywanych w populacji ludzi starszych jest niedosłuch i niedowidzenie. Niedosłuch w badaniach B. Bień [2002] dotyczył 36% respondentów, natomiast niedowidzenie występowało u 40% osób starych. Autorka zwraca uwagę na fakt, iż osoby z tym upośledzeniem bardziej negatywnie oceniają swój stan

zdrowia, wskazują na większą liczbę dolegliwości oraz wykazują mniejszą sprawność w zakresie mobilności własnej. Upośledzenia te wpływają również w dużej mierze na kształtowanie niskiej samooceny badanych, przyczyniają się do obniżania nastroju i postrzegania siebie jako kaleki ze względu na rzeczywiste utrudnienia w porozumiewaniu się z otoczeniem i wypływające stąd zażenowanie i poczucie upokorzenia. Jednym z bardzo ważnych czynników determinujących samodzielność funkcjonowania osób starszych jest sprawność lokomocyjna. Czynnik ten wpływa w istotny sposób na samoocenę stanu zdrowia seniorów – im bardziej sprawny jest człowiek starszy w tym zakresie, tym lepiej ocenia swój stan zdrowia i odwrotnie. Zależność tę ilustrują przywoływane już wyniki badań B. Bień – 93% respondentów oceniających swój stan zdrowia pozytywnie jest mobilnych, natomiast wśród osób przykutych do łóżka żadna nie uznała swego stanu zdrowia za dobry. Autorka wskazuje ponadto, iż zdecydowana większość osób starszych cechuje dobra sprawność w zakresie lokomocji (68%), a około 22% może poruszać się poza domem z pewnymi trudnościami. W sumie 90% osób w wieku powyżej 65. roku życia jest w stanie poruszać się samodzielnie.

Podsumowując, można stwierdzić, iż stereotypowy obraz człowieka starego jako schorowanego i niedołężnego jest przesadzony i zbyt uogólniony. Rzeczywiście osoby starsze uskarżają się na wielorakie schorzenia i to głównie o charakterze przewlekłym, jednakże nie dotyczy to całej populacji. Istnieje i to wcale nie tak nieliczna grupa osób starszych w pełni sił i zdrowych, nie odczuwających poważnych dolegliwości. Stan zdrowia i sprawność ludzi starych wykazuje znaczne różnice i dlatego nie powinno się tych zagadnień generalizować.

Człowiek stary – niesamodzielny i wymagający opieki innych

Kolejnym elementem rozpatrywanego stereotypu jest przekonanie o niesamodzielności człowieka w podeszłym wieku w zakresie np. wykonywania czynności życia codziennego stąd wynikająca konieczność zapewnienia mu opieki. Jak wskazują dane z sondażu CBOS z 2000 r., niemal co drugi dorosły Polak (45%) zna osobiście osobę starszą, która ma trudności z wykonywaniem samodzielnie pewnych czynności np. załatwianie spraw w urzędach, robienie zakupów, sprzątanie, przygotowywanie posiłków, ubieranie się czy dbanie o higienę. Wśród

respondentów 7% przyznaje, iż obecnie ma takie problemy. Trudności związane z wykonywaniem tych czynności pojawiają się od czasu do czasu już około 55. roku życia, a znacznie nasilają się w wieku późniejszym. Na uciążliwości tego typu najbardziej narażeni są ludzie w tzw. późnej starości (75 lat i więcej). We wspomnianym raporcie aż 45% respondentów w wieku 75 lat i więcej przyznaje, iż ma problemy z samodzielnym wykonywaniem niektórych codziennych czynności.

Wobec powyższego rodzi się potrzeba niesienia pomocy niesamodzielnym seniorom. Sami zainteresowani potrzebują jej przede wszystkim w prowadzeniu gospodarstwa domowego (75%) i załatwianiu różnych spraw – np. w urzędach i placówkach medycznych (72%). Prawie równie często seniorzy potrzebują pomocy o charakterze porad dotyczących ważnych spraw (np. urzędowych, sądowych, itp.) (70%). Bardzo ważną kwestią jest potrzeba pomocy i pielęgnacji w chorobie (65%). Brak wsparcia ze strony innych osób, głównie rodziny, w trakcie choroby może prowadzić do zdecydowanego pogorszenia stanu zdrowia.

Ponad połowa badanych respondentów wskazywała na potrzebę wsparcia finansowego (58%). Świadczy to o bardziej niż skromnych dochodach, nie wystarczających na pokrycie podstawowych świadczeń, a w efekcie życie w ubóstwie. Około połowy respondentów wskazywało na odczuwaną potrzebę towarzystwa w domu, na spacerze, w kościele (53%). Potrzeba ta wiąże się z częstym występowaniem poczucia osamotnienia wśród ludzi starszych i braku towarzystwa do wspólnego spędzania czasu. Natomiast najrzadziej deklarowaną potrzebą jest pomoc w zakresie utrzymywania higieny osobistej (23%). Można domniemywać, iż kłopoty w tym zakresie występują o wiele częściej, lecz ze względu na szczególne znaczenie kwestii intymności u ludzi starszych, przekraczanie pewnych granic może być przez nich odczuwane w przykry sposób.

Nasuwa się pytanie, kto śpieszy z pomocą potrzebującym seniorom? Wyniki badań wskazują, iż najczęściej oferują swoją pomoc dzieci (78%), w drugiej kolejności wnuki (47%) i sąsiedzi (39%) oraz współmałżonek (34%). Udział innych osób jest rzadszy: na pomoc ze strony znajomych wskazuje 22% respondentów, przyjaciół 17%, dalszą rodzinę 15%, rodzeństwo 10%. Dane te wskazują na raczej sporadyczną pomoc udzielaną przez dalszą rodzinę czy znajomych, często dlatego, iż osoby te mogą być w

wieku zbliżonym do respondentów i sami mogą potrzebować pomocy. Znamiennym jest fakt, iż rzadko z pomocą śpieszą instytucje do tego celu powołane, np. pielęgniarka środowiskowa (10%), opiekunka z pomocy społecznej (5%). Rzadko też respondenci wskazują na pomoc ze strony parafii czy organizacji charytatywnej (5%). Badania wykazały także populację ludzi starszych potrzebujących, którym nikt nie pomaga (5%) a jej członkowie mają świadomość pozostawiania na łasce losu. Porównując deklarowane przez respondentów zapotrzebowanie na pomoc z uzyskiwaniem jej stwierdzić można, iż pomoc uzyskiwana zaspokaja niemal wszystkie wymieniane potrzeby. Niezaspokojenie odnotowywane jest jednak w sferze finansowej – ponad połowa badanych (58%) deklaruje potrzeby w tym zakresie a pomoc otrzymuje niewiele ponad jedna piąta (22%).

Wiele refleksji nasuwają wyniki badań dotyczących opinii o własnej starości. Wskazują one, iż ludzie niezależnie od wieku myślą o starości z lękiem. W ich świadomości uruchamia się automatycznie negatywny stereotyp człowieka starego. Ankietowani boją się przede wszystkim: chorób, niedołęstwa i utraty pamięci (71%), uzależnienia od innych osób, braku samodzielności i bycia ciężarem dla innych (58%), w mniejszym stopniu złych warunków życia i trudności z utrzymaniem się (41%), utraty bliskich i samotności (37%), cierpienia (20%). Rzadziej respondenci lękają się niepewności, co do kolei losu (15%), czy poczucia bycia niepotrzebnym (12%).

Tak więc stereotypowy pogląd na kwestię samodzielności osób starszych jest bardzo bliski rzeczywistej sytuacji. Z tego powodu osoby, które jeszcze nie wkroczyły w wiek starszy, opierając się na doświadczeniach bliskich, obawiają się starości i związanych z nią licznych trudności i ograniczeń.

Człowiek starszy – żyjący na skraju ubóstwa

Wyżej wspomniany raport CBOS z 2000 r. wskazywał na występujący w subiektywnym odczuciu respondentów niedostatek materialny. Podstawowymi źródłami utrzymania ludzi starszych w Polsce są: emerytura pracownicza (57%), emerytura rolnicza (14%), renta inwalidzka (13%) i rodzinna (12%). Rzadziej wymieniane są: dochody małżonka (8%) oraz praca zawodowa (4%), korzystanie z świadczeń pomocy społecznej (0,4%) [Czekanowski, 2002]. Z powyższego wynika, iż główne źródła dochodu stanowią świadczenia społeczne. Tylko dla 27% badanych osiągnęte dochody są wystarczające –

określają oni swą sytuację materialną jako zadowalającą. Natomiast prawie połowa badanych seniorów (42%) oceniło swój stan finansów negatywnie, przy około 30% niezdecydowanie. Jak wskazuje P. Czekanowski [2002], „ludzie starzy należą z pewnością do tych grup, które nie mają już na czym oszczędzać, a jeżeli to czynią, to ich działanie związane jest z poważniejszymi ograniczeniami potrzeb”.

Dla ludzi w podeszłym wieku największe obciążenie budżetu stanowią wydatki na leczenie i leki, na utrzymanie domu i żywność [Czekanowski, 2002]. W Polsce w okresie urynkwienia gospodarki, ceny wszystkich świadczeń zwiększyły się nieraz wielokrotnie. Ceny leków są nieporównywalnie wyższe w stosunku do cen sprzed 1989 r., poza tym wiele z niezbędnych specyfików nie jest objętych żadną zniżką cenową. Podobna sytuacja obserwowana jest w sektorze usług medycznych: diagnostyka, zabiegi i rehabilitacja medyczna częstokroć prowadzone są odpłatnie. W sytuacji niedostatku materialnego ludzie starsi rezygnują z kupna drogich lecz niezbędnych leków, przez co proces leczenia może ulec osłabieniu lub zatrzymaniu. Podobnie sprawa ma się z wydatkami związanymi z prowadzeniem domu. Wielokrotnie wyższe niż dotychczas opłaty za opał, gaz, prąd, wodę czynsz muszą być dokonywane, więc osoby starsze oszczędzają maksymalnie na czym się da, m.in. na remontach czy wyposażeniu mieszkań. Przyczyny tak bardzo negatywnego wpływu zmian ustrojowych są bardzo złożone. Jak zauważa P. Czekanowski [2002], „(...) osoby starsze pod względem materialnym nie straciły więcej niż inne grupy społeczno-zawodowe, ale utrzymanie ich gospodarstw domowych jest często kosztowniejsze z uwagi na wielkość (1 lub 2 gospodarujące osoby) oraz wydatki związane ze złym stanem zdrowia czy wyeksploatowaną – a zatem wymagającą liczniejszych remontów – „substancją mieszkaniową”.

Podsumowując, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty związane ze stereotypowym wizerunkiem osoby starszej – biednej: z jednej strony sami zainteresowani zwracają uwagę na większe potrzeby w tym zakresie niż możliwości ich zaspokajania, z drugiej strony – seniorzy w ogromnej większości przypadków posiadają stałe źródła dochodu, podlegające rewaloryzacji [Halik, 2002]. Stąd nie bez przyczyny panuje ogólnospołeczny pogląd o utrzymywaniu przez babcię-emerytkę całej rodziny złożonej z bezrobotnych dzieci i wnuków.

Człowiek starszy – samotny i osamotniony

Przywoływane już wcześniej w tym artykule dane z raportu CBOS wskazują, iż 37% respondentów (niezależnie od swojego wieku) obawia się w starości samotności i utraty bliskich osób. Tak wysoki odsetek potwierdza społeczny pogląd o nierozzerwalnym związku starości i samotności. Na początku należałoby dokonać rozróżnienia dwóch pojęć: samotności i osamotnienia, ponieważ nie są to terminy jednoznaczne. Samotność oznacza obiektywny stan spowodowany brakiem kontaktów z innymi ludźmi, natomiast osamotnienie to subiektywne i przykre odczucie braku lub utraty tych kontaktów [Dyczewski, 1994; Piotrowski, 1973].

Badania J. Piotrowskiego [1973] prowadzone w latach 1960. wskazują, iż 20% respondentów twierdziło, że odczuwają osamotnienie często, 32% czasem, natomiast nigdy 48% badanych ludzi starszych. Wyniki badań zespołu B. Synaka [2002] są podobne – około 17% respondentów wskazywało na częste lub prawie zawsze odczuwane osamotnienie, niekiedy odczuwa je 28,5%, natomiast aż 55% nie skarży się nigdy lub prawie nigdy na osamotnienie. Powyższe badania wskazują, iż odsetek osób starszych borykających się często lub zawsze z osamotnieniem jest stosunkowo nieduży. Jak zaznacza P. Czekanowski [2002], „wyniki uzyskane w obu badaniach (tj. także J. Piotrowskiego, przyp. aut.) przeczą stereotypowej wizji człowieka starego wskazującej na to, iż niemal każdy człowiek stary jest osamotniony”. Częściej na odczuwane osamotnienie uskarżają się kobiety niż mężczyźni (często/zawsze 21% kobiet i 10,8% mężczyzn), które też częściej pozostają same po śmierci małżonka. Wiedza potoczna a także liczne badania potwierdzają jednoznaczną zależność pomiędzy stanem cywilnym a odczuwanym osamotnieniem (stan cywilny jest tu najważniejszą determinantą występowania osamotnienia). Starsi małżonkowie najrzadziej odczuwają osamotnienie (75,8%), jednocześnie w tej grupie osób najmniej jest wskazań na stałe lub prawie stałe odczuwanie osamotnienia (ok. 6%). Najwięcej wskazań na bardzo częste odczuwanie osamotnienia znajdujemy w grupie kawalerów i panien (ok. 38%), rzadziej wskazują na taką częstotliwość odczuwania osamotnienia rozwiedzeni lub separowani (22%) oraz wdowy i wdowcy (26%). Widać stąd, iż w największym stopniu osamotnienie odczuwają osoby, które nigdy nie zawarły związku małżeńskiego.

Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na częstotliwość odczuwanego osamotnienia jest fakt

posiadania lub nieposiadania dzieci oraz jakość kontaktów wzajemnych. W grupie osób posiadających żyjące dzieci odsetek osób osamotnionych zawsze lub prawie zawsze wynosi 16%, natomiast w przypadku osób bezdzietnych wynosi 29%. Analizując zależność między deklarowanym osamotnieniem a stosunkami z dziećmi można zauważyć, iż osoby deklarujące bardzo dobre stosunki z dziećmi najczęściej nie odczuwają osamotnienia (ponad 66%). Natomiast odwrotną relację zauważa się w grupie osób deklarujących złe stosunki z dziećmi: tutaj osamotnienie odczuwa blisko 49% respondentów [Czekanowski, 2002].

Na koniec należy podkreślić fakt, iż osoby odczuwające w mniejszym lub większym stopniu osamotnienie niekoniecznie muszą żyć samotnie. Można odczuwać osamotnienie w związku małżeńskim lub być osamotnionym wśród licznej grupy krewnych. I na odwrót: osoby mieszkające samotnie nie są skazane na osamotnienie. Mogą one prowadzić aktywne życie towarzyskie, społeczne czy zawodowe, realizować plany i zadania, które przyczyniają się do zachowania dobrostanu psychicznego i somatycznego.

Konsekwencje funkcjonowania stereotypowego wizerunku osoby starszej w społeczeństwie

Każde społeczeństwo tworzy systemy norm i wartości, określających sposoby postępowania swoich członków. Pojęcie normy oraz odchylenia od niej, a także zakres tego, co normalne, wyznaczane jest w toku społecznego uzgadniania i jest wynikiem konsensusu. Poza tym, każdy system społeczny przewiduje dla wszystkich jednostek pozycję w hierarchii, status, role społeczne i inne wyznaczniki określające człowieka żyjącego wśród innych. Przewidziane są dla tych jednostek także społecznie akceptowane sposoby zachowania. Gdy jednostka narusza obowiązujące normy i wzory zachowania może być uznana za nonkonformistę lub przy braku szczęścia za dewianta [Welcz, 1985]. W dzisiejszych czasach, gdy panuje wszechwładnie kult zdrowia, młodości i tężyzny fizycznej, gdy z reklam, filmów i czasopism wyzieraają wizerunki „pięknych i wiecznie młodych”, nie ma miejsca na akceptowanie starych, schorowanych i brzydkich. Populacja ludzi starych łatwo staje się obiektem społecznego naznaczania (stygmatyzacji), występując w opinii potocznej jako swoisty „dewiant” lub outsider, który nie wiadomo po co żyje. Jak stwierdza B. Pawlica [2001], „społeczności określają swoje granice w ten sposób, że ich członkowie są zobowiązani do określonych typów zachowań. Każde

inne niezgodne z oczekiwaniami grupy postępowanie uznane jest przez nią za złe i niewłaściwe”. Stąd, zgodnie ze stereotypowym wizerunkiem, osoba starsza powinna być schorowana, niedołączna i biedna, powinna cierpieć z powodu osamotnienia i wyglądać pomocy innych. Gdy zachowanie starszego człowieka mieści się w tym stereotypie, to w opinii społecznej wszystko jest na swoim miejscu, bo tak powinno być. Problemy zaczynają się, gdy osoba starsza wykracza swoim zachowaniem poza sztywne ramy stereotypowego wizerunku i zadaje kłam jego poszczególnym elementom. Osoba taka może liczyć się ze społecznym napiętnowaniem, ponieważ zachowuje się niezgodnie z przyjętą normą. Jak wskazują autorki opracowania dotyczącego funkcjonowania starszych kobiet w Polsce, zgodnie z lansowanym obrazem starszych pań w mediach „nie wolno im być sobą. Wydaje się, że w czasopiśmie dla młodzieży nie ma miejsca na inne niż stereotypowe przedstawienia starszych kobiet. (...) Starszym paniom nie wolno zapomnieć, że są żałosne i niepotrzebne, nie wolno im zachowywać się tak, jakby starość ich nie ograniczała. Nie mogą angażować się w działalność stowarzyszeń i organizacji, studiować na Uniwersytecie Trzeciego Wieku, podróżować itp. Nie wolno im ubierać się tak, jak by chciały i używać kosmetyków, które im się podobają. Nie wolno im się angażować w związki ani nawet przyjaźnić. Nie wolno im mieć własnych zainteresowań, pasji. (...) Przede wszystkim jednak nie wolno im brać udziału w życiu młodych ludzi” [Łysak, 2005]. Fragment ten dotyczy starszych kobiet, lecz równie dobrze może odnosić się do mężczyzn. Tego typu przekazy w mediach młodzieżowych, które cieszą się dużą popularnością u odbiorców, przyczyniają się do utrwalania stereotypów związanych z wiekiem i utrzymywania odbiorców w „przekonaniu, że starość jest czymś złym i zagrażającym, czymś, od czego należy się odseparować, przed czym należy się chronić” [Łysak, 2005]. Taki jednostronny, odpychający i negatywny obraz osoby starszej może zniechęcać młodych do wchodzenia w bliższe relacje z osobami w podeszłym wieku. Tak więc młodzi i starzy izolują się wzajemnie, „żyją w różnych światach i nie potrafią lub nie chcą porozumiewać się ze sobą” [Łysak, 2005]. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest powstanie pułapki społecznej, w której coraz trudniejsze staje się przełamywanie stereotypu (powstaje błędne koło). Niech ilustracją dla powyższych rozważań będą wyniki wspomnianych już badań CBOS w 2000 r. Co piąty badany stwierdzał, iż

w jego środowisku ludzie starzy spotykają się z obojętnością, a co dwudziesty zauważa niechęć środowiska do seniorów. Znamienne jest, iż badani wskazują na ludzi młodych jako tych, którzy najczęściej odnoszą się z niechęcią do osób w podeszłym wieku (17%) [CBOS, 2000]. Z powyższych danych widać wyraźnie konsekwencje funkcjonowania stereotypów związanych z wiekiem, które w efekcie mogą prowadzić do zachowań dyskryminujących osoby starsze [Tobiasz-Adamczyk i wsp., 2004]. Zasadne byłoby tak konstruować politykę socjalną i opiekę zdrowotną, aby jak najmniej było osób odpowiadających wiernie stereotypowemu obrazowi osoby starszej, a z drugiej strony warto byłoby działać na polu kształtowania odpowiedniej świadomości społecznej w celu przełamywania barier międzypokoleniowych.

Literatura

- Benedyktynowicz Z., 2000, *Portrety „obcego”. Od stereotypu do symbolu*, Wyd. UJ, Kraków
- Bień B., 2002, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk
- CBOS, *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości*. Komunikat z badań CBOS, grudzień 2000, Warszawa
- Cieślik A., Zubik A., Bańcharowska M., 2005, *Starość w narracjach kobiet w drugiej połowie życia*, [w:] Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław
- Czekanowski P., 2002, *Sytuacja materialna*, [w:] Synak B. (red.), *Polska starość*, Wyd. UG, Gdańsk
- Dyczewski L., 1994, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, Wyd. KUL, Lublin
- Galińska D., 2001, *Obraz samego siebie u osób starszych*, [w:] Karwat I. D., Jabłoński L. (red.) *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*, Fundacja Fuga Mundi, Norbertinum, Lublin
- Garncarek E., 2005, *Filmowy portret starszych kobiet*, [w:] Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław
- Goffman E., *Pierwotne ramy interpretacji*, [w:] Mokrzycki E. (red.), *Kryzys i schizma*, 1984, PIW, Warszawa
- Halik J. (red.), 2002, *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństw*, ISP, Warszawa
- Kurcz I., 2001, *Natura stereotypów i możliwości ich zmiany*, [w:] Kofta M., Jasińska-Kania A., *Stereotypy i uprzedzenia. Uwarunkowania psychologiczne i kulturowe*, Wyd. naukowe Scholar, Warszawa
- Łysak A., 2005, *(Nie)obecność starszych kobiet w prasie młodzieżowej*, [w:] Zierkiewicz E., Łysak A. (red.), *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, MarMar, Wrocław

Pawlica B., 2001, *Mechanizmy naznaczania społecznego*, Wyd. WSP, Częstochowa

Piotrowski J., 1973, *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*, PWN, Warszawa

Schaff A., 1981, *Stereotypy a działania ludzkie*, KiW, Warszawa

Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., 2004, *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wyd. UJ, Kraków

Welcz Z., 1985, *Powstanie i rozwój teorii naznaczania społecznego*, „Studia Socjologiczne”, nr 1

Wiśniewska-Roszkowska K., 1982, *Gerontologia dla pracowników socjalnych*, PZWL, Warszawa

Wolińska J., Sierota A., 2001, *Percepcja własnej sytuacji psychologiczno-społecznej przez ludzi starszych zamieszkujących na wsi i mieście*, [w:] Karwat I. D., Jabłoński L. (red.) *Problemy zdrowotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi*, Fundacja Fuga Mundi, Norbertinum, Lublin